

Marthe Bjørge Haug
Kaya Næsvold
Nina Ekseth

Hvordan kan sykepleiere støtte kvinner med gynekologisk kreft for ivaretagelse av seksuell helse?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Inger Balke
Mai 2023

Marthe Bjørge Haug
Kaya Næsvold
Nina Ekseth

Hvordan kan sykepleiere støtte kvinner med gynekologisk kreft for ivaretagelse av seksuell helse?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Inger Balke
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan sykepleiere støtte pasienter med gynekologisk kreft for ivaretagelse av seksuell helse?	Dato: 15.05.2023	
Forfattere:	Marthe Bjørge Haug		
	Kaya Næsvold		
	Nina Ekseth		
Veileder(e):	Inger Balke		
Stikkord/nøkkelord	Sykepleie, gynekologisk kreft, seksuell helse, støtte		
Antall sider/ord: 40/10536	Antall vedlegg: 0		

Bakgrunn:

Kvinner opplever å måtte kjempe mer for helsetjenester generelt og de opplever at det går lang tid før de får riktig diagnose. I dag vet vi mer om kvinnerelaterte sykdommer enn for 20 år siden, tematikken får stadig fokus i flere medier, allikevel ser vi at flere klinikker som fokuserer på seksuell helse for kvinner legges ned. For mange er seksuell helse fortsatt et tabubelagt tema som er vanskelig å snakke om både fra pasientens og sykepleiers side. Helsepersonell spiller en viktig rolle både når det gjelder å forberede pasienter på behandlingen de skal gjennom, gjennom informasjon, men også som en samtalepartner.

Hensikten:

Hensikten med bacheloroppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere kan støtte pasienter med gynekologisk kreft for at pasienten skal oppleve god behandling og ivaretagelse av sin seksuelle helse.

Metode:

Forskningsmetoden er begrenset litteraturstudie ved bruk av fem vitenskapelige artikler. Artiklene inneholder både kvalitativ og kvantitativ forskning.

Resultat:

Resultatene viser at pasientene har behov for mer støtte fra helsepersonell. Pasientene opplever for lite eller dårlig informasjon om både fysiske og psykiske senskader som kan påvirke pasientens seksualliv. Mange pasienter opplever at tilbudet om oppfølging og psykososiale tjenester er utilstrekkelig. Sykepleiere opplever at de ikke har nok kunnskap eller kompetanse om seksuell helse og gynekologisk kreft. Derfor blir det en barriere for sykepleiere å snakke med pasientene om det.

Konklusjon:

Sykepleiere har et ansvar for å støtte pasienter med gynekologisk kreft for ivaretagelse av seksuell helse. Ved god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier vil dette sørge for mer informasjon, veiledning og oppfølging av pasientene. Flere samtaler om seksuell helse kan bidra til mindre tabu tema og være normalt å diskutere i samhandling med helsepersonell. Dette vil bidra til at seksualitet ikke lenger er tabubelagt, men normalt i samspill med helsepersonell. Pasienter og pårørende vil kunne tilegne seg mer kunnskap om kreftdiagnosen og seksualitet som vil gi dem økt trygghet. Ved at sykepleiere innehar mer kompetanse vil dette komme pasienten til gode. Sykepleiere vil tilnærme seg nyttig erfaring og bli mer trygge i situasjonen. Dette vil gi pasienten mer psykisk og fysisk støtte, og dermed legge grunnlaget for bedre ivaretagelse av seksuell helse.

ABSTRACT

Title:	How can nurses support patients with gynecological cancer to take care of their sexual health?	Date:	15.05.2023
Authors:	Marthe Bjørge Haug		
	Kaya Næsvold		
	Nina Ekseth		
Supervisor	Inger Balke		
Keywords	Nursing, gynecological cancer, sexual health, support		
Number of pages/words: 40/10536		Number of appendix: 0	

Background:

Women often experience having to fight harder for healthcare services in general, and they may feel that it takes a long time before they receive the correct diagnosis. Today, we know more about women-related diseases than we did 20 years ago, and the subject continues to receive increasing attention from various media outlets. However, we still see that several clinics that focus on women's sexual health are being shut down. For many, sexual health remains a taboo subject that is difficult to talk about from both the patient's and nurse's perspectives. Healthcare personnel play a crucial role in preparing patients for the treatment they will undergo through information, but also as a conversational partner.

Aim: This bachelor thesis aims to explore how nurses can support patients with gynecological cancer to preserve their sexual health.

Method:

The research method used is a limited literature review based on five scientific articles. These articles contain both qualitative and quantitative research.

Results:

The results of this study indicate that patients with gynecological cancer require more support from healthcare professionals. Specifically, patients often experience inadequate information regarding the physical and psychological effects of cancer treatment on their sexual health. In addition, many patients feel that the current offerings of follow-up and psychosocial services are insufficient. On the other hand, nurses report feeling that they lack the necessary knowledge and skills to effectively address issues related to sexual health and gynecological cancer with their patients.

Conclusion:

It is the responsibility of nurses to provide support for patients with gynecological cancer in regard to their sexual health. Effective communication between nurses and patients can lead to increased information, guidance, and follow-up care. Normalizing conversations about sexual health can decrease stigma and improve patients' willingness to engage in discussions about this topic with healthcare professionals. Patients and their families can benefit from gaining more knowledge about cancer diagnosis and sexual health, which can lead to increased feelings of security. By improving their competence in this area, nurses can provide better care and support for their patients. As nurses gain more experience and become more comfortable addressing these issues, they can provide better psychological and physical support, thereby laying the foundation for better preservation of sexual health.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	4
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA	4
1.2 SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS	4
2.0 BAKGRUNN	5
2.1 KVINNEHELSE I FOKUS.....	5
2.2 GYNEKOLOGISK KREFT	5
2.3 SEKSUELL HELSE - ET GRUNNLEGGENDE BEHOV	7
2.4 KOMMUNIKASJON.....	8
2.5 SYKEPLEIERS ANSVARSOMRÅDE OG KOMPETANSE.....	9
2.6 HENSIKTEN MED OPPGAVEN	13
3.0 METODE	13
3.1 METODEVALG	13
3.2 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER	14
3.3 SØKESTRATEGI OG DATABASER	15
3.4 ANALYSE OG KILDEKRITIKK	17
4.0 RESULTATER	19
4.1 SAMMENFATNING AV RESULTATENE.....	24
4.1.1 <i>Seksuell helse og seneffekter</i>	24
4.1.2 <i>Støtte og informasjon fra helsepersonell</i>	25
5.0 DRØFTING	26
5.1 INFORMASJON OG KOMMUNIKASJON	26
5.2 PSYKISKE SENSKADER	28
5.3 FYSISKE SENSKADER.....	29
5.4 SYKEPLEIERS ANSVARSOMRÅDE.....	30
5.5 SYKEPLEIEFAGLIGE IMPLIKASJONER SOM RESULTATENE KAN HA FOR INNOVASJON I FAG- OG TJENESTEUTVIKLING.	32
6.0 KONKLUSJON	33
7.0 LITTERATURLISTE	35

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Kvinnehelse er et tema som er svært aktuelt i samfunnet og media for tiden (NOU 2023: 5). Selv om kvinner lever lengre enn menn, er det forsket mindre på kvinnerelaterte sykdommer (Rødland, 2018). Mange kvinner opplever å måtte kjempe for å få den helsehjelpen de har krav på (NOU 2023: 5). Kvinner opplever i mange tilfeller at det tar lang tid før de får riktig diagnose, et eksempel er endometriose der det kan ta opptil fem år å stille diagnosen. Erfaringsmessig har vi opplevd lite kunnskap og informasjon om kvinnehelse generelt, og ikke minst i kombinasjon med seksuell helse. Seksualitet er i dag et svært synlig tema i samfunnet, men er undertematisert i helse- og omsorgstjenesten (Helland, 2015). Kjønnsperspektiv er også i liten grad omtalt i forskriftene om nasjonale retningslinjer for sykepleierutdanningen (NOU 2023: 5). Helseutdanninger som sykepleierutdanningen er en sentral arena for å sikre, samt heve kompetanse om betydning av kjønn for helse. Kvinner og menn har ulik biologi og kan derfor rammes ulikt av sykdom. I denne oppgaven ønsker vi å gå nærmere inn på pasienter med gynekologisk kreft og seksuell helse.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Sykepleiere møter daglig mennesker som har behov for hjelp til å kunne ivareta sine grunnleggende behov (Grimsbø *et al.*, 2021). Seksuell helse er et grunnleggende behov for oss mennesker (Jerpseth, 2016). Sykepleiere møter pasienter med gynekologiske sykdommer i både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Sykepleieteoretiker Virginia Henderson hevder at sykepleierens formål og viktigste funksjon er å ivareta alle pasientens grunnleggende behov (Holter, 2015). Dette innebærer at sykepleiere har et ansvar for å ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg, understøtte håp og mestring. I tillegg skal sykepleiere yte omsorgsfull hjelp, sørge for at pasientens autonomi blir ivaretatt, og tilby informasjon. Videre må man sikre at informasjonen som blir gitt også blir forstått (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Alt helsepersonell er lovpålagt å utføre faglig forsvarlig arbeid til pasientene sine. I følge Helsepersonelloven (1999) §4 *“Skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.”*

2.0 Bakgrunn

2.1 Kvinnehelse i fokus

I dag vet vi mer om typiske sykdommer som rammer kvinner enn for 20 år siden. Det har blitt økt fokus på kjønnsforskjeller innenfor helse (NOU 2023: 5). Ifølge Sundby (2022) defineres kvinnehelse som følgende: *"Kvinnehelse handler først og fremst om de delene av kropp og sjel, sykdom og helse som er spesifikke for kvinner."* Til tross for at kvinnehelse har fått økt oppmerksomhet de siste årene, oppleves det fortsatt at kvinners helse og typiske kvinnesykdommer har lav status (NOU 2023: 5). Bevisstheten rundt kvinnesykdommer skyldes at kvinner selv har stått fram i offentligheten med personlige sykdomshistorier og fortalt om et utilstrekkelig tilbud fra helsetjenesten. Forskning indikerer at noen sykdommer har lavere status blant helsepersonell, og dette er blant annet sykdommer som rammer kvinner. Dette gjør seg synlig i prioriteringer innenfor kunnskapsutvikling og forskning. Det ser ut som det er et etterslep i forskning når det gjelder kvinnehelse, til tross for mer finansiering til forskning. Kvinner opplever å måtte kjempe for å få den helsehjelpen de har behov for og at det tar lang tid før de får riktig diagnose. Dette til tross for at alle har krav på likeverdig tilgang til nødvendig og forsvarlig helsehjelp i Norge. For at kvinner skal få likeverdig helsetjenester som menn, må det anerkjennes at kjønn har betydning for helse (NOU 2023: 5). Et eksempel er at kvinner er mer utsatt for autoimmune sykdommer enn menn på grunn av et mer følsomt immunsystem.

2.2 Gynekologisk kreft

Gynekologisk kreft er et bredt samlebegrep som rammer de ulike organene i kvinners underliv. Behandlingen vil derfor være knyttet til hvilken type kreft pasienten har (Jerpseth, 2016). Den vanligste formen for gynekologisk kreft er livmorkreft (Helsedirektoratet, 2016). Andre typer kan være livmorhalskreft, vulvakreft og eggstokkreft for å nevne noen. En kreftdiagnose og behandlingen den medfører kan ha store konsekvenser for både seksualiteten og sexlivet til pasienten, og for en eventuell partner (Helsenorge, 2021). Ulvund (2019) påpeker at det blir diagnostisert cirka 1500 nye tilfeller av kreft i kvinnelige kjønnsorganer i Norge årlig. I 2021 fikk 531 kvinner påvist ovarialkreft, altså kreft i

eggstokk, eggleder eller bukhinne, og 345 kvinner fikk påvist livmorhalskreft. Det vil si at totalt 876 kvinner i Norge ble diagnostisert med gynekologisk kreft i 2021 (Kreftregisteret, 2022).

