

# **Bachelor i sykepleie**

Hvordan kan sykepleiere bedre støtte kvinner som har/har gjennomgått gynekologisk kreft til å ivareta sin seksuelle helse?

**Det helsevitenskapelige fakultet**



---

**Universitetet  
i Stavanger**

**Bachelorstudiet i sykepleie**

**Bacheloroppgave**

**Kandidatnummer:**

**1606 og 1607**

**Stavanger 01. Januar 2024**

## **SAMMENDRAG**

Bakgrunnen for denne oppgaven er mangel på oppfølging knyttet til kvinners seksuelle helse under og/eller etter gjennomgått gynekologisk kreft. Seksuell helse for kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft blir ofte neglisjert av sykepleiere, noe som fører til redusert livskvalitet, og unødvendig lidelse for kvinnene som rammes av dette.

I denne oppgaven er det brukt litteraturstudier som metode. Det vil si at vi ved hjelp av fem vitenskapelige artikler fordypet oss i et tema. Annen relevant litteratur og egne refleksjoner er også med på å utgjøre grunnlaget for besvarelsen av bacheloroppgaven.

Hensikten med denne litteraturstudien er å finne ut hva sykepleier kan gjøre for å bidra til bedre seksuell helse for kvinner som har/har gjennomgått gynekologisk kreft.

*“Hvordan kan sykepleiere bedre støtte kvinner som har/har gjennomgått gynekologisk kreft til å ivareta sin seksuelle helse?»*

Resultatene fra studiene viser at kvinner opplever flere utfordringer knyttet til sin seksualitet under og etter behandling av gynekologisk kreft. Kvinner uttrykker mangel på informasjon om mulige bivirkninger av behandling knyttet til sin seksuelle helse. Studien viser at sykepleiere kjenner på utfordringer knyttet til kommunikasjon og forlegenhet. Det er behov for økt fokus på seksuell helse fra sykepleiere i tiden før, under og etter behandling av gynekologisk kreft. Forskning peker på flere positive endringer for kvinners seksuelle helse og livskvalitet etter utarbeidelsen av ulike ressurser og hjelpemidler. EX-PLISSIT, OASIS, informasjonsblanketter og en modell inspirert av PLISSIT-modellen er til hjelp for sykepleiere i dette arbeidet.

Nøkkelord: Seksuell helse - gynekologisk kreft – sykepleier – tabu - grunnleggende behov - sykepleietiltak

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2 Begrepsforklaring.....	5
1.3 Problemformulering.....	5
1.4 Hensikt med oppgaven.....	5
<b>2.0 TEORI</b> .....	<b>6</b>
2.1 Seksuell helse.....	6
2.2 Gynekologisk kreft.....	6
2.3 Ettervirkninger av gynekologisk kreft og behandling.....	7
2.4 PLISSIT-modell.....	7
2.5 Joyce Travelbee.....	8
2.6 Sykepleiertiltak.....	9
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>10</b>
3.1 Metodebeskrivelse.....	10
3.2 Valg av metode.....	10
3.3 Inklusjons og eksklusjons kriterier.....	10
3.4 Søkestrategi.....	11
3.5 Kvalitetsvurdering.....	13
3.6 Etske hensyn.....	14
3.7 Analyse.....	14
<b>4.0 RESULTATER</b> .....	<b>15</b>
4.1 Utfordringer knyttet til seksuell helse for kvinner som har/har gjennomgått gynekologisk kreft.....	15
4.2 Utilstrekkelig informasjon og støtte fra helsepersonell til pasient.....	16
4.3 Faktorer som påvirker sykepleiers evne til kommunikasjon om seksualitet.....	16
4.3.1 Tabubelagt tema.....	16
4.3.2 Mangel på tid.....	17
4.4 Ressurser som kan bidra i jobben mot bedre seksuell helse for kvinner med gynekologisk kreft.....	17
<b>5.0 DISKUSJON</b> .....	<b>19</b>
5.1 Metodediskusjon.....	19
5.1.1 Kvalitativ og kvantitativ tilnærming som metode.....	19
5.1.2 Søkestrategi og inklusjon av artikler.....	19
5.1.3 Studiens deltagere og forfattere.....	21
5.1.4 Kildekritikk og kvalitetsvurdering.....	22
5.1.5 Etske prinsipper.....	22
5.2 Resultatdiskusjon.....	23
5.2.1 Utfordringer knyttet til seksuell helse for kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft.....	23
5.2.2 Utilstrekkelig informasjon.....	23
5.2.3 Faktorer som påvirker sykepleiers evne til kommunikasjon om seksualitet.....	24
5.2.4 Ressurser som kan bidra i jobben mot bedre seksuell helse for kvinner med gynekologisk kreft.....	25

<b>6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS</b> .....	<b>26</b>
6.1 Tidlig informasjon.....	26
6.2 Simulering.....	26
6.3 Primærkontaktens ansvar.....	27
6.4 Faglunch.....	27
<b>7.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>27</b>
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>28</b>
<b>VEDLEGG 1: Oversikt over litteratursøk og inkluderte artikler</b> .....	<b>31</b>
<b>VEDLEGG 2. Oversikt over analyserte artikler</b> .....	<b>34</b>
<b>VEDLEGG 3. PICO-skjema</b> .....	<b>42</b>

Antall ord: 7979

## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Vi har valgt å skrive om dette temaet fordi vi begge har et ønske om å fordype oss innen kvinnehelse. En viktig del av vår inspirasjon har vært unge kvinner med gynekologisk kreft som offentlig har uttrykt behovet for oppfølging knyttet til sin seksualitet. Vår erfaring er at dette er et tema som trenger mer forskning og fokus.

### 1.2 Begrepsforklaring

I denne oppgaven har vi analysert artikler der noen refererer direkte til sykepleiere og andre til helsepersonell i sin helhet. Vi vurderer artiklene som relevante for sykepleiere, da sykepleiere også er en form for helsepersonell. Vi bruker derfor begrepet sykepleier videre i litteraturstudien, selv om noen av artiklene refererer til helsepersonell i sin helhet.

### 1.3 Problemformulering

Seksualiteten vår preger vår grunnleggende oppfattelse av oss selv, og vil være en viktig del av oss hele livet. Når kvinner i alle aldre rammes av gynekologisk kreft, kan dette påvirke deres seksualitet både fysisk og psykisk. De fysiske forandringene kan bidra til utfordringer med fysisk seksualliv. Endret selvbilde og selvtillit kan gjøre relasjonen til egen kropp og partners kropp vanskelig. Sammenhengen mellom disse faktorene kan være vanskelig å forholde seg til uten tilstrekkelig hjelp fra sykepleier. Det kan tenkes at mange har spørsmål knyttet til hvordan en best mulig kan ivareta sitt seksualliv samt sine relasjoner på best mulig måte både under og etter gjennomgått gynekologisk kreft. Hvordan kan sykepleier bidra til å opprettholde god seksualitet til kvinner som har eller har gjennomgått gynekologisk kreft?

Vårt inntrykk er at sykepleiere ikke følger opp punktet «*seksualitet*» i datainnsamlingen godt nok i praksis. Vi tror ny kunnskap kan bidra til at kvinner blir tryggere i sin seksualitet, og føre til at temaet blir mer åpent og mindre tabubelagt i norsk helsevesen.

### 1.4 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å avdekke om oppfølging knyttet til seksuell helse hos kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft, er god nok. Vi ønsker også å finne ut hvordan en sykepleier kan bistå disse kvinnene til å ivareta sin seksualitet på best mulig måte.

## 2.0 TEORI

### 2.1 Seksuell helse

For å se på hva seksualitet er og dens betydning for helse og livskvalitet ser vi på hvordan Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer seksuell helse:

*(...) integrering av somatiske, emosjonelle, intellektuelle og sosiale aspekter av seksuell væren på en måte som er positivt berikende, og som fremmer personlig utvikling, kommunikasjon og kjærlighet (WHO 1975: Grimsbø 2021).*

WHO mener dette innebærer at mennesker skal ha frihet fra frykt, skam, skyldfølelse, vrangforestillinger og andre psykologiske forhold som gjør seksuell utfoldelse vanskelig og som forstyrrer en seksuell relasjon (Grimsbø 2021). Videre mener de det innebærer evnen til å kunne glede seg over sin seksualitet og forplantning og tilslutt frihet fra organisk sykdom, skade eller lyte som forstyrrer de seksuelle og reproduktive funksjonene. (Grimsbø 2021).

"Seksualitet" er et grunnleggende behov og integrert i personligheten som en del av det å være et menneske. (klinisk sykepleie bind 2 s.140). Menneskers seksualitet oppleves for en del som motsetningsfylt. Samtidig som seksualiteten er en forutsetning for reproduksjon, og er forbundet med identitet, intimitet, følelser og samkvem opplever mange skam knyttet til tematikken. Dette kan knyttes til at seksualitet er et resultat av samfunnsmessige faktorer så vel som somatiske og psykiske. (klinisk sykepleie bind 2 s.140).

### 2.2 Gynekologisk kreft

Gynekologisk kreft/cancer omhandler maligne tumorer i kvinners genitalier. De har ofte en utvikling over flere år og starter som lette celleforandringer før de blir til alvorlige celleforandringer, forstadier til kreft og tilslutt kreft. (Bach-Gransmo, 2016 s.409-411).

Helsedirektoratet omtaler gynekologisk kreft som eggstokkreft (ovariecancer), livmorhalskreft (cancer cervix) og livmorkreft (endometriecancer) (Helsedirektoratet, 2022). Litteraturen beskriver også cancer i vulva og vagina som to noe mer sjeldne krefttyper i kvinners genitalier. (Bach-Gransmo, 2016, s.409).

Symptomer på gynekologisk kreft varierer noe med type, men noen felles symptomer er blødningsforstyrrelser, endret utflod, smerter eller ubehag. Ovariecancer er en krefttype der

symptomene gjerne er diffuse og sparsomme før tumoren har vokst mye. Kvinnen kan oppleve symptomer som kan forveksles med andre tilstander som vekttap, utspilt mage, kvalme og halsbrann. (Bach-Gransmo, 2016 s.409-411).

