



Gynekologisk kreft og seksualitet

Kandidatnummer: 541
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie

Antall ord: 9016
Dato: 23.04.19



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23.04.19
Tittel: Gynekologisk kreft og seksualitet	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleier gi informasjon om seksualitet til pasienter med gynekologisk kreft på sykehus?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> I teoridelen er det benyttet teori om gynekologisk kreft, seksualitet, krise og kommunikasjon, samt lovverk, etikk, sykepleiers helsefremmende og undervisende funksjon, helsepolitiske føringer og den didaktiske relasjonsmodellen.</p> <p><u>Metode:</u> Det er benyttet litteratur, erfaringsbasert kunnskap og forskningsbasert kunnskap for å besvare problemstillingen. Søkene etter relevant forskning er gjort i databasene Cinahl og Pubmed der 5 forskningsartikler er benyttet. Søkeordene som ble benyttet er «Gentital Neoplasms» AND «Sexuality» AND «Communication». Forskningen som er benyttet er publisert etter 2009.</p> <p><u>Drøfting:</u> I drøftingen er den didaktiske relasjonsmodellen benyttet som rammeverk for drøftingen. Modellen inneholder de 6 punktene: pasientens forutsetninger for læring og mestring, situasjon/kontekst/menneskelige og materielle ressurser, mål/ønsker/behov/verdier, innhold, tilrettelegging/metode og vurdering. Funnene i forskningen viser at pasienter generelt ønsker mer informasjon om seksualitet. Drøftingen tar for seg hva man må ta høyde for når man skal informere om seksualitet ut i fra de ulike punktene i modellen.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Ved å bruke den didaktiske relasjonsmodellen får sykepleieren individualisert informasjonen til den enkelte pasienten og kvalitetssikret arbeidet. Vi har sett at gynekologisk kreft vil ha betydninger for seksualiteten hos kvinnen som rammes. Gynekologisk kreft kan gi fysiske og psykiske symptomer som kan føre til dårligere livskvalitet. God nok informasjon om seksualitet vil skape mestring hos pasienten og være helsefremmende. Forskningen tar for seg ulike sider av seksualitet og beskriver hva som hemmer og fremmer gode samtaler om seksualitet både på systemnivå og personnivå.</p>	

(Totalt antall ord:300)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning og bakgrunn	1
1.1	<i>Problemstilling:</i>	2
1.2	<i>Målgruppe og kontekst:</i>	2
2	Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag	2
2.1	<i>Gynekologisk kreft</i>	2
2.2	<i>Seksualitet</i>	3
2.3	<i>Krise</i>	4
2.4	<i>Kommunikasjon</i>	5
2.5	<i>Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder</i>	5
2.6	<i>Etikk og lovverk</i>	6
2.7	<i>Den didaktiske relasjonsmodellen</i>	6
2.8	<i>Helsepolitiske føringer</i>	8
3	Metode for oppgaven	9
3.1	<i>Valg av litteratur</i>	9
3.2	<i>Valg av forskningsartikler</i>	9
3.3	<i>Kildekritikk</i>	11
4	Presentasjon av forskningsresultater	12
5	Drøfting	13
5.1	<i>Hvordan skal sykepleiere informere om seksualitet?</i>	13
5.1.1	<i>Pasientens forutsetninger for læring og mestring</i>	14
5.1.2	<i>Situasjon/ kontekst, menneskelige og materielle ressurser</i>	16
5.1.3	<i>Mål, ønsker, behov og verdier</i>	20
5.1.4	<i>Innhold</i>	23
5.1.5	<i>Tilrettelegging, metodikk og endringsarbeid</i>	24
5.1.6	<i>Vurdering</i>	26
6	Oppsummering /Avslutning	28
7	Referanseliste	29

1 Innledning og bakgrunn

I Norge er det ca. 1500 pasienter som får en diagnose med gynekologisk kreft hvert år (Jerpseth, 2016). Jeg har valgt å ta for meg denne gruppen, fordi vi som sykepleiere møter disse blant annet når de skal ha behandling på sykehus. Den viktigste behandlingen pasienter med gynekologisk kreft får er kirurgi. Både behandlingen mot kreften og kreften i seg selv kan forandre seksualiteten hos kvinnen. Sykepleieren og tverrfaglig team med blant annet lege og sexolog har ansvar for å sørge for at pasienten får relevant og tilstrekkelig informasjon. Sykepleieren skal åpne opp for at pasienten kan snakke om bekymringer, spørsmål og erfaringer knyttet til seksualitet (Jerpseth, 2016).

Jeg har selv vært i praksis på sengepost for gynekologisk kreft, og har erfart at pasienter har spørsmål knyttet til seksualitet. Min erfaring er at pasienter som kommer inn på sengeposten skal gjennom mye informasjon på kort tid, særlig før operasjon. De er gjerne opptatt av sykdommen og det som skal skje der og da, og derfor kan det vært vanskelig å bringe opp seksualitet som tema. Likevel viser forskning at seksualitet er noe som pasienter vil ha mer informasjon om. Å snakke med pasienter om seksualitet er noe jeg har erfart at kan være utfordrende og som jeg også ønsker å lære mer om.

Det finnes to politiske strategier som regjeringen har utarbeidet som omtaler kreft og seksuell helse. De politiske strategiene omhandler temaer som regjeringen vil ha rettet ekstra oppmerksomhet mot, og de viser hvorfor vi som sykepleiere skal informere om seksualitet i forbindelse med kreftsykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, 2018).

Å få en gynekologisk kreft diagnose er alvorlig og vil være en omveltning for pasienten. Dette vil kunne gå utover pasientens psykososiale behov og pasienten kan reagere med å komme i en form for krise. For å takle sykdommen vil håp og mestring være viktig. Tidligere erfaringer, mestringsevne, støtte fra familie og sykepleier vil være vesentlig. Informasjon om seksualitet og hvilke konsekvenser kreften og behandlingen kan få er noe sykepleieren må informere om og det vil igjen bidra til mestring hos pasienten (Jerpseth, 2016). Det er her sykepleieren skal ta i bruk sin helsefremmende og undervisende funksjon.

For at pasienten skal få god nok informasjon om seksualitet vil jeg undersøke hva som er

barrierer i kommunikasjonen mellom sykepleieren og pasienten. Jeg vil også bruke forskningen til å undersøke hva pasienten vil vite om seksualitet, og hvilke erfaringer pasienten og sykepleiere har om hva som gjør det vanskelig å snakke om seksualitet. For å kunne gi informasjon på en systematisk måte har jeg tenkt å ta utgangspunkt i den didaktiske relasjonsmodellen (Christiansen, 2013).

1.1 Problemstilling:

Hvordan kan sykepleier gi informasjon om seksualitet til pasienter med gynekologisk kreft på sykehus?

1.2 Målgruppe og kontekst:

Målgruppen for denne oppgaven er pasienter og pårørende som er innlagt på gynekologisk kirurgisk sengepost på sykehus. Sykepleierne som jobber på kirurgisk sengepost ser pasientene gjennom hele døgnet imens pasientene er innlagt, og har mulighet til å bringe opp seksualitet som tema. Pasientene har gynekologisk kreft og er under behandling.

Gynekologisk kreft er en diagnose som ofte rammer eldre kvinner, men den kan også ramme yngre. I forskningen jeg har undersøkt er kvinnene som deltar i studiene mellom 26-71 år.

Målgruppen av pasienter vil være alle som er innlagt på en kirurgisk sengepost for gynekologisk kreft uansett alder. Jeg har ikke valgt å avgrense på en type gynekologisk kreft fordi forskningen jeg har funnet ikke skiller mellom krefttypene. Alle former for gynekologisk kreft vil ha en innvirkning på seksualitet. Resultatene fra forskningsartiklene viser generelt at alle ønsker mer informasjon om seksualitet, og at barrierene og erfaringene har mange likheter uansett krefttype innenfor gynekologisk kreft.

2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag

2.1 Gynekologisk kreft

Gynekologisk kreft omfatter krefttyper i kvinnelige kjønnsorgan. Krefttypene vulva, vagina, cervix og endometriet utviklet fra celleforandringer i vevet som kan i verste fall utvikle seg til kreftceller i vevet. Noen virustyper som f. Eks. HPV skaper større risiko for at vevet utvikler seg til maligne celleforandringer. Kreft i ovariene og uterus oppstår av ukjent årsak, men arv og genetikk, hormonstimulering og miljø er medvirkende faktorer (Kristoff, 2016). I Norge er det ca. 1500 nye tilfeller av gynekologisk kreft hvert år. Flesteparten som rammes er eldre kvinner. Behandlingen av kreften vil variere med krefttype, og avhenger av hvor

langtkommen sykdommen er. Kvinnene må ofte fjerne livmor og eggstokker som fører til overgangsalder og redusert livskvalitet pga. dette. Fatigue og nevropati er vanlige plager. Å få diagnosen gynekologisk kreft er alvorlig og kan få stor innvirkning på kvinnens psykososiale og seksuelle behov (Jerpseth, 2016).

