

# Betydningen av sykepleiers veiledning for kvinners seksuelle helse etter gynekologisk kreft

Kandidatnummer: 114 & 173  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i Sykepleie, emne 14B

Antall ord: 8007  
Dato: 19.04.22



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 19.04.2022
Tittel: Betydningen av sykepleiers veiledning for kvinners seksuelle helse etter gynekologisk kreft	
<p><u>Problemstilling</u> Hvilken betydning har sykepleiers veiledning for kvinners seksuelle helse etter gjennomgått gynekologisk kreft?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Det blir tatt opp hva gynekologisk kreft er og ulike former for behandling. Det blir også belyst hvilke konsekvenser dette kan ha for kvinnens psykiske- og fysiske seksuelle helse, og videre belyses sykepleiers funksjonsområde. Empowerment presenteres som en modell i pasientveiledningen. Juridiske og etiske rammeverk blir belyst gjennom teorien.</p> <p><u>Metode</u> Oppgaven vår er en litterær oppgave. Det tas i bruk forskningsartikler og faglitteratur for å besvare problemstillingen. Søk etter forskningsartikler er gjort i CHINAL og PubMed. Faglitteraturen er hentet ut fra pensumlisten og selvvalgt litteratur som anses som relevant for å belyse problemstillingen.</p> <p><u>Drøfting</u> Sykepleiers veiledende funksjon drøftes opp mot fag- og forskningslitteratur, lovverk og etiske prinsipper. Dette for å vise hvordan sykepleier kan gi personsentrert og tilpasset veiledning til hver enkelt, for å kunne fremme egenmestring hos kvinnene. I den forbindelse drøftes også pasienters opplevelse av veiledning, barrierer som er til stede for at pasientgruppen ikke har fått nødvendig veiledning, og hva veiledning kan gjøre for pasientene.</p> <p><u>Konklusjon</u> Det kom frem at sykepleiers veiledning kan bidra til at pasientene blir beredt på å håndtere psykiske utfordringer, som nedsatt kroppsbilde, tap av feminitet og endringen i deres seksuelle selvopfatning. I tillegg kan veiledning redusere flere vaginale plager. Ved at sykepleier bruker empowerment i pasientveiledning, kan pasientens indre ressurser forsterkes, og de kan oppleve økt mestring av egen helse.</p>	

(Totalt antall ord: 246)

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Sykepleiefaglig relevans.....	2
1.3	Presentasjon av problemstilling.....	3
1.4	Begrepsavklaring .....	3
1.5	Avgrensing .....	3
<b>2</b>	<b>Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....</b>	<b>5</b>
2.1	Gynekologisk kreft.....	5
2.1.1	Behandling.....	6
2.2	Konsekvenser for pasientens seksuelle helse .....	7
2.3	Sykepleier og seksuell helse .....	8
2.4	Pasientveiledning.....	9
2.4.1.	Empowerment.....	10
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>12</b>
3.1	Anvendt metode .....	12
3.2	Litteratursøk .....	12
3.2.1	Søkehistorikk i tabell .....	13
3.3	Inklusjonskriterier .....	14
3.3.1	Tabell for inklusjonskriterier .....	15
3.4	Øvrig faglitteratur .....	15
3.5	Kildekritikk .....	16
3.6	Etiske overveielser .....	17
<b>4</b>	<b>Presentasjon av forskningslitteratur .....</b>	<b>18</b>
4.1	Syntese av hovedfunn .....	18
4.2	Artikkelmatrise .....	18
<b>5</b>	<b>Drøfting .....</b>	<b>22</b>
5.1	Pasientenes opplevelse .....	22
5.2	Sykepleiers veiledende funksjon .....	23
5.3	Barrierer for samtale om seksuell helse .....	25
5.4	Hva veiledning kan gjøre for pasientene.....	27
<b>6</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>29</b>
<b>7</b>	<b>Referanser .....</b>	<b>30</b>

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gynekologisk kreft rammer mange kvinner, og i Norge diagnostiseres ca. 1500 kvinner med dette i året (Jerpseth, 2016, s. 152). Det finnes ulike typer gynekologisk kreft, der livmorkreft, livmorhalskreft og eggstokkreft er de vanligste. Behandlingen av gynekologisk kreft avhenger av kreftypen og stadium ved diagnostisering, men både kirurgi, cytostatika, kjemoterapi og stråleterapi er de behandlingsformene som blir hyppig brukt. Sykdom og behandling kan medføre konsekvenser for kvinners seksuelle helse, også etter endt behandling. Dette kan være fysiske endringer i underliv etter behandling, og mange kan også oppleve fatigue og nevropati (Jerpseth, 2016, s. 153). Dette kan også utfordre kvinners psykiske helse, og kan blant annet medføre redusert livskvalitet, frykt for tap av kvinnelig identitet, samt utfordringer i forbindelse med et eventuelt samliv (Jerpseth, 2016, s. 154).

Mange kvinner opplever en mangel på informasjon og kommunikasjon fra sykepleiere rundt deres seksuelle helse (Stabile et al., 2017, s. 83). Både fag- og forskningslitteraturen viser at seksuell helse er et nedprioritert tema blant helsepersonell (Helland, 2015, s. 870-871), til tross for at god seksuell helse kan være en god ressurs for pasienten. I 2017 lanserte regjeringen en politisk strategi med navnet «Snakk om det!», formålet med denne er å bidra til at seksuell helse blir integrert i helse- og omsorgstjenestene. Strategien binder seksuell helse sammen med livskvalitet, og får frem at kunnskap og informasjon er avgjørende for at det skal være mulig å forebygge seksuell uhelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 27). Strategien har som mål å blant annet «sikre kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 44). Dette forutsetter at pasienter får veiledning om hvordan behandling kan påvirke deres seksualitet og seksualliv.

I en spørreundersøkelse utført av Gynkreftforeningen, hvor rundt 200 kvinner som har hatt kreft i underlivet deltok, kom det frem at over halvparten av kvinnene ikke fikk tilbud om hjelp av helsepersonell relatert til seksuell helse. Når de blir spurt om helsepersonell har snakket med dem om mulige konsekvenser som kreftbehandlingen kan ha på deres

seksualfunksjon, er gjennomsnittsscoren 1,8 på en skala fra 1 til 5 (Gynkreftforeningen, 2017). Slike funn er oppsiktsvekkende, og får frem at seksuell helse er et mangelfullt område som har et behov for å bli tematisert i helse- og omsorgstjenestene. Det viser også at det er mangelfull tilgang på veiledning og informasjon om mulige seksuelle problemstillinger som kan oppstå etter gjennomgått kreftbehandling. Ettersom god seksuell helse kan bidra til å fremme pasientens livskvalitet, er det et viktig sykepleiefaglig område som må ivaretas. Sykepleiere har ansvar for at kvinners seksuelle helse blir tatt opp, på lik linje med andre grunnleggende behov, og har i tillegg en lovpålagt plikt til å gi informasjon om deres helsetilstand (Helsepersonelloven, 1999, §10). Hensikten med oppgaven er dermed å undersøke hvilken betydning veiledning gitt av sykepleier kan ha for kvinners seksuelle helse etter gjennomgått gynekologisk kreft.

## **1.2 Sykepleiefaglig relevans**

Sykepleiers veiledende funksjon er essensielt for sykepleieutøvelsen. Den veiledende funksjonen innebærer at sykepleier må ha kunnskap om helse og sykdom, samt evner å videreformidle dette til pasienter. Ifølge yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2019) er sykepleier pliktig til å sørge for at pasientens autonomi blir ivaretatt, gi tilpasset informasjon og å sørge for at informasjonen som gis blir forstått. Dette er også forankret i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1 og 3-2).

Sykepleier må ha kunnskap om hvordan pasienter opplever egen sykdom, og hvilken innvirkning kreftbehandlingen kan ha på kvinner (Jerpseth, 2016, s. 154). Dette innebærer fysiske- og psykiske påvirkninger (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2012, s. 486). Videre må sykepleier ha kunnskap om de ulike dimensjonene innenfor seksuell helse, samt forstå at et samliv kan bli påvirket (Jerpseth, 2016, s. 155). Dette er faktorer som må tas i betraktning i møte med pasientene, slik at sykepleier kan gi tilpasset veiledning til kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft (Langhelle et al., 2021, s. 5). Sykepleier må også vite at det kan være nødvendig å innhente og samarbeide med andre fagpersoner dersom sykepleiers kompetanse ikke strekker til (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

### **1.3 Presentasjon av problemstilling**

Hvilken betydning har sykepleiers veiledning for kvinners seksuelle helse etter gynekologisk kreft?

### **1.4 Begrepsavklaring**

Seksuell helse:

Ifølge verdens helseorganisasjon kan seksuell helse defineres som «en tilstand av fysisk, følelsesmessig, mentalt og sosialt velvære i forhold til seksualitet; det er ikke bare fravær av sykdom, dysfunksjon eller svakhet. Seksuell helse krever en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle relasjoner, samt muligheten til å ha behagelige og trygge seksuelle opplevelser, fri for tvang, diskriminering og vold. For at seksuell helse skal oppnås og opprettholdes, må alle personers seksuelle rettigheter respekteres, beskyttes og oppfylles» (World Health Organization, 2006)

Gynekologisk kreft:

Gynekologisk kreft er ondartede svulster som utgår fra de kvinnelige underlivsorganene. I følge Kristoff (2016, s. 409) omfatter det kreft i vulva og vagina, cervix og uterus, ovarier og eggleder.