Behandling av gynekologisk kreft varierer med stadium og type cancer. Felles for typene er kirurgi, strålebehandling, kjemoterapi og eventuelt en kombinasjon av disse. (Bach-Gransmo, 2016 s.409-411).

### 2.3 Ettervirkninger av gynekologisk kreft og behandling

Gynekologisk kreft vil ha konsekvenser for kvinnens seksuelle behov. Noen av de direkte fysiske virkningene behandlingen kan føre til er blant annet; forkortet skjede, mindre elastisitet i skjeden, sårhet og tørrhet, arrdannelser og sammenvoksinger. (Almås, H., 2020, s. 154). Etter omfattende kirurgi er mye vev fjernet, noe som kan føre til utfordringer knyttet til vannlating og seksuell dysfunksjon. Strålebehandling i genitalier fører også til at tarmen blir bestrålt, noe som kan gi utfordringer med diare og hyppige tømminger. Det kan også føre til at vagina blir trangere og kort, noe som igjen kan føre til samleieutfordringer. (Bach-Gransmo, 2016 s.409-411).

De fysiske plagene kan føre til psykiske plager som dårlig selvfølelse, selvtillit og et dårlig selvbilde knyttet til sin rolle som seksualpartner. (Almås, H., 2020, s. 154).

### 2.4 PLISSIT-modell

PLISSIT-modellen ble først presentert av J. Annon i 1976. Den beskriver hvordan en kan forholde seg til og behandle utfordringer knyttet til seksuell helse ved hjelp av ulike nivåer. (Grimsbø, 2021, s.530).

Modellens første nivå P (Permission) -nivået handler om tillatelse der det gis rom for å snakke om seksualitet. Dette nivået er for alle og det kreves ingen utdanning for å snakke om seksualitet på dette nivået. Neste nivå LI (Limited Information) -nivået står for begrenset informasjon, og er et nivå for de som har behov for hjelp til seksualitet på et generelt nivå. Her er informasjonen enkel og konkret. På dette nivået gis helsehjelpen på legekontorer, i institusjoner eller hos helsesykepleier.

SS (Specific Suggestions) -nivået står for spesifikke forslag og er for de som trenger å stille spørsmål rundt sin situasjon for spesifikke forslag. Det kreves utdanning utover

grunnutdanningen for å gi kunnskap og råd på dette nivået. IT (Intensive Therapy) -nivået står for intensiv terapi og er et nivå for de få som trenger spesialisert behandling knyttet til sin seksualitet. Dette nivået krever spesialkompetanse i psykoterapi og sexologi. (Grimsbø, 2021, s.531).

I samtale med pasienten om seksuell helse er det viktig å ha et godt tillitsforhold mellom sykepleier og pasient som gir rom for å stille spørsmål og å være åpen. Modellen gir sykepleier muligheten til å gi veiledning og råd knyttet til seksuell helse ved å formidle tillatelse for pasienten til å snakke, være åpen og dele sine tanker. Det er viktig at sykepleier selv er lyttende, har kunnskap og empatisk evne i samtale med pasienten og formidler trygghet. (Grimsbø, 2021, s.531).

## 2.5 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee formulerte en teori om menneske-til-menneske-forhold som vi anser til å være relevant for oppgaven vår. Teorien baserer seg på at det mellom sykepleier og pasient er et menneske-til-menneske-forhold som primært baserer seg på erfaringer mellom disse. (Travelbee, 2014, s.171)

Erfaringen(e) må være betydningsfulle for begge parter og ikke bare for pasienten. Travelbee definerer menneske-til-menneske-forholdet slik:

*“Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt”* (Travelbee, 2014, s.177)

Teorien er relevant da det kreves en god relasjon mellom sykepleier og pasient for å kommunisere om intime og personlige faktorer i livet som seksuell helse og sykdom. Travelbees teori baserer seg på at sykepleier kan oppnå et mål om å hjelpe den syke eller dens familie ved å benytte menneske-til-menneske-forholdet i sykepleiersituasjonen som et virkemiddel. (Travelbee, 2014, s.171). Ved å benytte dette virkemiddelet vil sykepleier som den profesjonelle parten etablere en relasjon som kjennetegnes ved at både sykepleier og pasienten anser, og forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer. Derav menneske-til-menneske-forholdet.



For at sykepleier og pasienten skal få et menneske-til-menneske-forhold krever det en gjensidig prosess der begge parter syn på hverandre er at de er to unike individer som er forskjellige fra hverandre. Travelbee drøfter teorien som at forholdet mellom partene er gjensidig i det sykepleier og pasient er sammen i prosessen mot et menneske-til-menneske-forhold. (Travelbee, 2014, s.178)

## 2.6 Sykepleiertiltak

Det viktigste tiltaket sykepleier kan gjøre er å være åpen, tilgjengelig og ha en støttende holdning overfor kvinnen som trenger å snakke om sin seksualitet. Sykepleier må ta initiativ til selv å snakke med kvinnen og ta opp ulike problemstillinger hun kan komme til å få i forbindelse med behandling. Sykepleier må opptre spørrende, samt veilede om ulike former for seksualliv og intimitet uten samleie og nærhet. Sammen med dette bør sykepleier også gi informasjon om helt konkrete hjelpemidler. (Almås, 2020, s. 155) .

Sykepleier har et ansvar for å gi pasientopplæring. I forbindelse med behandlingen av gynekologisk kreft er det viktig at sykepleiere tilpasser informasjonen som gis til situasjonen og at den blir gjentatt flere ganger. Ved å fortelle og forberede kvinnen på hvilke konsekvenser behandlingen har for henne vil dette gjøre henne mer forberedt på situasjonen etter behandlingen. Sykepleier kan henvise til støttegrupper som kan bidra til å øke livskvaliteten til kvinnen, eller sykepleier kan lede en slik gruppe selv. Sykepleier kan også tegne eller benytte modeller for å vise kjønnsorganene for å visuelt gi kvinnen informasjon. (Almås, 2020, s. 155)

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 har sykepleiere plikt til å gi informasjon om pasientens helsetilstand, risiko og mulige bivirkninger av behandling. (pasient- og brukerrettighetsloven, 2018, §3-2). Komplikasjoner knyttet til seksuell helse kan medfølge etter behandling av gynekologisk kreft som forklart i kapittel 2.3. Derfor har sykepleiere en plikt til å gi informasjon om dette til pasienten. Det er en trygghet for sykepleier og pasient da sykepleier kan referere til loven og bruke det som et hjelpemiddel i samtalen. (Molven. O, 2019, s.30)

### 3.0 METODE

#### 3.1 Metodebeskrivelse

Metode er et hjelpemiddel som brukes for å søke og komme frem til kunnskap (Dalland, 2022, s. 539). Vi har valgt å skrive en litteraturbasert oppgave som bygger på kunnskap som allerede er forsket på og fremstilt i eksisterende vitenskapelige artikler. Vi har gjennom metodiske søk i ulike databaser kommet frem til 5 relevante artikler. Ved hjelp av disse artiklene svarer vi på problemstillingen ved å identifisere, vurdere og analysere dem ved hjelp av Frebe Fribergs metode for strategisk analyse. (Friberg, 2022).

#### 3.2 Valg av metode

Hensikten med vår litteraturstudie er å identifisere om god oppfølging knyttet til seksuell helse er av betydning hos kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft. For å svare best mulig på problemstillingen har vi valgt ut vitenskapelige artikler som baserer seg på både kvantitativ og kvalitativ metode. Dette har vi gjort på grunn av at kvinnes personlige mening og opplevelse er viktig for forskningen i vår problemstilling. Dette er det kun kvalitativ forskning som kan svare på. Samtidig er kvantitativ metode hensiktsmessig for å få et tallfestet helhetsperspektiv.

Kvantitativ metode baserer seg på tallfestede resultater som er målbare og systematisk samlet. (Dalland, 2020, s. 54). Data samles ved spørreskjema med faste svaralternativer, uten direkte kontakt med målgruppen. Den kvalitative metoden, også kalt “myk data”, baserer seg på meninger og opplevelser personen kommer med. Metoden bygger på et “jeg og du” forhold mellom forsker og deltaker, noe som gir metoden mulighet for fleksibilitet og dybde i intervjuene som blir gjort (Dalland, 2020, s. 54).

#### 3.3 Inklusjons og eksklusjons kriterier

For å tilspisse samt avgrense søket ble inklusjons- og eksklusjonskriterier benyttet.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
---------------------	----------------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Språket må være norsk, engelsk eller dansk</li> <li>• Omhandle seksualitet</li> <li>• Artiklene skal være fagfellevurdert</li> <li>• Empirisk forskning</li> <li>• Etisk godkjent</li> <li>• Omhandler kun kvinner</li> <li>• Er skrevet ut fra et helseperspektiv eller pasientperspektiv</li> <li>• Artikkelen må være skrevet i et land som er av vestlig kultur (nordisk, amerikansk, kanadisk eller australsk)</li> <li>• Artikler med IMRAD-struktur</li> <li>• Kvinnene må være 18 år eller eldre</li> <li>• Omhandle gynekologisk kreft</li> <li>• Artikler publisert de siste 10 årene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Skal ikke være skrevet på andre språk enn norsk, engelsk eller dansk</li> <li>• Omhandler annet enn seksualitet</li> <li>• Er ikke fagfellevurdert</li> <li>• Ikke av empirisk forskning</li> <li>• Er ikke etisk godkjent</li> <li>• Omhandler menn eller barn</li> <li>• Er skrevet ut fra et pårørende perspektiv</li> <li>• Er skrevet i et land som ikke er av vestlig kultur</li> <li>• Artikler utenfor IMRAD-struktur</li> <li>• Kvinner under 18 år</li> <li>• Andre krefttyper enn gynekologisk kreft</li> <li>• Artikler eldre enn 10 år</li> </ul>
---	---

Tabell 1: inklusjons og eksklusjonskriterier

### 3.4 Søkestrategi

For å finne relevante artikler har vi brukt UiS universitetsbibliotek sine sider, hvor vi benyttet databasene listet opp under helsefag. Databasene vi brukte var PubMed, Springer, Idunn og sykepleien.no. Videre brukte vi Pico-skjema før vi startet med systematiske søk for å komme frem til konkrete og relevante spørsmål. PICO-skjema er et nyttig verktøy for å sikre at alle viktige elementer inkluderes (Helsebiblioteket, 2018). P står for *populasjonen* vi søker etter, I for *intervensjon, fenomenet eller tiltaket* vi søker etter, C for *sammenligning av tiltak* og O står for *utfallet eller endepunktet* vi søker etter. Denne søkestrategien var nyttig i formuleringen av søkeord, som la til rette for å finne artikler som omhandler vårt tema. C (*sammenligning av tiltak*) ble utelukket fordi det ikke var relevant for vår studie. Se vedlagt skjema *PICO-skjema* (vedlegg 3).