2.2 Seksualitet

Seksualitet er et tabubelagt område som det er vanskelig å snakke om, likevel er det sykepleiers ansvar å gi informasjon om hvordan seksualiteten påvirkes når pasienten rammes av gynekologisk kreft (Jerpseth, 2016).

Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert seksualitet slik (2): «Seksualitet er en integrert del av ethvert menneskes personlighet, noe som ikke kan skilles fra andre sider av livet.

Seksualiteten er ikke det samme som samleie eller evnen til å få orgasme – seksualitet er mye mer. Den finnes i den energien som driver oss mot å søke kjærlighet, varme og nærhet.

Seksualiteten uttrykkes i hva vi føler, hvordan vi beveger oss, og hvordan vi berøres av andre.

Seksualiteten påvirker våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker.» (Gjessing, 2018, s. 63).

Som vi ser ut ifra definisjonen til WHO er seksualitet et begrep som omfavner mange flere ting enn samleie. Almås og Benestad (2006) skriver også at seksualitet er et diffust begrep, men de beskriver at seksualitet innebærer 6 ulike behov eller motiver for seksualitet. Disse er:

- Behov for forplantning
- Behov for å oppfylle en sosial rolle
- Behov for spenning og avspenning
- Behov for intimitet og nærhet
- Behov for seksuelle tranceopplevelser
- Behov for kjærlighet.

Pasientene som blir operert for gynekologisk kreft kan få skader på nerver i bekkenområdet. Dette kan medføre smerter under samleie eller redusert evne til å få orgasme. Kirurgi kan også føre til fysiske forandringer i underlivet som vil ha betydning for seksuallivet. Kvinnen kan bli steril av behandlingen, og ved fjerning av eggstokker vil kvinnen få nedsatt østrogennivå som gi tørre slimhinner, nedsatt sexlyst og evne til å få orgasme (Gamnes, 2011)

Kvinner med gynekologisk kreft kan også få psykiske symptomer under og etter kreftbehandlingen som kan påvirke sexlyst og evnen til å ha sex. Å være mer bekymret, engstelig, redd for tilbakefall, mer nedstemt, føle seg sårbar og mangle mestring er psykiske symptomer som virker inn på sexlysten og som er vanlige symptomer under og etter behandling for kreft. Man kan få et endret kroppsbilde som følge av fjerning av organer, arr eller vektøkning slik at man ikke lenger føler seg like attraktiv som tidligere (Gjessing, Borg & Dahl, 2013).

Når man skal snakke om seksualitet er det viktig å ha en profesjonell holdning. Almås og Benestad mener at for å kunne ha en profesjonell holdning når man skal snakke om seksualitet trenger man kunnskap og erfaring, respekt for sine egne og pasienters grenser og fordomsfrihet (Almås & Benestad, 2006).

2.3 Krise

Å få en kreftdiagnose er alvorlig, og pasienten og pårørende kan reagere med å være i en krise. Siden dette er noe som skjer plutselig vil vi betegne dette som en traumatisk krise. En krise kan deles inn i de fire fasene: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidelses- eller reparasjonsfasen og nyorienteringsfasen. For at sykepleier skal kunne forstå pasientens behov og reaksjoner er det viktig å ha kunnskap om de ulike fasene. Å ha kunnskap om krise vil være viktig fordi det at pasienten er i en krise stiller større krav til kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient. Pasienten vil ha mange tanker og følelser som vil forstyrre konsentrasjonsevnen og evnen til å ta imot informasjon. Dette er noe sykepleier må ta hensyn til når hun skal gi informasjon om seksualitet. Når en pasient opplever en krise vil også de pårørende rammes på samme måte (Eide & Eide, 2007)

Kvinner har en annen måte å reagere på enn menn når de blir syke. De har ofte et perspektiv der de er mer opptatt av følelser, opplevelser av sykdommen og relasjoner til sine nærmeste enn det menn er. Helsevesenet har fortsatt en biomedisinsk forståelse av sykdom, og dette kan gjøre at kvinnene i liten grad kan føle seg forstått (Kristoffersen, 2011). Etterhvert som helsevesenet har utviklet seg har man gått over til å fokusere mer på brukermedvirkning og å fremme helse. Spesielt etter Ottawa-charteret er fokuset å fremme helse, og pasienten skal tillegges mer makt i situasjonen. Pasienten blir anerkjent som ekspert på seg selv (WHO, 1986). For at vi skal legge til rette for brukermedvirkning må pasienten være godt nok

informert (Tveiten, 2016). I følge Eide og Eide (2007) vil det å være godt nok informert fremme mestring og gjøre at pasienten opplever kontroll over sin egen situasjon.

2.4 Kommunikasjon

For å kunne gi god informasjon om seksualitet til pasienter med gynekologisk kreft trenger sykepleier kunnskap om kommunikasjon. Når man kommuniserer som en fagperson vil man kommunisere på en måte som hjelper pasienten til å føle seg forstått, få fram sitt perspektiv og verdier, og til å oppleve mestring. Dette kalles hjelpende kommunikasjon. I hjelpende kommunikasjon er det viktig å anerkjenne pasienten, skape trygghet og tillit mellom pasient og sykepleier, og å formidle informasjon slik at man sammen med pasienten kan løse problemer og få pasient og pårørende til å mestre situasjonen. Ferdigheter som aktiv lytting, å kunne bekrefte pasienten verbalt og nonverbalt, stille ulike type spørsmål, formidle informasjon, skape refleksjon hos den andre og strukturere samtalen er viktig for å kunne kommunisere bra (Eide & Eide, 2007).

2.5 Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder

I vår rolle som sykepleier har vi syv ansvars- og funksjonsområder. I oppgaven vil sykepleierens helsefremmende funksjon og sykepleierens undervisende funksjon være relevante for min problemstilling. Ved at sykepleier bidrar til å gi god informasjon om seksualitet til pasienter med gynekologisk kreft vil sykepleieren bidra til mestring og fremme helse samtidig som sykepleieren bruker sin undervisende funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2016).

Helsefremmende funksjon: Jeg vil legge vekt på sykepleieren sin helsefremmende funksjon ved å gi god informasjon om seksualitet, som igjen vil bidra til at pasienten kan mestre sin egen sykdom (Nortvedt & Grønseth, 2016). Målet med helsefremming er at pasienten skal få bedre helse, velvære og livskvalitet (Kristoffersen, Skaug & Nortvedt, 2011).

Undervisende funksjon: I denne oppgaven bruker sykepleieren sin undervisende funksjon for å informere, undervise og veilede pasienter og pårørende om gynekologisk kreft og hvordan det påvirker seksualiteten. Det vil være med å fremme trygghet, og hjelpe pasienten til å mestre sin egen sykdom og konsekvensene av den (Nortvedt & Grønseth, 2016).

2.6 Etikk og lovverk

Jeg vil nevne kort hvilke lover og retningslinjer som er gjeldene i denne oppgaven. I vår rolle som sykepleiere følger det en etikk og forventning om hvordan sykepleiere skal være overfor pasienten. Vi har våre egne yrkesetiske retningslinjer som er førende for hvordan vi utfører arbeidet vårt. Vi skal blant annet fremme helse, forebygge sykdom, understøtte håp, mestring og livsmot, sørge for tilpasset informasjon og bidra til medvirkning (Norsk sykepleierforbund, 2011).

I følge Brinchmann er det fire etiske prinsipper som blir ansett som viktige når man skal løse etiske spørsmål. Disse fire er prinsippene om autonomi, velgjørenhet, ikke skade og rettferdighet. Disse fire skal være likestilte, og vil være relevante i problemstillingen om hvordan sykepleier kan gi god informasjon om seksualitet til pasienter med gynekologisk kreft (Brinchmann, 2016).

I Helsepersonell-loven står det at vi som sykepleiere har plikt til å gi relevant og nødvendig informasjon til pasienten (Helsepersonelloven, 1999). Pasienten har ifølge pasient- og brukerrettighetsloven på sin side også rett til å få informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin egen helse, men pasienten kan også velge å ikke ville ta imot denne informasjonen. Det er også nedtegnet i loven at pasienten skal ha rett til brukermedvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

2.7 Den didaktiske relasjonsmodellen

Den didaktiske relasjonsmodellen består av de seks trinnene nedenfor. For at sykepleieren skal kunne gi god nok informasjon om seksualitet har jeg tenkt å ta utgangspunkt i den didaktiske relasjonsmodellen. Modellen er i utgangspunktet utviklet for skolen, men modellen jeg skal bruke er videreutviklet med tanke på helseveiledning. Målet med modellen er å se hvilke faktorer som har en innvirkning på helseveiledning, og dermed også hva vi som helsepersonell må ta i betraktning når vi gir informasjon. På den måten hjelper modellen sykepleier til å jobbe systematisk og er en kvalitetssikring når vi skal gi informasjon. Punktene i modellen påvirker hverandre og er grunnen til at modellen er tegnet i en stjerne. Målet med modellen er å fremme læring og mestring både hos pasient og pårørende og den hjelper oss til å individualisere informasjonen spesifikt til pasienten (Christiansen, 2013)

Pasientens forutsetninger for læring og mestring

For å kunne planlegge undervisningen om seksualitet må vi kartlegge hva slags forutsetninger pasienten har for læring og mestring slik at sykepleieren kan ta hensyn til disse. Faktorer som kan påvirke pasientens forutsetninger kan være sykdomsfase, alder, behandlingen, verdier, språk, modenhet og erfaringer (Christiansen, 2013).

