



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9-H-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	07-05-2021 00:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSS9 1 H 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	324
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7506
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	6
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Seksualitet, meir enn sex

Seksualitet i palliativ kreftomsorg

Sexuality, more than sex

Sexuality in palliative cancer care

Kandidatnummer 324

Bachelor i Sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitskap/Institutt for helse-
og omsorgsvitskap/Sjukepleie

Innleveringsdato 15.mai 2021

Tal på ord: 7506

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle
kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Samandrag

Bakgrunn: Kreftpasientar opplever utfordringar knytt til deira seksualitet og seksuelle helse. Seksualitet vert ikkje rutinemessig vurdert i palliasjon til kreftpasientar. Fylgjeleg treng sjukepleiar meir kunnskap om temaet for å kunne redusera påverknaden kreft og palliasjon har på pasientane sin seksualitet og seksuelle helse.

Føremål: Litteraturstudiets føremål er å undersøka korleis palliasjon og kreftsjukdom påverkar pasientar sin seksualitet og seksuelle helse.

Problemstilling: *Korleis råkast seksualitet og seksuell helse til kreftpasientar som mottek palliasjon?*

Metode: For å svara på problemstillingar vart eit litteraturstudie kombinert med anna relevant faglitteratur nytta. Strukturerte søk vart utført i databasane Cinahl, Embase, Medline, PubMed og PsychInfo.

Funn: Funna syner at palliasjon og kreft påverkar seksualitet og seksuell helse negativt. Samlivet mellom pasient og partner vert påverka av sjukdom og behandling. Palliative kreftpasientar har behov for kommunikasjon om seksualitet for å ivareta eigen seksualitet, og ynskjer at sjukepleiar tek opp temaet. Haldningar og mistydingar hindrar sjukepleiar å initiera samtale om seksualitet med pasientgruppa. Bruk av PLISSIT, holdningsarbeid og kompetanseauke hos sjukepleiar kan bidra til å gje heilskapleg sjukepleie til palliative kreftpasientar.

Konklusjon: Seksualitet råkast av palliasjon og kreft. For å yte heilskapleg sjukepleie bør seksualitet implementerast i palliasjon til pasientar råka av ulækjeleg kreftsjukdom.

Nøkkelord: seksualitet, seksuell helse, palliasjon, kreft, heilskapleg sjukepleie

Abstract

Background: Cancer patients experience issues related to their sexuality and sexual health. Sexuality is not routinely assessed in palliative care for cancer patients. Thus, extensive knowledge is required for nurses in order to reduce the impact of cancer and palliative care on patients' sexuality and sexual health.

Aim: The aim of this literature review is to assess how palliative care and cancer affect patients' sexuality and sexual health.

Methods: A literature review combined with other relevant literature was used to answer the research question. Structured literature searches were performed in the databases Cinahl, Embase, Medline, PubMed and PsychInfo.

Findings: Results show that palliative care and cancer have a negative effect on sexuality and sexual health. The relationship between patient and partner is affected by illness and treatment. Palliative cancer patients have communication needs regarding sexuality in order to maintain sexuality, and want the nurse to address the topic. Attitudes and misconceptions prevent the nurse from initiating sexuality discussions with the patient group. The use of PLISSIT, changes in attitudes and competence development among nurses can contribute to providing holistic care to palliative cancer patients.

Conclusions: Sexuality is impacted by palliative care and cancer. In order to provide holistic nursing, sexuality should be implemented in palliative care for patients suffering from incurable cancer.

Keywords: sexuality, sexual health, palliative care, cancer, holistic nursing

*You matter because you are you...
we will do all we can,
not only to help you die peacefully,
but also to live until you die.*

- Cicely Saunders

Innholdsliste

1.0 Introduksjon	1
1.1. Innleiing	1
1.2 Grunngeving for val av tema	1
1.3 Sjukepleiefagleg relevans	2
1.4 Føremål med oppgåva	2
1.5 Presentasjon av problemstilling	2
1.6 Avgrensing og presisering	2
2.0 Bakgrunn og omgrepsavklaring	3
2.1 Seksualitet og seksuell helse	3
2.1.1 Samtale om seksualitet og seksuell helse	3
2.2 Ulækjeleg kreft og behandling	4
2.2.1 Palliasjon	4
2.3 Holisme som grunnlag for sjukepleie	4
3.0 Metode	5
3.1 Litteraturstudie som metode	5
3.2 Søkestrategi	6
3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriteriar	7
3.3 Kritisk vurdering av artiklar	8
3.4 Analyse	8
3.5 Kritikk av metode	8
3.6 Etske vurderingar	9
4.0 Resultat	9
4.1 Syntese	10
4.1.1 Endra seksualitet og seksuell helse	10
4.1.2 Samliv og partner	10
4.1.3 Barrierar	11
4.1.4 Kommunikasjonsbehov; kartlegging, informasjon og støtte	11
5.0 Drøfting	12
5.1 Endra seksualitet og seksuell helse; fysiske, psykiske og emosjonelle utfordringar	12
5.1.1 Fysiske utfordringar	12
5.1.2 Psykososiale og emosjonelle utfordringar	13
5.1.3 Kroppsbilete	14
5.2 Samliv og partner	14
5.2.1 Partner	15
5.2.2 Einslege	16
5.3 Barrierar	16
5.3.1 Pasientutfordringar	16
5.3.2 Hindringar hos sjukepleiar: haldningar og mistydingar	17
5.4 Kommunikasjonsbehov; kartlegging, informasjon og støtte	18
5.4.1 Kartlegging og vurdering	18
5.4.2 Informasjon	19
5.4.3 Støtte og tiltak	20
5.5 Metodediskusjon	21
6.0 Konklusjon/Oppsummering	23
Referanseliste	23
Digitale referansar	28