Veiledning:

Ifølge Tveiten (2020, s. 98) kan veiledning defineres som «en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier».

### **1.5 Avgrensning**

Vi har valgt å ikke avgrense til en spesifikk type gynekologisk kreft, da det kommer frem i de valgte forskningsartiklene at kvinner kan oppleve samme utfordringer rundt seksuell helse uavhengig av type gynekologisk kreft. I forskningslitteraturen har flere kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft, også uttrykt flere av de samme ønskene og behovene for veiledning om seksuell helse. Oppgaven tar for seg kvinner fra 18 år, da det er denne

aldersgruppen som er inkludert i de valgte forskningsartiklene. Konteksten finner sted på gynekologisk kreftpoliklinikk. På poliklinikken kan sykepleiere møte pasientenes ulike behov, og tilby samtale og veiledning knyttet til seksuell helse etter gjennomgått kreftbehandling. Under pågående kreftbehandling har pasientene ofte andre fokus og bekymringer knyttet til kreftdiagnosen og dens behandling, derfor vil en poliklinikk være en arena for at sykepleiere og kvinnene kan ta opp bekymringer og utfordringer knyttet til deres seksuelle helse. Oppfølgingen på en gynekologisk kreftpoliklinikk kan også tilrettelegge for at sykepleier kan gi individuell veiledning ut ifra behandlingens omfang.

Grunnet kompleksiteten av seksuell helse, har vi kun valgt å inkludere fysiske- og psykiske aspekter av kvinners seksuelle helse. Tverrfaglig samarbeid vil være viktig i behandlingen og oppfølgingen av kvinner med gynekologisk kreft, men grunnet oppgavens omfang velger vi å ikke gå i dybden, annet enn å nevne at pasienten kan bli henvist videre dersom sykepleiers kompetanse ikke er tilstrekkelig. En eventuell partner til kvinnen kan være en god støttespiller under veiledningen, men vi har valgt å fokusere på kvinnene og å ikke gå noe mer inngående inn i partnerskap, da seksuell helse også eksisterer utenfor et partnerskap.

## 2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

### 2.1 Gynekologisk kreft

Gynekologisk kreft er de krefttyper som oppstår i kvinnelige kjønnsorganer, og rammer som nevnt tidligere ca. 1500 kvinner i Norge i året (Jerpseth, 2016, s. 152). Krefttypene omfatter kreft i vulva og vagina, cervix og uterus (endometriecancer og sarkomer), ovarie og eggleder (Kristoff, 2016, s. 409-411). Flere av de maligne tumorene kan utvikle seg fra lett til mer alvorlig celleforandring, deretter forstadier til kreft og til slutt kreftutvikling (Kristoff, 2016, s. 409). Ved kreft så har det oppstått en ukontrollert cellevekst på grunn av mutasjon i cellens arvestoff (Kreftforeningen, 2022). Det kommer frem at en av de vanligste årsakene til kreft i vulva, vagina og cervix ofte er virusinduserte forandringer forårsaket av humant papillomvirus (Kristoff, 2016, s. 409). Derimot er det antatt at en av årsakene til endometriecancer er østrogenpåvirkning av endometriet (Kristoff, 2016, s. 410). For ovarialcancer er det ikke funnet en klar årsak til kreftsykdommen, men det ses at sykdommen ofte forekommer hos kvinner som har høy alder ved første fødsel, få barnefødsler og hyppige egglosninger (Kristoff, 2016, s. 411).

Symptomene på gynekologisk kreft kan være uspesifikke og varierende. De vanligste symptomene som blir beskrevet ved kreft i vulva, vagina, cervix og endometriet er at kvinnene opplever smerter, blødningsforstyrrelser og utflod (Kristoff, 2016, s. 409-410). Blødningen kan ofte komme etter samleie og anstrengelse, og utfloden kan utvikle seg fra gulhvitt til etter hvert grønnlig (Jerpseth, 2016, s. 152-153). Ved kreft i eggledere og ovarier er symptomene diffuse på grunn av at forandringene er så små, slik at krefttypene ofte oppdages i et senere stadium. Når symptomene eventuelt blir merkbart for pasienten, kan pasienten oppleve plager som vektneidgang, tarmplager og kvalme (Kristoff, 2016, s. 411).

Diagnostiseringen av pasienter med gynekologisk kreft foregår ofte ved at det tas celleprøve og/eller biopsi (Kristoff, 2016, s. 409-410). I Norge blir celleprøve av cervix tilbudt alle kvinner mellom 25 og 69 år hvert tredje år, for å fange opp eventuelle celleforandringer på et tidlig stadium (Kristoff, 2016, s. 409). Andre måter å diagnostisere gynekologisk kreft på er å ta CT-undersøkelse, ultralydundersøkelse og cytologiske prøver (Kristoff, 2016, s. 409-411). En cytologisk prøve tas også for å kunne avgjøre cancertypen (Kristoff, 2016, s. 411).



### 2.1.1 Behandling

Det finnes ulike behandlingsmetoder for de ulike krefttypene innenfor gynekologisk kreft. Behandlingen avhenger av hvilken type kreft kvinnen er diagnostisert med, omfanget av kreften og i hvilket stadium den blir oppdaget (Jerpseth, 2016, s. 152-153). Den vanligste behandlingsformen for kreft i underlivet er kirurgi, der området som kreftcellene befinner seg i blir fjernet. Omfanget av det kirurgiske inngrepet avhenger av hvor kreften er lokalisert og dens spredning (Kristoff, 2016, s. 409-411). I tillegg til kirurgi kan behandlingsmåter som strålebehandling, kjemoterapi og hormonbehandling også benyttes. For noen krefttyper vil det være hensiktsmessig å kombinere flere av behandlingsmåtene (Jerpseth, 2016, s. 152-153).

Kirurgi benyttes som standard behandling ved cervixcancer, ovarialcancer, uterus-cancer, vulva- og vaginalcancer (Kristoff, 2016, s. 409-411). Ved cervixcancer fjernes livmor, livmorhals, omkringliggende støttevev, øvrig del av skjeden og lymfeknuter i bekken. Hvis mye vev fjernes, kan det oppstå nerveskader og lymfedrenasjen kan reduseres. Ulike komplikasjoner kan oppstå, og avhenger også av omfanget av inngrepet. Et større inngrep kan føre til at pasienten får problemer med å tømme blæren, får lymfødeme og seksuell dysfunksjon (Kristoff, 2016, s. 410). Ved ovarialcancer vil det kirurgiske inngrepet normalt sett medføre at eggstokkene fjernes, i tillegg til livmor og omentet (Jerpseth, 2016, s. 152). Etter en slik behandling for ovarialcancer vil kvinnen gå over i tidlig menopause, og kan oppleve komplikasjoner som infertilitet, tørrhet i skjeden, smerter ved samleie og det kan føre til mindre sexlyst for kvinnen (Gynkreftforeningen, u. å.-a). Et kirurgisk inngrep ved uterus-cancer vil innebære at livmor, eggstokker, og eventuelt kjertler og vev rundt fjernes, men omfanget av kirurgi og videre behandling avhenger av sykdommens stadium (Kristoff, 2016, s. 410). Komplikasjonene for denne typen kreftbehandling samsvarer mye med ovarialcancer, men det kan i tillegg oppstå blant annet skjedeforkortelse, nedsatt elastikk og arr (Gynkreftforeningen, u. å.-b). Ved vulvacancer fjernes kjønnsleppene, og lymfekjertler i lysken dersom det er nødvendig (Kristoff, 2016, s. 409).

Strålebehandling og cytostatika kan benyttes i tillegg til kirurgi ved cervixcancer, og komplikasjoner som infertilitet, tørr skjede, trang og kort vagina, tarmproblemer, arrdannelse og samleiesmerter kan oppstå. Dette kan medføre samlivsproblemer for kvinnen (Kristoff, 2016, s. 410). Ved ovarialcancer kan også cytostatika- og hormonbehandling benyttes. Uteruscancer kan i tillegg til kirurgi behandles med stråler og cytostatika, og

behandlingsmetodene kan kombineres (Jerpseth, 2016, s. 152-153). Ved vulva- og vaginalcancer kan det også være nødvendig strålebehandling, cytostatika, eller en kombinasjon av disse. Ved kreftbehandling påvirkes både celler og organfunksjoner i kroppen (Kristoff, 2016, s. 409-411), og behandlingen kan gi mange bivirkninger som vil variere ut fra sykdom, individ, alder og allmenntilstand (Gynkreftforeningen, u.å.-b). Bivirkninger som kvalme, tretthet, dårlig matlyst, anemi (Gynkreftforeningen, u.å.-b), dårligere hukommelse og konsentrasjon (Gynkreftforeningen, u.å.-a) vil også kunne ha negativ innvirkning på kvinnens fungering og livskvalitet.