Situasjon/kontekst, menneskelige og materielle ressurser

Situasjonen pasienten er i kan påvirke evnen til å tilegne seg informasjon. Hvilke rammer sykepleierne har i situasjonen vil ha betydning for undervisningen. Tid, erfaringer, kunnskap og hvilket rom pasienter mottar informasjon i vil være eksempler på rammefaktorer (Christiansen, 2013).

Mål, ønsker, behov og verdier

Man må kartlegge hva pasienten ønsker av informasjon, hva er viktig for pasienten og hvilke behov har hun i situasjonen. Sykepleieren må finne et mål med undervisningen sammen med pasienten (Christiansen, 2013).

Innhold

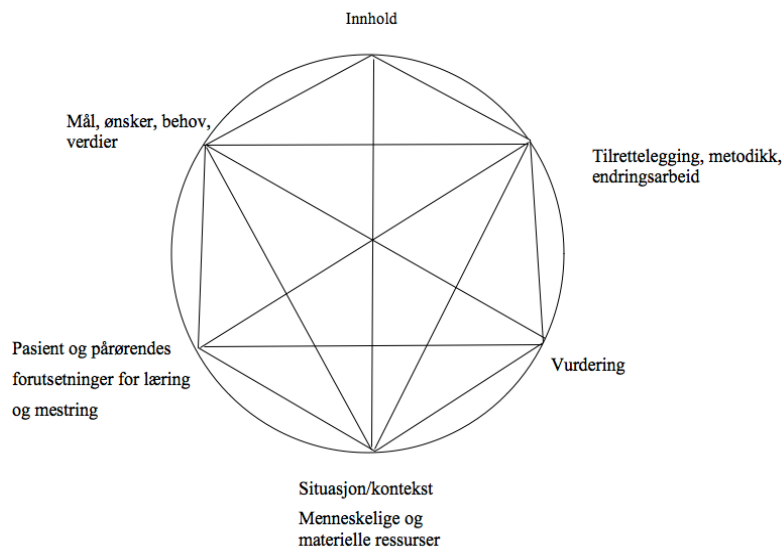
Under innhold må man finne ut hva innholdet i undervisningen skal være. I denne situasjonen vil det være hvordan gynekologisk kreft og behandlingen påvirker seksualitet (Christiansen, 2013).

Tilrettelegging, metodikk og endringsarbeid

Under metode må man finne ut hvordan man skal legge opp undervisningen. Eksempler kan være hvilken type kommunikasjon man vil bruke og om man vil gi noe av informasjonen skriftlig og noe muntlig (Christiansen, 2013).

Vurdering

Til slutt og underveis må man vurdere om man når målet med undervisningen og om man må gjøre justeringer (Christiansen, 2013).



2.8 Helsepolitiske føringer

Regjeringen har utarbeidet en ny strategi fra 2017-2022 som omhandler seksuell helse og har fått navnet «snakk om det!» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). I strategien mener helse- og omsorgsministeren Bent Høie at vi snakker alt for lite om den positive kraften seksualitet kan ha, og at kraften kan fremme livskvalitet og god helse. Strategien beskriver også PLISSIT- modellen som et verktøy helsepersonell kan bruke til å snakke med pasienter om seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Jeg har ikke tenkt å utdype PLISSIT- modellen noe nærmere i denne oppgaven, men jeg mener den er viktig å ta med fordi den legger fokus på hvorfor det er viktig at også sykepleiere gir god nok informasjon om seksualitet. PLISSIT-modellen har vært med å bidra til at oppmerksomhet rundt hvor tabubelagt seksualitet er som tema, og har vært med å skape engasjement i mitt studentmiljø.

Regjeringen har også en nasjonal kreftstrategi fra 2018-2022 som heter «Leve med Kreft» dette er en videreføring av strategien «Sammen mot kreft fra 2013-2017. I denne strategien snakkes det også om at pasienter ikke føler at de får nok informasjon om hvordan kreftbehandlingen vil påvirke sin seksuelle helse. Strategien har med brukertall fra en undersøkelse kreftforeningen har gjort som understøtter dette. Strategien fra regjeringen vektlegger at pasienter skal få en mer aktiv rolle i behandlingsforløpet, og for å bidra trenger de informasjon om sin sykdom og behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

3 Metode for oppgaven

Oppgaven er en litterær oppgave der jeg har valgt ut data fra eksisterende forskning, teori og fagkunnskap. I mitt tilfelle er det erfaringer fra praksis som har vært inspirasjon til problemstilling og til å undersøke temaet nærmere. Det er benyttet fagbøker fra biblioteket, lovverk, aktuelle kilder på internett og søk av forskning som knyttet til problemstillingen (Dalland, 2017).

3.1 Valg av litteratur

For å finne aktuell litteratur som kan belyse problemstillingen og benyttes til teoridelen har jeg sett igjennom pensumbøker i sykepleie. Bøkene som er valgt ut omhandler sykepleie spesifikt knyttet til gynekologisk kreft og seksualitet. Jeg har også funnet litteratur som omhandler kommunikasjon og helsepedagogikk. Regjeringen har ulike strategier som de vil rette spesielt fokus på, hvor to av disse er aktuelle for problemstillingen. En strategi som omhandler kreft, og en strategi som omhandler seksualitet. Litteratur om etikk, lovverk og yrkesetiske retningslinjer er også aktuelt og inkludert i oppgaven.

3.2 Valg av forskningsartikler

For å finne aktuelle søkeord har jeg lest faglitteratur om seksualitet, om å gi informasjon og gynekologisk kreft. Det ble gjennomført flere søk i databasen Svemed+ for å finne aktuelle søkeord på engelsk. Jeg prøvde meg frem med ulike søkeord før jeg kom frem til det endelige søket mitt. Søkeordene som ble benyttet var «genital neoplasms», «sexuality» og «communication». Disse ble kombinert med den boolske operatøren «AND» og Pubmed's automatiske søkemotode ble benyttet. Søket ble videre begrenset til artikler publisert etter 2009. Søket ble først gjennomført i databasen Cinahl og deretter i databasen Pubmed. Søket i Cinahl ga de samme relevante artiklene som i Pubmed, men hadde færre relevante artikler. Det ble derfor besluttet å bruke søkemotoren pubmed. Et søk ble gjennomført 25/3 våren 2019 i databasen pubmed og avdekket 32 artikler.

Artikler som ikke inneholdte krefttypen gynekologisk kreft ble også ekskludert.

Inkluderingskriteriene som ble benyttet for utvelgelsen av artikler var at de inneholdt erfaringer helsepersonell og pasienter har om å snakke om seksualitet, at pasientene hadde diagnosen gynekologisk kreft, at de var skrevet på engelsk og at artiklene var publisert etter

2009. Flere av artiklene jeg har valgt bruker kvalitativ metode, noe jeg synes fungerer godt med tanke på min problemstilling.

Søket avdekket fire aktuelle artikler som ligger i tabellen nedenfor. I tillegg har jeg sett på referanselisten til artiklene jeg har valgt ut for å se om jeg kunne finne referanser som jeg kan ta i bruk. Jeg fant da artikkelen til Rasmusson og Plantin L Fau - Elmerstig (2013).

Database og artikler valgt:	Dato	Søkeord	Ekskluderingskriterier	Inkluderingskriterier	Antall treff	Ant. Artikler valgt
Cinahl: McCallum, Lefebvre, Jolicoeur, Maheu og Lebel (2012)	8/2	«Genital Neoplasms female» AND «Sexuality» AND «Communication»	- Publisert før 2009 - Annet språk enn engelsk - Artikler som omhandlet annen kreft type enn gyn. kreft	- Publisert etter 2009. - Engelsk språk - Inneholdt erfaringer i forhold til å snakke om seksualitet eller informasjon om seksualitet.	19	1
Pubmed: McCallum et al. (2012), Sekse, Raheim og Gjengedal (2015), Williams, Hauck og Bosco (2017), Chapman et al. (2019)	25/3	«Genital Neoplasms» AND «Sexuality» AND «Communication»	- Publisert før 2009 - Annet språk enn engelsk - Artikler som omhandlet annen kreft type enn gyn. kreft	- Publisert etter 2009. - Engelsk språk - Inneholdt erfaringer i forhold til å snakke om seksualitet eller informasjon om seksualitet.	32	4

3.3 Kildekritikk

Tre av forskningsartiklene som er benyttet er kvantitativ forskning som er naturlig for å underbygge problemstillingen. I kvalitativ forskning er det vanskelig å si om funnene gjelder for større deler av befolkningen fordi utvalget i studien er en liten gruppe og det ligger derfor større usikkerhet knyttet til dette. Likevel er mange av funnene i forskningsartikkelen som understøttes av faglitteratur og man kan derfor tro at forskningen er gjeldene for større deler av befolkningen. Forskningen som er benyttet stammer fra land som ligner mye på Norge kulturmessig og helsemessig. Dette er positivt fordi vi da tenker at helsesystemet og pasientgruppen ligner mye på hverandre og at forskningen derfor også kan gjelde i Norge. Samtidig blir pasientgruppen i Norge mer flerkulturell pga. innvandring, og forskningen sier lite om typisk ikke-vestlige kulturer der seksualitet kan være mer tabubelagt.