VEDLEGG

Vedlegg 1: PICO med søkeord	29
Vedlegg 2A: Søkehistorikk Ovid Medline	30
Vedlegg 2B: Søkehistorikk PsychInfo	31
Vedlegg 3: PRISMA Flytskjema	32
Vedlegg 4A: Sjekkliste for kritisk vurdering av oversiktsartikkel	33
Vedlegg 4B: Sjekkliste for kritisk vurdering av kvalitativt studie	38
Vedlegg 5: Artikkelmatrise	42
Vedlegg 6: Resultatmatrise	45

1.0 Introduksjon

1.1. Innleiing

Seksualitet er integrert i personlegdomen og reknast som eit grunnleggjande behov (Jerpseth, 2016, s. 140). Det er ei drivkraft som fylgjer mennesket gjennom heile livet (Borg, 2017, s. 120). Seksualitet har verdi for mennesket og deira relasjonar, og er ein vesentleg del av velvære.

Kreft er for mange assosiert med ein for tidleg og smertefull død. Diagnosa kan vekke ei rekke reaksjonar og byr på kroppslege, sjelelege og åndelege utfordringar (Hulter, 2012, s. 354; Sæteren, 2017, s. 229). Sjukdomen og behandlinga kan utfordra pasienten sine primærbehov, venda på livets etablerte rutinar, eggja verdier og setja parforholdet på prøve (Dahl, 2016, s. 21). Seksualitet og seksuelle helse forduftar ikkje ved alvorleg sjukdom, men sjukdomen kan påverka og skada desse (Johansen, 2021, s. 55). Ulækjeleg kreftsjukdom har ei total inngripen i pasienten sitt liv, lindrande behandling og aspekta som fylgjer med viten om nær død kan ha store konsekvensar for pasienten og deira pårørande. I møte med døden kan seksuell helse vera ein viktig vernefaktor for velværet til pasienten. Seksualitet omfattar mykje meir enn samleie; det er eit grunnleggjande behov ein er føydd med og som er i stadig endring til ein døy.

1.2 Grunngeving for val av tema

Strategi for seksuell helse oppgjev seksualitet som ein helsefremjande ressurs (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 7). Seksualitet er for mange pasientar med alvorleg sjukdom eit viktig aspekt tilknytt livskvalitet (Borg, 2017, s. 121). Manglande omtale av seksualitet i palliativ omsorg er hovudinspirasjonen til dette litteraturstudiet. Lite tilgjengeleg informasjon om seksualitet og seksuelle problem som kan oppstå hos kreftpasientar i palliativ fase kan i verste tilfelle føra til at pasientar kjenner seg unormale og lev med skam. Faglitteraturen og Kreftforeningen fokuserer på symptomlindring og eksistensiell støtte, men rører ikkje ved seksualiteten til pasientgruppa (Lorentsen & Grov, 2016; Reitan, 2017, s.42; Kreftforeningen, u.å). For å adressera seksualitet må sjukepleiar ha kunnskap om pasientane sine utfordringar, samt mot til å tale om seksualitet med pasienten.

1.3 Sjukepleiefagleg relevans

Kreftpasientar i palliativ fase har ofte dagleg kontakt med sjukepleiar (Lorentsen & Grov, 2016, s.429). I norsk helsevesen kan pasientar med ulækjeleg kreftsjukdom ha kontakt med sjukepleiar både gjennom oppfølging og behandling i spesialisthelsetenesta, samt gjennom kommunehelsetenesta i heimesjukepleien eller ved institusjonsplass. Når lækjande behandling ikkje har effekt på kreftsjukdomen, endrast målet for medisinsk behandling og sjukepleie til livsforlenging, symptomlindring og best mogleg livskvalitet (Lorentsen & Grov, 2016, s. 423). Ivaretaking av pasient og pårørande er det sentrale målet for sjukepleie når pasienten er i palliativ fase og livet går mot slutten. Dette inneber at sjukepleiar har ei heilskapleg tilnærming til pasient og pårørande, deira behov og utfordringar. Dette krev òg at sjukepleiar kan føresjå at palliative kreftpasientar har ein seksualitet, og dermed kan kartlegga deira seksuelle helse og behov. Alle har ein seksualitet, det er ei kraft som kan gje god helse og auka livskvalitet. Seksualitet i palliativ kreftomsorg er difor av sjukepleiefagleg relevans.