Skjemaet ble benyttet som inspirasjon for forskjellige kombinasjoner for søk. Populasjonen vi søkte etter var kvinner som har (eller har overlevd) gynekologisk kreft. Problemområdet var oppfølging av seksuell helse. Intervensjonen og tiltaket vi søkte etter var informasjon og helsepersonellens rolle i intervensjonen knyttet til kvinners seksuelle helse. Utfallets fokus eller endepunkt vi var interessert i var seksuell helse og seksuell kvalitet.

For å få et bredere søk valgte vi å bruke søkeord på engelsk. Ved utarbeiding av PICO-skjema ble følgende nøkkelord benyttet: Oncology, Sexuality, Sexual health service, intervention\*, Information\*, gynecological cancer\*, nursing\*, Sexual health program, program implementation, health care providers, survivorship og health care. Trunkering ble benyttet på noen av nøkkelordene for å få et bredere søk ved at databasen inkluderer ord med entalls- og flertallsendinger. Dette var behjelpelig for å finne litteratur det ellers ville være vanskelig å søke presist på.

Boolske operatører ble benyttet i kombinasjon med PICO-skjemaet for å tilspisse søkene. Boolske operatører vil si at man bruker "AND" og/eller "OR". "AND" spisser søket og bidrar til å begrense antall treff, mens "OR" utvider søket og gir flere treff ved å finne artikler som inneholder det ene, det andre eller begge søkeordene (Dalland, 2020, s. 150). Vi benyttet oss kun av "AND" slik at artiklene inneholdt begge ordene i søkestrengen. For eksempel benyttet vi oss av "AND" flere steder i den ene søkestrengen i PubMed. samt avgrensning på 10 år ("Women AND gynecological cancer AND sexuality AND intervention"), noe som gav oss 1 treff i databasen. Denne artikkelen var svært aktuell og ble inkludert i vår litteraturstudie. Grunnet vår opplevelse av lite forskning på emnet ble ikke avgrensninger tatt i bruk i de andre databasene. Se oversikt over detaljert søkestrategi (vedlegg 1).

Vi ønsket å inkludere en nordisk fagfelleverdert artikkel i studien vår. Dette fordi vi lever i et nordisk samfunn hvor vi har etablert kollektive norske verdier og tanker knyttet til seksualitet. Det ville dermed vært interessant å se hva forskningen i Norden resulterte i på emnet. Vi gjorde dermed søk på norsk i de nordiske databasene Idunn og sykepleien.no. Siden vi vet det er lite forskning på emnet, gjorde vi søk med trunkering og generelle nøkkelord som "Gynekologisk kreft OG seksuell helse" samt "kreft OG seksuell helse" for å få flest mulig treff. Det var imidlertid få treff, og ingen artikler ble ansett som relevante for problemstillingen.

Det ble gjort flere søk i de forskjellige databasene hvor vi benyttet forskjellige kombinasjoner av nøkkelord og boolske operatører. Samtlige overskrifter, aktuelle sammendrag og artikler ble lest. Vi la stor vekt på at forskningsmetoden var godt beskrevet i artiklene vi fant, samt at artiklene var relevante for problemstillingen vår. Her fikk en god nytte av *inklusions - og eksklusjonskriterier* som ble opparbeidet i forkant av søkene (tabell 1). Se oversiktstabell over inkluderte analyserte artikler (vedlegg 2).

### 3.5 Kvalitetsvurdering

For å avgjøre om artiklene var kvalifisert til å inkluderes i studien vår, benyttet vi oss av *Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie* fra Helsebiblioteket (Sjekkliste, 2016).

Sjekklistene er utarbeidet for å gjøre den kritiske vurderingen lettere. Sjekklisten er delt i 3: *innledende vurdering, resultat og resultat knyttet opp mot praksis*. Sjekklisten består til sammen av 10 spørsmål med svaralternativer. I hver del er det underspørsmål med tips.

For å være sikker på artikkelens reliabilitet og kvalitet, søkte vi opp tidsskriftene i *Kanalregisteret* (Direktoratet for høgare utdanning og kompetanse, 2023). Kanalregisteret er et register over vitenskapelige publiseringskanaler og tidsskrifter. Her blir hver av de vurdert til nivå 0, 1 eller 2. Publiseringskanaler eller tidsskrifter på *nivå 0* er ikke vitenskapelig godkjente. Vi hadde dermed et minimum kriterium på at tidsskriftene skulle være fra nivå 1 og oppover. Se oversiktstabell over inkluderte analyserte artikler (vedlegg 2) for kritisk vurdering.

De fem inkluderte artiklene er bygd opp etter IMRAD-prinsippet (*introduksjon, metode, resultat og diskusjon*) (Nortvedt et al. 2012, 69). I BYSBAC6- *bacheloroppgave i sykepleie presiseres* det i retningslinjene til Universitet i Stavanger at det kreves at artiklene er fagfellevurdert, samt av empirisk karakter. Empirisk forskning er forskning basert på erfaring og observasjoner av fenomener og hendelsesforløp, og fremskaffes gjennom intervjuer, spørreundersøkelser og/eller observasjoner (Dalland 2016, s. 42). Retningslinjene og helsebibliotekets sjekkliste lå til grunn for artiklene vi til slutt valgte ut.

### 3.6 Etske hensyn

I forskning er etske overveielser sentralt (Dalland, 2020, s. 167). Krav til korrekt gjengivelse, krav til privatliv og informert samtykke er tre særlige krav som bør tilfredsstilles. Spesielt ved kvantitative intervjuer har mennesker gitt sin tillit og fortrolighet for å bidra til forskning. Det betyr at menneskene det gjelder, må oppleve at de blir godt ivaretatt når de bidrar til forskningen. Forskningen skal være anonymisert og personvernet skal ivaretas. Enhver opplysning som kan spores tilbake til mennesket som er inkludert i studien skal utelates for å ivareta taushetsplikten (Dalland, 2020, s. 168).

Helsinkideklarasjonen er et eksempel på etske retningslinjer som brukes over store deler av verden for å overholde etsk forskning, hvor særlig hensynet til sårbare grupper står sterkt (Førde, 2014). I vår studie er det kvinner med gynekologisk kreft og deres seksualitet som er i fokus. Det kan argumenteres for at dette er en spesielt sårbar forskningsgruppe, og det var derfor viktig for oss at artiklene overholdt de etske kravene som beskrevet i Helsinkideklarasjonen.

### 3.7 Analyse

For å utføre en integrativ analyse ble Fribergs metode for analyse benyttet (Friberg, 2017, s. 148-150). Vi startet med å lese over artiklene nøye for å gjøre oss godt kjent med stoffet. Dermed lagde vi en tabell med inkluderte artikler hvor vi noterte perspektiv, problem, hensikt, metode og resultater. Dette gjorde det lettere å identifisere nøkkelfunn, samt diskutere svakheter og styrker på tvers av studiene. Neste steg var å sammenligne resultater, og til slutt diskutere artiklene som en helhet med fokus på problemstillingen. Gjennom analysen kom vi frem til to hovedkategorier med en underkategori hver. Se tabell (2) under.

Hovedkategorier	Underkategorier
-----------------	-----------------

<ul style="list-style-type: none"><li>• Utfordringer knyttet til seksuell helse for kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Utilstrekkelig informasjon og støtte fra helsepersonell til pasient</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Faktorer som påvirker sykepleiers evne til kommunikasjon om seksualitet</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ressurser som kan bidra i jobben mot bedre seksuell helse for kvinner med gynekologisk kreft.</li></ul>

Tabell 2: Fribergs analyse tabell

## 4.0 RESULTATER

### 4.1 Utfordringer knyttet til seksuell helse for kvinner som har/har gjennomgått gynekologisk kreft

Studien “Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals` current practices and need for assistance” av Vermer et al., (2014) beskriver resultater fra sin studie som forteller hvilke seksuelle dysfunksjoner kvinnene i studien oppgir å ha etter gynekologisk kreft. Det er blant annet redusert seksuell tiltrekning eller libido, frykt for smerter under samleie og tretthet som tas opp som noen faktorer. Artikkelen beskriver også at unge kvinner som er mer seksuelt aktive, kjente større seksuell dysfunksjon etter behandling enn før. Resultatene tar også opp konkrete problemstillinger kvinner etter behandlet gynekologisk kreft kan oppleve som blant annet vaginale adhesjoner, innsnevring, atrofi, tørrhet og skadet epitel. En annen faktor er tanken om at de delene av kroppen som vanligvis assosieres med seksualitet, for kvinnen nå er assosiert med diagnose og behandling. “...compared to all other types of cancer, it is even more complicated in the case of gynecological cancer and sexuality. Because that area of the body is associated with so much anxiety and insecurity, while at the same time it is also a source of uncomplicated relaxation and pleasure” (Vermer et al., 2014, tabell 2, quote 1).

#### 4.2 Utilstrekkelig informasjon og støtte fra helsepersonell til pasient

Studien “Perspectives of health care providers referring patients to a newly implemented sexual health program in a Canadian cancer center” av Walker et al., (2021) beskriver at det er mangler i klinisk pleie når det kommer til seksuell helse. Manglene kom frem i lyset med OASIS (The oncology and sexuality, Intimacy and survivorship program). Programmet skal tilby sykepleiere kunnskap og ressurser som skal gjøre diskusjon om seksuell helse lettere. Studien viste at det er behov for mer informasjon til sykepleiere om hva de kan tilby pasienter av ulike programmer og veiledning. Den tar også opp mangel på informasjon de kan gi ut til pasientene eller benytte som referanse under samtale om seksualitet (Walker et al., 2021. s.2) Dette kommer tydelig frem i en kommentar av en deltaker i studien. *“My confidence in discussing sexuality is related to the fact that I have something to offer if the patient is having issues”* (Walker et al., 2021. s.2).