Det er ikke spesifisert i studiene hvilken definisjon som brukes om seksualitet, og det er derfor ikke gitt at definisjonen er den samme i alle artiklene. Noen av artiklene diskuterer seksualitet sett i lys av det fysiske aspektet, mens andre artikler fokuserer mer på det psykososiale aspektet ved seksualitet.

Alle forskningsartiklene som er benyttet i oppgaven er skrevet på engelsk. Det kan være at oversettelsen ikke blir slik som forskningsartikkelen egentlig har ment det og at betydningen blir annerledes når jeg har tolket det til bruk i denne oppgaven. Derfor blir også funnene som er presentert også noe mer usikre.

Av bøkene som er benyttet er de fleste pensumbøker i sykepleie. Boken «sexologi i praksis» er mer spesialisert og omhandler seksualitet og hvordan behandlere kan møte problemer knyttet til dette på en profesjonell måte. Boken skriver lite direkte knyttet til seksualitet og gynekologisk kreft, og jeg har derfor brukt pensum i grunnleggende sykepleie i tillegg til boka «kreftoverlevere» for å finne litteratur som omhandler både gynekologisk kreft og seksualitet.

4 Presentasjon av forskningsresultater

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1.	McCallum et al. (2012)	Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services.	<i>Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology</i>	Hensikten med studien er å undersøke kvinners subjektive opplevelser av behandlingen for gynekologisk kreft med et fokus på å fylle ut mangler i litteraturen.	Metode: 15 kvinner deltok i et en-til-en semistrukturerte intervju. Spørsmålene er basert på tidligere forskning og pga. den sensitiviteten seksualitet har, har de valgt en kvalitativ tilnærming. Intervjuene varte mellom 1-2 timer.	Definisjoner av seksuell helse inkluderte emosjonell intimitet, kroppsbilde, seksuell selv-følelse og seksuell respons. Kvinnene fikk ikke oppfylt sine seksuelle behov når deres seksuelle opplevelser ikke samsvarte med deres subjektive oppfatning av sunn seksualitet. De fleste kvinnene ønsket informasjons-tjenester.
2.	Sekse et al. (2015)	Shyness and Openness – Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer.	<i>Health Care for Women International</i>	Hensikten med studien er å gå dypere inn hvordan kvinnene takler forandringer i seksualitet og intimitet og hvordan dialogene med helsepersonell var om disse temaene.	Metode: Det ble gjort 32 dybdeintervjuer. Den første runden med intervjuer ble gjort ett år før den siste kontrollen i et 5-års oppfølgingsprogram. Det andre intervjuet ble gjort ca. Ett år senere. I det første intervjuet fikk deltagerne i studien snakke så fritt som mulig. I det andre intervjuet ble det brukt en intervju-guide som var utviklet fra det første intervjuet.	Kvinnene i studien beskriver erfaringer med skyhet og sårbarhet når de skal takle temaene seksualitet og intimitet. De synes det var vanskelig å uttrykke sine erfaringer og behov og følte seg ensomme og sky i møte med helsepersonell. Kvinnene hadde behov for å snakke om seksualitet, men skulle ønske at helsepersonell tok initiativet til samtale om temaet. Dette var noe som sjeldent skjedde.
3.	Williams et al. (2017)	Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer	<i>European Journal of Oncology Nursing</i>	Hensikten med studien er å få innsikt i hvordan australske sykepleiere tolker tilbudet om psykoseksuell omsorg for kvinner som gjennomgår gynekologisk kreftbehandling og hvordan dette justerer seg med sykepleiere globalt.	Metode: 17 sykepleiere deltok i 1-1 intervju. De ble spurt om faktorer som bidrar til eller utfordrer det psykososiale tilbudet.	Data analyser avslører at det er 5 temaer som påvirker tilbudet: 1. at sykepleier bruker strategier som hjelp i samtalen, 2. kvinner har unike psykososiale behov, 3. sykepleiere er påvirket av personlige og profesjonelle erfaringer og verdier, 4. systemet på avdelingen og 5. samfunnets påvirkende holdninger til seksualitet
4.	Rasmusson og Plantin L Fau - Elmerstig (2013)	«Did they think I would understand all that on my own?» A questionnaire	<i>European Journal of Cancer Care</i>	Studien undersøker hva slags informasjon kreftpasienter	Metode: Kvantitativ studie med spørreskjema. 205 pasienter ble spurt	De fleste av deltagerne hadde fått mindre informasjon enn ønsket. Flere menn enn kvinner fikk informasjon.

		study about sexuality with swedish cancer patients		får om de seksuelle effektene uavhengig av alder eller diagnose med tanke på fertilitet, seksuell lyst og seksualfunksjon.	om å delta, 106 deltok.	Deltagere med diagnose direkte relatert til seksuelle organer fikk mer informasjon enn andre grupper. Generelt viser studien det er enn forskjell i hvilken informasjon som ble gitt i forhold til hvilken informasjon som ble ønsket.
5.	Chapman et al. (2019)	Gynecologic radiation oncology patients report unmet needs regarding sexual health communication with providers.	<i>Journal of Cancer Research and Clinical Oncology</i>	Hensikt: Studien følger kvinner under strålebehandling for gyn. Kreft. Studien undersøker hvilke holdninger og tanker disse pasientene har om seksuell historie kartlegging.	Metode: 75 kvinner deltok i studien. kvinnene fikk spørreundersøkelse med seg hjem etter oppfølgende behandling på sykehuset. Undersøkelsen vurderer pasientenes tanker om seksuell helse og preferanser for å bli spurt om seksualitet. Studien undersøker også sammenhengen mellom svarene, FSFI(Female Sexual Function Index) og demografiske faktorer.	89,9% hadde FSFI-score som indikerer seksuell dysfunksjon. De fleste var enige i at seksualfunksjon var en viktig del av den generelle helsa. Få rapporterte at det var pinlig å bli spurt om seksualitet av helsepersonell og ville gjerne bli spurt om det. Seksuelle problemer ble sett på som en del av normal aldring, spesielt hos de med lavere utdannelse. Pasienter med lav FSFI var dårligere på å snakke med lege om seksualitet.

5 Drøfting

5.1 Hvordan skal sykepleiere informere om seksualitet?

I de foregående delene har vi fått en innføring i teori og forskning som vil være gjeldende i denne oppgaven og som skal være med på å besvare problemstillingen. Problemstillingen er:

Hvordan kan sykepleier gi informasjon om seksualitet til pasienter med gynekologisk kreft på sykehus?

Vi ser at grunnene til å informere om seksualitet hos pasienter med gynekologisk kreft er mange. Lovverk, yrkesetiske retningslinjer, politiske føringer og vår rolle som sykepleier i et tverrfaglig team sier at vi skal gi informasjon slik at pasienten kan mestre egen situasjon. Forskning tyder på at pasienter også har et ønske om dette selv, og god nok informasjon kunne spart dem fra å føle seg alene om problemene de har.

Vi skal nå ser nærmere på hvordan sykepleier kan informere om seksualitet. I denne oppgaven skal vi bruke den didaktiske relasjonsmodellen fordi den hjelper oss til å jobbe systematisk slik at pasienten blir informert på en god måte. Punktene i modellen vil påvirke hverandre og det er derfor den er utformet slik at alle punktene knyttes sammen (Christiansen, 2013).

5.1.1 Pasientens forutsetninger for læring og mestring

Det første punktet i den didaktiske relasjonsmodellen er at man må vurdere pasientens og pårørendes forutsetninger for læring og mestring (Christiansen, 2013). I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-5 skal informasjonen som gis tilpasses pasientens. Den sier at det er en rekke forutsetninger hos pasienten som vi må ta hensyn til når vi gir informasjon. Disse forutsetningene er alder, modenhet, erfaring, kultur- og språkbakgrunn eller andre individuelle forutsetninger hos pasienten. Ifølge NSF's yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2011) står det at vi skal sørge for tilpasset informasjon og fremme brukermedvirkning. God nok informasjon trengs for at pasienten kan medvirke, så ved å sørge for det legger vi også til rette for brukermedvirkning slik som både loven og yrkesetiske retningslinjer sier.