## **2.2 Konsekvenser for pasientens seksuelle helse**

De ulike behandlingsmetodene for gynekologisk kreft kan føre til flere konsekvenser for pasientenes seksuelle helse, og være destruktiv for både det fysiske- og psykiske aspektet av seksuell helse. Det må forstås at kreftbehandlingen vil påvirke hver pasient ulikt, blant annet ut ifra alder og hvilken kreftbehandling pasienten har gjennomgått. Det ses ofte at behandlingen kan påvirke hvordan pasienten ser på seg selv, og bidrar til økt selvbevissthet rundt kroppens forandrede utseende (Gamnes, 2016, s. 395). Det kommer også frem i Dahl (2016, s. 243) at kreftsykdom kan føre til at pasienten utvikler andre psykologiske reaksjoner som depresjon, angstlidelser, skam og sinne. Flere pasienter opplever en sorgreaksjon på grunn av hva kreftbehandlingen har påført dem. Enkelte kvinner kan føle seg som mindre verdifull som kvinne, og opplever tap av feminitet i forbindelse med fjerning av en kroppsdel som minner dem om hva det vil si å være en kvinne. Pasienten blir også konfrontert med muligheten for en tidligere død og muligheten for infertilitet (Jerpseth, 2016, s. 154-155). En slik fremtidsutsikt er en betydningsfull endring i kvinnens liv, da hun må forsone seg med flere endringer enn hun muligens hadde for sin fremtid før kreftbehandlingen (Gamnes, 2016, s. 395).

Ettersom de fleste med gynekologisk kreft blir behandlet med fjerning av livmor og livmorhals, innebærer det at skjeden blir forkortet noen centimeter og pasienten får en såroverflate i skjeden. Av den grunn vil det være viktig kunnskap for pasienten å vite at skjeden kan tøyes ved seksuell aktivitet, og at hun burde vente med samleie i 6-8 uker frem til tilheling av skjeden. Andre fysiske konsekvenser kan komme etter strålebehandling, og medføre at skjeden er mindre elastisk og oppleves som mer sår og tørr enn tidligere. Disse

vaginale forandringene kan resultere i store plager for kvinnens seksuelle helse, ved at samleie blir problematisk (Jerpseth, 2016, s. 154). Ved kreft i eggstokkene blir alltid disse fjernet kirurgisk, og pasienten vil komme i klimakteriet. Denne hormonendringen kan være en stor påkjenning for kvinnen, spesielt hvis hun er ung, da det innebærer at pasienten blant annet kan oppleve blødningsforstyrrelser, hetetokter, tørre slimhinner og forandringer i genitaliene. Flere kvinner opplever også at deres seksuelle lyst blir nedsatt (Jerpseth, 2016, s. 139).

### **2.3 Sykepleier og seksuell helse**

Seksuell helse er en del av livet og et grunnleggende behov som er viktig for pasientens livskvalitet. Hvis sykepleier ikke aktivt tar opp samtalen om seksuell helse, bidrar det til å styrke fordommene og tabuene knyttet til temaet (Borg, 2017, s. 126). Oppfatningen om seksuell helse og seksualitet er ofte definert ut ifra flere faktorer som blant annet kultur, religion og samfunnsnormer. Hva seksuell helse betyr for den enkelte, er ofte regulert ut ifra disse. Samtidig vil betydningen for den enkelte variere i løpet av livets utfoldelse (Gamnes, 2016, s. 377).

Sykepleier har et ansvar for å ivareta seksuell helse, på lik linje med andre grunnleggende behov (Gamnes, 2016, s. 373). Når sykepleier møter pasienter som opplever problemstillinger knyttet til seksuell helse, vil det være spesielt viktig å ha en profesjonell holdning. Seksuell helse oppleves som et av det mest intime og private temaet som kan diskuteres, og sykepleier må overholde yrkesetiske retningslinjer i møte med pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2019). Dahl (2016, s. 242-243) skriver at flere studier har dokumentert at sykepleier har en reservasjon knyttet til samtale om seksuell helse av flere årsaker, og at de opplever å være begrenset på grunn av blant annet egne holdninger. Av den grunn vil det være avgjørende at sykepleier forstår og er bevisst over egne holdninger og verdier, slik at sykepleier kan møte pasienten med åpenhet og fritt for fordommer (Gamnes, 2016, s. 398).

For å forstå hvordan kreftsykdom og behandling påvirker kvinners seksuelle helse, er det nødvendig at sykepleier innehar kunnskap om kvinners anatomi, fysiologi og seksualfunksjon. Det kommer frem i Dahl (2016, s. 244) at belastningen en kreftsykdom medfører, ofte setter seksuell helse i mindre fokus. Istedenfor har oppfølgingen av pasienter

etter behandling fokus på områder som å overvåke og behandle symptomer (Galica et al., 2021, s. 2). Sykepleier må forstå at en slik omstilling av livssituasjonen etter en kreftdiagnose, også kan bidra til et større behov for støtte, hjelp og veiledning omkring seksuell helse. Etter kreftbehandling må pasienten ofte omdefinere sin seksualitet, og hvem pasienten er som en seksuell person. Det må utforskes hva seksuell helse er for pasienten, og hva som anses som viktig knyttet til seksualitet (Gamnes, 2016, s. 395). Sykepleier må vite at god seksuell helse er en ressurs, som kan bidra til å fremme livskvalitet og mestring, og derfor et viktig grunnleggende behov å følge opp videre etter pasientens behandling (Helland, 2015, s. 862).

## **2.4 Pasientveiledning**

En kreftdiagnose kan føre med seg mye redsel, usikkerhet, utrygghet og komplikasjoner, og kan ofte oppleves kritisk for pasienten. Kvinnen og hennes partner kan ofte stå igjen med uvitenhet for fremtiden og mange ubesvarte spørsmål knyttet til sykdom og seksualitet. Sykepleiers ansvar- og funksjonsområde legger til rette for at sykepleier skal veilede pasienter slik at de blir i stand til å ivareta egen helse (Nortvedt og Grønseth, 2016, s. 23), og til å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon (Helsepersonelloven, 1999, §10). I tillegg har pasienten, ifølge pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (1999), en lovfestet rett til å få informasjon som gjelder sin helsetilstand. Lovverket legger grunnlaget for at pasienten selv ikke er den som skal ta opp temaet, men at det er sykepleier som skal ta initiativ til samtale knyttet til seksuell helse ved gynekologisk kreft (Gamnes, 2016, s. 401), og skal sikre at pasienten får den informasjonen som er nødvendig.

Veiledning bidrar til at pasienten kan få kunnskap, ferdigheter, informasjon og råd som er nødvendig for at pasienten skal kunne ta valg knyttet til egen seksuelle helse, og ta kontroll over eget liv. Målet med veiledning er at sykepleier skal legge til rette for at pasienten skal kunne mestre sykdommen og dens konsekvenser (Tveiten, 2020, s. 101), noe som vil være vesentlig for pasientens livskvalitet. For at veiledningen skal kunne bli så optimal som mulig for pasienten, er det viktig at sykepleier tilpasser veiledningen til den enkeltes situasjon, ønsker og behov, og sikrer at informasjonen blir forstått (Jerpseth, 2016, s. 155). Sykepleier må også ha kunnskap om ulike måter og veilede på, samt seksualitetens mangfold (Jerpseth, 2016, s.155). Når kvinnen får god nok veiledning om hvordan kreftbehandlingen kan påvirke seksuell helse, kan vansker knyttet til dette reduseres (Stabile et al., 2017, s. 82).

Sykepleiers arbeidshverdag kan ofte bestå av mange oppgaver og mye tidspress (Langhelle et al., 2021, s. 4). Det er derfor viktig at sykepleier setter av tid med pasienten, planlegger i forkant og tilrettelegger for at informasjonen og veiledningen som skal gis blir riktig for den enkelte pasient og hennes partner. En forutsetning for samtalen er å undersøke hva pasientens tanker og forestillinger knyttet til seksualitet er, samt lytte og være åpen og til stede i samtalen (Gamnes, 2016, s. 401). Seksuell helse kan være et tabubelagt tema, og derfor er det viktig at sykepleier legger vekt på å bygge opp en tillit til og etablere en relasjon med pasienten, slik at hun kan føle at det er et trygt sted å åpne seg opp om hennes seksuelle helse og bli mer mottakelig for den veiledning sykepleier kan gi (Brataas & Hellesø, 2011, s. 113-114).

Under pasientveiledning er det viktig at sykepleier viser omsorg, respekt og interesse, og etablerer en følelsesmessig kontakt med pasienten. På den måten kan man utvikle et samarbeidsforhold (Brataas & Hellesø, 2011, s.113-114). Det er også viktig at sykepleier formidler at følelser, usikkerhet og frykt tilknyttet seksuell helse og situasjonen er helt normalt, og at sykepleier er der for å støtte og hjelpe pasienten gjennom dette (Brataas & Hellesø, 2011, s. 115). Det er viktig i veiledning at sykepleier legger til side egne vansker og ubehag knyttet til tema, og har fokus på pasienten. Samtidig er tidspunktet for slik samtale vesentlig for når pasienten er mest mottakelig for veiledning, og det kan være nødvendig med oppfølgingssamtaler. Når sykepleier har dette til grunn, kan fokuset ligge på å øke pasientens ressurser, slik at det ved bruk av empowerment kan bidra til at pasienten får tilbake styringen/kontrollen over egen helsesituasjon og får økt livskvalitet (Askheim, 2011, s. 77).