Gynekologisk sykepleie innebærer sykepleie til kvinner som har plager eller sykdom i kvinnelige kjønnsorganer (Ulvund, 2019). Disse pasientene møter helsepersonell både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Behandlingen som gis ved en kreftdiagnose avhenger av hvilken kreftform pasienten har. Behandlingen dekker primærbehandling og planlagt etterbehandling. De vanligste formene for primærbehandling er kirurgi, strålebehandling og cellegift (Helsenorge, 2022). Kirurgi brukes for å fjerne kreftsvulsten, samtidig som at noe av det friske området rundt blir fjernet. Strålebehandling brukes ofte som et tillegg til kirurgi, dersom det er fare for at det kan sitte igjen kreftceller. Strålebehandling kan også brukes som et alternativ til kirurgi, for eksempel ved høy alder, tilleggssykdommer eller ved tegn til at operasjonen kan bli for omfattende. Cellegift blir som oftest ikke brukt som behandling alene, men er aktuelt å benytte seg av ved spredning eller tilbakefall.

Behandling av gynekologisk kreft kan innebære at mange kvinner endrer selvbilde, og konsekvensene for seksuallivet kan være sentralt (Jerpseth, 2016). Mange av kvinnene som blir operert for gynekologisk kreft fjerner ofte både eggstokker og livmor. Dette vil medføre at kvinnen kommer i overgangsalderen, kanskje i en ung alder. Studier viser at dette kan føre til redusert livskvalitet som følge av klimakterieplager. Mange pasienter får fjernet livmorhalsen eller deler av denne som gjør at skjeden blir noe kortere. Ved seksuell aktivitet kan det føles annerledes på grunn av at den er kortere enn før, men den kan tøyes ved seksuell aktivitet. Andre komplikasjoner kan blant annet være at man får tørre og/eller såre slimhinner etter eventuell strålebehandling. Ifølge Jerpseth (2016) er det viktig at helsepersonell er flinke til å informere pasienten om eventuelle konsekvenser før og etter slike type inngrep, eller behandlinger.

2.3 Seksuell helse - et grunnleggende behov

Helsedirektoratet (2021) definerer seksuell helse som følgende:

Seksuell helse er definert som fysisk, psykisk, emosjonelt og sosialt velvære relatert til seksualitet. Seksualitet omfatter blant annet vår kjønnsidentitet, seksuell orientering, erotikk, glede, intimitet og reproduksjon. God seksuell helse er en ressurs og beskyttelsesfaktor som fremmer livskvalitet og mestringsferdighet gjennom livet. (Helsedirektoratet, 2021)

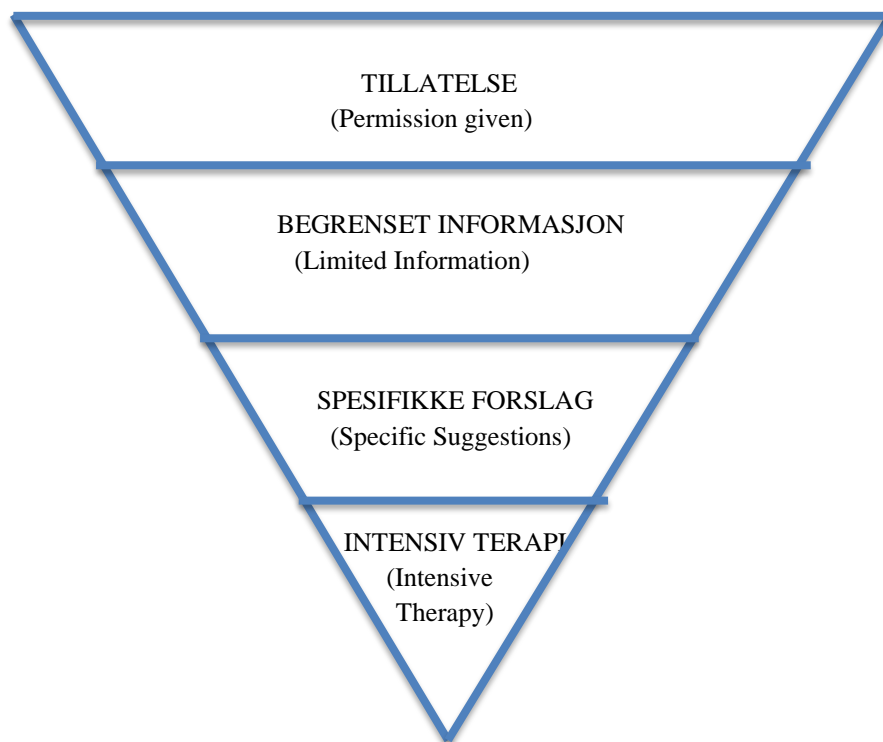
Seksualitet er et grunnleggende behov, og det ligger i hvert enkelt menneskes personlighet (Jerpseth, 2016). Seksualitet dreier seg om mer enn bare samleie. Det innbefatter ømhet, nærhet, fortrolighet og bekreftelse (Helland, 2015; Gjessing, 2018). Hvordan seksualiteten oppleves fra person til person er ulikt, og avhenger av hver enkelt menneskes livssituasjon. Seksualitet er viktig for eget selvbilde, men kan for mange også føles motsetningsfylt. På den ene siden er det en forutsetning for reproduksjon, intimitet, identitet og følelser. Samtidig kan man kjenne på skam ovenfor egen seksualitet (Jerpseth, 2016). Ifølge Gjessing (2018) er informasjon om seksuell helse veldig viktig å ta opp, og det oppfattes sjelden som galt at denne informasjonen blir tatt opp med pasienten. Informasjon om hvordan kreftbehandlingen kan påvirke seksuell funksjon bør gis skriftlig og muntlig, samt gjentas (Gjessing, 2018).

Seksuell helse er sammensatt av både fysiske, psykiske og sosiale faktorer. Det kan være knyttet til både glede, lyst og bekreftelse, samtidig som det kan påvirkes av negative konsekvenser som seksuelt overførbare sykdommer, seksuelle overgrep eller uønsket svangerskap for å nevne noe (Jerpseth, 2016). God seksuell helse er sammensatt. Hvordan man mestrer hverdagen, hvordan egen helse oppleves og fravær fra sykdom er alle faktorer som spiller inn hos hver enkelt menneske (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). For å kunne ha god seksuell helse forutsettes det at de seksuelle rettighetene er ivaretatt. Seksuelle rettigheter er en del av menneskerettighetene i norsk lov, og skal ivareta den seksuelle og reproduktive helsen til mennesket. I denne retten står blant annet retten til å velge sin egen partner uten å bli utsatt for vold og diskriminering.

2.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon er et viktig verktøy, og ferdighet som sykepleiere utøver hos alle pasientgrupper (Heyn, 2015). PLISSIT-modellen er en sexologisk rådgivningsmodell (Jerpseth, 2016). Modellen brukes ofte som et verktøy for helsepersonell som hjelp under seksuell rådgivning. Modellen er en trekant der spissen vender ned, og er oppbygd av fire trinn (Helland, 2015).

Det første nivået i PLISSIT-modellen handler om tillatelse (Helland, 2015). Dette innebærer at pasienten gir tillatelse både verbalt og nonverbalt til å snakke om seksualitet. Det kan også bekrefte at seksualitet er et relevant tema og at helsepersonell er villig til å ha en dialog om seksuelle spørsmål. Hensikten er å gi pasienter og pårørende mulighet til å sette ord på hvordan sykdommen påvirker deres seksuelle helse, og ikke minst ha en samtale rundt deres bekymringer og spørsmål. Videre handler andre nivå om begrenset informasjon. Sykepleiere skal kunne gi opplysninger om hvordan sykdommen kan påvirke pasientens seksualitet, eller om bivirkninger av behandlingen påvirker den seksuelle funksjonen. I nivå 3 av PLISSIT-modellen innebærer det å kunne gi spesifikke forslag på hvordan problemet kan håndteres eller løses. Hvis pasienten har smertetilstander kan sykepleiere gi råd om bruk av smertelindrende ved behov før seksuell aktivitet. Siste nivå står for intensiv terapi og omfatter tiltak som er utenfor sykepleiernes arbeidsoppgaver. Dette kan kreve henvisning til annet relevant helsepersonell avhengig av hvilken diagnose som er stilt. Helsepersonell som har mer sexologisk kompetanse og terapeutisk trening enn sykepleiere. Ved å anvende PLISSIT modellen kan sykepleiere med noe forkunnskap om seksualitet og veilede pasienter rundt temaet (Jerpseth, 2016).



Figur 1. PLISSIT-modellen (Helland, 2015 s. 878)

En annen modell som fokuserer på å integrere seksualitet i sykepleien er SOS-modellen (Helland, 2015). SOS-modellen står for seksualitet og sykepleie. Den omfatter både sykepleie spesifikke- og pedagogiske prosesser. Derfor brukes modellen i utdanning av sykepleiere og annet helsepersonell som ønsker høyere kompetanse eller fordypning i temaet seksualitet. Modellen består av seks faser: avklaring, kunnskap og øvelser, sykepleieprosessen, faglig vekst, utvikling og “fra enhet til helhet”. Modellen fokuserer på at seksualitet ikke er integrert i sykepleien, samt at sykepleiere mangler kunnskap rundt temaet. Den gir også konkrete forslag til hvordan dette kan endres. Det er en tidkrevende prosess som krever at både utdanningsinstitusjoner og ledelsen i institusjoner forstår viktigheten av temaet (Helland, 2015).

2.5 Sykepleiers ansvarsområde og kompetanse

Sykepleieren har flere ansvars- og funksjonsområder for ivaretagelse av pasienter i ulike situasjoner (Nortvedt og Grønseth, 2016). Utøvelse av sykepleie omfatter direkte

pasientoppgaver. Dette kan være forebygging, helsefremmende, behandlende, lindrende, rehabiliterende og habiliterende funksjonsområder. I tillegg har sykepleiere et ansvar for arbeidsoppgaver som innebærer undervisning, veiledning, administrasjon, ledelse, fagutvikling og forskning. Helsepersonell er lovpålagt til å utføre sitt arbeid i samsvar med krav til faglig forsvarlighet, og omsorgsfull hjelp som forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjon (Helsepersonelloven, 1999). I tillegg har sykepleiere yrkesetiske retningslinjer å forholde seg til. Som tidligere nevnt i oppgaven innebærer disse å ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg, understøtte håp og mestring, yte omsorgsfull hjelp, sørge for at pasientens autonomi blir ivaretatt og gi og sikre at informasjon blir forstått (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Sykepleieteoretiker Virginia Henderson hevder at sykepleierens funksjon er følgende: *”Sykepleierens særegne funksjon består i å hjelpe menneske enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død)”* (Holter, 2015 s. 111). Det er Virginia Henderson som har videreført arven fra sykepleieteoretikeren Florence Nightingale. Nightingale var den første som skrev at sykepleie var rettet mot pasientens opplevelse av sykdom (Holter, 2015). Videre hevdet hun at hovedfokuset ikke var selve sykdommen, men hvordan sykepleiere kunne hjelpe pasienten med deres reaksjon på sykdommen. Dermed måtte sykepleiere forstå pasientene ut fra den enkeltes reaksjon på sykdom. Dette bidro til grunnlaget for individualisme og menneskets selvbestemmelse, altså autonomi.

Ifølge Helland (2015) finnes det ingen retningslinjer på hvordan seksuelle spørsmål skal ivaretas i helse- og omsorgstjenesten. Studier viser at helsepersonell sjelden tar opp seksuelle temaer (Helland, 2015). De siste årene har dette blitt mer aktuelt og mer snakket om. I 2016 ga Helse- og omsorgsdepartementet ut en strategi som heter “Snakk om det”. Denne strategien samler for første gang arbeidet rundt temaet seksuell helse i en plan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Strategien er laget for alle som jobber i helse- og omsorgstjenesten, bruker- og interesseorganisasjoner, i politikk og forvaltning, samt befolkningen generelt. Det finnes informasjon om temaet på Helsedirektoratet og helsenorge sine sider, samt sex og samfunn.