Pasienten og kanskje også familien kan være i en form for krise fordi det å få gynekologisk kreft er en alvorlig diagnose. Dette vil være med å påvirke evnen til å motta informasjon. Man må derfor ha kunnskap om krise og krisehåndtering for å kunne tilpasse informasjonen som gis, og man må finne ut hvilken situasjon pasienten befinner seg i (Eide & Eide, 2007). I følge Gjessing (2018) er de fleste som nylig har fått en kreftdiagnose ofte mer opptatt av sykdommen og behandlingen enn seksualiteten. I reaksjonsfasen vil pasienten kunne ta mer innover seg hva som har skjedd, og man vil vise mer følelser og reaksjoner på situasjonen. Fordi gynekologisk kreft er alvorlig kan pasienten få sterke følelsesmessige reaksjonen som kan være en stor psykisk påkjenning. Dette fører til at pasienten kan ha svekket konsentrasjonsevne og nedsatt evne til å ta i mot ny informasjon (Eide & Eide, 2007). Jeg har selv erfart fra praksis at pasientenes evne til å ta imot informasjon påvirkes dersom de er i en form for krise. Det kan gjøre det vanskeligere føre en samtale, og de kan ha nok med å gjøre de enkle tingene som f. Eks. å vaske seg eller spise.

Sykdommen i seg selv og behandlingen vil påvirke oppmerksomheten til pasienten. Pasienten kan ha postoperative smerter eller kvalme. Smertestillende og kvalmestillende tiltak vil være med å bedre oppmerksomheten, samtidig gir opiater en tretthetsfølelse som igjen vil gjøre det vanskeligere for pasienten å motta informasjon. Fatigue er også en vanlig plage hos kreftpasienter som kan påvirke oppmerksomheten (Christiansen, 2013).

McCallum et. al. (2012) beskriver fire faktorer som gjorde at pasientene i deres studie unnlot å skaffe seg informasjon om seksualitet. En av disse er forventninger og stigma der pasientene tenkte at seksualitet var for tabu å snakke om, og at de følte en forventning til å snakke om selve kreftsykdommen istedenfor seksualitet. Den andre faktoren var at pasientene følte skyhet og ubehag med å diskutere seksualitet. Den tredje faktoren var praktiske barrierer som at de f.eks. ikke hadde råd til å reise tilbake til sykehuset for samtaler eller penger til parkering. Den fjerde faktoren var emosjonell unngåelse fordi de ville fokusere fremover og være positive.

Almås og Benestad (2006) mener at seksualitet fremdeles er et tabubelagt område. Seksualitet er et tema som mange ikke snakker om. Selv om kulturen i Norge har forandret seg mye i løpet av de siste århundrene er seksualitet et tema som noen kanskje ikke engang snakker om med sine nærmeste. Da er det kanskje ikke så rart at pasientene føler at det er vanskelig å snakke om seksualitet under innleggelsen på sykehuset med personer som de ikke kjenner så godt.

Forventninger rundt seksualitet og hva som er akseptert i samfunnet forandrer seg hele tiden. Norge har blitt et land med flere kulturer enn tidligere. Kultur og religion har betydning for hvordan en ser på seksualitet og hva som er normene i samfunnet. Når en pasient med en annen religion oppsøker helsevesenet betyr det at hun mest sannsynlig har andre tanker om seksualitet, og dette er noe helsepersonell må ta høyde for når vi gir informasjon, og respektere (Gamnes, 2011).

Siden Norge er et land det det stadig blir økende antall kulturer betyr dette også at vi får inn pasienter som ikke har norsk som morsmål, og som kan ha få eller ingen engelskkunnskaper. Dette byr på utfordringer når man skal gi informasjon. Dersom dette medfører at man for eksempel må ta i bruk en tolk vil samtaler om seksualitet være ekstra vanskelig fordi det kan

være utfordrende å spørre om intime spørsmål via en tolk (Williams et al., 2017). I forskningsstudien til Williams et al. (2017) innrømmet en sykepleier at denne pasientgruppen mest sannsynlig ikke får god nok informasjon. Etter min erfaring kan det å ta i bruk tolk også by på flere utfordringer. Tolk er ikke tilgjengelig store deler av døgnet og er som regel begrenset til spesielle situasjoner som for eksempel visitt. Man har derfor ikke mulighet til å svare mer spontant på spørsmål knyttet til seksualitet dersom pasienten spør. Mange pasienter som verken kan norsk eller engelsk kan ha med seg pårørende, som dessverre blir benyttet som tolk selv om de ikke bør bli det. Dette fører til at seksualitet ikke blir et tema som blir snakket om.

Forskningsstudien til Rasmusson og Plantin L Fau - Elmerstig (2013) viser en sammenheng mellom utdanningsnivå hos pasientene og samtaler om seksualitet. Funnene i artikkelen viser at pasientene med lavere utdanningsnivå har større risiko for å unngå å snakke om seksualitet og behandling for seksuell dysfunksjon. Det er vel kjent at seksuell dysfunksjon er økende med alder, og studien viser at pasientene med lavere utdanning mer sannsynlig vil se på nedgangen i seksualfunksjon som unngåelig og en del av det å bli eldre (Rasmusson & Plantin L Fau - Elmerstig, 2013). Tidligere erfaringer og kunnskap har betydning for hvilken kunnskap man etterspør. Pasienter kan f. Eks. ha en feiloppfatning som gjør at de ikke etterspør den kunnskapen de trenger, som vi ser i studien til (Rasmusson & Plantin L Fau - Elmerstig, 2013). På grunn av dette er det viktig at sykepleier finner ut hvilken kunnskap pasienten har om egen sykdom slik at man kan tilpasse informasjonen og evt. rette opp i en feiloppfatning (Tveiten, 2016).

5.1.2 Situasjon/ kontekst, menneskelige og materielle ressurser

Konteksten jeg tar for meg er på sykehus på sengepost. Dette gir unike muligheter til å kunne observere pasienten gjennom døgnet og til å gripe muligheten til å gi informasjon. Samtidig kan et opphold på sengepost før og etter operasjon være svært hektisk og det kan derfor virke overveldende for pasienten dersom hun får for mye informasjon på en gang. I følge Williams et al. (2017) det at sykehusoppholdet er så kort kan være en barriere for å kunne gi god informasjon. Sykepleierne har mange andre ting å gjøre og kan derfor ha liten tid til å snakke med pasientene om seksualitet. Jeg har selv erfart fra praksis på gynekologisk sengepost at det kan være vanskelig å få tid til å snakke om seksualitet.

Seksualitet er ikke et tema som man kan snakke om i forbifarten, og det er mange andre ting som også skal prioriteres. Derfor er tid en barriere for å gi god nok informasjon.

Politikerne har som sagt utviklet politiske strategier som omhandler kreft og seksualitet for å sette temaet på dagsordenen. Helseministeren Bent Høie er enig med pasientene om at det er vårt ansvar som sykepleiere å gi god nok informasjon og å åpne opp for å snakke om seksualitet sammen med tverrfaglig team. Det forventes at vi som sykepleiere skal ta i bruk de to nederste punktene i PLISSIT-modellen. Å fremme seksualitet vil være med å skape livskvalitet for pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Jeg har selv erfart fra praksis at seksualitet er et tema som det snakkes lite om på sengepost for gynekologisk kreft. Dette var noe vi som studenter i praksis undret oss over fordi gynekologisk kreft påvirker seksualiteten til pasientene. Vi synes da det var rimelig at de skulle få informasjon om dette. Jeg opplevde i praksis at det manglet retningslinjer og system for hvordan man skulle snakke om seksualitet med pasientene. Hvem som fikk god nok informasjon var da tilfeldig siden det manglet rammer for hvordan man skulle gi informasjon. Jeg erfarte også at det sjeldent ble dokumentert noe om seksualitet, fordi det manglet rutiner på avdelingen for hvordan dette skulle gjøres. Sykepleierne på avdelingen snakket også om at seksualitet var et tema som var vanskelig å snakke med pasientene om, noe jeg også selv erfarte.

Ansvarsfraskrivelse kan være en faktor for at sykepleierne ikke snakker med pasientene om seksualitet (Williams et al., 2017). Jeg har erfart fra praksis at sykepleierne sier at det ikke er deres ansvar å gi informasjon om seksualitet. En grunn til dette er fordi de mener at det er noe de har snakket om på poliklinikken før operasjon og at tiden på sengepost må brukes til andre ting. På en avdeling for gynekologisk kreft er det vanlig å kunne henvise til en sexolog. Da er det enkelt å tenke at noen som er mer spesialisert innen seksuell helse er mer egnet til å snakke med pasienten om seksualitet og at man derfor ikke tar dette ansvaret selv (Williams et al., 2017).

Flere studier viser at kvinner synes det er enklere å snakke med en kvinne om seksualitet enn en mann, og at de derfor unnlater å snakke om seksualitet dersom de har en mannlig lege (Chapman et al., 2019; Williams et al., 2017). Det at kvinnene foretrekker å snakke

med en kvinne om seksualitet kan være fordi seksualitet er et sensitivt tema og fordi det fortsatt er tabubelagt (Chapman et al., 2019).