#### 4.3 Faktorer som påvirker sykepleiers evne til kommunikasjon om seksualitet.

Studien “Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals`current practices and need for assistance” av Vermeer et al., (2014) viser til resultater som beskriver utfordringer sykepleiere føler på i forbindelse med kommunikasjon av seksualitet overfor pasientene sine. Sykepleierne som deltok i studien beskriver to hovedutfordringer; forlegenhet og mangel på tid. Til tross for disse barrierene rapporterer likevel majoriteten av sykepleierne at de diskuterer seksualitet minst én gang med alle pasienter. Hovedfunnet i studien peker på at det å utvikle god pasientinformasjon vedrørende seksualitet etter gynekologisk kreft er anbefalt. (Vermeer et al., 2014)

##### 4.3.1 Tabubelagt tema

Artikkelen “Development of an Educational Intervention. Focused on Sexuality for Women with Gynecological Cancer” av Cleary MSc et al., (2012) tar opp utfordringen sykepleier føler på knyttet til samtalen rundt seksuell helse. Den viser at det legges for dårlig til rette å prate om seksualitet med pasientene selv om man vet viktigheten av det. Det beskrives også at den sykepleieren som er nærmest pasienten, oppfordres til å ta rollen. Artikkelen beskriver det slik; *“Reasons such as lack of adequate training and embarrassment with the topic area are regularly cited for failure to address this important issue* (Lavin & Hyde, 2006 kildet i Cleary et al., 2012). Det kommer også frem i artikkelen at pasientene selv ønsker den informasjonen de trenger vedrørende sin situasjon, og at sykepleieren som står de nærmest bør gi dem informasjonen. (Cleary et al., 2012).



Studien til Vermeer et al., (2014) adresserer utfordringer sykepleiere har knyttet til å snakke om seksuell helse med sine pasienter. En av utfordringene noen av de følte på var tabu omkring tematikken. Selv om mange av de profesjonelle sykepleierne tar opp temaet seksualitet med sine pasienter, viser det seg at mange fortsatt beskriver tematikken som tabubelagt. (Vermeer et al., 2014). Ifølge mange av de som deltok i studien var det utfordrende for flere av pasientene å ta opp seksualitet. Sykepleierne selv trengte også tid på å venne seg til å snakke om seksualitet, og flere følte i starten vegring rundt å initiere en samtale om seksualitet med sine pasienter. (Vermer et al., 2014)

#### 4.3.2 Mangel på tid

Deltakerne i studien forteller om hvordan seksualitet ikke blir en prioritet i den korte tiden de har i konsultasjoner. For mange av pasientene er spørsmål om diagnosen, fremgang eller behandling et større fokus. Sykepleierne beskriver at de ikke ønsket å ta opp seksualitet for å ikke gjøre byrden for stor for pasientene sine. Dette kombinert med at det ofte er lite tid til å ta opp temaet, gjorde at flere droppet å snakke om seksualitet i det hele tatt. En deltaker i studien forklarer at pasienter med slike utfordringer krever god tid, noe de ikke har. Det blir derfor feil å initiere en samtale om seksualitet for å kun ha tid til å snakke om det i 5 minutter, da det ofte krever en times tid. (Vermer et al., 2014).

#### 4.4 Ressurser som kan bidra i jobben mot bedre seksuell helse for kvinner med gynekologisk kreft.

Artiklene til Walker et al., (2019), Walker et al., (2021), Mohammadi et al., (2022) og Cleary MSc et al., (2012) viser alle til resultater knyttet opp mot utvikling av nye programmer og ressurser som kan hjelpe sykepleiere med å ta opp, snakke om og veilede kvinner til bedre seksuell helse etter kreftbehandling.

Studien “The oncology and sexuality, Intimacy, and Survivorship Program Model: An integrated, Multi-disciplinary Model of Sexual Health care within Oncology” til Walker et al., (2019) beskriver et program som benytter PLISSIT-modellen som basisgrunnlag. De deler pyramiden i to der de to øverste nivåene av pyramiden (SS og IT) utgjør en gruppebasert intervensjon, og de to nederste nivåene (P og LI) baserer seg på pasientundervisning og utdanning for helsepersonell. Innledende resultater viste at kvinner i løpet av 3 måneder med intervensjoner opplevde reduserte seksuelle utfordringer både knyttet til hovedproblemstillingen deres, men også med andre selvrapporterte vaginale symptomer.

Studien konkluderer også med at helsepersonell trenger støtte knyttet til ressurser og informasjon når de begynner på temaer som er utenfor deres kompetanse. *“Neither end of the spectrum - top or bottom of the pyramid - can be successfully sustained, without the other”* (Walker et al., 2019, kp. *conclusions*).

Studien “Perspectives of health care providers referring patients to a newly implemented sexual health program in a Canadian cancer center” (Walker et al., 2021) viser til OASIS programmet. OASIS ble oppfattet som nyttig av sykepleiere i den forstand at det hjalp pasientene samtidig som det adresserte et hull og mangler i klinisk pleie. Funn i studien viser til behov for økt tilgjengelighet, og formidling av programinformasjon til helsepersonell som skal benytte ulike ressurser. Sykepleiere som hadde benyttet OASIS viser til at de endret sin kliniske praksis og oppgir en større sannsynlighet for å initiere en samtale om seksualitet dersom de hadde OASIS å referere til (Walker et al., 2021).

Funn fra “The effect of the EX-PLISSIT model-based psychosexual counseling on improving sexual function and sexual quality in life in gynecologic cancer survivors: a randomized controlled clinical trial” (Mohammadi et al., 2022) viser til positive endringer i FSFI (sexual Function Index) og SQOL (Sexuality Quality of Life-Female) skåringsverktøy for pasienter i både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Det var signifikant forskjell i intervensjonsgruppen på områdene; seksuell lyst, kvinnens evne til å produsere naturlig glidemiddel, orgasme, smerte, generell seksuell funksjon og seksuelle og relasjonelle forhold etter bruk av EX-PLISSIT-model based psykoseksual conselling. Artikkelen konkluderer med at EX-PLISSIT-modellen ga positive utfall for deltakerne, og anbefaler denne typen rådgivning i kombinasjon med annen terapi og rehabilitering. (Mohammadi et al., 2022)

Studien til Cleary MSc et al., (2012) "Development of an Educational Intervention Focused on Sexuality for Women with Gynecological Cancer" bruker en litteraturstudie for å kaste lys på mangler i pleie vedrørende seksuell helse for gynekologiske kreftpasienter. De bruker deretter funnene fra litteraturstudien til å utvikle en pedagogisk og klinisk relevant intervensjon som potensielt kan bidra positivt til kvinners seksuelle helse etter gjennomgått gynekologisk kreft. Den pedagogiske intervensjonen er en informasjonsbok som består av faglig kunnskap fra blant annet PLISSIT-modellen, kombinert med pedagogiske timer. (Cleary MSc et al., 2012). Det kommer også frem fra studie til Cleary et al at det er viktig at sykepleier har noe fysisk informasjonsmaterialet f.eks i form av en informasjonsblankett som

kan deles ut. Samtidig er det viktig at sykepleieren ser gjennom kvaliteten på informasjonen og ser at det er nødvendig, og rett informasjon til pasienten. (Devine & Westlake, 1995; McPherson, Higginson, & Hearn, 2001., i Cleary MSc et al., (2012).

## 5.0 DISKUSJON

### 5.1 Metodediskusjon

#### 5.1.1 Kvalitativ og kvantitativ tilnærming som metode

Vår oppfatning er at valget av en litteraturbasert oppgave som metode, med 5

forskningsartikler inkludert, har vært en god fremgangsmåte for å besvare problemstillingen.

Å velge ut fem artikler gir rom for passende mengde kunnskap. I starten hadde vi åtte valgte artikler, men kom frem til at resultatene kunne fremstå som overflødige. For å kunne gå ordentlig i dybden på alle artiklene fant vi ut at fem artikler var et hensiktsmessig antall. Det gav mulighet for mangfold i resultatene, samtidig som vi hadde mulighet til å trekke ut alle de momentene i artiklene som vi anså som viktige.

Alle artiklene bruker kvalitativ metode i forskningen, med unntak av artikkelen “Perspectives of health care providers referring patients to a newly implemented sexual health program in a Canadian cancer center” (Walker et al., 2021) som har både kvalitativ og kvantitativ metode. Dette ser vi på som en styrke da man ved kvalitativ metode får muligheten til å fange opp kvinnenenes spesifikke tanker, opplevelser og følelser (Dalland, 2020, s. 48). Ved å i tillegg basere forskningen på kvantitativ metode får man en oversikt over feltet ved å inkludere tall og målbare enheter. Med de nevnte metodene kombinert opplever vi at man oppnår resultater som kan gi en mer helhetlig sammenheng. Vi inkluderte kun en artikkel som baserer seg på kvantitativ metode, og ser i ettertid at vi gjerne skulle inkludert mer kvantitativ forskning i studien vår. Med det sagt, er vår oppfattelse fortsatt at kvalitative intervjuer besvarer vår oppgave best, siden problemstillingen i stor grad baserer seg på et psykososialt behov som handler om hva kvinnene tenker og føler.

#### 5.1.2 Søkestrategi og inklusjon av artikler

Grunnlaget for å starte et søk er å vite hva man søker etter (Dalland, 2020, s. 150). Selv om vi hadde problemstillingen klart for oss ved start, opplevde vi det som vanskelig å finne engelske søkeord som gav oss treff på relevant litteratur. Søkene i starten gav et stort mangfold av treff hvor de fleste av artiklene ikke var relevante. Artiklene vi da fant inneholdt enten seksualitet, *men* ikke gynekologisk kreft, eller gynekologisk kreft *men* ikke seksualitet. For å gjøre

søkeprosessen både lettere og mer presis ble vi tipset av tidligere bachelorstudenter til å ta i bruk PICO-skjema. Ved å utarbeide et PICO-skjema ble letingen etter relevant litteratur lettere. Dette fordi vi da utarbeidet relevante og presise nøkkelord på bakgrunn av problemstillingen, som igjen gjorde det lettere å holde seg innenfor vårt tema i søkestrengen.