#### **2.4.1. Empowerment**

Empowerment står sentralt i veiledning av pasienter, og handler om å inkludere pasienten inn i beslutningsprosesser og handlinger som kan styrke pasientens ivaretagelse av egen helse (Tveiten, 2020, s. 33). Ved en kreftdiagnose og dens behandling kan pasienten ofte føle seg avmaktet, og sykepleiere kan ofte havne i en maktposisjon. For å styrke pasientens mulighet til å ta tilbake makten over egen helse og liv, er det viktig at sykepleiere bruker sin kunnskap til å gi pasienten tilstrekkelig informasjon og veiledning, slik at hun blir i stand til å ta egne valg som er til det beste for henne (Askheim, 2011, s. 76-77). Dette må tilpasses etter pasientens behov og ønsker. I tillegg vil det være vesentlig at sykepleier jobber for å

identifisere hva som står til hinder for at pasienten ikke får ivaretatt egen helse og ikke tilstrekkelig klarer å håndtere egne utfordringer (Askheim, 2011, s. 75). Det blir dermed en viktig oppgave for sykepleiere og jobbe for å øke pasientens kunnskapsgrunnlag, ferdigheter, selvtillit og selvbylde (Askheim, 2011, s. 74).

For at sykepleier skal kunne jobbe med å gi pasienten nok verktøy til å håndtere egne utfordringer, er det viktig med god relasjonsbygging og at kvinnen opplever tillit og tilknytning til sykepleieren (Tveiten, 2020, s. 39). Dette tar tid å bygge opp, krever kontinuitet og innsats fra både sykepleier og pasient, og det vil være nødvendig med oppfølging av kvinnen. Gjennom samhandling mellom sykepleier og pasient, får pasienten mulighet til å utvikle sin mestringskompetanse. Viktige aspekt her, er at pasientens kompetanse som ekspert på seg selv blir anerkjent, og at hun får medvirket (Tveiten, 2020, s. 38). Ofte kan sykepleiere tenke at vi vet hva som er pasientens problem ut fra vår faglige kompetanse (Tveiten, 2020, s. 41). Ved å spørre pasienten om for eksempel hvordan de opplever egen situasjon, hva som er problemet, og hvilke behov de har, kan det legge til rette for at pasienten får medvirket i prosessen (Tveiten, 2020, s. 43). Kreftbehandling og seksuell helse kan føre til mye usikkerhet, og er noe som er utenfor kvinnens kontroll. Sykepleier må hjelpe pasienten til å gjenvinne kontroll over andre aspekt, slik at hun kan ha mulighet til å fokusere på å ta vare på egen helse, samt å håndtere utfordringer knyttet til hennes seksuelle helse. Dersom pasienten ikke føler tilstrekkelig kontroll over de faktorer som kan bidra til ivaretagelse av egen helse, kan det gjøre at kvinnen føler på maktesløshet (Tveiten, 2020, s. 36) og videre bidra til utvikling av sykdom.

## 3 Metode

### 3.1 Anvendt metode

Vi har fulgt kravene som er satt av Lovisenberg Diakonale Høgskole, og har skrevet en litterær oppgave. Dette innebærer at kunnskapen er hentet fra allerede eksisterende fag- og forskningslitteratur for å belyse problemstillingen vår (Dalland, 2020, s. 199).

### 3.2 Litteratursøk

Vi har søkt i både søkemotoren Google Scholar og databasene Pubmed og Cinahl. Vi kom frem til at PubMed og Cinahl ga de beste treffene på de søkene vi gjorde, og ga oss mest relevant forskningslitteratur. Cinahl og PubMed er i tillegg anerkjente databaser som dekker tidsskrifter innenfor sykepleie og andre helsefag (Helsebiblioteket, u.å; Pubmed, u.å.). Søkene våre i Cinahl førte til to av de seks inkluderte artiklene, og søkene i PubMed førte til fire av de seks inkluderte forskningsartiklene.

Vi valgte å bruke søkeordene «Sexual health», «Gynecological cancer», «Outpatient», «Nurse attitudes», «Genital Neoplasms, Female+», «Barriers», «Needs», «Sexuality», «Quality of life+» og «Sexual concerns» for å finne forskningslitteratur som er relevant for vår problemstilling. Vi brukte ulike kombinasjoner av søkeordene, og valgte å bruke den boolske operatoren AND mellom, da vi ønsket å finne artikler som inneholdt de utvalgte søkeordene (Thidemann, 2019, s. 87). Oppgaven vår omhandler veiledning av pasienter, og da er det naturlig å tenke at vi kunne ha brukt søkeord relatert til veiledning. Grunnen til at vi ikke har valgt å benytte oss spesifikt av dette ordet, er at vi så at de fleste artikler som inneholdt søkeordet ga lite treff, og at artiklene ikke spesifikt var rettet mot sykepleierrollen, men ofte spesialister innenfor kreft. Videre så vi at ved å kombinere de valgt søkeordene, inneholdt forskningsartiklene kvinners opplevelse av oppfølging og veiledning etter kreftbehandling, spesielt innenfor området seksuell helse. Vi har prøvd oss litt frem, og grunnen til at vi valgte ulike avgrensninger på publikasjons år er for å finne forskningsartikler utgitt i løpet av de siste 10 årene, samt også av nyere dato. På to av søkene har vi også avgrenset til «review» og «systematic review».

Vi har til sammen valgt ut fire kvantitative og to kvalitative forskningsartikler. Ved å inkludere artikler hvor det er brukt kvalitativ metode, får vi kunnskap om sykepleiers og pasienters opplevelser og erfaringer. I denne metoden tas det sikte på dybdekunnskap, der det er få deltakere. Data kan blant annet samles inn via intervjuer og observasjoner. Ved kvantitativ metode får vi breddekunnskap, ved at store mengder data samles inn fra et større antall deltakere. Data kan samles inn på ulike måter, men målet er å kunne lage målbare enheter, som for eksempel statistikker og tabeller. På denne måten samles det inn objektiv data, for å kunne generalisere kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 75-76). Vi valgte å inkludere 6 forskningsartikler, hvor det er brukt både kvalitativ og kvantitativ metode, da vi ønsket å få et godt kunnskapsgrunnlag og overblikk. Dette er for å få frem et bredere og mer omfattende perspektiv som kan bidra til å belyse problemstillingen. Grunnen til at vi valgte å ha med 6 artikler, var fordi vi synes at de har interessante resultater og funn, som har høy relevans for oppgaven.

### 3.2.1 Søkehistorikk i tabell

Nr	Database	Søkedato	Søkeord og kombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste sammendrag	Artikler inkludert	Valgt artikler
1	CINAHL	11.11.21	«Sexual Health» AND «Quality of Life+» AND «Genital neoplasms, Female+»	2012-2022	11	2	1	McCallum, M., Jolicoeur, L., Lefebvre, M., Babchishin, L. K., Robert-Chauret, S., Le, T. & Lebel, S. (2014). Supportive Care Needs After Gynecologic Cancer: Where Does Sexual Health Fit in?. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 41(3), 297-306. <a href="https://www.doi.org/10.1188/14.ONF.297-306">https://www.doi.org/10.1188/14.ONF.297-306</a>
2	CINAHL	11.11.21	«Nurse attitudes» AND «Genital Neoplasms, Female+»	2017-2022, Peer reviewed	12	1	1	Williams, N. F., Hauck, Y. L. & Bosco, A. M. (2017). Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 30, 35-42. <a href="https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.07.006">https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.07.006</a>
3	PubMed	15.12.21	Sexual health AND gynecological cancer AND barriers	2012-2022, english and norwegian, female	51	4	1	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. <i>Journal of Psychosomatic Obstetrics &amp;</i>



								<i>Gynecology</i> , 33(3), 135-142. <a href="https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.709291">https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.709291</a>
4	PubMed	15.12.21	Gynecological cancer AND sexual concerns	2012-2022, Review and systematic review	74	5	1	Abbott-Anderson, K. & Kwekkeboom, K. L. (2012). A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. <i>Gynecologic Oncology</i> , 124(3), 477-489. <a href="https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.11.030">https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.11.030</a>
5	PubMed	12.01.22	Sexual health AND Gynecological cancer AND outpatient	2015-2022, english and Norwegian, female	11	3	1	Stabile, C., Goldfarb, S., Baser, R. E., Goldfrank, D. J., Abu-Rustum, N. R., Barakat, R. R., Dickler, M. N. & Carter, J. (2017). Sexual health needs and educational intervention preferences for women with cancer. <i>Breast Cancer Research and Treatment</i> , 165, 77-84. <a href="https://doi.org/10.1007/s10549-017-4305-6">https://doi.org/10.1007/s10549-017-4305-6</a>
6	PubMed	12.01.22	Gynecological cancer AND needs AND sexuality	2017-2022, english and norwegian, review and systematic review	52	3	1	Galica, J., Saunders, S., Romkey-Singsaa, C., Silvia, A., Ethier, J.-L., Giroux, J., Jull, J., Maheu, C., Ross-White, A., Stark, D. & Robb, K. (2021). The needs of gynecological cancer survivors at the end of primary treatment: A scoping review and proposed model to guide clinical discussions. <i>Patient Education and Counseling</i> , 1-22. <a href="https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.11.020">https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.11.020</a>

### 3.3 Inklusjonskriterier

For å velge forskningsartikler har vi tatt utgangspunkt i inklusjonskriteriene nevnt nedenfor i tabell. Alle artiklene inkluderer pasienter som har blitt behandlet for gynekologisk kreft og tar for seg temaet seksuell helse. For å bekrefte at forskningsartiklene er fagfellevurdert, har disse blitt søkt opp i registeret over vitenskapelige publiseringskanaler. Vi har begrenset søket vårt slik at vi har ekskludert artikler som er eldre enn 10 år, da vi ønsker relativt ny forskning.