Sykepleieren er en av de største yrkesgruppene i helse- og omsorgstjenesten og er den profesjonen som bruker mest tid på direkte pasientkontakt (Helland, 2015). Seksuell helse

oppleves fortsatt tabubelagt og utfordrende å snakke om (Gamnes, 2021). Ifølge studien til Vermeer *et al.* (2015) opplevde sykepleiere at det var en barriere for dem å ta opp seksuelle problemer med pasientene. Dette skyldtes forlegenhet og mangel på tid. Mange sykepleiere har lite erfaring med å innhente informasjon fra pasienter som er knyttet til seksuell helse (Gamnes, 2021). Taushet rundt seksuell helse i helsevesenet og manglende standarder for sykepleierne, medfører mer usikkerhet rundt hvordan sykepleieren skal håndtere temaet i praksis (Helland, 2015). Sykepleieren har en viktig rolle i å identifisere og møte pasientens behov for samtale og veiledning rundt temaet. Ved å inkludere seksuell helse som en del av den klinisk omsorgen, vil det sørge for normalisering av samtale (Williams, Hauck og Bosco, 2017). Det er sjelden pasienten som legger fram sine seksuelle problemer direkte med sykepleiere. Dette kan skyldes vanskeligheter med ta det opp eller at de ikke er klar over problemene sine (Helland, 2015). En av sykepleierens oppgave er å veilede og undervise pasienter om endringer i seksualiteten som følge av sykdom og behandling (Jerpseth, 2016). Ved å kommunisere, gi informasjon og veilede om seksualitet gjennom hele sykdomsforløpet kan sykepleieren bidra til å normalisere utfordringer, samt bekrefte at de er ikke alene om å oppleve dette (Helland, 2015).

Forskning viser at kreftpasienter aktivt leter etter måter å tilpasse seg endringer i sitt eget seksualliv (Helland, 2015). Sykepleieren kan bidra til denne tilpasningsprosessen ved å spørre om behov for samtale, lytte, informere og innhente informasjon pasienten etterspør, samt følge opp temaet. Ifølge Helland (2015) ønsker pasientene at helsepersonell tar opp problemstillinger rundt seksualitet, selv om pasientene selv sjelden tar initiativ til samtale. Pasientene ønsker å kunne diskutere utfordringer, og de har behov for informasjon og åpenhet fra helsepersonell. Pasientene uttrykker skuffelse når helsepersonellet ikke kan bidra med råd eller støtte som kan ha hjulpet dem med seksuelle endringer. Det kan føre til misnøye hos pasienten, hvis sykepleieren har en unnvikende holdning til å ta opp samtalen om seksuelle problemer. Studien til Williams, Hauck og Bosco (2017) antyder at sykepleiere følte et behov for mer kunnskap rundt seksuell helse og gynekologisk kreft. Dette ville hjelpe dem med å forbedre selvtilliten til sykepleierne. Sykepleiere må jobbe med sine egne holdninger til sin egen seksualitet for å tørre å møte kvinner med seksuelle problemer (Jerpseth, 2016). Det er viktig at sykepleieren er åpen, spørrende og viser at man er tilgjengelig for pasienten samtidig som å vise respekt og at pasientene bestemmer hva de vil fortelle.

Fra sykepleierens perspektiv kan manglende initiativ fra pasienten virke som manglende behov eller ønske om å snakke om seksuell helse (Helland, 2015). Det kan være flere grunner til at pasienten ikke tar opp spørsmål selv. Det kan handle om at pasientene er usikre på om temaet kan tas opp med sykepleiere. Sjenanse for pasienten og tidspress blant sykepleiere kan være andre årsaker. Pasienten vet ikke hvordan sykepleiere vil reagere eller om de opplever dette som ubehagelig. Derfor er det viktig at sykepleiere har god tid til samtale med pasienten rundt temaet seksuelle helse, kvalitet i konteksten og at det er en relasjon mellom sykepleier og pasient (Helland, 2015; Williams, Hauck og Bosco, 2017). Dette er viktige elementer som kan bidra til at dialogen blir bedre. Ifølge samme studie følte de fleste pasientene seg komfortable når temaet ble tatt opp.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 fastslår pasientens rett til informasjon.

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informere om mulige risikoer og bivirkninger.

Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Sykepleieren skal kunne møte pasientens seksualitet på lik linje som andre grunnleggende behov, her er seksuell helse en viktig faktor for bedre livskvalitet (Helland, 2015). Seksuell helse er et grunnleggende behov som er mer privat og sensitivt sammenlignet med andre behov, derfor er det viktig at sykepleieren har dette med seg dette i yrkesutøvelsen. Sykepleieren må ha tilstrekkelig kompetanse for å møte pasienten og hennes seksuelle bekymringer på en respektfull og åpen måte. Helland (2015) hevder at sykepleieren ikke skal ha en terapeutisk rolle når det gjelder pasientens seksualitet.

2.6 Hensikten med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å belyse kvinnehelse og seksuell helse. I vårt studieløp har vi lært lite om seksuell helse på skolen og i praksisperiodene, dette har medført at vi hadde lite kunnskap om det. Derfor ønsket vi å ta for oss seksuell helse i kombinasjon med gynekologisk kreft, siden faglitteraturen tyder på at det fortsatt er tabubelagt og utfordrende å snakke om.

Problemstillingen vi har valgt er:

Hvordan kan sykepleiere støtte kvinner med gynekologisk kreft for ivaretagelse av seksuell helse?

3.0 Metode

3.1 Metodevalg

Kunnskapsbasert praksis vil si å kunne bruke forskning, slik at helsepersonell bedre kan hjelpe pasientene sine (Graverholt, Jamtved og Nortved, 2015). Ved bruk av forskningsbasert kunnskap, erfaring fra praksis og pasientens behov og kunnskap bidrar dette til å bedre kvaliteten på yrkesutøvelsen helsepersonell gir. Kunnskapsbasert praksis innebærer en kombinasjon av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, brukermedvirkning og brukerkunnskap. Hensikten med kunnskapsbasert praksis er å styrke beslutningsgrunnlaget for helsepersonell og bevisstgjøre hvor kunnskapen hentes fra. Metoden for denne bacheloroppgaven er en begrenset litteraturstudie. Hensikten er å undersøke oppgavens problemstilling ved å bruke 5-8 vitenskapelige artikler. Forskningsmetodene i artiklene vi har brukt er både kvantitative og kvalitative. Begge disse forskningsmetodene handler om å innhente og analysere data (Grønmo, 2020). I kvantitativ metode foreligger dataen i form av tall eller andre mengdetemer, mens i kvalitativ metode foreligger dataen i form av tekst (Grønmo, 2021). Eksempel på kvalitativ metode er intervju, og et eksempel på kvantitativ metode er spørreskjema.

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Før artikkelsøket ble det laget en tabell med inklusjonskriteriene og eksklusjonskriteriene. Oversikt over kriteriene for oppgaven er under tabell nr.1. Tabellen ble laget for å ha en oversikt over hva som var ønskelig og ikke ønskelig i artiklene. Første kriterium var fagfellevurdering. Fagfellevurdering innebærer at forskningsbidragene har blitt kvalitetssikret av en fagfelle (Svartdal, 2021). Videre var det ønskelig med en forskningsartikkel siden den legger fram ny informasjon, mens en fagartikkel er bygget på allerede kjent litteratur (Lerdal, 2012). Neste krav for artiklene var IMRaD-struktur. Det står for innledning, metode, resultat og diskusjon og handler om oppbyggingen av forskningsartiklene (Universitetet i Oslo *et al.*, 2023) Videre ble årstallet for utgivelse satt til år 2000 eller nyere. Bakgrunnen for dette var at det har skjedd mye relatert til kvinnehelse de siste 20 årene (NOU 2023: 5). De siste kriteriene handlet om temaet som var ønsket i artiklene. Oppgavene ble avgrenset til kvinner over 18 år, kvinner som har gjennomgått eller er under behandling for gynekologisk kreft og seksuell helse.

Tabell 1.

Inklusjonskriteriene	Eksklusjonskriteriene
IMRaD-struktur	
Fagfellevurdert	
Forskningsartikkel	Fagartikkel
Publisert senere enn år 2000	Publisert før år 2000
Kvinner over 18 år	Kvinner under 18 år
Kvinner som har gjennomgått eller er under behandling for gynekologisk kreft	
Seksuell helse	

3.3 Søkestrategi og databaser

I begynnelsen av oppgaven ble det gjort et søk i Google Scholar. Hensikten med dette var å innhente tips og se hvor mange treff som kom opp relatert til kvinnehelse uten å gjøre et strukturert søk. Det ble laget et pico-skjema før det strukturerte artikkelsøket. Hensikten var å lettere kunne finne kombinasjoner og søkeord, samt gi en struktur og klargjøre for strukturert litteratursøk (Helsebiblioteket, 2021a). Tabell 2 viser oversikt over pico-skjemaet. I skjemaet valgte vi å ta med mange mulige søkeord, selv om ikke alle ble brukt i det endelige søket. Det ble satt inn norske søkeord som vi måtte gjøre om til engelsk ved bruk av MESH. MESH er et oversettelsesverktøy for medisinske og helsefaglige ord (Helsebiblioteket, 2022). I starten av det strukturerte søket ble det brukt mange søkeord, som både emneord og nøkkelord. Etterhvert tok vi bort noen søkeord, dette bidro til at vi fikk flere relevante treff i databasene. Søkeordene som ble valgt i det strukturerte artikkelsøket ble følgende: genital neoplasms female, sexuality, nursing og treatment. Det ble brukt både emneord og nøkkelord i artikkelsøket i databasene hvor det var mulig. Grunnlaget for bruken av både emneord og nøkkelord var for å få en større bredde og flere treff i databasene.

Tabell 2.

P	I	C	O
Gynekologisk kreft Gynekologisk kreftpasienter Gynekologisk behandling Kvinner	Behandling. Informasjon. Seksuell helse i forbindelse med kreftforløp.	Ikke aktuelt i denne problemstillingen.	Bedre seksuell helse Bedre informasjonsflyt fra helsepersonell Mer åpenhet rundt tema

I valg av databaser ble det sett over utvalget og tilgjengeligheten. Oppgaven krevde 2-3 databaser. Vi valgte å ta for oss Medline (Ebscohost) og Cinahl. Bakgrunnen for valget av databasene var at de hadde både medisinsk og sykepleierelatert innhold, samt at vi hadde erfaring med søk i disse databasene fra før av. Medline er en stor database som har mange

medisinske publikasjoner (Aabakken, 2021). I Cinahl har de mest sykepleierrelaterte artikler (Helsebiblioteket, 2021c). Det ble brukt samme søkeord i artikkelsøkene i begge databasene. I søkematriksen er søkeordet “nursing” ikke brukt som emneord i Cinahl, fordi det ikke var en mulighet i databasen. Derfor ble det en forskjellig kombinasjon i Medline og Cinahl. I Medline er kombinasjonen S1 AND S6 AND S7 AND S8 brukt, mens i Cinahl ble kombinasjonen S1 AND S5 AND S6 AND S7 brukt. Det ble foretatt et strukturert søk i begge databasene, der hensikten var å finne ulike innfallsvinkler på problemstillingen.

Søkematriksen, tabell 3.