I databasene finnes det nærmest uendelige mengder med forskningsartikler. Ved bruk av boolske operatører i kombinasjon av nøkkelord fra PICO-skjema ble resultatene mer presise og innsnevret. Vi benyttet oss også av avgrensingsfunksjoner for å spisse søket mest mulig i forhold til vår problemstilling. Søkene våre er avgrenset ved følgende kriterier: artikler publisert de siste tiårene (fra 2013 til 2023), fagfelleverderte artikler, artikler fra vestlig kultur (Europa, USA, Canada, Australia og New Zealand), engelsk/skandinavisk språk og at kvinnene har eller har gjennomgått gynekologisk kreft.

På grunn av vår oppfatning av lite forskning på emnet ble ikke alle avgrensningene tatt i bruk i selve søkemotoren i enkelte av databasene. Ved å gjøre *for* spesifikke søk risikerte vi å ende opp med for lite relevante treff. Vi brukte for eksempel kun avgrensning på 10 år i databasen PubMed hvor vi fikk største treff på relevant forskning. Selv om vi ikke brukte avgrensninger i alle databasene, innfrir alle artiklene vi valgte ut kravet om å være publisert i løpet av de siste 10 årene. Det var viktig for oss å ikke bevege oss langt utenfor avgrensningen på 10 år da forskning er ferskvare og må fornyes i takt med samfunnet.

Vi valgte hovedsakelig å finne artikler fra studier gjennomført i land som i størst mulig grad ligner vårt eget. Dette har vi gjort fordi at samfunnets og helsevesenets oppbygging i disse landene ligner vårt eget, og dermed er relevant i tilknytning til forbedring av klinisk pleie her i Norge. Artiklene kom hovedsakelig fra landene Canada, Nederland og Irland. Likevel forsøkte vi å lette på avgrensningen om geografisk tilhørighet i søket for å se om det dukket opp noe som kunne være relevant som vi ikke hadde tenkt på. Vi fant artikkelen til Mohammadi et al., (2022) som er fra Iran. Denne artikkelen har vi valgt å ta med i vår litteraturstudie da vi tenker den er relevant av flere grunner.

Verden globaliseres mer og mer, og mennesker migrerer mellom land. Dette gjør at mennesker med ulik kultur og religion søker helsehjelp i Norge. Vi opplever det som viktig at vi vet noe om hvordan kvinner med samme diagnose som kvinner fra vestlige land opplever tematikken, da det har mye å si for hvordan vi møter disse kvinnene i Norge. Vi tenker også at

artikkelen kan likestilles med de andre basert på funn og resultater da studien selv har adressert at de benytter retningslinjer fra amerikanske og australske kreftforeninger i sin studie.

Studien har sosiokulturelle tilpasninger knyttet til kultur og religion med tanke på at Iran er et muslimsk land i Midtøsten. Samtidig er svarene validert i form av nøyaktighet, forståelighet, veltalenhet, målrettethet og simplisitet av eksperter i flere runder for å sørge for mest troverdige resultater. Det er også viktig å bemerke seg at Iran før den Iranske revolusjonen i 1979, var et autokratisk, vestlig orientert monarki. Deres kultur hadde lik tilnærming til den vestlige, og folk var høyt utdannede (Kvindesland, 2023).

### 5.1.3 Studiens deltagere og forfattere

Tre av de utvalgte vitenskapelige artiklene er utarbeidet fra et pasientperspektiv, og gjennomsnittlig antall deltakere er rundt 80 per studie. Felles inklusjonskriterier for disse studiene er at deltakerne er kvinner med gynekologisk kreft. De to resterende studiene, studien til Walker et al., (2021) og studien til Vermeer et al., (2014), er utarbeidet fra et helsepersonell perspektiv. Et av våre inklusjonskriterier var at alle artiklene skulle inkludere kvinner med gynekologisk kreft. Studien til Walker et al., (2021) inkluderer uspesifisert kreftsykdom i sin studie. Beslutningen om å inkludere denne studien var basert på ønsket om å inkludere kvantitativ forskning og artikkelens kvalitet.

Vi opplevde det som hensiktsmessig å inkludere de to forskjellige perspektivene i studien vår, da vår hensikt med oppgaven er å finne ut hvordan en sykepleier kan støtte kvinner med gynekologisk kreft til å ivareta seksualiteten sin. Noe som kunne vært interessant hadde vært dersom studiene med helsepersonell som perspektiv hadde belyst om det er forskjeller innad i arbeidsgruppen, som for eksempel alder og erfaring, som gjør at noen synes det er vanskeligere enn andre å ta opp seksualitet med pasientene.

Samtlige forfattere av artiklene har medisinsk faglig bakgrunn som sykepleiere, lege, forskere, psykologer samt leger og sykepleiere som er spesialisert på onkologi og/eller gynekologi. Dette opplever vi gir de erfaringene og kunnskapene innenfor området som gjør de godt kvalifiserte til å gjøre grundig vitenskapelig forskningsarbeid. To av de utvalgte artiklene våre har 7 av de samme forfatterne, hvor begge artiklene har tilleggsforfattere. Dette anser vi som en styrke da de kjenner til hverandres arbeid, og muligens kan se sammenhenger

andre ellers ikke ville sett. På en annen side kan det gjøre dem trangsynte i den grad at alle har samme fokus. Derfor er det positivt at de har tilleggsforfattere som kan bryte opp vanemønstre og komme med nye synspunkter i forskningen.

#### 5.1.4 Kildekritikk og kvalitetsvurdering

Kildekritikk handler om å finne frem til troverdig og faglig litteratur (Dalland, 2020, s. 140).

For å styrke troverdigheten i oppgaven vår, var fokuset vårt å tydelig begrunne hvorfor bestemt type litteratur er valgt, samt hvordan utvalget ble gjort. På grunn av liten erfaring med kvalitetsvurdering av fagfelleverderte artikler ble *Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie* fra Helsebiblioteket benyttet i kombinasjon med Kanalregisterets *register over vitenskapelige publiseringskanaler og tidsskrifter* (Sjekkliste, 2016) og (Direktoratet for høgare utdanning og kompetanse, 2023).

Tatt i betraktning at vi har liten erfaring med bruk av sjekklister, ble *Kanalregisteret* benyttet som en ekstern kvalitetssikring (Direktoratet for høgare utdanning og kompetanse, 2023).

Minimumskravet vårt var at tidsskriftene skulle være av nivå 1 eller 2. Dette for å sikre oss at utvalgt litteratur var gyldig og fulgte de retningslinjene som ligger til grunn for å være godkjente vitenskapelige publiseringskanaler. Med dette menes at hver artikkel presenterer ny innsikt, kan etterprøves og kan anvendes i ny forskning (Dalland, 2020, s. 145).

*Kanalregisteret* og *Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie* fra Helsebiblioteket var svært hjelpsomme verktøy for oss, da dette er første gangen vi jobber med, og vurderer fagartikler. Kvalitetsvurderingen ble slik både lettere og mer pålitelig.

#### 5.1.5 Etske prinsipper

Sårbar informasjon om sexliv, kreft, underliv og følelser er temaer i intervusjonene som er foretatt i artiklene vi har valgt ut. Ifølge helsinkideklarasjonen skal man ta ekstra hensyn til denne gruppen forsøkspersoner. Deklarasjonen fremhever at samtykket er ekstra skjørt i situasjoner hvor forskeren er pasientens lege. Helsinkideklarasjonen viser til at vitenskapens og samfunnets behov for ny kunnskap aldri skal overgå forsøkspersonenes følelser av unødigg ubehag og risiko (Førde, 2014).

I tre av artiklene våre er det en behandler - pasient relasjon som er til stede under forsøket (artikkel 2,3 & 5 - se vedlegg 2 *Oversikt over analyserte artikler*). Alle studiene overholdt taushetsplikten, men det hadde vært hensiktsmessigg å få en bedre beskrivelse av hvordan de etiske retningslinjene er blitt overholdt under intervjuene. Alt fra hvordan kvinnene frivilligg

har deltatt i studien til hvordan deres psykososiale helse er blitt ivaretatt mens forskningen har foregått. Dette betrakter vi som en svakhet i studiene.

## 5.2 Resultatdiskusjon

### 5.2.1 Utfordringer knyttet til seksuell helse for kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft

Resultatene fra de vitenskapelige artiklene viser til ulike utfordringer kvinner opplever etter gjennomgått gynekologisk kreft, noe fagbøkene også beskriver. Bakgrunnen for flere av studiene er basert nettopp på at kvinner går lenge med problemer tilknyttet sin seksualitet uten at de får tilstrekkelig hjelp til å håndtere de. Funn fra studiene viser til at kvinnene opplever færre utfordringer knyttet til sin seksualitet etter forskningen.

Som teorien beskriver, er det en rekke fysiske utfordringer en kvinne kan oppleve etter gjennomgått behandling for gynekologisk kreft. Som sykepleier er det viktig å forberede pasienten på disse utfordringene, da dette kan bidra til å gjøre seksuallivet enklere i tiden etter behandling. Funnene i artikkelen til Mohammadi et al., (2022) viser at det er en signifikant positiv forskjell for kvinnene knyttet til seksuell lyst, smøring, orgasme, smerter, generell seksuell funksjon og tilfredsstillelse av seksuallivet i forholdet etter samtaler gjennom EXPLISSIT model-based psychosexual counseling. Funnene viser at ved å snakke åpent om seksuelle utfordringer og avgjørende faktorer med fokus på hvilken innflytelse diagnosen har og la kvinnene snakke om endringer for hver time utgjør en positiv forskjell. Disse funnene knyttet til teorien om hvor viktig det er med åpenhet, tilgjengelighet og kunnskap viser at det kan utgjøre en forskjell i livskvalitet for kvinnene.