Kriteriet var også at artiklene skulle være skrevet på norsk eller engelsk, ettersom det er disse språkene vi behersker. Videre var kriteriet at artiklene skulle omhandle kvinner over 18 år. Ettersom vi ønsket å inkludere forskning som kan relateres til helsevesenet i Norge, har vi valgt forskningsartikler fra USA, Canada og Australia. Selv om ikke sykepleiere er omtalt

som helsepersonellet i alle artiklene, kan oppgavene som er beskrevet for helsepersonell overføres til rollen som sykepleier.

### 3.3.1 Tabell for inklusjonskriterier

<b>Inklusjonskriterier</b>
Pasienter behandlet for gynekologisk kreft
Seksuell helse
10 år og nyere forskning
Alder > 18 år
Helsepersonell

### 3.4 Øvrig faglitteratur

For å finne kilder til oppgaven har vi i større grad benyttet oss av faglitteratur som er inkludert i Lovisenberg Diakonale Høgskole sin pensumlitteratur. Videre har vi benyttet oss av Oria for å søke etter annen relevant faglitteratur som kan knyttes opp mot problemstillingen.

For å skrive den teoretiske delen av vår oppgave har vi i større grad benyttet oss av boken «Klinisk sykepleie 2» fra 2016. Boken knytter gynekologisk kreft direkte opp mot sykepleiers ansvarsområde og kvinners seksuelle helse, og er derfor en kilde vi har benyttet oss av jevnlig i kapittelet for teoretisk kunnskapsgrunnlag. Vi har også tatt i bruk «Sykdom og behandling» fra 2017, for å beskrive mer utdypende om gynekologisk kreft, behandling og konsekvenser dette kan medføre. Videre har vi brukt boken «Helsepedagogikk» fra 2020, for å beskrive begrepene veiledning og empowerment.

### 3.5 Kildekritikk

Forskningsartiklene som er brukt er publisert i tidsskrifter som er fagfellevurdert, og av den grunn har vi vurdert disse som troverdige. I tillegg så følger artiklene IMRAD-struktur, som er en anerkjent måte å disponere teksten i en vitenskapelig artikkel (Thidemann, s. 2020, s. 30). Vi har valgt å både benytte oss av forskningsartikler som er kvalitative og kvantitative, da vi ønsket et mer helhetlig bilde. Kvalitative forskningsartikler tar sikte på dybdekunnskap fra få deltakere, og det må derfor tas i betraktning at resultatene ikke er direkte overførbare til en større gruppe mennesker. Når studiene er av god kvalitet, og er gjennomført på en god måte, kan vi likevel ikke se bort fra kunnskapen og informasjonen som kan innhentes fra resultatene.

De valgte forskningsartiklene tar for seg ulike sider av kvinners opplevelse av seksuell helse etter gynekologisk kreft, og anses derfor til å ha høy relevans for problemstillingen. Det er kun én forskningsartikkel som i tillegg inkluderer kvinner med brystkreft i studien. Vi har avgrenset søket på publikasjons år til 2012 og nyere, noe som kan være en begrensning for oppgaven. Samtidig ønsket vi hovedsakelig å fokusere på forskning av nyere tid, og benyttet oss derfor av avgrensningen. Vi fant utvalgte søkeord som vi har brukt gjennomgående i søkene våre på Cinahl og Pubmed. Valget av søkeord kan ha bidratt til at vi ikke har funnet frem til annen relevant forskningslitteratur hvis vi hadde tatt i bruk andre søkeord. Hvis vi hadde brukt den boolske operatoren OR, kunne søkene også ha omfavnet flere forskningsartikler. Vi har inkludert artikler som ikke nødvendigvis er direkte rettet til sykepleiers rolle, men helsepersonell generelt. Likevel kan det ikke utelukkes at begrepet helsepersonell, ikke inkluderer sykepleier. Flere av helseprofesjonene har oppgaver som er overførbart til sykepleiers rolle.

Forskningsartiklene vi har funnet er fra ulike land, som betyr at deltakernes kulturelle- og sosiale bakgrunn, kan påvirke deres syn på seksuell helse. Det er kjent at kultur og samfunnsnormer kan påvirke hvordan kvinner definerer egen seksuell helse, og hva som oppfattes som normalt eller som tabubelagt. Funnene i forskningen skiller heller ikke ut hvordan kvinners oppfatning av egen seksualitet og seksuell helse var før de gjennomgikk kreftbehandlingen. Dette kan ha en innvirkning på resultatene, da kvinnenes nåværende seksuelle helse ikke nødvendigvis kun sammenfaller med gjennomgått behandling. Videre

kan det tas i betraktning at helsevesenet i de landene forskningen er gjennomført, ikke nødvendigvis fullstendig samsvarer med norsk helsevesen.

### **3.6 Ethiske overveielser**

Vi har fulgt Lovisenberg Diakonale Høgskoles retningslinjer for oppgaveskriving. For å sørge for at andres arbeid blir kreditert, har vi benyttet oss av Apa 7th i teksten og referanseliste.

## 4 Presentasjon av forskningslitteratur

### 4.1 Syntese av hovedfunn

Forskningsresultatene belyser hvilke behov som ikke er dekket og hvilke ønsker gynekologiske kreftoverlevende har innenfor seksuell helse. Forskningsartiklene belyser også hvilke barrierer som eksisterer for sykepleiere og annet helsepersonell, for å ha samtale om seksuell helse med denne pasientgruppen. Det kommer frem at flere av kvinnene av ulike årsaker ikke ønsket hjelp til deres utfordringer, men at det må tilrettelegges for en individualisert fremgangsmåte for de kvinnene som ønsker hjelp. Forskningsartiklene får også frem at det er både fysiske og psykiske dimensjoner av seksuell helse som er viktig å fokusere på i helsehjelpen, for at pasienten skal oppnå god livskvalitet. Det kommer frem at flere kreftoverlevende mente at kommunikasjonen med helsepersonell var utilstrekkelig, men at de anså det som positivt hvis helsepersonell legitimerte deres bekymringer, viste omsorg og oppmuntret dem til å stille spørsmål. Funnt i studiene viser også at helsepersonell må øke sin kunnskap og forståelse for hvordan seksuell helse blir påvirket av kreftbehandlingen, slik at de kan gi tilstrekkelig veiledning og informasjon til kvinnene.

### 4.2 Artikkelmatrise

Nr	Forfatter/årstall	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/metode	Funnt
1	McCallum, M., Jolicoeur, L., Lefebvre, M., Babchishin, L. K., Robert-Chauret, S., Le, T. & Lebel, S. (2014).	Supportive Care Needs After Gynecologic Cancer: Where Does Sexual Health Fit in?	Oncology Nursing Forum, 41(3), 297-306.	Hensikten til studien er å vurdere pasienters behov og ønske for hjelp, for å implementere dette inn i etterbehandlingen til gynekologiske kreftpasienter	Kvantitativ metode: Beskrivende tverrsnittstudie. 113 kvinner som har blitt diagnostisert eller behandlet for gynekologisk kreft, og som mottok oppfølging på The Ottawa Hospital Cancer Center deltok i studien.	Det kom frem at 25% opplevde vaginal tørrhet, 18% opplevde dyspareuni, og 41% nedsatt seksuell interesse. Deretter hadde 24% av deltakerne ønsket individuelt møte med helsepersonell for å diskutere bekymringer knyttet til seksuell helse. 17% mente at skriftlig informasjon kunne ha møtt deres behov, samtidig hadde

						64% ikke et ønske om hjelp innenfor seksuell helse.
2	Williams, N. F., Hauck, Y. L. & Bosco, A. M. (2017).	Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer.	European Journal of Oncology Nursing, 30, 35-42	Hensikten med studien er å finne ut hvordan Vest-australske sykepleiere opplever det å gi psykoseksuell omsorg for kvinner som gjennomgår gynekologisk kreft.	Kvalitativ metode: 17 sykepleiere som jobbet på et tertiært kvinnesykehus i Vest-Australia deltok i en-til-en intervju.	Det er identifisert 5 temaer som påvirker den psykoseksuelle omsorgen gitt av sykepleierne: 1. Sykepleierne bruker strategier for å hjelpe samtalen, som individuell tilnærming til hver pasient og etablering av et tillitsforhold, 2. Kvinners unike psykoseksuelle behov påvirker hvordan sykepleierne kan ta opp samtalen, 3. Profesjonelle- og personlige verdier påvirker sykepleiernes evne til å tilby psykoseksuell omsorg, 4. Tjenester i helsevesenet påvirker omsorgen som de gir, og 5. Holdninger i samfunnet påvirker hvordan pasientene ser på seksuell helse og seksualitet
3	McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C. & Lebel, S. (2012).	Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services.	Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 33(3), 135-142.	Hensikten med studien var å undersøke pasienters behov knyttet til seksuell helse etter gynekologisk kreft, på hvilken måte de ønsket hjelp og hvorfor noen opplevde vansker med å søke hjelp.	Kvalitativ metode: 15 kvinner deltok i et semistrukturert intervju, en-til-en med sin intervjuer.	Funnene viste at 14 av 15 kvinner opplevde at kreftbehandlingen hadde en negativ effekt på deres seksuelle helse. Flere indikerte at de kunne oppnådd deres forestilte seksuelle helse hvis de kunne håndtert symptomene etter behandling. De fleste kvinnene ga uttrykk for at de ønsket mer inngående informasjon, en-til-en møte med helsepersonell.