Søkeord	Antall treff i Cinahl	Antall treff i Medline (ebSCOhost)	Kombinasjoner
S1 Genital Neoplasms, Female (MH)	47 027	254 075	
S2 Sexuality (MH)	42 132	48 911	
S3 Sexuality (KW)	43 400	28 698	
S4 Nursing (MH)	-----	262 895	
S5 Nursing (KW)	809 066	1 010 382	
S6 Treatment (KW)	1 299 983	5 846 015	
S7	50 507	67 622	S2 OR S3
S8		262 895	S4 OR S5
S9		56	S1 AND S6 AND S7 AND S8
S9	44		S1 AND S5 AND S6 AND S7

3.4 Analyse og kildekritikk

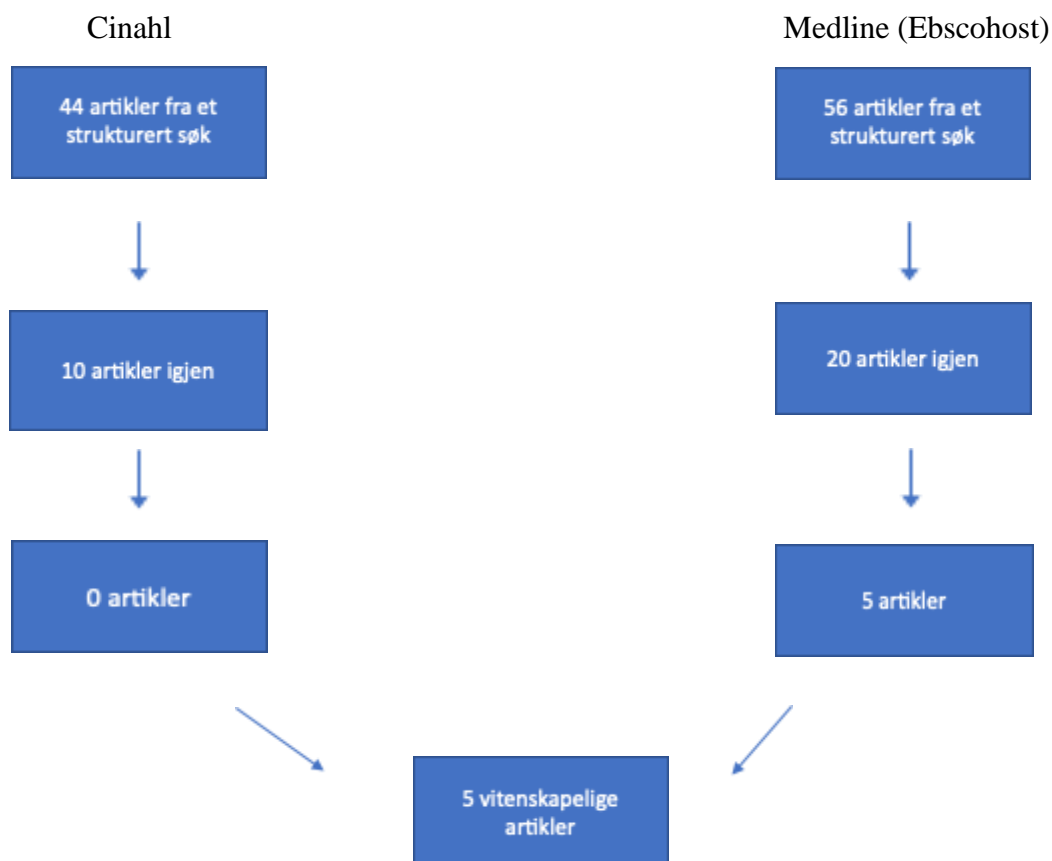
Helsinkideklarasjonen et eksempel på etiske retningslinjer (Førde, 2014). Deklarasjonen tar for seg reguleringen av etiske retningslinjer innen all medisinsk forskning. Hensyn til sårbare grupper vektlegges høyt i Helsinkideklarasjonen.

Kildekritikk handler om å vurdere informasjon man innhenter og ta stilling til om den er troverdig (Orgeret, 2021). Utvelgelsesprosessen av artiklene innebar å se over tabellen med inklusjons- og eksklusjonskriterier. Kriteriene som var ønsket i artiklene var fagfellevurdering, vitenskapelig artikkel, IMRAD-struktur, artikler nyere enn årstall 2000. Deltakerne som var inkludert i artiklene skulle være over 18 år, ha gjennomgått eller er under behandling for gynekologisk kreft og seksuell helse. Grunnlaget for disse valgene er nevnt tidligere under overskrift 3.2. Det var viktig at innholdet i artiklene var relevant til problemstillingen. Artiklene måtte være på engelsk eller et annet nordisk språk, slik at innholdet kunne forstås og leses.

Analysen går nærmere inn på bakgrunn for artikkel, troverdighet og om innholdet kan stoles på. I oppgaven ble det brukt en sjekklister fra Helsebiblioteket (2021b) og Aveyards tematiske analysemodell fra Thidemann (2019) for å vurdere artiklene. Helsebiblioteket (2021b) tar for seg følgende spørsmål i sjekklisten sin: «*Kan du stole på resultatene? Hva er resultatene? Kan resultatene brukes i min praksis?*» (Helsebiblioteket, 2021b). I gjennomgang av analysen oppnådde vi alle punktene på sjekklisten. Det er en innvirkende faktor for at artiklene er tatt med i oppgaven. Aveyard tematisk analysemodell er en trinnvis modell for å vurdere vitenskapelige artikler (Thidemann, 2019). Ved hjelp av denne tematiske analysemodellen kunne det kritisk vurdere om resultatene i artiklene samsvarer med valgt tema. Dette resulterte i ett funn på fem vitenskapelige artikler som samsvarte med valgt temaet.

Figur 2 er flytskjema som viser fremgangsmåten på valg av artikler. Første ledd av flytskjemaet illustrerer antall artikler som kom opp ved et strukturert søk i databasene. Andre ledd fremkommer det artiklene som ble samlet i en foreløpig ja eller kanskje bunke. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble vurdert, i tillegg om artiklene kunne passe til problemstillingen. Dette krevde at alle artiklene fra første ledd måtte gjennomgås. Tredje ledd viser det hvor mange artikler fra valgt database som ble tatt med videre i den begrenset

litteraturstudien. Siste ledd illustrerer hvor mange artikler som er inkludert i oppgaven vår. Kravet i siste ledd var 5-8 forskningsartikler. Bakgrunnen for at det kun er valgt artikler fra Medline er fordi det var disse som var mest relevant til vår problemstilling. De vitenskapelige artiklene inneholder både kvalitativ og kvantitativ forskning. To av artiklene innehar en randomisert kontrollstudie og én artikkel innehar en retrospektiv studie. En randomisert kontrollstudie sammenligner to ulike grupper for å se hvem som har mest effekt av tiltaket (Helsebiblioteket, 2019). Derimot i en retrospektiv studie ses det tilbake på forskningen (Nylenna, 2016).



Figur 2. Flytskjema.

4.0 Resultater

Artikkel nr. 1	Sekse, R. J. T., Hufthammer, K. O. og Vika, M. E. (2017) Sexual activity and functioning in women treated for gynaecological cancers, <i>J Clin Nurs</i> , 26(3-4), s. 400-410.
Referanse	https://doi.org/10.1111/jocn.13407
Land	Norge
Hensikt med studien	Hensikten med studien var å sammenligne effekten av to ulike testgrupper på kvinner som har vært behandlet for gynekologisk kreft med seksuell aktivitet og funksjon.
Nøkkelord	Gyneacological cancer, follow-up, quality of lifesexual activity, sexual functioning.
Metode	Det er en kvantitativ forskningsmetode i artikkelen. Den inneholder en randomisert kontrollstudie med to testgrupper. Den ene testgruppen hadde en mer pedagogisk fremgangsmåte, mens den andre testgruppen hadde fysisk trening. Denne studien foregår over 3 år, mellom 2009 og 2012. Studiedeltakerne ble kontaktet av 3 forskjellige sykehus i Norge, hovedsakelig per brev. I brevene var det flere spørreskjemaer. I studien ble det inkludert 129 kvinner.
Resultat og diskusjon	<p>Hos kvinnene som var seksuelt aktive var det 54% som ikke var eller lite tilfreds med sitt seksuelle liv. 46% var noe tilfreds og veldig tilfreds. Kvinnene ga tilbakemelding på at de opplevde vaginal tørrhet, smerter og ubehag under seksuell aktivitet. Omtrent halvparten av kvinnene opplevde vaginal tørrhet. 41 % av kvinnene opplevde smerter og ubehag under penetrasjon og 50% av disse kvinnene hadde gjennomgått enten eggstokkreft, livmorkreft, livmorhalskreft eller vulvakreft. Kvinnene som var seksuelt aktive sammenlignet med de som ikke var det, opplevde bedre livskvalitet. Det kom fram at det ikke hadde noe store forskjeller med tilfredsstillhet i forbindelse med behandling, diagnose, alder eller FIGO-stadium.</p> <p>I diskusjonsdelen kom det fram at høyere alder også gir lavere seksuell aktivitet. Mange av deltakerne i andre studier viser også at de sliter med vaginal tørrhet, smerter, ubehag og dårlig selvbilde etter behandling for gynekologisk kreft. Pasientene opplevde å ikke bli tilfreds med seksuell aktivitet, og opplevde at de burde ha samme seksuelle liv som før diagnosen. I tillegg følte pasienten på at de måtte tilfredsstille sin partner. Dette er negative faktorer som kan påvirke den psykiske og fysiske tilstand til kvinner etter behandling. Det kom fram i flere studier at seksuelle problemer er relatert til strålebehandling og cellegift. Aldersgruppen kan ikke sammenlignes direkte, men det oppleves forskjellig endringer og ubehag i forhold til hvor kvinnene er i livet. Helt til slutt fant de ut at flertallet som overlevde ulike gynekologiske kreftformer og behandlingsformer rapportere en relativt tilfredsstillende livskvalitet, til tross for kroppslige plager, ubehag og endringer i seksuallivet.</p>
Evt. Konklusjon	Kvinner med gynekologisk kreft er seksuelt aktive, men mer enn 50 % er ikke eller lite fornøyd. Det kom fram at mange hadde smerter og ubehag i forbindelse med seksuell aktivitet. Seksualitet er en viktig del av kvinners liv. Helsepersonell bør prioritere å snakke om problemer rundt seksuell helse under behandling og oppfølging.
Evt. Relevans for oppgaven	Pasientene opplevde lavere tilfredshet ved seksuell aktivitet. Mange kvinner opplevde smerter ved penetrasjon. Helsepersonell må være sensitiv i møte med kvinner, deres spørsmål og behov rundt seksualitet. Helsepersonellens evne til å kommunisere og deres kompetanse om seksualitet har betydning for hvordan helsepersonell oppdager og behandler seksuelle problemer.

Artikkel nr. 2	
Referanse	Ljungman, L. <i>et al.</i> (2021) "There should be some kind of checklist for the soul" – A qualitative interview study of support needs after end of treatment for gynecologic cancer in young women, <i>Eur J Oncol Nurs</i> , 52, s. 101927-101927. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101927
Land	Sverige
Hensikt med studien	Hensikten med studien er å identifisere støttebehov hos kvinner som har blitt diagnostert med gynekologisk kreft før 40 år. Det er en økt risiko for fysiske og psykiske problemer i etterkant av behandling. I tillegg er det for lite kunnskap om dette kompetansefeltet.
Nøkkelord	Gynecologic cancer, interviews, support needs, survivors, qualitative, young women.
Metode	Forskningsmetoden som ble brukt var en kvalitativ studie. Det ble gjennomført et semistrukturert intervju med deltakerne. Intervjuene ble analysert ved bruk av en innholdsanalyse med en induktiv tilnærming. Totalt 10 deltakerne ble inkludert i studien og ble intervjuet via telefon. Deltakerne i studien ble diagnostisert med gynekologisk kreft i tidsrommet 2003 til 2017. Flertallet var diagnostisert med livmorhalskreft, ble behandlet med forskjellige typer kreftbehandlinger, hadde barn, partner og en høy utdanning. Alle kvinnene bodde og ble behandlet i Sverige.
Resultat og diskusjon	<p>I analysen kom det fram åtte kategorier av støttebehov. Disse åtte var oppsøkende støtte, langsiktig spesialisert støtte, støtte til hele familien, peer-støtte, psykisk støtte, støtte relatert til reproduksjon, seksualitet og familieliv, informasjon om senfølger og støtte som passer til yngre kvinner. Oppsøkende støtte innebar hjelp og tilbud fra helsepersonell. Langsiktig spesialisert støtte inkluderte behov for støtte fra spesialisert helsepersonell i og etter avsluttet kreftbehandling. Støtte til hele familien innebar at det var behov for støttegrupper til pårørende som helsevesenet burde bistå med. Peer- støtte handlet om å møte andre kvinner i samme situasjon. Det blir en form for kollegastøtte. Disse kvinnene møttes for eksempel gjennom sosiale medier, pasientforeninger og opptreningsgrupper. Psykisk støtte innebar at pasienten hadde et behov for hjelp til å håndtere psykiske reaksjoner som var knyttet til kreftsykdommen. Kvinnene hadde et behov for støtten da det gjaldt spørsmål om fruktbarhet, seksualitet og familieliv. Kvinnene beskrev et større behov for mer tilgjengelig informasjon om senfølger etter kreftbehandling. Til slutt var det ønskelig med mer støtte tilpasset yngre kvinner.</p> <p>Det har vært lite forskning på psykososiale problemer hos kreftpasienter. Å møte andre i lik situasjon i form av støttegrupper, telefonkontakt og enkeltmøter er en av de mest effektive formene for støtte for disse kvinnene. Unge kvinner etterspurte oppfølging av helsepersonell, siden de ikke visste hvor skulle henvende seg eller opplevde manglende energi til å søke hjelp selv. Pasientene ytret et ønske om mer støtte til familien. Pasienten trengte hjelp med å håndtere psykiske problemer som angst, skyldfølelse, skam og negative tanker rundt kreft. Spesielt unge kvinner trengte støtte med tanker rundt fertilitet, seksualitet, selvbilde og forhold. Denne pasientgruppen trenger mer informasjon, støttegrupper og rehabilitering som er spesifikk for unge kvinner med gynekologisk kreft.</p>
Evt. Konklusjon	Kvinnene som ble diagnostert med gynekologisk kreft i en ung alder, de under 40 år hadde et stort behov for støtte. Det kom fram flere spesifikke støttebehov etter avsluttet behandling. Resultatene indikerte at det var et behov for veiledning og informasjon fra helsepersonell til yngre kvinner og deres behov.