### 5.2.2 Utilstrekkelig informasjon

Resultatene til studien til Walker et al., (2021) innebærer et behov for økt informasjon ut til sykepleiere om hvordan man diskuterer seksuell helse med sine pasienter. Det er et viktig funn at pasienter sier de får utilstrekkelig informasjon da det er et direkte brudd på loven (pasient-og-brukerrettighetsloven, §3.2), og et tillitsbrudd mellom pasient og sykepleier. For sykepleier bidrar mangelen på ressurser og hjelpemidler til utrygghet rundt sin faglige kompetanse og i sin rolle som sykepleier. Ved å øke ressursene, informasjonen og hjelpemidlene ut til sykepleierne, vil det ifølge de vitenskapelige artiklene bidra til at flere initierer den viktige samtalen. Vi mener derfor at det er viktig å sette lys på problemstillingen, slik at pasientene slipper byrden av å ikke få den oppfølgingen de trenger.

### 5.2.3 Faktorer som påvirker sykepleiers evne til kommunikasjon om seksualitet

Som beskrevet i teorien utviklet Joyce Travelbee en menneske-til-menneske-teori som blir veldig aktuell i en situasjon der sykepleiere skal snakke om seksuell helse med ulike kvinner. Resultatene fra de vitenskapelige artiklene viser at flere sykepleiere finner det komplisert å ta opp temaet seksuell helse med kvinner da det enda er et tabubelagt tema som fører med seg mye forlegenhet og det er mangler på ressurser sykepleiere kan bruke til å føre en samtale, henviser til og refererer til under samtale. Ved å anvende teorien til Travelbee kan en se på hvordan en kan føre en slik samtale for å unngå forlegenheten rundt tema. Blant annet forklarer travelbee hvordan menneske-til-menneske-forholdet er erfaringer mellom en sykepleier og kvinnen i dette tilfellet, der kvinnen får sine behov ivarettatt. Behovet i denne sammenhengen er informasjon og veiledning knyttet til sin seksuelle helse. For sykepleiere kan det være mulig å benytte denne teorien, og tenke at det er to mennesker i en relasjon der en kan prate i trygge omgivelser om noe som egentlig rammer folk flest uten at det skal føles forlegent.

Ved å gi sykepleiere noen ressurser til samtalen kan dette også bidra til å redusere forlegenhet da det føles mer profesjonelt. Dette kommer frem av resultatene fra de vitenskapelige artiklene der spesielt artikkelen til Walker et al., (2019) og Walker et al., (2021) der det kommer frem at sykepleiere ønsker nettopp dette. Ved å gi sykepleiere bedre opplæring i PLISSIT-modellen som beskrevet i teorien og eventuelt andre programmer som artiklene tar opp, har resultatene vist positive endringer for kvinnene som har fått samtaler og informasjon fra sykepleiere som benytter disse metodene. PLISSIT-modellen er en del av pensum for dagens sykepleierstudenter, men vi mener personlig at det er for lite implementert i studiet. En erfaring vi gjør oss fra praksis er at studenter og sykepleiere fortsatt vegrer seg for å ta opp tema seksuell helse med pasientene og ingen av oss har opplevd at våre veiledere har tatt opp tema eller utfordret oss til å ta det opp. Dette kan vise til at PLISSIT bør bli høyere prioritert i studiet slik at studentene og sykepleiere føler seg trygge nok til å diskutere tematikken.

Studien til Vermeer et al., (2014) presenterer funn som sier at sykepleiere og pasienter føler på tabu rundt temaet seksualitet. Vi er generelt kommet langt i samfunnet når det kommer til åpenhet rundt tematikken i forhold til for bare noen tiår siden. Det betyr ikke at det ikke fortsatt er en jobb som må gjøres. Det at tematikken føles noe forlegent å prate om og diskutere kan handle om at det er et veldig personlig og intimt tema. Seksualitet er knyttet til forhold og partner og i mange tilfeller ønsker man å ha dette mellom seg som en del av ens



intime forhold som ikke angår alle andre. Av den grunn tenker vi det er viktig at en respekterer det at ikke alle ønsker å prate åpenlyst om det. Samtidig er det sykepleiers jobb å finne ut av om grunnen til at temaet ikke blir tatt opp er fordi det er et ønske om å holde det privat, eller om det er av hensyn til at ikke sykepleier eller pasient skal bli forlegen. Ettersom sykepleiere først og fremst jobber på de to første nivåene av pyramiden er det helt nødvendig at den forlegenheten artikkelen presenterer ikke får ta så stor plass at pasienten ikke kjenner på tillatelse til å åpne opp om utfordringer knyttet til sin situasjon.

De vitenskapelige artiklene viser til at en hovedutfordring for sykepleiere når det kommer til kommunikasjon om seksualitet er tid. Mangel på tid til å ha en god diskusjon med mulighet for spørsmål og svar rundt ting kvinnen lurer på fører til at mange dropper å ta det opp. Effektivisering av helsetjenester og mangel på personell kan også være en årsak. Vi ser personlig under arbeid i klinikk at sykepleier ofte må prioritere andre ting enn den gode samtalen. Det er synd at dette går spesielt utover temaer som seksuell helse, da man trenger god tid i en slik samtale for å være en god lytter. Det å prioritere en slik samtale bør bli mer vanlig.

#### 5.2.4 Ressurser som kan bidra i jobben mot bedre seksuell helse for kvinner med gynekologisk kreft.

Resultatene i de vitenskapelige artiklene til Vermeer et al., (2014) og Mohammadi et al., (2022) viser til positive resultater i studiene sine ved å benytte ulike kommunikasjonsmodeller i samtale med kvinner om gynekologisk kreft. Ved å ha en modell eller kommunikasjonsteori å støtte seg til under samtale kan det føles litt tryggere når en skal navigere seg rundt hva en selv er utdannet nok til å snakke om, og hva en må henvise til høyere utdannede helsepersonell for en samtale om. Ved å ha tilgang til flere programmer som blant annet studien til Walker et al., (2021) tar opp med OASIS (the Oncology and Sexuality, Intimacy and Survivorship) program viser at det er enklere å ta opp tema om seksuell helse dersom sykepleierne hadde et sted å henvise pasienten til. Vi anser det å ha et sted å henvise til både fysisk og teoretisk som veldig viktig mot et mål om bedre pleie for disse pasientene. Dette mener vi fordi vi selv erfarer at det er lettere å ha et godt svar, være en god lytter og fremstå profesjonell i en samtale som ofte er veldig intim og sår for pasienten dersom vi har konkret teori og fagkunnskap i bakgrunnen.

## **6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS**

I løpet av denne litteraturstudien har vi gjort oss opp noen tanker om hva som kan være med på å forbedre klinisk praksis fra hvordan det er i dag. Dette er våre egne tanker basert på resultatene fra artiklene, teorien og diskusjonen. Noen av de funnene vi tenker er relevante for praksis er nevnt tidligere i oppgaven og i diskusjonen, derfor ønsker vi å bruke denne delen av oppgaven til å presentere forslag til anvendelser i praksis for å kunne bedre ivareta kvinner med gynekologisk kreft sin seksualitet.

### **6.1 Tidlig informasjon**

Ved å gi tilstrekkelig informasjon tidlig i behandlingsforløpet, helst før selve behandlingen starter, vil kvinnen få tid til å forberede seg på de endringene som vil komme i forhold til seksualitet. Ved å få mulighet til å fordøye de endringene kroppen skal gjennom, vil ikke utfordringene komme som et like stort sjokk etter behandlingen er begynt. Dette kan også legge til rette for forebyggende tiltak, samt gi rom for forberedende tiltak.

Det kan tenkes at det vil oppleves som overveldende å ta stilling til alle endringene man opplever i sin seksualitet fysisk og psykisk, samtidig som man går gjennom behandling. Derfor tenker vi det er hensiktsmessig å oppmuntre til forberedende tiltak tilpasset den det gjelder. Det kan for eksempel være å gå til anskaffelse av fuktgivende hjelpemiddel som brukes ved samleie eller andre hjelpemidler. Henvisning til sexolog eller samtaler med kvinnen (og eventuelt partner) som handler om eventuelle måter å oppleve nærhet og samleie på uten penetrering dersom man ikke har mulighet til det. Med dette kan kvinnen og partner i forkant åpne opp for ærlige samtaler og tanker om emnet. Dette fører muligens til at man blir bedre rustet når man først står i situasjonen. Vi tenker også at jo tidligere informasjonen blir gitt, jo mer tid gir det sykepleiere til å diskutere tematikken med pasientene.

### **6.2 Simulering**

Vi tenker at simulering og casetrening på dette temaet kan være aktuelt og nyttig i arbeidet mot at flere tar opp seksualitet med sine pasienter. Ettersom tematikken kan være vanskelig å prate om vil eksponering gjennom trening gjøre sykepleiere bedre rustet til å håndtere en samtale på en bedre måte. Vi mener en sykepleier med kunnskap og selvtillit på området vil åpne opp for at pasienten føler seg trygg på å dele intime tanker, følelser og utfordringer knyttet rundt egen seksualitet.

### 6.3 Primærkontaktens ansvar

Primærkontakten er ofte den som har mest med pasienten å gjøre, samtidig som de har en helhetsoversikt over data som omhandler pasienten og pårørende. De tar ofte for seg inntakssamtaler, og er pasientens hovedkontakt å forholde seg til. Å prate om seksualitet er for mange både personlig og sårbart. Vi tenker det vil være hensiktsmessig dersom en primærkontakt bygger en tillitsfull relasjon med pasienten, og etter hvert åpner opp for en samtale om seksualitet med pasienten. Å åpne seg om personlige og sårbare emner krever ofte at man føler en kjemi og tillit til den som leder samtalen. Dersom pasienten opplever at samtalen vil føles mer naturlig med en annen sykepleier skal det legges til rette for det.