						Andre ønsket skriftlig informasjon. Når det kom til vansker med å søke og motta hjelp, svarte mange av kvinnene at de følte at seksuell helse var tabubelagt, flaut å snakke om, eller at du burde hatt eller ønsket å ha et annet fokus.
4	Abbott-Anderson, K. & Kwekkeboom, K. L. (2012).	A Systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors.	Gynecologic Oncology, 124(3), 477-489.	Hensikten var å identifisere gynekologiske kreftoverlevendes bekymringer innen de psykiske-, fysiske- og sosiale aspektene av seksuell helse	Kvantitativ metode: En systematisk oversikt som inkluderer 37 artikler.	I 33 av studiene ble det funnet 16 fysiske seksuelle bekymringer, 11 psykiske seksuelle bekymringer og 7 sosiale seksuelle bekymringer. Det kom frem at kun 3 av studiene forsøkte en intervensjon for å ta tak i de seksuelle bekymringene kreftoverlevende opplevde, og de 3 studiene valgte en psykoedukativ og/eller en rådgivende intervensjon. Etter intervensjonene i disse studiene, ble det rapportert økt seksuell lyst, orgasme og tilfredshet. I 1 av de 3 studiene hadde deltakerne økt kunnskap om og forståelse for utfordringer relatert til seksualitet og kreft, men ingen bedring i deres seksuelle helse.
5	Stabile, C., Goldfarb, S., Baser, R. E., Goldfrank, D. J., Abu-Rustum, N. R., Barakat, R. R., Dickler, M. N.	Sexual health needs and educational intervention preferences for women with cancer.	Breast Cancer Research and Treatment, 165, 77-84.	Hensikten med studien var å undersøke omfanget av mangelen på hjelp knyttet til seksuell- og vaginal helse for kvinner som har	Kvantitativ metode: En tverrsnittstudie gjennomført på poliklinikk, der 109 av de 218 deltakerne hadde en historie med	I studien svarte 87% av deltakerne at de følte at seksuell funksjon og vaginal helse var noe til veldig viktig for deres livskvalitet. 79%

	& Carter, J. (2017).			overlevd gynekologisk kreft og brystkreft, og på hvilken måte de ønsket å motta informasjon.	gynekologisk kreft.	av kvinnene mente at de var komfortable med å ta opp seksuell helse, likevel ønsket 70% at helsepersonellet skulle ta det opp. Det kommer frem at yngre kvinner ønsket samtale med helsepersonell, mens de eldre ønsket for det meste skriftlig informasjon.
6	Galica, J., Saunders, S., Romkey-Singsaa, C., Silvia, A., Ethier, J.-L., Giroux, J., Jull, J., Maheu, C., Ross-White, A., Stark, D. & Robb, K. (2021).	The needs of gynecological cancer survivors at the end of primary treatment: A scoping review and proposed model to guide clinical discussions.	<i>Patient Education and Counseling</i> , 1-22.	Hensikten med studien var å oppsummere umøtte behov hos kvinner med gynekologisk kreft som har fullført primærbehandling. I tillegg ble denne informasjonen brukt til å utvikle en modell som kan brukes i veiledning av pasientene.	Kvantitativ studie: 71 studier, hvorav 29 var kvantitative, 32 kvalitative og 10 studier som var blandede eller besto av flere metoder, ble inkludert i denne sonderende oversiktsartikkelen. De fleste studiene var gjennomført i Europa eller Nord-Amerika.	Funnene i studien viser at kvinner som er informert om mulige endringer i seksuell funksjon, håndterer disse endringene bedre. Kvinnene som har opplevd seksuelle bivirkninger som har ført til en negativ effekt i livet, ønsket mer informasjon om kreft og dens innvirkning på seksualitet. Yngre kvinner opplevde større umøtte behov enn eldre, relatert til kroppsbilde og fertilitet. De yngre kvinner sa at tap av fertilitet på grunn av behandling førte med seg betydelig traume. Noen overlevende anså også kommunikasjonen med helsepersonell som utilstrekkelig for å møte deres behov etter behandling.



## 5 Drøfting

I dette kapittelet skal vi drøfte faglitteratur, lovverk, etikk og resultater fra forskningsartiklene for å besvare problemstillingen: «hvilken betydning har sykepleiers veiledning for kvinners seksuelle helse etter gynekologisk kreft?». Temaene vi tar opp er pasientenes opplevelse, sykepleiers veiledende funksjon, barrierer for samtale om seksuell helse og hva veiledning kan gjøre for pasientene.

### 5.1 Pasientenes opplevelse

Kvinner som går gjennom behandling for gynekologisk kreft blir ofte konfrontert med utfordringer som et resultat av gjennomgått behandling. Innvirkningene disse har varierer ut ifra diagnose og behandlingsmetode, likevel er det flere likheter i utfordringene og problemene som har oppstått hos pasientene relatert til seksuell helse. Resultatene i Abbott-Anderson & Kwekkeboom (2012, s. 486) viser at kreftoverlevende har flere fysiske problemer knyttet til seksuell helse, som vaginal atrofi, dyspareuni og vaginal tørrhet. Mange kvinner opplever også psykiske problemer og bekymringer rundt deres seksuelle helse. I McCullum et al. (2014, s. 300) rapporteres det vansker knyttet til endringer i kvinners evne til å ha samleie, endringer i seksuelle følelser og lav seksuell interesse. Flere av studiene i Galica et al. (2021, s. 16) viser at operasjon som utført kreftbehandling, medførte at mange av kvinnene følte på en endring i feminitet og deres seksuelle selvoppfatning, som gikk ut over deres følelse av kvinnelighet og egenverd. Med tanke på disse rapporterte bekymringene og utfordringene, kan det tenkes at pasientene ikke har fått tilstrekkelig og nødvendig veiledning for å håndtere konsekvenser etter kreftbehandlingen. Et slikt argument kan støttes av Stabile et al. (2017, s. 78), som har identifisert et høyt nivå av udekkede behov for informasjon om seksuell helse.

Oppfølgingen av kreftpasienter er ofte fokusert på andre aspekter av sykdommen og dens komplikasjoner, enn seksuell helse (Stabile et al., 2017, s. 78). I Galica et al. (2021, s. 16) er det avdekket at pasienter i 34 av studiene indikert at de ønsker å være bedre informert om innvirkningen kreft har hatt på deres seksuelle helse, for å kunne håndtere endringene bedre. Lignende funn kommer også frem i McCullum et al. (2012, s. 138), der kvinnene beskriver et behov for mer tilgjengelig informasjon, som for eksempel når og om samleie blir ansett som

trygt, hvordan de kan håndtere vaginale endringer, samt utfordringene knyttet til tidlig menopause. Funnene i forskningen bekrefter at det eksisterer en informasjonsmangel i møte med pasientene, som risikerer at pasientene ikke er forberedt til å håndtere konsekvensene av kreftbehandlingen. Sykepleier i en unik posisjon som en av profesjonene med mest tid i pasientrettet arbeid, og har derfor i møte med pasientene en mulighet til å utforske og identifisere pasientens behov. Hvis sykepleier ikke forstår mangfoldet av bekymringer som kan oppstå knyttet til seksuell helse etter kreftbehandling, vil pasientens videre behandling og oppfølging være begrenset og disse bekymringene vil fortsatt bli ignorert (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2012, s. 488). Derfor vil identifisering av disse behovene gi sykepleieren muligheten til å gi veiledning som kan bidra til en tilpasningsprosess, slik at pasientene får en mulighet til å forstå disse oppståtte endringene i seksualitet og kroppsbilde bedre (Helland, 2015, s. 871).

## **5.2 Sykepleiers veiledende funksjon**

Sykepleier har ifølge yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2019) et ansvar om å fremme helse hos pasienten, og ivareta behovet for helhetlig omsorg. Sykepleier skal også ifølge helsepersonelloven (1999, §4), gi faglig forsvarlig helsehjelp og omsorg ut fra de kvalifikasjoner sykepleier innehar. Sykepleiers veiledende funksjon går ut på å gi pasienten verktøy til å forstå og mestre endringene som har oppstått i sin seksuelle helse etter gjennomgått kreftbehandling (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). Tveiten (2020, s. 38) beskriver empowerment som en prosess hvor det foregår en maktfordeling mellom pasient og sykepleier, der målet er å gi pasienten mestringskompetanse. En av forutsetningene for empowerment er å skape en dialog mellom pasient og sykepleier, men det fremkommer i Helland (2015, s. 870) at det mangler en standard for sykepleien for å ta opp seksuelle temaer. Hvis en dialog ikke blir opprettet, vil heller ikke seksuelle spørsmål bli adressert. Dermed vil ikke sykepleier kunne yte helhetlig omsorg til pasientene, som profesjonens yrkesetikk krever.