1.4 Føremål med oppgåva

Føremålet med dette litteraturstudiet er å finna og drøfta relevant forskingslitteratur for å skildra korleis palliasjon og ulækjeleg kreftsjukdom påverkar seksualitet og seksuell helse. Studiet er tilknytt bachelorutdanninga i sjukepleie, og tek sikte på å klargjera palliative kreftpasientar sin seksualitet og seksuelle helse. Vidare bidreg studiet til auka kunnskap på temaet ved å drøfta korleis sjukepleiar kan leggja til rette for å integrera seksualitet og seksuell helse i palliasjon for vaksne kreftpasientar.

1.5 Presentasjon av problemstilling

Korleis råkast seksualitet og seksuell helse til kreftpasientar som mottek palliasjon?

1.6 Avgrensing og presisering

Kreftsjukdom kan råka alle populasjonsgrupper, dette litteraturstudiet avgrensast til vaksne kreftpasientar som mottek palliasjon. Litteratur som ser på vurdering og kartlegging av seksualitet hos palliative kreftpasientar vert inkludert for å klargjera utfordringar og eventuelle barrierar.

2.0 Bakgrunn og omgrepsavklaring

2.1 Seksualitet og seksuell helse

Å elska og kjenna seg elska er for mange ei føresetnad for god helse (Borg, 2017, s. 121).

Seksualitet handlar om meir enn samleie, det omhandlar sjølve kjønnslivet og alt som knyttar seg til det. Det er ein sentral del av identiteten, sjølvbiletet og livskvaliteten til mennesket (Borg, 2017, s.121). Seksualiteten er ei drift ein har frå fosterstadiet som fylgjer oss til døden; fysisk, intellektuell og emosjonell nærleik står sentralt. Alle har ein seksualitet, den gjeld for alle aldrar og livssituasjonar, og utviklast gjennom heile livet (Gamnes & Johansen, 2015, s. 184).

Seksuell helse kan skildrast som fysisk, psykisk og sosialt velvære relatert til seksualitet. God seksuell helse er ein ressurs og vernefaktor som fremjar livskvalitet og meistringsevne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 7).

2.1.1 Samtale om seksualitet og seksuell helse

Seksualitet kan vera tabubelagt av både pasient og helsepersonell (Rashidi, 2016).

Kartlegging og samtale om seksualitet og seksuell helse er avhengig av god kommunikasjon, empati og omtanke; sentrale delar av god sjukepleieomsorg (Nordtvedt & Grønseth, 2016, s. 19). PLISSIT (Figur 1) kan nyttast klinisk, av

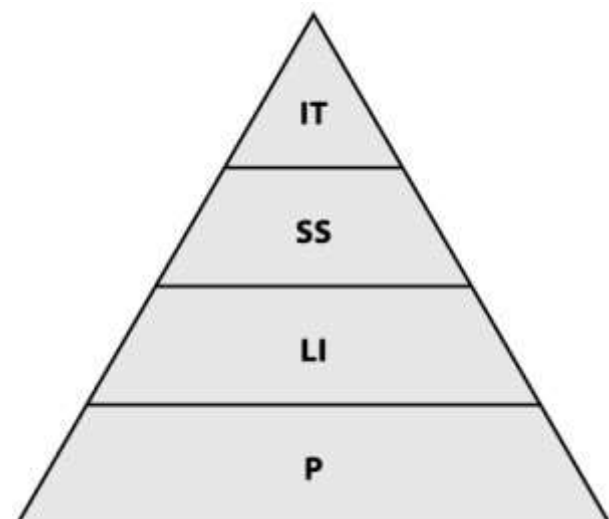
alle yrkesgrupper i helse- og omsorgstenesta, for å adressera seksualitet og seksuell helse (Schjølberg, 2017, s. 140; Bober, 2020, s. 6).

PLISSIT står for Permission (tillating), Limited Information (avgrensa informasjon), Specific Suggestions (konkrete tiltak) og Intensive Therapy (intensiv terapi). Det er ein

hierarkisk modell kor ein går gjennom eitt nivå før ein kan gå vidare til neste (Schjølberg, 2017, s. 140).