Artikkel nr. 3	
Referanse	Mattsson, E. <i>et al.</i> (2018) Women treated for gynaecological cancer during young adulthood – A mixed-methods study of perceived psychological distress and experiences of support from health care following end-of-treatment, <i>Gynecol Oncol</i> , 149(3), s. 464-469.
Land	https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2018.03.055 Sverige
Hensikt med studien	Hensikten med studien er å undersøke prevalensen og prediktorer for kreftrelatert plager hos yngre kvinner som har vært behandlet for gynekologisk kreft. I tillegg skulle det undersøkes kvinners behov og opplevelse av psykososial støtte etter behandlingslutt.
Nøkkelord	Gyneacological cancer, psychological distress, young adulthood.
Metode	I denne studien ble det brukt en kvantitativ forskningsmetode. Kvinnene var diagnostert med gynekologisk kreft mellom 2008 og 2016. Alderen for diagnostetidspunkt var mellom 19 og 39 år. Deltakerne ble oppdaget via et register som heter svensk kvalitetsregister for gynekologisk kreft. Det ble samlet inn informasjon fra 337 kvinner som overlevde kreften. Det ble brukt både et spørreskjema og informasjon fra registeret.
Resultat og diskusjon	<p>Resultatene viste at 85 % av deltakerne hadde kreftrelaterte plager. Disse plagene handlet om angst, redsel for tilbakefall, dødsangst, depresjon, endringer i seksuell livet og fertilitet, samt endringer av kroppsbildet. Kreftrelaterte plager opplevdes mer vanlig hos kvinner som hadde fått cellegift og/eller strålebehandling, i tillegg til kirurgi. Forskjellig kombinasjoner av behandling og en historie med psykiske problemer medførte flere kreftrelaterte plager. 72% av kvinnene som hadde opplevd plager etter behandlingslutt, hadde også et behov for støtte etter avsluttet behandling. En tredjedel av de som mottok støtte, opplevde den som utilstrekkelig. Det er beskrevet åtte kategorier i studien med grunner for hvorfor pasienten ikke søkte hjelp. Eksempler på dette var manglende styrke til å søke faglig hjelp og støtte, travelt med å klare hverdagen og ønsket hjelp, samt at pasienten ikke visste hvem de skulle henvende seg til. I studien er det fire kategorier som handler om hvorfor pasienten ikke mottok den hjelpen de søkte om. Eksempler på dette er vanskeligheter med å åpne og uttrykke følelser, psykososial omsorg som er nedprioritert, utilstrekkelig og uprofesjonelt.</p> <p>I diskusjonsdelen kommer det fram at yngre kvinner som har overlevde kreft har større sannsynlighet for å få problemer med psykiske problemer og dårligere livskvalitet, i forhold til eldre kvinner som har overlevd kreft. Tanker rundt fertilitet og kunne få biologiske barn er en faktor som kan føre til mer stress blant yngre kreftpasienter. Informasjon og hjelp rundt reproduktiv helse kan bidra til å unngå denne typen stress blant denne pasientgruppen. En tredjedel av pasientene som fikk hjelp av helsevesenet følte at hjelpen var utilstrekkelig. Eksempel på dette var lange ventelister, manglende kompetanse og informasjon fra helsepersonell rundt gynekologisk kreft og senvirkninger. Det kom også fram at kvinnene ikke ble informert om de psykososiale tjenestene ved sykehuset. Uavhengig av tidlig diagnostetidspunkt og vellykket operasjon var frykten for tilbakefall til stede. Resultatene fra studien tyder på at pasientene har behov for langsiktig støtte i den psykososiale omsorgen. Det bør etableres ressurser som har kompetanse rundt kreftrelaterte plager, som kan sørge for bedre støtte til pasientene.</p>
Evt. Konklusjon	Resultatet som kom fram i studien viser at det er viktig med støtte og langsiktig oppfølging for unge kvinner som har overlevd gynekologisk kreft. Støtten til kvinnene må organiseres slik at det møter denne gruppens spesifikke behov.

Artikkel nr. 4	Kpoghomou, M.-A. <i>et al.</i> (2021) Assessment of an onco-sexology support and follow-up program in cervical or vaginal cancer patients undergoing brachytherapy, <i>Support Care Cancer</i> , 29(8), s. 4311-4318. https://doi.org/10.1007/s00520-020-05898-9
Referanse	
Land	Frankrike
Hensikt med studien	Hensikten med studien var å vurdere effekten av støtten fra en sykepleier med videreutdanning som sexolog. Det ble vurdert på seksualiteten, vaginale bivirkninger og kvaliteten på klinisk oppfølging hos pasienter som er behandlet med brachyterapi for livmorhals- eller vaginalkreft.
Nøkkelord	Brachytherapy, Cancer, Cervical, Sexuality, Supportive care.
Metode	Denne artikkelen innehar en retrospektiv studie. Forskningsmetoden i studien er kvantitativ. Totalt 156 pasienter var med i studien, med en gjennomsnittsalder på 55 år. Data fra studien ble samlet inn mellom 2013-2017 ved et kreftsentrum i Frankrike. Pasientene ble delt inn i en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Intervensjonsgruppen fikk støtte fra sykepleier med videreutdanning som sexolog, og kontrollgruppen fikk ikke tilbudet. Det ble brukt et skjema for å samle inn data.
Resultat og diskusjon	<p>57,7% av de 156 pasientene fikk oppfølging av sykepleier sexolog. Informasjonsflyten angående gjenopptakelse av seksualiteten 2 måneder etter behandlingen var best hos intervensjonsgruppen. Intervensjonsgruppen hadde lavere risiko for å utvikle vaginal stenose sammenlignet med kontrollgruppen. Pasientene i intervensjonsgruppen hadde mer seksuell samleie 2 måneder etter behandling sammenlignet med kontrollgruppen. Det var derimot ingen store forskjeller etter 6 og 23 månedens oppfølgingssamtale. Bekkensmerter og vaginal tørrhet var litt høyere blant intervensjonsgruppen. Vaginal stenose var større hos kontrollgruppen 6 måneder etter behandling sammenlignet med intervensjonsgruppen.</p> <p>Det er manglende informasjon til gynekologiske kreftpasienter om seksuell atferd. Til tross for at håndtering av seksualitet alltid har vært et krav i franske kreftplaner. Pasientene var interessert i å få oppfølging av helsepersonell, og de klarte å kontakte sexterapeuten ved behov. Mangel på informasjon kan skyldes at pasientene ikke snakket med andre enn legen sin om seksualitet. I tillegg er det fortsatt tabu å snakke om seksualitet. Derfor er støtte en avgjørende faktor for å forbedre oppfølging av pasientene.</p> <p>Kvaliteten på seksuallivet etter strålebehandlingen var tilfredsstillende.</p> <p>Det ble satt spørsmål til om tidlig samleie etter behandling med brachyterapi kunne redusere risikoen for vaginal stenose, siden pasientene i intervensjonsgruppen hadde lavere forekomst. Studien hadde ingen sikker konklusjon på dette. Vaginal fibrose, vaginal stenose, bekkensmerter og vaginal tørrhet var den vanligste bivirkningene etter utero-vaginal brachyterapi.</p>
Evt. Konklusjon	I studien kom det fram mangel på diskusjon mellom leger og pasienter om virkningen av kreft og behandlingen på seksualitet. Spørsmål rettet mot kvinners seksualitet tas ikke opp under medisinske konsultasjoner før, under eller etter kreftforløpet. Støtten som tilbys av sykepleiere med videreutdanning som sexolog var med på å forbedre pasienters seksuelle aktivitet og reduseres deres fysiske bivirkninger som vaginal stenose. Oppfølging, bedre kommunikasjon og en terapeutisk opplæring til pasientene er nødvendig.

Artikkel nr. 5	Chow, K. M. <i>et al.</i> (2014) A feasibility study of a psychoeducational intervention program for gynecological cancer patients, <i>Eur J Oncol Nurs</i> , 18(4), s. 385-392
Referanse	https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.03.01
Land	Hong Kong
Hensikt med studien	Hensikten med studien var å teste om det var gjennomført å implementere psykoedukativt intervensjonsprogram for pasienter med gynekologisk kreft.
Nøkkelord	Psychoeducational intervention, gynecological cancer, randomized controlled trial, feasibility study, Hong Kong, Chinese.
Metode	Det er en randomisert kontrollert studie. Denne artikkelen innehar både kvantitativ og kvalitativ forskning. I kontrollgruppen er det brukt spørreskjema, mens intervensjonsgruppen og tre sykepleiere ble intervjuet. Studien ble gjennomført mellom september 2012 og februar 2013 ved undervisningssykehuset i Hong Kong. Gjennomsnittsalderen var på 54,5 år blant de 26 deltakerne i studien. Deltakerne ble delt inn i intervensjonsgruppe og en oppmerksomhetskontrollgruppe. Den seksuelle funksjonen, livskvalitet, usikkerhet, angst - og depresjon, opplevelsen av sosial støtte ble vurdert i studien.
Resultat og diskusjon	<p>Etter den psykoedukative intervensjonsprogrammet ble det bedring av inkonsistent informasjon om sykdommen. Det ble påvist bedring i livskvalitet, usikkerhet, depresjon og opplevelse av sosial støtte med tilbudet av intervensjonene. Kvalitative data viste at intervensjonene var ønsket og verdsatt av deltakerne og at det var gjennomførbart av sykepleierne. I intervensjonsgruppen var etterlevelseshraten på 69,2% og utmattelsesraten 7,7%. Derimot i oppmerksomhetskontrollgruppen var overlevelseshraten på 46,7% og utmattelsesraten på 0%. Det var ingen signifikante forskjeller på intervensjonseffektene på pasientutfall i de to gruppene, bortsett fra på utfallsvariabelt på usikkerhet. Deltakerne som fikk psykoedukative intervensjon følte det var et tilbud om emosjonell støtte og nyttig for deres psykologiske status. I tillegg ga intervensjonen informasjonsstøtte. Deltakerne tilegnet seg kunnskap om gynekologisk kreft og behandlinger. Flertallet av deltakerne hadde positive følelser for intervensjonsprogrammet. Fra helsepersonellens perspektiv opplevde alle sykepleierne at utformingen av programmet var hensiktsmessig med tanke på informasjonstilbudet. Dette bidro til at sykepleierne hadde en mulighet til å diskutere seksuelllivet, siden pasienten kunne føle seg flau og tilbakeholdne om spørsmål relatert til sex. Sykepleierne så på implementering av programmet som mulig og praktisk for pasienter med gynekologisk kreft. Det var behov for ytterligere arbeidskraft blant sykepleierne for å kunne gjennomføre intervensjonene.</p> <p>Det psykoedukative intervensjonsprogrammet ble godt akseptert av deltakerne. Helsepersonellens meninger stemte overens med pasientene, og intervensjonene var nyttig for nydiagnoserte pasienter med gynekologisk kreft. Psykoedukative intervensjonsprogrammet under behandlingsprosessen avklarte misoppfatninger og feilinformasjonen som pasienten kunne ha fått. Deltakerne hadde mindre inkonsekvente opplysninger om sykdommen etter endt operasjon. Kostnadseffektiviteten er et viktig spørsmål som må tas opp. Helsepersonell fortalte det var det nødvendig med ytterligere arbeidskraft for å implementere disse intervensjonene i klinikken. Teoretisk sett kan kostnaden kompenseres av de forbedrede pasientresultater. Dette vil bidra til at pasienten bruker helsetjenestene mindre for problemer med psykiske plager, seksuell dysfunksjon og angstlidelse.</p>
Evt. Konklusjon	Funnene fra studien tyder på at det er mulig å levere et psykoedukative intervensjonsprogram som kan gi gunstige effekter hos pasienter med gynekologisk kreft.