Empowerment krever også aktiv deltakelse, og for at dette skal være mulig, er relasjoner bygget på tillit og god samhandling avgjørende. Tillit og samhandling kan føre til at pasienten blir tryggere på seg selv og i situasjonen, og gjør de mer mottakelig for en endring (Askheim, 2011, s. 78). Samhandlingen krever at både sykepleiers og pasientens kompetanse blir

anerkjent (Tveiten, 2020, s. 41). Likevel viser studien til Williams et al. (2017, s. 39) at ulike faktorer som annen kulturell bakgrunn, seksuell historie og seksuell legning kunne by på utfordringer for sykepleierne når det var ulikt deres eget. For at disse utfordringene ikke skal være til hinder, må sykepleier være bevisst over egen oppfatning av seksualitet, og forstå at det ikke er sykepleiers ansvar å moralisere pasienters seksuelle helse (Gamnes, 2016, s. 399).

Det er viktig at sykepleier tar ansvar for å ta initiativ til å snakke om seksuell helse med pasientene. For å få til en samtale, må pasienten ha et ønske om veiledning, og sykepleier være åpen for en dialog. På den ene siden kommer det frem i Stabile et al. (2017, s. 78) at 74% av pasientene mente at kommunikasjon om seksuell helse er viktig, men få av pasientene hadde fått informasjon eller veiledning om strategier som kunne lettet deres seksuelle plager. På den andre siden, kommer det frem i Williams et al. (2017, s. 39), at flere sykepleier antar at pasienter ikke er komfortable med å snakke om problemer og utfordringer relatert til seksualitet og seksuell helse, og derfor ikke undersøker om pasienten ønsker å snakke om dette. Slike antakelser risikerer at pasientens lovfestet rett til informasjon blir utsatt (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2), og pasienten får verken mulighet til å medvirke eller få kontroll over eget liv og helse. Likevel ser vi at det av ulike årsaker, kan være at noen pasienter ikke ønsker veiledning eller informasjon tilknyttet tema. I McCullum et al. (2014, s. 301) ytret 64% av kvinnene at de ikke ønsket hjelp til deres behov knyttet til seksuell helse. Disse ønskene må overholdes og respekteres av sykepleier. Dersom sykepleier ikke respekterer pasientens autonomi, er dette grenseoverskridende og går imot sykepleiers ansvar for etisk forsvarlig yrkesutøvelse (Norsk sykepleierforbund, 2019). Sett fra et sykepleieperspektiv, kan et slikt ønske fra pasienten stå i strid med de retningslinjer sykepleier har under sin profesjon, og deres ønske om å gi pasienten best mulig helsehjelp.

Sykepleier har et ansvar for å holde seg faglig oppdatert og arbeide kunnskapsbasert. Når sykepleier har tilstrekkelig kompetanse om hvordan kreftbehandling påvirker seksuell helse og hva seksuell helse betyr for enkeltindivider, vil det gi sykepleier en forutsetning for å vurdere pasientens behov for helsehjelp (Gamnes, 2016, s. 377). Likevel kommer det frem i Abbott-Anderson & Kwekkeboom (2012, s. 478) at sykepleiere hadde lite innsikt i pasientenes eventuelle bekymringer knyttet til seksuell helse, og om hvordan de skulle ta stilling til slike bekymringer. Dette kan ses i sammenheng med studien til Stabile et al. (2017, s. 78) som viser at det er begrenset med informasjon tilgjengelig om hvilke metoder en kan bruke for å møte problemstillinger knyttet til seksuell helse. Når slike rutiner ikke er

inkorporert, kan det føre til at sykepleier risikerer å ha et svakt utgangspunkt for hvordan de kan møte pasientenes seksuelle problemer.

### **5.3 Barrierer for samtale om seksuell helse**

Til tross for at seksuell helse skal sidestilles med andre grunnleggende behov, viser forskning at det eksisterer flere barrierer for at seksuell helse ikke blir prioritert i kvinners oppfølging etter gjennomgått behandling for gynekologisk kreft. Resultatene i studien til Williams et al. (2017, s. 39) viser at barrierer som sykepleier opplever for å diskutere seksuell helse, er blant annet deres personlige holdninger, og at årsaker som sykepleiernes barndom og oppvekst hadde en innvirkning på hvordan de snakket om seksuell helse. I tillegg kommer det frem, at dersom det eksisterte et stort gap mellom sykepleierens alder og pasientens alder, kunne det føre til at pasienten syntes det var ubehagelig å snakke om seksuell helse. Dette ble begrunnet i at deres oppfatning om seksuell helse kan være annerledes (Williams et al., 2017, s. 39). Likevel bør en som sykepleier være klar over at pasienters egen definisjon av seksuell helse kan være annerledes enn den en selv har. Til tross for egne oppfatninger og erfaringer relatert til seksuell helse, bør sykepleiere invitere til samtalen ved å være åpen og fordomsfri (Helland, 2015, s. 873).

I studien til Williams et al. (2017, s. 40) kommer det frem viktigheten av å etablere et tillitsforhold til pasientene ved å anerkjenne deres bekymringer, og forsikre dem om at det er tillatt å ta opp psykoseksuelle spørsmål. Dette gjør at pasientene føler seg tryggere på å diskutere intime saker i livet sitt. I motsetning til dette kommer det frem studien til McCallum et al. (2012, s. 139) at deltakerne opplever seksuell helse som tabubelagt. I studien til Stabile et al. (2017, s. 78) føler flere pasienter at de selv eller sykepleier synes det er ubehagelig å snakke om seksuell helse, og dette blir et hinder for samtalen. En slik begrunnelse kan føre til at sykepleier er med på å styrke de eksisterende fordommene innenfor seksualitet og seksuell helse. Dette kan potensielt føre til at pasienten ikke føler seg trygg i samhandlingen, og lar være å ta opp sine bekymringer. I studien til McCullum et al. (2014, s. 301) kommer det frem at 50% av kvinnene var usikre på om de ønsket hjelp knyttet til vansker rundt seksuelle følelser. Et spørsmål vi stiller oss da, er om de eksisterende fordommene og sykepleiers ubekvemhet kan være med å bidra til at kvinnene ikke søker den hjelpen de måtte trenge, og om de kan føle på redsel og skam for å åpne seg opp for sykepleiere.

I studien til Stabile et al. (2017, s. 78) ønsket flere av pasientene at sykepleiere skulle ta initiativ til samtale, men pasientene opplevde at tidspress, lite ressurser og utilstrekkelig kunnskap hos sykepleieren kunne føre til at samtalen ikke ble tatt opp. Vår erfaring fra praksis tilsier at det ofte kan være et tidspress på poliklinikker, noe vi har opplevd som en barriere for sykepleieutøvelsen da det hindrer oss i å utøve personsentrert sykepleie og ivareta pasientenes behov. I Langhelle et al. (2021, s. 4) kommer det frem at sykepleiere har lite fokus på seksuell helse. Det kan derfor tenkes at når det oppstår et tidspress for sykepleier, vil seksuell helse være et nedprioritert tema, og seksuelle problemstillinger vil ikke bli adressert. Når sykepleier mangler oppmerksomhet rettet mot seksuell helse, kan pasientene oppleve en usynliggjøring av deres seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 26). Smith-Strøm & Waardal (2009) får frem i sin artikkel at det på mange av poliklinikkene ikke er lagt opp til en kontinuitet i oppfølgingen av pasienter. Det vil si at pasientene risikerer å bli møtt av ulike sykepleiere i løpet av sin tid på gynekologisk kreftpoliklinikk. I Williams et al. (2017, s. 38) beskriver sykepleiere at en forutsetning for å skape en relasjon med pasientene, er å opparbeide tillit slik at det blir mer komfortabelt å diskutere intime problemer. Dersom pasientene ikke opplever en kontinuitet i oppfølgingen, vil en relasjon ikke nødvendigvis bli opprettet.

Ifølge Williams et al. (2017, s. 40) var helsesystemet identifisert som både støttende og som en barriere. I noen tilfeller henviste sykepleierne pasientene videre til spesialiserte yrker innenfor seksuell helse, istedenfor å ta opp temaet om seksuell helse selv. Dette fører til at de forskyver sitt sykepleiefaglige ansvar over til andre profesjoner. Som sykepleier kan det være vanskelig å finne balansen mellom det spesialiserte fagfeltet, og ansvaret vi har som sykepleier i møtet med denne pasientgruppen. Den politiske strategien «Snakk om det!» får frem at det ligger en forventning til at helsepersonell med 3-årig utdanning, skal kunne ivareta pasientene ved å gi tilpasset informasjon om sykdom og dens behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 26). I samme studie kommer det frem at det å jobbe i team noen ganger kunne være vanskelig, da rollene og ansvarsområdene ikke var tydelig nok definerte, og det oppsto utfordringer dersom dokumentasjon enten ikke var tilgjengelig eller ble brukt. Når det ikke er implementert gode nok rutiner, kan det føre til at sykepleiere ikke blir trygg i egen rolle, og blir usikre på hvordan de skal møte pasientene rundt deres seksuelle helse og hvem som egentlig skal ta ansvaret. Det kan i verste fall føre til at pasientenes behov

ikke blir møtt. Dette til tross for at seksuell helse er et sykepleiefaglig område, som skal ivaretas for å oppnå god livskvalitet (Helland, 2015, s. 873).