### 6.4 Faglunch

Til slutt vil vi trekke frem viktigheten av å skape en kultur innad i arbeidsmiljøet som tillater at man er opptatt av å snakke om seksualitet med sine pasienter. For eksempel kan en organisere fagluncher, fagdager eller andre kollektive faglige diskusjoner med besøk av sexolog eller andre profesjonelle som sørger for påfyll av viktig kunnskap til de ansatte. Ved å jobbe for en mer naturlig implementering av temaet i arbeidsmiljøet vil dette forhåpentligvis sørge for at flere tør å snakke med sine pasienter om emnet. Vi tror pasientene da vil oppleve at de er omgitt av et seksualvennlig miljø. Med dette inngår *tillatelse*, som PLISSIT-modellen beskriver godt.

## 7.0 KONKLUSJON

Gjennom dette litteraturstudiet har vi kommet frem til at det er et tydelig behov for bedre oppfølging av seksuell helse blant kvinner med gynekologisk kreft. Selv i et tidspresset arbeidsmiljø blant sykepleiere bør det legges til rette for at oppfølging av fysiske og psykiske faktorer blir en del av den hverdagslige rutinen. Vi har i denne studien lagt frem praktiske forslag til endringer som vi mener over tid vil være med på å implementere et seksualvennlig miljø i helsetjenesten.

## LITTERATURLISTE

- Annon, J. (1976). The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for behavioral treatment of sexual problems. *Journal of sex education Therapy*, 2(1): 1-15. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: bind 2* (s.530).
- Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Førde, Reidun. (2014). *Helsinkideklarasjonen / Forskningsetikk*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>.
- Gamnes, S. (2021). Seksualitet og helse. Grimsbø, G. H. (red.). *Grunnleggende sykepleie* (4. utg, bind 2, s.515-547). Gyldendal.
- Grünfeld, B. Almås, E. (2021, 26. november). *Seksualitet. Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/seksualitet>
- Helsedirektoratet, (2022), Gynekologisk kreft, I *helsedirektoratet*, Hentet 20 desember 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft/gynekologisk-kreft>
- Jerpseth, H. (2020). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. Almås, H. (red.). *Klinisk sykepleie* (5.utg, bind 2, s133-169). Gyldendal.
- Kristoff, A. (2016). Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. Bach-Gransmo, E. (red.). *Sykdom og behandling* (2. utgave, side 401-417). Gyldendal Akademisk.
- Kvindesland, E. (2023, 3. januar). *Irans historie. Store norske leksikon*. [https://snl.no/Irans\\_historie](https://snl.no/Irans_historie)
- Mohammadi, Z., Maasoumi, R., Vosoughi, N., Eftekhar, T., Soleimani, M., Montazeri, A. (2022). The effect of the EX-PLISSIT model-based psychosexual counseling on improving sexual function and sexual quality of life in gynecologic cancer survivors: a randomized controlled clinical trial. *Springer Berlin Heidelberg*. Vol.30(11), p.9117-9126. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07332-8>

Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (5. utg). Gyldendal

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena V. Nordheim, and Liv M. Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert! en arbeidsbok*. (2. utg). Oslo: Akribe.

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

Sjekklistene. (2016). *Helsebiblioteket*. Hentet 12. desember fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>

Spørsmålsformulering (2016). *Helsebiblioteket*. Hentet 13. desember fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering-21-pico>

Travelbee, J. (2014). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (7. opplag). Gyldendal akademisk.

VickiClearyMSc, BSc, RGN, GeraldineMcCarthyPhD, MSc, RNT, BSc, RGN & JosephineHegartyPhD, MSc, RNT, BSc, RGN. (2012). Development of an Educational Intervention. Focused on Sexuality for Women with Gynecological Cancer, *Journal of Psychosocial Oncology*. 30:5, 535-555. <https://doi.org/10.1080/07347332.2012.703767>

Walker, L.M., Sears C.S., Reanne, B., Glaze, S., Doll, C., Phan, T., Brennan, K., Robinson, J.W. (2021). Perspectives of health care providers referring patients to a newly implemented sexual health program in a Canadian cancer center. Vol??, p. 7121-7134. <https://link-springer-com.ezproxy.uis.no/content/pdf/10.1007/s00520-021-06289-4.pdf>

Walker, L.M., Wiebe, E., Turner, J., Driga, A., Andrews-Lepine, E., Ayume, A., Stephen, J., Glaze, S., Booker, R., Doll, C., Phan, T., Brennan, K., Robinson, J.W. (2019). The oncology and sexuality, Intimacy, and survivorship Program model: An integrated, multi-disiplinary Model of sexual Health Care within Oncology. *Springer Berlin Heidelberg*. Vol.36(2), p.377-385. <http://doi.org/10.1007/s13187-019-01641-z>

Willemijn M. Vermeer., Rinske M. Bakker., Anne M. Stiggelbout., Carien L. Creutzberg., Gemma G. Kenter., Moniek M. ter Kuile. (2014). Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals` current practices and need for assistance. *Springer-Verlag Berlin Heidelberg*. p.831-839. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2433-7>

**VEDLEGG 1: Oversikt over litteratursøk og inkluderte artikler**

PubMed

	Søk	Avgrensninger	Dato	Database	Resultat	Leste overskrifter	Leste Abstrakt	Leste artikler	Inkuderte artikler
1	Oncology AND sexuality* AND gynecological cancer	Siste 10 år	17.10 2023	PubMed	233	19		3	
2	1 + AND nurse*	Siste 10 år	17.10 2023	PubMed	64	30		4	
3	1 + 2 + AND intervention*	Siste 10 år	17.10 2023	PubMed	16	16		5	1
4	Women AND gynecological cancer AND sexuality AND intervention	Siste 10 år	17.10 2023	PubMed	1	1		1	1
5	Sexualit quality AND gyneacological cancer*	Siste 10 år	17.10 2023	Springer	5774	2		1	1

Søk nr 2:

Springer

	Søk	Avgrensninger	Dato	Database	Resultat	Leste overskrifter	Leste Abstrakt	Leste artikler	Inkuderte artikler
--	-----	---------------	------	----------	----------	--------------------	----------------	----------------	--------------------

1	Sexual quality AND gynecological cancer*	Ingen	23.10 2023	Springer	5774	2		1	1
2	Oncology AND sexuality AND sexual health care AND patient education AND survivorship	Ingen	23.10 2023	Springer	828	25		4	2
3	Oncology AND sexuality AND sexual health service AND survivorship AND health care	Ingen	23.10 2023	Springer	805	32		2	0
4	3 AND sexual health program AND program implementation	Ingen	23.10 2023	Springer	430	15		1	0
5	3 AND 4 AND health care providers	Ingen	23.10 2023	Springer	320	44		6	1

Søk nr 3:

Idunn



	Søk	Avgrensninger	Dato	Database	Resultat	Leste overskrifter	Leste Abstrakt	Leste artikler	Inkuderte artikler
1	Gynekologisk kreft OG seksuell helse	Ingen	23.10 2023	Idunn	2	2		2	0
2	Kreft OG seksuell helse	Ingen	23.10 2023	Idunn	144	144		0	0

Søk nr 4:

Sykepleien.no

	Søk	Avgrensninger	Dato	Database	Resultat	Leste overskrifter	Leste Abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	Gynekologisk kreft og seksuell helse	Ingen	23.10 2023	sykepleie n.no	1	1		1	0

**VEDLEGG 2. Oversikt over analyserte artikler**

## Artikkel 1.

Forfattere	Zohreh Mohammadi, Raziye Maasoumi, Nafiseh Vosoughi, Tahereh Eftekhar, Mehdi Soleimani & Ali Montazeri
Årstall	2022
Tittel	“The effect of the EX-PLISSIT model-based psychosexual counseling on improving sexual function and sexual quality of life in gynecologic cancer survivors: a randomized controlled clinical trial”
Land	Iran
Tidsskrift	Support Care Cancer
Hensikt	Hensikten med studien er å se effekten av EX-PLISSIT modellens psykoseksuelle veiledning/guiding/counseling på å forbedre seksuell funksjon og seksuell helse for kvinner i gruppen som har overlevd gynekologisk kreft.
Metode	Kvasiekperimentell studie. Randomisert, klinisk studie utført på 110 kvinner med de vanligste gynekologiske krefttypene som går på onkologisk klinikk ved universitetet Thereran University of medical sciences mellom juli 2019 og februar 2020.
Analyse	Utfall: demografiske og kliniske data ble samlet inn ved hjelp av et selvadministrert spørreskjema ved baseline. De primære resultatene av denne studien var selvrapporert seksuell funksjon og seksuell livskvalitet ved baseline og 8 uker etter intervensjonen.
Perspektiv (sykepleier/ Pasient/ Pårørende)	Pasientperspektiv
Utvalg/ populasjon	150 pasienter var registrert. Frafall med 40 pasienter. Krav for deltakelse var 18-60 år, må kunne lese, skrive og snakke Persisk, være i et intimt forhold, ha

	<p>en diagnostisert gynekologisk kreft type basert på medisinske dokumenter, være i en oppfølgingsfase knyttet til kreften, være seksuelt aktiv de siste 6 månedene, ikke være behandlet med radioterapi og ikke være diagnostisert med en kjent mental lidelse som påvirker seksualitet før en ble diagnostisert med kreft, ikke ta medisiner som fører til redusert seksuell lyst, ikke ha en seksuell utfordringer før diagnostisert med kreft og å oppnå seksuell tilfredsstillelse.</p>
Hovedfunn/ resultater	<p>Det var ingen signifikant forskjell i FSFI og SQOL-F score (måleenheter/spørreskjema om seksuell helse). Det var positive forandringer i begge gruppene. Hovedforskjellen var større i den ene gruppen (intervention group) men var kun statistisk signifikant i temaene; seksuell tiltrekning/ønske, lubrication (smøring?), orgasmer, smerte, generell seksuell funksjon og seksuell tilfredsstillelse i relasjon. Dette knyttet til SQOL-F skalaen (<math>P &lt; 0.05</math>).</p> <p>Basert på funnene i studien kan det tyde på at EX-PLISSIT psykoseksuell counseling resulterte i positive forandringer i seksuell funksjon og seksuell helse for kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft. De <u>anbefaler</u> denne typen støtte/counseling i kombinasjon med andre terapeutiske og rehabilitante tilbud for denne pasientgruppen.</p>
Kritisk vurdering	Fagfellevurdert. Tidsskrift vurdert til nivå 1 i kanalregisteret.