4.1 Sammenfatning av resultatene

4.1.1 Seksuell helse og seneffekter

Sekse, Hufthammer og Vika (2017) hevder at mange kvinner opplever senskader etter kreft. I studien opplyser omtrent halvparten av kvinnene at de opplevde vaginal tørrhet. 41% av deltakerne opplevde smerter og ubehag under penetrasjon. Kvinnene som hadde fått både cellegift, strålebehandling og kirurgi hadde flere plager enn de som ikke hadde fått det. 54% av deltakerne i studien var lite eller ikke tilfreds med eget seksuelt liv. I denne studien var det ingen store forskjeller med tilfredsstillhet med tanke på behandling, diagnose, alder eller FIGO-stadium. Dessuten opplevde flere pasienter at de måtte tilfredsstille deres partner. De pasientene som var seksuelt aktive hadde bedre livskvalitet sammenlignet med de som ikke var det. Flertallet av pasientene som overlevde gynekologiske kreft og hadde ulike behandlingsformer, rapporterte en relativt tilfredsstillende livskvalitet, til tross for kroppslige plager, ubehag og endringer i seksuallivet.

Ifølge studien til Mattson *et al.* (2018) opplevde 85% av deltakerne kreftrelatert plager. I studien gikk forfatteren nærmere inn på psykiske plagene. Frykt for tilbakefall, angstsymptomer og depressive symptomer var de psykiske plagene som pasientene opplevde mest.

Kpoghomou *et al.* (2021) mener at seksuell helse fortsatt er tabubelagt å snakke om. Pasientene ønsket oppfølging rundt seksuell helse, og håndtering av seksualitet er et krav i franske kreftplaner. Pasientene i studien opplevde vaginal tørrhet, vaginal stenose og bekkensmerter som bivirkninger etter kreftdiagnosen og behandlingen. I studien ble det stilt spørsmål om tidlig samleie etter behandling kan ha bidratt til lavere forekomst av vaginal stenose.

Studien til Chow *et al.* (2014) viste bedring i livskvalitet, usikkerhet, depresjon og sosial støtte med psykoedukativ intervensjon. Pasientene opplevde intervensjonene som nyttig for deres psykologiske status.

I studien til Ljungman *et al.* (2021) hadde pasientene behov for mer og tilstrekkelig informasjon om senskader etter kreftbehandling. Noen mente dårlig informasjon medførte unødvendig frykt og bekymring. Pasientene trengte hjelp med å håndtere psykiske reaksjoner som frykt, angst, skam, skyldfølelse og negative tanker etter avsluttet behandling.

4.1.2 Støtte og informasjon fra helsepersonell

Ifølge Sekse, Hufthammer og Vika (2017) bør helsepersonell snakke med pasientene om problemer rundt seksuell helse, siden dette er et viktig aspekt i kvinners liv.

I studien til Mattson *et al.* (2018) opplevde en tredjedel av pasientene støtten fra helsepersonell som utilstrekkelig. Dette skyldes lange ventelister, samt manglende kompetanse og informasjon fra helsepersonell. Videre ble ikke kvinnene informert om de psykososiale tjenestene ved sykehus fra helsepersonell. Pasientene søkte ikke om støtte på egen hånd og det skyldes flere årsaker. Disse innebar at pasientene ikke visste hvem de skulle henvende seg til eller at pasientene opplevde manglende energi og styrke til å søke støtte. Resultatene fra studien tyder på at det er økt støtte i den psykososiale omsorgen, spesielt rundt langsiktig støtte. Ved å etablere ressurser som kan gå nærmere inn på spesifikke kompetanseområder rundt kreftrelaterte plager, vil dette sørge for bedre støtte til pasientene.

Ljungman *et al.* (2021) hevder at kvinner under 40 år hadde behov for mer støtte og hjelp. Yngre kvinner hadde behov for mer skreddersydd informasjon og veiledning fra helsepersonell. Kvinnene trengte oppfølging fra helsepersonell i forløpet og etter avsluttet kreftbehandling.

Studien til Kpoghomou *et al.* (2021) mente at støtte fra sykepleiere med videreutdanning som sexolog var avgjørende for å forbedre pasientoppfølgingen. Støtten bidro til å forbedre pasientens seksuelle aktivitet og redusere pasientens fysiske bivirkninger som vaginal stenose. Det kunne være nødvendig med oppfølging, bedre kommunikasjon og terapeutisk opplæring for pasientene.

Ifølge studien til Chow *et al.* (2014) opplevde sykepleiere utformingen av psykoedukative intervensjonsprogrammet som hensiktsmessig med tanke på informasjonstilbudet. Pasientene

opplevde å få mer inkonsekvent informasjon. Pasientene opplevde intervensjonsprogrammet som nyttig for dere psykologiske status og som et tilbud om emosjonell støtte.

Intervensjonsprogrammene bidro til at sykepleiere kunne diskutere seksuallivet med pasientene. Mange pasienter var flau og tilbakeholdne på spørsmål relatert til seksuell helse. Implementering av intervensjonsprogram var mulig, men det oppstod spørsmål om det var gjennomførbart. Det skyldes mangel på arbeidskraft og økonomiske kostnader.

5.0 Drøfting

5.1 Informasjon og kommunikasjon

I starten av en kreftdiagnose er det mange spørsmål rundt prognoser og behandling (Gjessing, 2018). Da kan spørsmål rundt seksuell helse virke fjernt. En kreftdiagnose og behandling kan gi senskader som kan påvirke den seksuelle helsen. Kvinnene i studien hadde et behov for mer informasjon om seneffekter av kreftbehandlingen (Ljungman *et al.*, 2021). Videre opplevde pasientene for lite informasjon om seksuell helse (Kpoghomou *et al.*, 2021). Mangelfull informasjon om sykdommens negative innvirkninger kan påvirke pasientens seksualitet (Helland, 2015). Dårlig og begrenset informasjon kan også føre til unødvendig frykt og bekymring hos pasientene (Ljungman *et al.*, 2021). Samtidig kan også for mye informasjon skape unødvendig bekymring blant pasientene. Sykepleieren kan bidra til å normalisere utfordringer rundt seksuell helse ved å kommunisere og gi tidlig informasjon i forløpet (Helland, 2015). Helsepersonell bør tilpasse informasjon og veiledning til pasienten, samt gjenta informasjonen ved behov (Jerpseth, 2016). Ved å anvende PLISSIT-modellen kan sykepleiere gi nødvendig informasjon i henhold til pasientens sykdomstilstand (Helland, 2015).

Informasjon og veiledning fra sykepleieren kan bidra til at pasienter og pårørende får realistiske forventninger til sitt seksualliv ut ifra sin situasjon (Helland, 2015). Mange av pasientene nølte med å gjenoppta sexlivet etter kreftbehandling (Chow *et al.*, 2018). Dette kan skyldes kulturelle verdier og misoppfatninger som frykt for gjentakelse av kreften eller overføring av sykdom til partner. Økt informasjon kan derfor bidra til å redusere usikkerhet knyttet til vanskeligheter og utfordringer rundt seksualitet (Gjessing, 2018). I tillegg opplevde pasientene bedring i inkonsistent informasjon etter psykoedukative intervensjonsprogram

(Chow *et al.*, 2014). Den bidro til å rette opp i misoppfatninger eller feilinformasjon pasientene hadde fått. For øvrig ga disse intervensjonene pasientene bedre informasjonsstøtte.

Dessuten er det behov for mer informasjon om yngre kvinner og gynekologisk kreft (Ljungman *et al.*, 2021). De yngre kvinnene opplevde at informasjonsskriv som brosjyrer var mer tilrettelagt for eldre kvinner. Derfor bør informasjonen skreddersys til hver enkelt pasient. Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §3-2 har alle pasienter rett på informasjon om hvordan sykdommen kan påvirke deres helse.

Videre oppfattes fortsatt seksuell helse som et tabubelagt tema å snakke om (Kpoghomou *et al.*, 2021; Gamnes, 2021). Dette kan medføre at pasienter og sykepleiere synes det er vanskelig å snakke om seksualitet, og derfor ikke tør å ta opp teamet (Vermeer *et al.*, 2015; Helland, 2015). SOS-modellen og strategien “snakk om det” kan bidra til at sykepleiere lettere kan kommunisere om seksualitet med pasientene (Helland, 2015; Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Dessuten er sykepleierens profesjonalitet viktig for å sikre god kommunikasjon i samtaler om seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Likevel kan manglende informasjon fra helsepersonell om sykdomrelaterte faktorer ved seksualitet, direkte påvirke pasientens seksuelle tilpasning (Helland, 2015). Dette skyldes at pasientene opplever manglende psykisk støtte fra sykepleierne. Sykepleiere kan bidra til denne tilpasningsprosessen ved å lytte, spørre om behov for samtale, informere og innhente informasjon pasienten etterspør. I tillegg kan sykepleiere henvise til helsepersonell med spesialkompetanse dersom det er nødvendig.

Likevel kan faktorer i arbeidshverdagen til sykepleierne medføre at seksuell helse ikke blir tatt opp fra verken sykepleiere eller pasienten. Dette kan skyldes manglende initiativ fra pasientenes side som blir misforstått eller tidspress for sykepleierne (Helland, 2015).

Dessuten opplevde pasientene at de sto alene i møte med kreftrelaterte plager fordi de ikke fikk nok informasjon om de psykososiale tjenestene ved sykehuset (Mattsson *et al.*, 2018). Kvinnene beskrev at informasjon om tilgjengelige hjelpetjenester som støttegrupper eller pasientorganisasjoner hadde vært utilstrekkelig (Ljungman *et al.*, 2021). Sykepleiere kan sørge for tilstrekkelig tid til samtale med pasientene, samt kvaliteten på konteksten og relasjon mellom pasient og sykepleier (Helland, 2015). I tillegg kan sykepleierne støtte pasientene ved å gi tilbud om tilgjengelige helsetjenester og pasientorganisasjoner (Ljungman *et al.*, 2021).

5.2 Psykiske senskader

Senskader er noe som påvirker den seksuelle helsen til både pasienten og deres partnere (Schjølberg, 2010). Pasientene har dermed behov for støtte og veiledning for å tilpasse seg den nye tilværelsen, og dette er noe sykepleieren kan bidra til hos pasienten. Både tekniske og medisinske fremskritt har gjort at flere overlever kreftsykdom, og flere kvinner overlever gynekologisk kreft (Chow *et al.*, 2018). Kreftbehandlingen kan likevel føre til bivirkninger som kan påvirke pasienten i mange år.

Først og fremst opplevde kreftpasienter en kroppslig forandring eller funksjonsforbedring som følge av sykdom eller behandling (Mattsson *et al.*, 2018). En kreftdiagnose og behandlingen har store konsekvenser for både seksualiteten hos pasienten, og for en eventuell partner (Helsenorge, 2021). Behandlingen kan blant annet forårsake endret selvbilde som kan gi konsekvenser for seksualitet til pasienten (Jerpseth, 2016). I tillegg kan pasientene også få et endret kroppsbilde. For å forebygge dette kan helsepersonell sørge for tilstrekkelig hjelp og omsorg til pasientene ved bruk av “snakk om det” strategien (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Strategiens overordnede mål går ut på blant annet å sikre at mennesker, uavhengig av alder, både kunnskap og kompetanse for å kunne ivareta sin seksuelle helse. Dette vil sikre ivaretagelse av seksuell helse i helsesektoren, samt å sikre at helsepersonell forstår og respekterer pasientens seksuelle behov.