#### **5.4 Hva veiledning kan gjøre for pasientene**

Vi har gjennom flere av de valgte forskningsartiklene sett at kvinner har ulike bekymringer og problemer relatert til deres seksuelle helse etter gjennomgått behandling for gynekologisk kreft. I veiledning av pasienter, bør sykepleier ha fokus på ulike utfordringer som kan oppstå knyttet til pasientens fysiske og psykiske seksuelle helse. For eksempel kan pasienter etter kreftbehandling, oppleve lav seksuell interesse, dyspareuni eller at vagina føles for trang (McCullum et al., 2014, s. 300). Stabile et al. (2017, s. 82) får frem at enkle strategier som vaginal dilatasjon, smøremidler for vagina og bekkenbunnsøvelser burde være en del av pasientveiledningen slik at vaginalt ubehag kan bedres. Uavhengig om pasienten er seksuell aktiv eller ikke, viser det at ivaretagelse av vaginal helse er en fordel for alle pasienter fordi det kan øke selvtillit og redusere eventuell frykt for smerte (Stabile et al., 2017, s. 82). Dersom slik veiledning ikke blir gitt, opptar det muligheten for at sykepleier utøver forsvarlig helsehjelp. Pasientene vil da oppleve unødvendig smerte og ubehag, som kunne vært forebygget hvis de hadde fått tilstrekkelig veiledning (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Målet med veiledning er at det skal bidra til at pasienters ressurser og evne styrkes, slik at pasienten kan hjelpe seg selv. I Galica et al. (2021, s. 18) kommer det frem at kvinnene opplevde det som positivt når sykepleiere validerte pasientenes bekymringer, og åpnet opp for at pasientene kunne stille spørsmål angående deres seksuelle helse. Pasientene opplevde det også positivt når sykepleier i tillegg oppmuntret til dette. Ifølge Helland (2015, s. 871) er det mange pasienter som aktivt prøver å finne måter de kan leve med endringene i deres seksuelle helse. Likevel viser det i Stabile et al. (2017, s. 78) at sykepleiere ofte heller fokuserer på å bekjempe sykdom, enn å snakke om seksualitet, intimitet og livskvalitet. Et slikt gap mellom pasientens ønsker og sykepleiers fokus, kan det medføre at pasientene ikke får nødvendige verktøy til å kunne håndtere deres utfordringer.

I Galica et al. (2021, s. 16) kommer det frem at tap av fertilitet opplevdes som svært traumatiserende for unge kvinner som enda ikke hadde fått barn. I Abbott-Anderson & Kwekkeboom (2012, s. 486) kommer det også frem at kvinner som er overlevende av

gynekologisk kreft ofte føler på en forstyrrelse i kroppsbilde, og at kreften har ført til at kvinnene ikke føler seg like kvinnelige og feminine som tidligere. Videre kan opplevelsen av tap av kroppsdel og krav om livsendringer eskalere en allerede eksisterende følelse av sorg som en kreftdiagnose ofte medfører (Jerpseth, 2016, s. 154). Schjølberg (2017, s. 132) beskriver at sykepleier har en betydelig rolle når det kommer til å hjelpe og veilede pasientene til å forstå hvilke konsekvenser som kan oppstå, og hvordan de kan akseptere sin nye kropp etter kreftbehandling. Sykepleiers veiledende funksjon kan i tillegg begrense følelsen av at kroppen blir fremmedgjort, og gi pasienten en følelse av trygghet i en situasjon som ellers oppleves som skremmende (Jerpseth, 2016, s. 154). Når pasienten får nødvendig kunnskap om hvordan kroppen kan endres, kan endringene være lettere å bære (Galica et al., 2021, s. 2), slik at de ikke står forlatt i en endret kropp.

## 6 Avslutning

Det kommer tydelig frem i forskningslitteraturen at pasienter som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft har flere udekkede behov relatert til deres seksuelle helse. Konsekvensene som pasientene opplever er ofte nedsatt kroppsbilde, tap av feminitet og vaginale plager som dyspareuni og nedsatt elastisitet. Sykepleier har et viktig ansvar, i å veilede og informere disse pasientene, slik at de kan leve et godt liv etter gjennomgått kreftbehandling. Det eksisterer en mangel på rutiner og retningslinjer for hvordan sykepleier kan ivareta seksuell helse på en poliklinikk. Det er flere barrierer til stede for at sykepleier ikke tar opp seksuell helse med pasientene. Blant annet at noen sykepleiere mener de ikke har tilstrekkelig kompetanse, synes at temaet er tabubelagt og at deres forutinntatte mening om at pasienter ikke ønsker å snakke om seksuell helse, hindrer dem til å ta initiativ til å snakke om det. Den politiske strategien «Snakk om det!» får frem at helse- og omsorgstjenesten må sette et større søkelys på temaet seksuell helse, og det blir derfor også et sykepleieansvar å trekke dette frem i møte med pasientene. Sykepleier står også juridisk og etisk ansvarlig for at pasientene får sine fysiske- og psykiske seksuelle behov dekket.

Betydningen av at sykepleier anvender sin veiledende rolle i møte med pasientene på en poliklinikk, viser i fag- og forskningslitteraturen at pasientene føler en større trygghet og forståelse for konsekvensene som har oppstått etter kreftbehandlingen. De får en større mulighet til å overkomme seksuelle problemstillinger ved å ta i bruk strategier og metoder for å håndtere vaginalt ubehag. Samtidig får de en økt mulighet til å oppnå empowerment, når de blir veiledet til å bruke sine indre ressurser til å ivareta sin fysiske- og psykiske seksuelle helse.



## 7 Referanser

- Abbott-Anderson, K. & Kwekkeboom, K. L. (2012). A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecologic Oncology*, 124(3), 477-489. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.11.030>
- Askheim, O. P. (2011). Pasientopplæring og empowerment. I H. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (1. utg., s.71-86). Gyldendal akademisk.
- Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient-Utfordring-Handling* (4. utg, s. 120-131). Cappelen Damm Akademisk.
- Brataas, H. V. & Hellesø, N. S. (2011). Sykepleiepedagogikk på somatisk praksisarena. I H. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (1. utg., s. 102-122). Gyldendal Akademisk.
- Dahl, A. A. (2016). *Kreftsykdom: Psykologiske og sosiale perspektiver* (1. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Dalland, O. (2020). *Den litterære bacheloroppgaven* (7. utg). Gyldendal akademisk.
- Galica, J., Saunders, S., Romkey-Singsaa, C., Silvia, A., Ethier, J.-L., Giroux, J., Jull, J., Maheu, C., Ross-White, A., Stark, D. & Robb, K. (2021). The needs of gynecological cancer survivors at the end of primary treatment: A scoping review and proposed model to guide clinical discussions. *Patient Education and Counseling*, 1-22. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.11.020>
- Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E.-A. Skaug. & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 2. Grunnleggende Behov* (3. utg, s. 373-407). Gyldendal Akademisk.
- Gynkreftforeningen. (2017, 19. desember). Betydelig redusert seksuallivet. Gynkreftforeningen.no. <https://www.gynkreftforeningen.no/2017/12/betydelig-reduisert-seksualliv/>
- Gynkreftforeningen. (u.å.-a). *Eggstokkreft, eggleder- og bukhinnekreft*. Hentet 17. mars 2022 fra <https://www.gynkreftforeningen.no/eggstokkkreft/>
- Gynkreftforeningen. (u.å.-b). *Livmorkreft*. Hentet 17. mars 2022 fra <https://www.gynkreftforeningen.no/livmor/>
- Helland, Y. (2015). Seksualitet. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 861-882). Cappelen Damm Akademisk.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022). Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi\\_seksuell\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf)
- Helsebiblioteket. (u.å). *CINAHL*. Hentet 9. april 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/cinahl?lenkedetaljer=vis>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D.-G, Stubberud., R. Grønseth. & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg, s. 133-168). Gyldendal akademisk.
- Kreftforeningen. (2022, 24. januar). *Hva er kreft?*. Kreftforeningen.no. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>
- Kristoff, A. (2016). Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 401-418). Gyldendal Akademisk.
- Langhelle, T. H., Paulsen, A., Fredly, K. & Sekse, R. J. T. (2021). Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse. *Sykepleien.no*, 1-15, e83207. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83207>
- McCallum, M., Jolicoeur, L., Lefebvre, M., Babchishin, L. K., Robert-Chauret, S., Le, T. & Lebel, S. (2014). Supportside Care Needs After Gynecologic Cancer: Where Does Sexual Health Fit in?. *Oncology Nursing Forum*, 41(3), 297-306. <https://www.doi.org/10.1188/14.ONF.297-306>
- McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C. & Lebel, S. (2012). Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(3), 135-142. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.709291>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF.no. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg, s. 17-39). Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

- PubMed. (u.å). *PubMed Overview*. Hentet 9. april 2022 fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>
- Schjølberg, T. K. (2017). Endret kroppsbilde. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient-Utfordring-Handling* (4. utg, s. 132-143). Cappelen Damm Akademisk
- Smith-Strøm, H. & Waardal, P. (2009, 10. Mars). Sykepleierroller i poliklinikker. *Sykepleien.no*. <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/sykepleierroller-i-poliklinikker>
- Stabile, C., Goldfarb, S., Baser, R. E., Goldfrank, D. J., Abu-Rustum, N. R., Barakat, R. R., Dickler, M. N. & Carter, J. (2017). Sexual health needs and educational intervention preferences for women with cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 165, 77-84. <https://doi.org/10.1007/s10549-017-4305-6>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg). Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk: Helsekompetanse og brukervedvirkning* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Williams, N. F., Hauck, Y. L. & Bosco, A. M. (2017). Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 30, 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.07.006>
- World Health Organization. (2006). *Sexual and Reproductive Health and Research*. WHO.int. <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>