I følge Williams et al. (2017) sin studie er det flere rammer på avdelingen som vil påvirke kvaliteten på samtalene om seksualitet. For eksempel må de ha dokumentasjonssystemer som vil være med på å skape kontinuitet, og man må vite hva man skal dokumentere. Likevel rapporterte sykepleierne at det oppsto problemer når dokumentasjonssystemene ikke var tilgjengelige eller ikke ble tatt i bruk. I følge Helsepersonelloven (1999) § 39 har sykepleiere plikt til å føre journal. Helsepersonelloven (1999) § 40 sier at innholdet i journalen skal være relevant og nødvendig. Dokumentasjonen skal beskrive opplysninger om pasienten og helsehjelpen som gis. Informasjon om seksualitet hos pasienter med gynekologisk kreft er relevant og nødvendig i behandlingen fordi det er med på å fremme livskvalitet og mestring hos pasienten, og uteblitt informasjon kan få negative konsekvenser (Sekse et al., 2015).

Noen sykepleiere rapporterte at det å jobbe i et team kan ha positive og negative konsekvenser for pasienten. På den ene siden vil det å jobbe i et team være positivt fordi sykepleierne har flere med fagkunnskap som de kan spørre dersom de er usikre og som de kan henvise pasienten til dersom de trenger det. På den andre siden kunne det være negativt å jobbe i et team fordi ansvarsområdene kunne være uklare, og at de noen ganger følte forventninger fra de andre om å ta et ansvar som de ikke kunne ta (Williams et al., 2017). I følge Helsepersonelloven (1999) kan sykepleiere få hjelp av annet kvalifisert personell og samhandle dersom sykepleieren selv ikke føler seg kvalifisert nok for oppgaven.

Forskning viser at sykepleiere er for dårlig til å gi informasjon om seksualitet, og at pasientene savner å få informasjon uten å spørre om det (McCallum et al., 2012; Rasmusson & Plantin L Fau - Elmerstig, 2013; Sekse et al., 2015). Grunnene til at vi ikke er gode nok til å gi informasjon om seksualitet på en gynekologisk kreft avdeling er sammensatte. Forskning og litteratur nevner flere faktorer som er med på å beskrive hvorfor å informere om seksualitet er så vanskelig og dermed hva vi kan gjøre for å få til å informere om seksualitet på en god måte.

Almås og Benestad (2006) nevner erfaring og kunnskap som faktor for å kunne informere om seksualitet på en profesjonell måte. Sykepleiere bør ha kunnskap om gynekologisk kreft,

behandling og kommunikasjon. Dette kommer godt med når sykepleieren skal informere om seksualitet og gjør at sykepleieren kan være en god samtalepartner (Gjessing, 2018). I følge Helsepersonelloven (1999) § 4 skal sykepleieren handle forsvarlig ut i fra sine kvalifikasjoner og hva man kan forvente av sykepleieren i situasjonen. Ut i fra mine erfaringer i praksis er det flere sykepleiere som sier at de ikke føler de har nok kunnskap om å gi informasjon om seksualitet, dette tilsier at de kanskje mangler kvalifikasjoner til å kunne gi faglig forsvarlig hjelp og at de trenger mer opplæring for å være kvalifiserte til oppgaven. For å kunne gi god nok informasjon bør avdelingen legge til rette for at sykepleierne har nok kunnskap til å kunne utføre oppgaven og sørge for god opplæring.

I følge en studie fra Australia har erfaring og kunnskap sammenheng med hvor trygge sykepleiere er til å ta opp seksualitet som tema (Williams et al., 2017). Her rapporterte sykepleierne med mer erfaring og relevant utdanning at de følte seg tryggere til å snakke om seksualitet. Sykepleierne med mindre kunnskap følte seg mer utrygge til å spørre om seksualitet fordi de ikke hadde kunnskapen til å svare på spørsmål fra pasientene. Noen sykepleiere understrekte likevel at de ikke nødvendigvis trengte kunnskap for å være en god samtalepartner om seksualitet og at det var greit å ikke alltid ha et svar (Williams et al., 2017).

Alder på sykepleieren og pasienten har betydning for hvor lett samtalen om seksualitet flyter. Unge sykepleiere synes det er vanskelig å snakke med eldre pasienter om seksualitet, og synes aldersforskjellen var en barriere til å gi god informasjon. Dersom pasienten var fra en annen generasjon enn sykepleieren var det som å f.eks. skulle snakke med sin mor eller bestemor om seksualitet. Noen sykepleiere synes derimot at det å være en yngre sykepleier gjorde det mer akseptabelt og mindre tabubelagt å skulle snakke om seksualitet (Williams et al., 2017).

Pasientene i studien til McCallum et al. (2012) sier at de vil motta informasjon i komfortabelt miljø. Hvilket rom og i hvilken sammenheng man mottar informasjon på har betydning for pasientens læring. Dersom man har en samtale uten tidspress og for mange personer til stede vil det være mer rom for å kunne stille spørsmål og diskutere seksualitet. Ofte kan pasienter som er innlagt på sengepost for gynekologisk kreft være på rom med flere pasienter, fordi det ikke er nok enmannsrom tilgjengelig. Dersom en pasient ligger på rom med flere bør man legge til rette for å ha samtaler uten medpasienter til stede slik at man kan spørre om det man vil (Christiansen, 2013).

5.1.3 Mål, ønsker, behov og verdier

I den didaktiske relasjonsmodellen må man undersøke hvilke behov pasienten har i situasjonen. Hvor mye informasjon om seksualitet ønsker pasienten og hva er viktig for kvinnen og hennes pårørende. Det er viktig at sykepleieren tar utgangspunkt i kvinnens opplevelse av situasjonen, og støtter de behovene kvinnen har (Christiansen, 2013). I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §3-2 skal man ikke gi informasjon dersom pasienter ikke ønsker det. Selv om det er lett å anta at kvinner ikke er så opptatt av seksualfunksjon under behandling for gynekologisk kreft viser forskning at bekymring for seksualfunksjon er noe av det vanligste kvinnene bekymrer seg for. (Rasmusson & Plantin L Fau - Elmerstig, 2013).

Dersom pasienten er i sjokkfasen vil hun mest sannsynlig holde reaksjonene og følelsene knyttet til sykdommen unna. I sjokk- og reaksjonsfasen er vurdering- og tankeevnen nedsatt, dette kan føre til at pasienten avviser informasjon om seksualitet selv om hun kan ønske denne informasjonen senere (Eide & Eide, 2007). Dersom man vurderer dette i forhold til etikk vil man legge til rette for autonomi og at pasienten skal velge selv hvilken informasjon hun vil ha, og hva hun vil snakke om i forhold til seksualitet. Samtidig dersom pasienten er passiv i forhold til å ta i mot informasjon vet man at det kan være på grunn av en krisereaksjon. Som sykepleier vil man pasienten vel ved fremme mestring og følge velgjøringsprinsippet ved å gi god informasjon om seksualitet. Man vil også følge rettferdighetsprinsippet og sikre at alle pasienter har samme mulighet til å få informasjon. Samtidig vil man følge ikke-skade prinsippet på den ene siden ved at man sikrer pasienten nødvendig og riktig informasjon, og på den andre siden ved at man ikke sier for mye og kan risikere å krenke pasientens grenser (Brinchmann, 2016). Å finne ut av hva pasienten egentlig ønsker av informasjon om seksualitet i situasjonen er viktig for å kunne fremme mestring (Christiansen, 2013).

Den andre faktoren som Almås og Benestad (2006) nevner for å kunne snakke om seksualitet på en profesjonell måte er at man må ha respektere pasientens grenser, og være klar over sine egne. På den ene siden må man kunne spørre om seksualitet og gi informasjon dersom det er nyttig for pasienten, men på den andre siden må man passe på å ikke gå over pasientens grenser slik at pasienten deler mer enn hun har lyst til. Det må være en balansegang slik at

man spør etter den informasjonen som er nødvendig, men ikke spør så mye at man får informasjon som ikke er relevant (Almås & Benestad, 2006).

I følge Almås og Benestad (2006) har helsepersonell noen ganger for mye respekt for pasientens grenser som gjør at vi unnlater å spørre om seksualitet. På den ene siden ser vi at det er viktig med åpenhet, samtidig som for mye åpenhet kan virke krenkende på pasientens grenser. En norsk forskningsstudie gjort på Haukeland undersøkte nettopp fenomenet åpenhet om seksualitet i samtale mellom helsepersonell og pasienter som følges opp etter gynekologisk kreft (Sekse et al., 2015). Mange pasienter i denne studien hadde aldri før snakket med helsepersonell om seksualitet og hvilke utfordringer de hadde i forhold til seksualitet etter behandling for gynekologisk kreft. Pasientene som ikke ble spurt om seksualitet følte seg alene i om å takle sine problemer i forhold til seksualitet og følte seg fanget i en skam. I denne studien ser man en forklaring være at helsepersonell har hatt for stor respekt for kvinnenes grenser og at dette har følt krenkende og ført til skamfølelse (Sekse et al., 2015).

Når sykepleier skal bruke den didaktiske relasjonsmodellen til å undervise om seksualitet til pasienter med gynekologisk kreft må vi finne en balanse mellom hvor mye informasjon som blir gitt. Hvis vi ser på det etiske aspektet ved det å gi informasjon kan vi benytte autonomi og rettferdighetsprinsippet til å diskutere dette. På den ene siden vil man som sykepleier handle rettferdig slik at alle får informasjonen som de har rett til, og som pasienten har bruk for. På den andre siden er det sannsynlig at alle ikke har behov for eller vil ha informasjon om seksualitet. Man må som sykepleier finne ut hvor grensene til pasienten går og hva pasienten har bruk for og ønsker av informasjon. (Brinchmann, 2016).