Psykiske senskader kan ha innvirkninger på livskvalitet og i noen tilfeller helbredelsesprosessen hos den enkelte (Schjølberg, 2010). Frykten for tilbakefall og hvordan leve med kreftsykdom kan påvirke livskvaliteten (Mattsson *et al.*, 2018; Schjølberg, 2010). Ifølge studien til Mattson *et al.* (2018) opplevde 85% av deltakerne kreftrelaterte plager som omhandlet blant annet endringer i seksuallivet, kroppsbildet, fertilitet, depresjon og dødsangst. Dessuten kan frykten for tilbakefall også påvirke seksualiteten til pasienten (Chow *et al.*, 2018). Likevel kan frykten for tilbakefall føre til flere psykososiale konsekvenser som kan redusere pasientens livskvalitet (Jerpseth, 2016). Det er lite forskning på psykososiale problemer hos denne pasientgruppen. Det å møte andre pasienter med samme problemer i form av støttegrupper eller bare enkeltmøter viser seg å være effektivt (Ljungman *et al.*, 2021).

Kvinner som blir operert for gynekologisk kreft fjerner ofte organer som eggstokker og livmor (Jerpseth, 2016). Konsekvensen av operasjon kan medføre at kvinnene kommer i overgangsalderen. I tillegg kan pasientene oppleve redusert livskvalitet som følge av

klimakterieplagene. På den andre siden opplevde yngre kvinner frykt for å måtte fjerne organer som påvirker fertiliteten og reproduksjonen. De yngre kvinnene hadde derfor behov for mer støtte tilpasset dem (Ljungman *et al.*, 2021). Dette skyldes ikke aldersforskjellen, men spesifikke utfordringer rundt tap av fruktbarheten. Sykepleiere kan støtte pasientene ved å tilegne seg mer kunnskap og kompetanse rundt temaet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Videre hevdet Mattson *et al.* (2018) at yngre kvinner opplevde flere psykiske problemer i etterkant av kreftsykdommen og behandlingen sammenlignet med eldre kvinner. Det skyldes at tanker rundt reproduksjon og fertilitet kan føre til økt stress rundt problemstillingen hos de unge (Mattsson *et al.*, 2018). Imidlertid opplevde flere pasienter bedring i livskvalitet, depresjon og sosial støtte ved hjelp av intervensjonsprogrammet (Chow *et al.*, 2014). Pasientene fikk tilbud om samtale individuelt og i gruppe med en erfaren sykepleier. Dette bidro til at pasienten opplevde mindre psykiske plager. Totalt sett var intervensjonene både ønsket og verdsatt av deltakerne. I tillegg følte sykepleierne at dette var gjennomførbart. Derimot opplevde pasientene at det var for dårlig eller begrenset informasjon om senskader etter kreftbehandlingen. Dette førte til mer frykt og bekymringer (Ljungman *et al.*, 2021). Ved å bruke PLISSIT modellen som et verktøy til hjelp i seksuell rådgivning hos pasienten kan dette bedre informasjonen fra helsepersonell og til pasientene (Helland, 2015).

5.3 Fysiske senskader

Tidligere i oppgaven ble det nevnt at ulike former for kreft og behandling kan ha en innvirkning på seksualiteten til pasienten (Helland, 2015). Dette kan føre til fysiske endringer og senskader som kvinner må leve med. 54% av kvinnene var lite eller ikke tilfreds med eget seksuelt liv (Sekse, Hufthammer og Vika, 2017). Fysiske plager som vaginal tørrhet, smerter og ubehag påvirket dem under den seksuelle aktiviteten. Videre kan andre fysiske bivirkninger være nedsatt seksuallyst, samleiesmerter eller orgasmeforstyrrelser (Helland, 2015). Hvis man ser dette i sammenheng med at pasientene ofte peker på at tilstrekkelig informasjon er viktig for deres opplevelse av behandling og seksuell helse i ettertid. Basert på denne sammenhengen kan man også gå langt i å si at sykepleiere i disse tilfellene ikke har klart å tilfredsstille behovet for informasjon når det kommer til fysiske senskader.

På den andre siden oppga 46% av kvinnene at de var noe eller helt tilfreds med sitt seksuelt liv (Sekse, Hufthammer og Vika, 2017). Felles for de fleste kvinnene som opplyste om tilfredshet rundt egen seksuell helse var at de var seksuelt aktive. En av studiene stiller også spørsmålet om tidlig samleie kan forbedre vaginal stenose til pasienten uten at studien konkluderer videre med dette (Kpoghomou *et al.*, 2021). Som sykepleier kan det her være aktuelt å se på hvilke faktorer som er felles for pasienter som rapporterer om tilfredshet rundt egen seksuell helse. I mange sammenhenger vil det være viktig å fokusere på hvilke tiltak som kan føre til økt tilfredshet hos pasienten. Tilstrekkelig informasjon om senskader er allerede blitt pekt på som en viktig faktor i forebyggende arbeid. Samtidig kan det være veldig viktig å balansere denne informasjonen med samtaler rundt hvilke tiltak pasienten kan gjøre selv i denne sammenheng.

I ulike studier kom det fram at store deler av kvinnene opplevde plager som følge av lymfødem (Jerpseth, 2016). Dessuten kunne flere type legemidler ha gitt bivirkninger som påvirket seksualiteten både direkte og indirekte. Flere studier viser at cellegift og strålebehandling kunne relateres til seksuelle problemer (Sekse, Hufthammer og Vika, 2017). Ifølge Helsenorger (2021) kan en kreftdiagnose og behandlingen den medfører kan ha store konsekvenser for både seksualiteten og sexlivet hos pasienten selv, og en eventuell partner. Videre kom det fram at den seksuelle funksjonen hos kvinnene kan ha blitt svekket av kreftdiagnosen, behandling og eventuelle senskader (Sekse, Hufthammer og Vika, 2017; Chow *et al.*, 2018). Dette er faktorer som sykepleier må være klar over i sitt møte med pasientene. Kunnskap om ulike pasientgrupper vil her være avgjørende for at sykepleier skal kunne gi riktig rådgivning.

Seksuell helse blant kvinner med gynekologisk kreft viser seg å variere stort av flere ulike årsaker. Krefttype, behandling, tilgang på informasjon om både senskader og hvilke tiltak pasienten selv kan gjøre viser seg å ha betydelig effekt på pasientens seksuelle helse i ettertid.

5.4 Sykepleiers ansvarsområde

Seksuell helse er et grunnleggende behov som er en viktig del av menneskenes liv (Jerpseth, 2016; Sekse, Hufthammer og Vika, 2017). Henderson hevder at sykepleierens funksjon er å hjelpe mennesker enten sykt eller frisk, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (Holter, 2015). Først og fremst må helsepersonell identifisere og

håndtere støttebehov for pasienter med kreft som er en essensiell komponent for å tilby helsehjelp (Ljungman *et al.*, 2021). Pasientene som oppsøkte støtte fra helsepersonell var fornøyd med tilbudet og hadde en god opplevelse (Mattsson *et al.*, 2018). En av sykepleierens oppgaver er å veilede og undervise pasienter om endringer i seksualiteten som følge av sykdom og behandling (Jerpseth, 2016). Ved å bruke PLISSIT-modellen som verktøy kan sykepleiere etablere en dialog og støtte pasienter (Helland, 2015). På den andre siden fikk ikke alle kvinner tilbud om emosjonell støtte fra helsepersonell i kreftbehandlingen (Ljungman *et al.*, 2021). Dette medførte at pasientene satt igjen med frustrasjon knyttet til dette. Pasientene uttrykte en skuffelse når helsepersonell ikke kunne bidra med råd eller støtte, som kunne ha hjulpet dem med seksuelle endringer (Helland, 2015). I tillegg hadde pasientene en opplevelse av å bli overlatt til seg selv etter endt behandling, og ha blitt neglisjert av helsevesenet på dette stadiet i sykdommen (Ljungman *et al.*, 2021). Pasientene følte seg ikke ivaretatt av helsepersonell etter avsluttet behandling. Dessuten opplevde kvinnene at de måtte kjempe for å få den helsehjelpen de hadde behov for (NOU 2023: 5). I henhold til loven har helsepersonell et krav til å utføre sitt arbeid med faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999).

Sykepleiere kunne ta opp problemer rundt seksualitet under behandling og ved oppfølging (Sekse, Hufthammer og Vika, 2017). Helsepersonell kan forsikre pasientene om at det er normalt å oppleve seksuelle bekymringer (Vermeer *et al.*, 2015). Dessuten kan dette gi pasientene mulighet til å diskutere sine problemer. Derimot opplevde en tredjedel av pasientene som mottok oppsøkende støtte at tilbudet var utilstrekkelig (Mattsson *et al.*, 2018). Kvinnene opplevde det som vanskelig å snakke med helsepersonell om sine følelser og tanker. Sykepleiere opplevde at det var en barriere for å snakke om seksuell helse med pasientene (Vermeer *et al.*, 2015; Chow *et al.*, 2018). Dette skyldes blant annet forlegenhet, tidspress og mangel på relevant opplæring. Konsekvensene av dette er at helsepersonell unnlater å snakke om seksuell helse i møte med pasientene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Taushet om seksuelle temaer i helse- og omsorgstjenesten, samt manglende standarder for sykepleie bidrar til å skape usikkerhet (Helland, 2015). Ved å tilegne seg mer kunnskap og bevissthet om seksuell helse kan det være lettere for sykepleiere å møte pasientene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Helse- og omsorgstjenesten bør utvikle prosedyrer eller retningslinjer, og drive opplæring av helsepersonell for å ivareta seksuell helse i helsetjenesten (Helland, 2015). Dette er med på å kvalitetssikre håndteringen av teamet.

Videre opplevde helsepersonell at intervensjonsprogrammet var hensiktsmessig med tanke på informasjonstilbudet (Chow *et al.*, 2014). I tillegg kunne pasientene tilegne seg kunnskap om kreftdiagnosen og behandlingen. Ved å kommunisere, gi informasjon og veilede om seksualitet gjennom hele sykdomsforløpet kan sykepleieren bidra til å normalisere utfordringer, samt bekrefte at de er ikke alene om å oppleve dette (Helland, 2015). Sykepleiere må ha god tid til samtale med pasientene, kvalitet i konteksten og at det er en relasjon med pasienten (Helland, 2015; Williams, Hauck og Bosco, 2017). Seksualitet er en viktig faktor for å kunne bedre livskvaliteten til pasientene, og derfor er det viktig at sykepleieren kan ta det opp. Oppfølging, bedre kommunikasjon og terapeutisk opplæring kan være nødvendig for pasientene (Kpoghomou *et al.*, 2021). Dessuten kan ikke sykepleie som handler om seksuell helse ikke ignoreres lenger (Helland, 2015). Håndtering av seksualitet bør være et krav i alle kreftplaner til gynekologiske pasienter (Kpoghomou *et al.*, 2021). På den andre siden opplevde sykepleiere et behov for mer utdanning og opplæring i å diskutere seksualitet med pasientene sine (Vermeer *et al.*, 2018; Williams, Hauck og Bosco, 2017). Helseutdanningene kan være med å sikre og heve kompetanse om hvilke betydning kjønn har for helse (NOU 2023: 5). Ved å implementere utdanningsprogrammer kan dette forbedre sykepleiernes selvtillit og kommunikasjonsevner (Vermeer *et al.*, 2015). I tillegg burde det være en praksismodell som sykepleiere kan bruke for å veilede og fremme tilbudet av seksuell helse (Chow *et al.*, 2018).

5.5 Sykepleiefaglige implikasjoner som resultatene kan ha for innovasjon i fag- og tjenesteutvikling.

Sykepleiere opplever mangelfull opplæring og for lite kunnskap om seksuell helse (Williams, Hauck og Bosco, 2017). Konsekvensene av lite kunnskap blant helsepersonell kan gjøre at pasientene ikke får et tilstrekkelig helsetilbud (Ljungman *et al.*, 2021). Dessuten opplevde pasientene for dårlig eller lite informasjon. I tillegg gruet både sykepleiere og pasienter seg til å ta opp problemer om seksuell helse. Pasientene synes det var vanskelig å snakke med helsepersonell om følelser og tanker (Mattsson *et al.*, 2018). Likevel ønsker pasientene at problemstillinger om seksuell helse skal tas opp av helsepersonell (Ljungman *et al.*, 2021). Helsepersonell bør kunne gi opplæring, oppfølging og støtte til gynekologiske kreftpasienter om seksuell helse. Ved å skape en prosedyre for håndtering av seksuell helse, kan dette bidra

til bedre veiledning og kommunikasjon fra sykepleiere (Chow *et al.*, 2018). Ved rutinemessige oppfølgingstimer kan helsepersonell gi tilbud om tilgjengelige støttetjenester og kunne gi det til de som hadde behov for det (Ljungman *et al.*, 2021). Dessuten kan utdanningsprogrammer for sykepleiere være med å forbedre deres selvtillit og kommunikasjonsevner om seksuell helse (Williams, Hauck og Bosco, 2017).