## Artikkel 2

Forfattere	Lauren M. Walker, Ericka Wiebe, Jill Turner, Amy Driga, Elisha Andrews-Lepine, Ashley Ayume, Joanne Stephen, Sarah Glaze, Reanne Booker, Corinne Doll, Tien Phan, Kerrie Brennan & John W. Robinson
Årstall	2019

Tittel	“The oncology and Sexuality, Intimacy and Survivorship Program Model: An integrated, Multi-disciplinary Model of Sexual Health Care within Oncology”
Land	Canada
Tidsskrift	Journal of Cancer Education
Hensikt	Artikkelen hevder at det er et fravær av hjelp og støtte til kvinner med og gjennomgått gynekologisk kreft i helsevesenet. De presiserer at dette er dokumentert å være et av de største bekymringene til disse kvinnene i møte med helsehjelp. Ved å utarbeide en kommunikasjonsmodell ( <i>OASIS, som er en videreutvikling av PLISSIT-modellen</i> ) mener de å kunne hjelpe kvinner som gjennomgår gynekologisk kreft til å ivareta deres seksuelle helse.
Metode	Kvalitativ studie ved en helseklinikk spesialisert på seksuell helse.
Analyse	79 kvinnelige gyn-kreft pasienter ble fulgt opp 2 ganger i måneden i løpet av 2 år på en klinikk spesialisert på seksuell helse. Etterfulgt av veiledning ble det utført intervjuer og skriftlige spørreskjema for å dokumentere effekten av denne oppfølgingen.
Perspektiv (sykepleier/ Pasient/ Pårørende)	Pasientperspektiv
Utvalg/ populasjon	79 kvinnelige gyn-kreft pasienter ble fulgt opp gjennom et 2 års program for å dokumentere sin effekt av oppfølging rundt sin seksuelle helse.
Hovedfunn/ resultater	Det er behov for mer informasjon og oppfølging knyttet til seksuell helse hos kvinner med gynekologisk kreft (men også kreft generelt). Dette trenger helsepersonell trening i, for å vite hvordan de skal angripe situasjonen, og når man skal henviser videre til spesialist.

	Pasienter trenger et program som legger til rette for både bredde og dybde i pasientenes seksuelle helse. Helsepersonell må læres opp til å være trygge og selvsikre i temaet, for å kunne møte pasientene.
Kritisk vurdering	Fagfellevurdert. Tidsskrift vurdert til nivå 1 i kanalregisteret.

## Artikkel 3

Forfattere	Lauren M. Walker, Carly S. Sears, Reanne Booker, Sarah Glaze, Corinne Doll, Tien Phan, Kerrie Brennan & John W. Robinson
Årstall	2021
Tittel	“Perspectives of health care providers referring patients to a newly implemented sexual health program in a Canadian cancer center”
Land	Canada
Tidsskrift	Supportive Care in Cancer
Hensikt	Screening og diskusjon om utfordringer knyttet til seksuell helse innenfor kreftsykepleie blir ofte utelatt grunnet mangel på ressurser og flyt i hvor ofte man tar opp temaet seksuell helse. For å adressere dette ble det utviklet et multi-disciplinary sexual health program som ble utviklet i et kreftsentre i Canada. Formålet med studien var å vurdere helsepersonells perspektiv på programmet.
Metode	Studien baserte seg på en blanding av kvantitativ og kvalitativ metode. Et multiple choice spørreskjema ble gitt til pasienter ved regionale kreftsentre i Canada. 106 deltakere deltok.

Analyse	<p>Undersøkelsen hadde 20 spørsmål og inkluderte flervalgs- og åpne spørsmål knyttet til tilbydernes praksisområde, erfaringer med pasienter som har seksuelle bekymringer og perspektiver på de nye tjenestene.</p> <p>Deltakerne ble også invitert til å vurdere opplevd hjelpsomhet, behov og selvtilitt (0-10 skala). Svar på åpne spørsmål ble kodet og analysert for vanlige rapporterte temaer.</p>
Perspektiv (sykepleier/ Pasient/ Pårørende)	Sykepleier perspektiv
Utvalg/ populasjon	Kvinner med uspesifisert kreft innenfor et avgrenset demografisk område i Canada.
Hovedfunn/ resultater	<p>OASIS (oncology and sexuality, intimacy and survivorship program) ble oppfattet av helsepersonell som verdifull og hjelpsomt for pasientene, samt viktig for å adressere forskjeller i klinisk sykepleie.</p> <p>Tilleggs kommentarer i spørreskjema indikerte et pågående behov for økt tilgang til informasjon om programmet. Det trengs økt tilgang til programmer som dette til hjelp for helsepersonell som gir opplæringsmateriale. Helsepersonellet ga uttrykk for at de med større sannsynlighet tok opp temaet seksuell helse med pasienter fordi de hadde et sted å referere til (OASIS) når pasienter har utfordringer knyttet til seksuell helse.</p>
Kritisk vurdering	Fagfellevurdert. Tidsskrift vurdert til nivå 1 i kanalregisteret.

## Artikkel 4

Forfattere	Willemijn M. Vermeer, Rinske M. Bakker, Anne M. Stiggelbout & Carien L. Creutzberg, Gemma G. Kenter & Moniek M. ter Kuile
Årstall	2014
Tittel	“Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals’ current practices and need for assistance”
Land	Nederland
Tidsskrift	Support Care Cancer
Hensikt	Studien påpeker at omtrent halvparten av kvinner som har overlevd gynekologisk kreft lider av seksuell dysfunksjon og trenger psykoseksuell støtte. Studien belyser hvorfor helsepersonell trenger opplæring rettet mot seksualitet for å støtte disse kvinnene, samt hvordan helsepersonell kan hjelpe kvinnene til å ivareta egen seksualitet etter behandling.
Metode	Kvalitativ metode i form av intervjuer via telefon kombinert med intervjuer i person.
Analyse	Data ble analysert ved bruk av et analyseprogram kalt “Nvivo versjon 10”. Programmet er spesielt designet for analyse av kvalitativ forskning innen helse.
Perspektiv (sykepleier/ Pasient/ Pårørende)	Pasientperspektiv
Utvalg/ populasjon	Kvinner som har overlevd gynekologisk kreft.
Hovedfunn/ resultater	Helsepersonell diskuterte seksualitet minst en gang med deltakerne, men ikke i dybden eller nok. Flere av helsepersonellet oppgir at de ikke ville tynde pasienten med tema som seksualitet, og holdt derfor samtalen

	medisinsk rettet. Barrierer for helsepersonell til å ikke snakke om seksualitet var blyghet og mangel på tid. Helsepersonell trenger trening i å ta opp temaet seksualitet.
Kritisk vurdering	Fagfellevurdert. Tidsskrift vurdert til nivå 1 i kanalregisteret.

## Artikkel 5

Forfattere	Vickey Cleary, Geraldine McCarthy & Josephine Hegarty
Årstall	2012
Tittel	“Development of an educational intervention Focused on Sexuality for Women with gynecological cancer”
Land	Irland
Tidsskrift	European Oncology Nursing Society's Major Research Grant 2010
Hensikt	Gi kvinner med gynekologisk kreft informasjon via rammeverk som bygger på PLISSIT-modellen og andragogiske prinsipper for å forberede dem på psykiske og fysiske endringer. Dette for at de skal kunne håndtere disse endringene bedre.
Metode	Kvalitativ metode er blitt brukt i denne studien i form av intervjuer kombinert med litteraturanalyser.
Analyse	Intervjuspørsmål var basert på kvinners opplevelser av seksualitet etter en gynekologisk kreft diagnose og deres erfaringer med å motta informasjon om temaet. Data ble analysert ved hjelp av en manifest innholdsanalyse.



Perspektiv (sykepleier/ Pasient/ Pårørende)	Pasientperspektiv
Utvalg/ populasjon	Kvinner med gynekologisk kreft.
Hovedfunn/ resultater	<p>Ved å utvikle en strategisk kommunikasjonsmodell (andragogikk + PLISSIT) vil det bli mer tilrettelagt for helsepersonell å ta opp samtalen om seksualitet med pasienter med gynekologisk kreft. En kombinasjon av samtale og en bok med fagstoff, erfaringer fra andre kvinner og guide til å møte eventuelle problemer knyttet til seksualitet og gynekologisk kreft viste seg å være til god hjelp for kvinnene. Siden sykepleiere er de som er nærmest pasienten, er det mest naturlig at de åpner opp for samtalen. Dette var også ønskelig for pasienten.</p> <p>Kvinner opplever å få mangelfull - eller ingen informasjon om seksualitet knyttet til sin sykdom og/eller behandling. For å møte kvinner på dette problemområdet blir det foreslått å sette av 1 time til hver pasient hvor man individuelt gjennom kommunikasjonsmodellen som nevnt adresserer, informerer og følger opp kvinnens seksuelle helse.</p>
Kritisk vurdering	Fagfellevurdert. Tidsskrift vurdert til nivå 1 i kanalregisteret.

**VEDLEGG 3. PICO-skjema**

P (populasjonen vi søker etter): Kvinner som har (eller overlevd) gynekologisk kreft.

I (intervensjonen, tiltaket vi søker etter): informasjon og helsepersonellens rolle i intervensjonen knyttet til kvinners seksuelle helse.

C (sammenligning av tiltak): Ikke aktuell i vår studie.

O (Utfall/endepunkt vi søker etter): seksuell helse og seksuell kvalitet.

<b>SØK</b>		<b>P</b>	<b>I</b>	<b>O</b>
		Hvem ønsker vi å vite noe om? (Pasientgruppe, diagnose, problem)	Hvilket tiltak, intervensjon eller behandling ønsker vi å vite noe om?	Hvilket utfall, effekt, erfaring, opplevelse eller endepunkt er vi interessert i?
Nr. 1	<b>OR</b>	Women Oncology Survivorship	Program implementation	Sexual quality*
Nr. 2		Nurse* Gynecological cancer*	Intervention	Sexuality* Sexual health
Nr. 3		Health care provider*	Information	Sexual health care*
		<b>AND</b>		