Den tredje faktoren Almås og Benestad (2006) nevner for å kunne snakke om seksualitet på en profesjonell måte er at man må ha fordomsfrihet. Man må være åpen for det pasienten har å fortelle. Det er ikke vår jobb som sykepleiere å moralisere eller ha en mening om hva som er rett eller galt i pasienten sitt liv. I følge Gjessing (2018) er det når sykepleieren klarer å være raus at man får frem virkelige gode samtaler om seksualitet, og noen ganger kan informasjonen som kommer frem sjokkere.

I forskningsartikkelen til Williams et al. (2017) beskriver sykepleierne at deres egne profesjonelle og personlige verdier påvirker hvordan de støtter pasientenes psykiske behov

knyttet til seksualitet. Dersom de hadde personlige erfaringer med at seksualitet var et tema som ikke skulle snakkes om ville det føre til at de heller ikke snakket med pasientene sine om seksualitet. Også sykepleiere som hadde erfart at å ikke snakke med pasientene om seksualitet førte til negative konsekvenser var flinkere til å bringe det opp som tema. I følge Gannes (2011) stemmer det at verdene som sykepleierne sammen med tverrfaglig team har påvirker hvilke prioriteringer som gjøres når man skal informere pasienter og pårørende om seksualitet. Det er derfor viktig at man blir bevisst på hvilke holdninger man har, slik at man ikke lar egne holdninger påvirke hvilken informasjon pasienten får. Det er hva pasienten synes er viktig å snakke om som skal stå i sentrum.

Generelt viser forskningen som omhandler pasienter med gynekologisk kreft at de synes det har fått for lite informasjon om seksualitet og at de ønsket mer informasjon fra sykehuset under behandlingen (Chapman et al., 2019; McCallum et al., 2012; Sekse et al., 2015). Derimot er det en forskningsartikkel fra Sverige der pasientene med gynekologisk kreft og prostatakreft synes at de fikk for mye informasjon knyttet til seksualitet. Denne studien har inkludert flere krefttyper som ikke er direkte knyttet til kjønnsorganene, og det er klar forskjell mellom krefttypene der en større andel av de med gynekologisk kreft og prostatakreft har fått mer informasjon enn de ønsker selv i motsetning til de andre krefttypene (Rasmusson & Plantin L Fau - Elmerstig, 2013).

I studien til Rasmusson og Plantin L Fau - Elmerstig (2013) viser funn at pasientene med høyere alder var mer fornøyde med informasjon og støtte i forhold til seksualitet enn det yngre pasienter var. Av den eldste aldersgruppen i studien var det fleste fornøyde med informasjonen de fikk om seksualitet, likevel var det noen også i denne aldersgruppen som savnet informasjon. I tillegg viser den også at menn var mer fornøyde enn kvinner. Menn fikk mer informasjon om fertilitet og seksuell lyst enn det kvinnene i studien fikk.

Som vi har sett er det flere faktorer som kan være med å påvirke hvor mye informasjon pasientene ønsker og hvilke behov pasientene har for informasjon. Som sykepleiere må vi forholde oss til hva pasientene ønsker av informasjon å ha som mål at pasientene får den informasjonen som er relevant og nødvendig slik at vi kan fremme mestring og bidra til livskvalitet. Ved å gjøre det vil vi følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og følge sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2011).

5.1.4 Innhold

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) beskriver hva informasjonen til pasienten skal inneholde. I følge § 3-2 skal informasjonen være slik at pasienten kan få innsikt i egen helsetilstand og i helsehjelpen som blir gitt. Hun skal også ha informasjon om mulige risikoer eller bivirkninger som kan oppstå. Pasienten skal også vite hvordan hvilke helsetjenester som er tilgjengelig for å ta i bruk egne rettigheter. Som nevnt i teorien vil behandling og gynekologisk kreft i seg selv ha betydning for seksuallivet, derfor er sykepleierne pliktige til å informere om seksualitet.

Sykepleieren må informere når pasienten kan gjennomføre samleie med en partner etter en operasjon eller om man evt. må unngå samleie under behandling. Viktig informasjon er at kreft er en sykdom som ikke sprer seg fra person til person selv ikke under så intim kontakt som et samleie. Det viser seg at flere av pasientene i en studie var av den oppfatning at man kunne smitte en eventuell partner ved samleie eller en ved en blødning. En annen usikkerhet hos pasientene er om det er trygt å være intime når pasienten får stråle- eller cytostatika-behandling, ettersom sykepleierne har smitteregime ved denne type behandling (Rasmusson & Plantin L Fau - Elmerstig, 2013).

Gynekologisk kreft kan forårsake skader på nerver i bekkenområdet. Det kan medføre smerter ved samleie eller redusert evne til å få orgasme. Kirurgi kan også medføre fysiske forandringer i underlivet, der f. Eks. skjeden blir kortere slik at det er vanskeligere å gjennomføre samleie. Kvinnen kan bli steril av kreftbehandlingen, og ved fjerning av eggstokker vil kvinnen få nedsatt østrogennivå som vil gi tørre slimhinner, nedsatt sexlyst og evne til å få orgasme (Gamnes, 2011).

Det finnes ulik behandling for fysiske faktorer knyttet til seksualitet. Hormonbehandling kan tilføres i tablettform eller som plaster. Krefttyper som livmorkreft og eggstokkreft kan være kreftsvulsttyper som er følsomme for østrogen og det fører til at kvinnene ikke kan få hormonbehandling. Tørre slimhinner kan behandles med vagitorier i skjeden som inneholder kvinnelige kjønnshormoner. Det finnes også vagitorier som er frie for hormoner. Ellers kan man anbefale bruk av glidekremer som også kan være med å øke følsomheten. Selv om det finnes ulike hjelpemidler er det viktigste at kvinnen er klar for gjennomføring av samleie når det blir aktuelt. Hvis ikke kan det medføre smerter. For

kvinner som har fått strålebehandling vil dilatorer som man fører inn i skjeden ca. 2 ganger i uken være med å hindre sammenvoksinger (Gjessing et al., 2013). Vi har nå sett på hvilken informasjon sykepleieren kan gi for å bedre fysiske problemer med seksualitet.

Sykepleier må også gi informasjon om hvordan kreften og behandlingen kan påvirke seksualiteten psykisk. I studien til Sekse et al. (2015) opplevde noen pasienter at seksualitet ble redusert til et fysisk problem i samtaler med helsepersonell og at de ikke fikk informasjon om hvordan behandlingen og kreften påvirket det psykiske aspektet ved seksualitet. Flere pasienter ønsker informasjon om hvordan seksualiteten påvirkes psykisk og ikke bare fysisk.

Psykiske symptomer av gynekologisk kreft og behandlingen kan være nedsatt sexlyst, dårligere selvbilde, endret kroppsbilde og at man kan føle seg mindre attraktiv som kvinne. Problemet med nedsatt sexlyst er ofte sammensatt av hormonelle årsaker og psykososiale faktorer. De psykososiale faktorene kan være at man er bekymret for tilbakefall, mer nedstemt og mangel på mestring. Endret kroppsbilde kan være fordi man har fjernet organer som er sterkt knyttet til det kvinnelige eller at man har fått arr eller vektøkning som følge av behandlingen (Gjessing et al., 2013).

Ut i fra Almås og Benestad (2006) sine motiver for seksualitet ser vi at det finnes ulike behov for seksualitet. For eksempel har man et behov for intimitet og nærhet. I følge (Gjessing et al., 2013) kan nærkontakt og kos være med å øke sexlysten. Det er også viktig at kvinnen og partneren snakker om hvilke forventninger de har om samlivet og seksualitet videre. Et tiltak som beskrives er at man kan ha «samleieforbud» og kun ha fokus på intimitet og nærhet. Slik kan man senke forventningspresset og prestasjonsangsten. Seksuallivet etter kreften vil ha andre forutsetninger enn tidligere, men dersom man er godt informert vil man ha andre forventninger som gjør at seksuallivet kan være veldig bra likevel (Gjessing et al., 2013)

5.1.5 Tilrettelegging, metodikk og endringsarbeid

I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skal måten informasjonen gis på være hensynsfull. Når man skal velge hvilken metode man skal bruke for å gi pasienten

informasjon om seksualitet har vi sett at det er flere av punktene i den didaktiske relasjonsmodellen som påvirker hvilken metode vi velger. For at informasjonen skal gis på en hensynsfull måte må man da ta høyde for de andre punktene i modellen. For eksempel har vi sett at pasientenes forutsetninger for å ta imot informasjon om seksualitet når de har gynekologisk kreft blir påvirket av livssituasjonene de er i. Pasientene kan ha vanskeligheter for å oppfatte informasjon fordi de er i en stressende situasjon eller har en krisereaksjon (Eide & Eide, 2007). Dette stiller større krav til oss som sykepleiere fordi det krever at vi legger til rette for at informasjonen er forstått. Derfor bør sykepleiere gjenta informasjonen og gi den både muntlig og skriftlig (Jerpseth, 2016).