Videre opplevde pasientene at det psykoedukative intervensjonsprogrammet var nyttig (Chow *et al.*, 2014). Pasientene kunne dermed tilegne seg kunnskaper om sin egen sykdom i kombinasjon med seksuell helse. Derimot var det nødvendig med ytterligere arbeidskraft blant sykepleiere som medførte økonomiske kostnader. Selv om dette innebar økonomiske kostnader, kunne dette kompenseres av de forbedrede pasientresultatene. Dessuten bør håndtering av seksualitet være et krav i helsevesenet for pasienter som har kreft (Kpoghomou *et al.*, 2021).

Resultatene fra flere studier tyder på at kunnskapsnivået blant sykepleiere bør heves for å oppnå innovasjon i fag- og tjenesteutviklingen. Dette kan gjøres ved å få mer opplæring fra annet relevant helsepersonell eller å kunne ha fagdager om teamet. I tillegg bør seksuell helse vektlegges mer i sykepleierutdanningen. Det er også et behov for ytterligere arbeidskraft blant sykepleiere, slik at de faktisk har tid til å sette seg ned å ha samtaler om seksuell helse med pasientene. På denne måten kan dette bidra til mer åpenhet rundt seksualitet og økt informasjon til pasienter med gynekologisk kreft. Videre gir dette pasientene mulighet til å meddele sine behov. Det bør være en forutsetning at sykepleiere kan gi veiledning, informasjon og støtte til pasienter med gynekologisk kreft om seksuell helse. Sykepleiere må derfor ta seksuell helse inn i det kliniske arbeidet med pasientene, slik at pasientene opplever at det er normalt å snakke om seksuelle problemer.

6.0 Konklusjon

Sykepleieren er avhengig av å jobbe kunnskapsbasert for å hjelpe pasientene sine på en bedre måte. Hensikten med oppgaven var å besvare problemstillingen: Hvordan kan sykepleiere støtte pasienter med gynekologisk kreft for ivaretagelse av seksuell helse? Sykepleieren har et ansvar for å ivareta pasientens grunnleggende behov, seksuell helse går under dette. Seksuell

helse bør ikke være tabubelagt eller utfordrende å snakke om. Det er nødvendig å komme til det stadiet at helsepersonell eller pasienter ikke synes det er utfordrende eller vanskelig å ta opp. Ved å anvende verktøy som PLISSIT-modellen kan sykepleiere ha en dialog med pasienten og vise dem støtte. Sykepleiere må være respektfulle, åpne og undrende om pasientens seksualitet. Seksuell helse kan ikke ignoreres lenger. Pasientene opplevde mangelfull informasjon og veiledning fra helsepersonell. Det gjaldt både informasjon om kreftrelaterte plager knyttet til seksuell helse og hvordan man kunne få støtte fra helsevesenet. Pasienten opplevde derimot god nytte av et psykoedukative intervensjonsprogram og oppfølging av sykepleiere med videreutdanningen som sexolog. Ved at sykepleiere innhenter mer kunnskap, kompetanse og trygghet rundt gynekologisk kreft og seksuell helse vil dette komme pasienten til gode. Pasienten vil da få god informasjon og veiledning om hvordan en kreftdiagnose og behandlingen kan påvirke seksualiteten. Dette vil bidra til mer trygghet istedenfor frykt fra pasientens side. Dette kan bidra til at seksuell helse blir mindre tabubelagt.

For å oppsummere har sykepleieren et ansvar for å støtte pasienter med gynekologiske kreft for ivaretagelse av seksuell helse. Sykepleier kan sørge for dette ved god kommunikasjon med pasienten. Dette innebærer at sykepleieren oppfordrer til samtaler og anvender nødvendige verktøy i dialog om seksuell helse. Det er viktig at seksuell helse ikke fortsetter å være tabubelagt eller vanskelig å snakke om, men normalt i kontakt med helsepersonell. Informasjon og veiledning fra sykepleierne vil bidra til at pasienter og pårørende tilnærmer seg mer kunnskap og trygghet om kreftdiagnosen og seksualitet. Sykepleiere kan støtte pasientene ved å innhente mer kunnskap og kompetanse som vil komme pasienten til gode. Dette vil bidra til at sykepleiere er mer trygge i situasjonen. På sikt vil dette gi sykepleiere mer erfaring på hvordan de kan håndtere seksuell helse og gynekologisk kreft. Ved at sykepleiere kan gi mer informasjon, veiledning, oppfølging, samt psykisk og fysisk støtte kan dette bidra til bedre ivaretagelse av seksuell helse hos pasientene med gynekologisk kreft.

7.0 Litteraturliste

Chow, K. M. *et al.* (2014) A feasibility study of a psychoeducational intervention program for gynecological cancer patients, *Eur J Oncol Nurs*, 18(4), s. 385-392.

<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.03.011>

Chow, K. M. *et al.* (2018) Sexual function, psychosocial adjustment to illness, and quality of life among Chinese gynaecological cancer survivors, *Psychooncology*, 27(4), s. 1257-1263.

<https://doi.org/10.1002/pon.4663>

Førde, R. (2014) *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra:

<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

(Hentet: 20 april 2023).

Gamnes, S. (2021) Seksualitet og helse, i Grimsbø, G. H., *et al.* (red.) *Grunnleggende sykepleie 2 : Grunnleggende behov og helse*. 4. utg. Oslo: Gyldendal, s. 516-538.

Gjessing, R. (2018) *Seksualiteten etter kreft*. Tilgjengelig fra:

<https://sykepleien.no/forskning/2018/09/seksualiteten-etter-kreften> (Hentet: 10 april 2023).

Graverholt, B., Jamtved, G. og Nortved, M. W. (2015) Kunnskapsbasert praksis, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk s. 179-190.

Grimsbø, G. H. *et al.* (2021) Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste, i Grimsbø, G. H., *et al.* (red.) *Grunnleggende sykepleie 1 : fag og profesjon*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal.

Grønmo, S. (2020) *Kvalitativ metode*. Tilgjengelig fra: https://snl.no/kvalitativ_metode (Hentet: 7 Januar 2023).

Grønmo, S. (2021) *Kvantitativ metode*. Tilgjengelig fra: https://snl.no/kvantitativ_metode (Hentet: 7 Januar 2023).

Helland, Y. (2015) Seksualitet, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Sykepleieboken : 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 861-882.

Helse- og omsorgsdepartementet (2016) *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. Tilgjengelig fra:

https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf?fbclid=IwAR3CBLK8h8hSq_YEpftzWP2XRq6Ow8f_uGt7aT0-Md9MahpE6qJ65McUCJTY (Hentet: 2 april 2023).

Helsebiblioteket (2019) *4.3 Randomisert kontrollert studie*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-43-randomisert-kontrollert-studie> (Hentet: 20 Mars 2023).

Helsebiblioteket (2021a) *2.1 PICO*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no> (Hentet: 10 januar 2023).

Helsebiblioteket (2021b) *4.1 Sjekklistor*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklistor> (Hentet: 8 desember 2022).

Helsebiblioteket (2021c) *Cinahl*. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/cinahl> (Hentet: 8 desember 2022).

Helsebiblioteket (2022) *Medisinske og helsefaglige termer / MeSH på norsk og engelsk*.

Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/legemidler/legemiddelaktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk> (Hentet: 23 Mars 2023).

Helsedirektoratet (2016) *Gynekologisk kreft - handlingsprogram*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gynekologisk-kreft-handlingsprogram> (Hentet: 7 mai 2023).

Helsedirektoratet (2021) *4.6 Seksuell helse*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse/sunne-valg/seksuell-helse> (Hentet: 10 Mars 2023).

Helsenorge (2021) *Kreft og seksualitet*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/sex-og-samliv/kreft-og-seksualitet/> (Hentet: 21 februar 2023).

Helsenorge (2022) *Kreft i de ytre kvinnelige kjønnsorganene*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/sykdom/kreft/kreft-i-de-ytre-kvinnelige-kjonnsorganene/> (Hentet: 17 april 2023).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_5 (Hentet: 15 april 2023).

Heyn, L. (2015) Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Sykepleieboken : 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5 utgave. Oslo: Cappelen damm, s. 363-394.

Holter, I. M. (2015) Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Sykepleieboken : 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5 utgave. Oslo: Cappelen damm, s. 107-117.

Jerpseth, H. (2016) Sykepleie ved gynekologiske sykdommer, i Almås, H., Stubberud, D.-G. og Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie : 2*. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 133-164.

Kpoghomou, M.-A. *et al.* (2021) Assessment of an onco-sexology support and follow-up program in cervical or vaginal cancer patients undergoing brachytherapy, *Support Care Cancer*, 29(8), s. 4311-4318. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05898-9>

Kreftregisteret (2022) *Nasjonal kvalitetsregisteret for gynekologisk kreft*. Tilgjengelig fra: <https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kvalitetsregistrene/Gynkreftregisteret/> (Hentet: 7 Januar 2023).

Lerdal, A. (2012) *Forskningsartikkel eller fagartikkel?* Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2012/02/forskningsartikkel-eller-fagartikkel> (Hentet: 15 mars 2023).

Ljungman, L. *et al.* (2021) “There should be some kind of checklist for the soul” – A qualitative interview study of support needs after end of treatment for gynecologic cancer in young women, *Eur J Oncol Nurs*, 52, s. 101927-101927.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101927>

Mattsson, E. *et al.* (2018) Women treated for gynaecological cancer during young adulthood – A mixed-methods study of perceived psychological distress and experiences of support from health care following end-of-treatment, *Gynecol Oncol*, 149(3), s. 464-469.
<https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2018.03.055>

Norsk Sykepleierforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 10 januar 2023).

Nortvedt, P. og Grønseth, R. (2016) *Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse*, i Stubberud, D.-G., Grønseth, R. og Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. 5 utg. Oslo: Gyldendil Akademisk

NOU 2023: 5 (2023) *Den store forskjellen - Om kvinners helse og betydning av kjønn for helse*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

Nylenna, M. (2016) *Prospektiv og retrospektiv*. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2016/06/sprakspalten/prospektiv-og-retrospektiv> (Hentet: 9 mai 2023).

Orgeret, K. S. (2021) *Kildekritikk*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/kildekritikk> (Hentet: 2 April 2023).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3 (Hentet: 15 april 2023).

Rødland, A. W. (2018) *Hva vet vi om kvinners helse?* Tilgjengelig fra: https://kjonnsforskning.no/sites/default/files/rapporter/kvinnehelserapport_final_150518_med_isbn.pdf (Hentet: 16 mars 2023).

Schjølberg, T. K. (2010) Endret kroppsbilde, i Reitan, A. M. og Schjølberg, T. K. (red.) *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling*. 3. utg. Oslo: Akribe, s. 131-140.

Sekse, R. J. T., Hufthammer, K. O. og Vika, M. E. (2017) Sexual activity and functioning in women treated for gynaecological cancers, *J Clin Nurs*, 26(3-4), s. 400-410.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13407>

Sundby, J. (2022) *Hva er egentlig kvinnehelse?* Tilgjengelig fra: <https://kjonnsforskning.no/nb/2022/09/hva-er-egentlig-kvinnehelse> (Hentet: 18 april 2023).

Svartdal, F. (2021) *Fagfelleevaluering*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/fagfelleevaluering> (Hentet: 8 desember 2022).

Thidemann, I.-J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ulvund, I. (2019) Sykepleie til pasienter med gynekologiske lidelser, i Knutstad, U. (red.) *Sykepleieboken: 3 : Utøvelse av klinisk sykepleie*. 3. utgave. Oslo: Cappelen Damm akademisk, s. 835-838.

Universitetet i Oslo et al. (2023) *IMRaD-modellen*. Tilgjengelig fra: <https://www.sokogskriv.no/skriving/imrad-modellen.html#introduksjon> (Hentet: 20 april 2023).

Vermeer, W. M. *et al.* (2015) Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance, *Support Care Cancer*, 23(3), s. 831-839. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2433-7>

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

Aabakken, L. (2021) *MEDLINE*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/MEDLINE> (Hentet: 10 januar 2023).