Når pasienten kommer inn på avdelingen på sykehuset er det mye informasjon som skal formidles og blant annet informasjon om seksualitet. Noe av det første som skjer er at pasienten har en inntakssamtale sammen med sykepleier. I følge (Gannes, 2011, s. 99) er seksualitet sjeldent et tema det spørres om på en inntakssamtale, selv om vi kan spørre etter mange andre intime spørsmål som for eksempel avføring.

Etter min erfaring er det veldig mye informasjon som skal gis og spørres om på veldig kort tid på en inntakssamtale og dette gjør det vanskeligere å snakke om seksualitet. Ettersom oppholdet på sykehuset er så kort kan det være fint å introdusere pasient og pårørende for informasjon om seksualitet så tidlig som mulig ved å f. Eks. ta med en brosjyre om seksualitet på inntakssamtale. Da har pasient og pårørende mulighet til å lese i gjennom den, også kan man komme tilbake med spørsmål til sykepleier ved en annen anledning. I følge Rasmusson og Plantin L Fau - Elmerstig (2013) er det enklere å komme med spørsmål til informasjon som er gjennomgått tidligere enn til helt ny informasjon. I tillegg viser sykepleier at seksualitet er et tema som de bryr seg om på avdelingen og som det går an å snakke om. I flere av forskningsartiklene og litteratur understrekes det at det er sykepleier som skal ta initiativ til samtaler om seksualitet, og ved å gjøre det på denne måten legger man til rette for det (Chapman et al., 2019; Jerpseth, 2016; Sekse et al., 2015).

I studien til Chapman et al. (2019) ble pasientene i studien spurt hvordan de foretrekker å svare på spørsmål om seksualitet. 29,3% i studien foretrakk å fylle ut et spørreskjema, 28% foretrakk å snakke med gynekolog, 16% ville snakke med lege, 9,3% ville snakke med en sykepleier. Her ser vi at selv om at selv om seksualitet er et sensitivt tema foretrekker

faktisk flesteparten å snakke direkte med noen i det tverrfaglige teamet fremfor å fylle ut et skjema.

Pasienter foretrekker å få både skriftlig og informasjon mellom en-til-en (McCallum et al., 2012). Grunnen til at de foretrekker å ha en samtale med mellom pasient og pårørende sammen med sykepleier kan være fordi seksualitet er et veldig personlig tema, og det er derfor mer unaturlig å få denne informasjonen i form av for eksempel gruppeundervisning. Når man får ha en samtale alene sammen med sykepleier vil det også være enklere å kunne diskutere og stille spørsmål enn hvis man bare hadde fått informasjonen skriftlig eller i en gruppe.

Måten sykepleier kommuniserer på har betydning for om pasienten tør å ha en dypere og åpen samtale om seksualitet. Dersom pasienten føler seg utrygg til å snakke om seksualitet vil hun heller ikke benytte anledningen til å spørre om det som er vanskelig. I studien til Sekse et al. (2015) beskriver en pasient en samtale om seksualitet der hennes initiativer ble møtt med korte var fra legen og flere pasienter savnet mer åpne spørsmål som skapte rom for å snakke om seksualitet (Sekse et al., 2015). For å få en god samtale kan sykepleier bruke hjelpende kommunikasjon. For å gjøre dette er det viktig å anerkjenne pasienten og bekrefte at det pasienten tenker på er viktig slik at man skaper en trygg relasjon. Sykepleieren lytte aktivt til det pasienten har å si, og spørre utdypende spørsmål som er med på å få pasienten til å reflektere. Man bør også observere non-verbal kommunikasjon for å forstå pasienten bedre (Eide & Eide, 2007).

5.1.6 Vurdering

Når man har tatt høyde for alle punktene i den didaktiske relasjonsmodellen må man gjøre en totalvurdering av undervisningen og informasjonen som er gitt. Man må vurdere om man har nådd målet med undervisningen (Christiansen, 2013). I dette tilfellet er målet at pasienten har fått tilstrekkelig og relevant informasjon om seksualitet knyttet til gynekologisk kreft i forhold til hva pasienten selv ønsker og at det fremmer mestring og livskvalitet hos pasient og pårørende. Man bør undersøke om pasienten har forstått informasjonen, og om hun føler seg trygg og ivaretatt. I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-5 skal helsepersonell altså sykepleieren sørge for at pasienten har forstått informasjonen og hva det betyr for henne

i hennes situasjon. Dersom man har nådd målet for undervisningen har man lagt godt til rette for at pasient og pårørende er rustet til å møte hverdagen hjemme. Utenfor sykehuset er de overlatt til seg selv og har ikke mulighet til å spørre om informasjon i samme grad som på sykehuset (Christiansen, 2013).

Dersom man ikke har nådd målet for undervisningen må man vurdere om det er andre punkter i den didaktiske relasjonsmodellen som man ikke har tatt høyde for som gjør at man ikke har nådd målet. Når man har funnet ut hvilke punkter i modellen som gjør at undervisningen ikke er god nok kan man gjøre endringer slik at man kan nå målet. Det er viktig å presisere at selv om man gjør en totalvurdering til slutt før pasienten skal hjem, så må man hele tiden gjøre en vurdering av undervisningen underveis i prosessen slik at man kan gjøre justeringer (Christiansen, 2013).

6 Oppsummering /Avslutning

Til slutt vil jeg oppsummere oppgaven og besvare problemstillingen som er: Hvordan kan sykepleier gi informasjon om seksualitet til pasienter med gynekologisk kreft på sykehus? Vi har sett at gynekologisk kreft vil ha betydninger for seksualiteten hos kvinnen som rammes. Gynekologisk kreft kan gi fysiske og psykiske symptomer som kan føre til dårligere livskvalitet. God nok informasjon om seksualitet vil skape mestring hos pasienten og være helsefremmende. Ved å bruke den didaktiske relasjonsmodellen i dette arbeidet får man kvalitetssikret undervisningen og individualisert informasjonen til den enkelte kvinnen. I denne oppgaven bruker sykepleier sin helsefremmende og undervisende funksjon gjennom den didaktiske relasjonsmodellen og er med på å fremme mestring. Forskningen som er benyttet i denne oppgaven viser en tendens til at kvinner ønsker mer informasjon om seksualitet, men for å gi best mulig undervisning må vi undersøke kvinnens ønsker i hennes situasjon. Forskningen tar for seg ulike sider av seksualitet og beskriver hva som hemmer og fremmer gode samtaler om seksualitet både på systemnivå og personnivå. Jeg har underbygget svaret på problemstillingen ved å bruke litteratur, erfaringsbasert kunnskap og forskningsbasert kunnskap.

7 Referanseliste

- Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2006). *Sexologi i praksis* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Brinchmann, B. S. (2016). *Etikk i sykepleien* (4. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Chapman, C. H. A.-O. h. o. o., Heath, G., Fairchild, P., Berger, M. B., Wittmann, D., Uppal, S., ... Jolly, S. (2019). Gynecologic radiation oncology patients report unmet needs regarding sexual health communication with providers. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, (1432-1335 (Electronic)). <https://doi.org/10.1007/s00432-018-2813-3>
- Christiansen, B. (2013). *Helseveiledning* (1. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. rev. og utv. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gammes, S. (2011). Nærhet og seksualitet. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug & F. Nortvedt (Red.), *Grunnleggende sykepleie : B. 3 : Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., s. 71-104). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gjessing, R. (2018). Seksualitet etter kreften. *Sykepleien*, 2018(8), s. 62-68. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.72373>
- Gjessing, R., Borg, T. & Dahl, A. A. (2013). Problemer med seksualitet. I J. H. Loge, A. A. Dahl, S. D. Fosså & C. E. Kiserud (Red.), *Kreftoverlevende : ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve med kreft. Nasjonal kreftstrategi (2018-2022)*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjerings_kreftstrategi_180418.pdf
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie : 2* (5. utg., s. 133-168). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoff, A. (2016). Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Helse og sykdom. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug & F. Nortvedt (Red.), *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 31-81). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A. & Nortvedt, F. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug & F. Nortvedt (Red.), *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C. & Lebel, S. (2012). Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 33(3), 135-142. <https://doi.org/10.3109/0167482x.2012.709291>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - Funksjon, ansvar og kompetanse. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie : 1* (5. utg., s. 17-39). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rasmussen, E. M. & Plantin L Fau - Elmerstig, E. (2013). 'Did they think I would understand all that on my own?' A questionnaire study about sexuality with Swedish cancer patients. *European Journal of Cancer Care (English Language Edition)*, (1365-2354 (Electronic)). <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ecc.12039>
- Sekse, R. J., Raheim, M. & Gjengedal, E. (2015). Shyness and openness--common ground for dialogue between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynecological cancer. *Health Care for Women International*, 36(11), 1255-1269. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.989436>
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk : pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforl.
- WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Abstract hentet fra <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Williams, N. F., Hauck, Y. L. & Bosco, A. M. (2017). Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, (1532-2122 (Electronic)). <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.07.006>