Kommunikasjon er ein naudsynt

føresetnad i samhandling med andre menneske, og kan sjåast som den viktigaste reiskapen sjukepleiar og anna helsepersonell har (Hummelvoll, 2012, s. 420; Borg, 2017, s.127).



Figur 1. PLISSIT. Frå «emetodebok for seksuell helse» av Sex og Samfunn, 2021.

<https://emetodebok.no/kapittel/sexologi/a-arbeide-med-seksualitet/en-sexologisk-behandlingsmodell-plissit/>

2.2 Ulækjeleg kreft og behandling

Kreft er eit samleomgrep for sjukdom valda av celleendringar som potensielt kan skada vev, organ eller organismen (Nakken, 2017, s. 349). Den palliative fase startar når kreftsjukdomen ikkje kan lækjast, i nokre tilfelle frå sjukdomsdebut (Helsedirektoratet, 2015, s. 7). Mange kan likevel leva lenge med ulækjeleg kreftsjukdom takka vera betre behandlingstilbod; den palliative fasen kan vara i mange år (Sviland, 2019). Pasientar råka av kreftsjukdom kan oppleva fysiske og psykiske utfordringar. Kreftbehandlinga rettar seg difor både mot medisinsk behandling, samt hjelp og støtte til pasient og pårørande i ei utfordrande tid (Nakken, 2017, s.347).

2.2.1 Palliasjon

Hensikten med palliasjon er ivaretaking av fysiske, psykiske, sosiale og åndelege/eksistensielle behov. Dette omfattar behandling, lindring, pleie og omsorg av pasientar med ulækjeleg sjukdom og avgrensa levetid (Johansen, Blinkenberg, Arentz-Hansen, & Moen, 2018). Verdas Helseorganisasjons definerer palliasjon som:

Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte, og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art. (Helsedirektoratet, 2019, s. 11)

Fagfeltet er kjenneteikna av ei tverrfagleg tilnærming med høg grad av samarbeid og samhandling. Pasienten og deira pårørande inngår òg som ein del av teamet (Helsedirektoratet, 2019, s.18). Pasienttilpassa og koordinerte forlaup, og bruk av individuell plan eller palliativ plan, er verktøy som kan bidra til god samhandling og kontinuitet. Ein palliativ plan inneheld pasienten sine mål og skal bidra til ein heilskapleg og føreseieleg teneste for pasienten (Helsedirektoratet, 2018).

2.3 Holisme som grunnlag for sjukepleie

Gjennom den moderne utviklinga av sjukepleie har omgrepa *holisme*, *holistisk* og *heilskap* fascinert og inspirert sjukepleieteori og -praksis. Omgrepa har hatt ulik meining ut frå kva hensikt og perspektiv dei vart introdusert i praksis og teori (Kim, 2006, s. 89). Mange

sjukepleieteoretikarar har inkludert eit holistisk/heilskapleg perspektiv på sjukepleie i sine teoriar: Florence Nightingale, Martha Rogers, Dorothea Orem, Margaret Newman og Jean Watson (Kim, 2006, s. 89-91). Omgrepa har vore nytta til å skildra både sjukepleiefilosofi, ontologisk orientering, tilnærming til helse, helsekonseptualiseringar samt teoretiske perspektiv (Kim, 2006, s. 89).

Nightingale fremja holistiske grunnreglar for omsorg av heile pasienten. Hennar “whole-patient” tilnærming understreka behovet for å sjå pasienten i form av kropp, sinn og ånd, og deira heilskaplege relasjon til miljøet (Kim, 2006, s. 89). På 50-60-talet vart holistisk sjukepleiefilosofi vidareutvikla med eit føremål om å skapa eit skilje mellom sjukepleie og medisin. Det biomedisinske fokuset i medisinen vart sett som reduksjonistisk samt sjukdoms- og patologisentrert, i staden for pasientsentrert. Holistisk sjukepleiefilosofi orienterte sjukepleie til å fokusera på alle sider ved pasienten (fysiske, psykologiske, sosiale og åndelege). Denne førestillinga om holisme har blitt integrert i den sentrale sjukepleieideologien som ofte nyttast som slagord for sjukepleiepraksis og sjukepleieidear (Kim, 2006, s. 89-90).

Gjennom lovverk og yrkesetiske retningslinjer vert sjukepleiar minna på ansvaret dei har i å yta heilskapleg hjelp og omsorg. Heilskapleg omsorg er ei personsentrert tilnærming kor ein siktar mot å dekkja grunnleggande behov (Meld. St.24 (2019-2020), s. 31). Å sjå heile mennesket og styrka livskvalitet ligg som eit fundament. Heilskapleg sjukepleie inneber å sjå behova til mennesket og sjukdomen samstundes, då desse ikkje alltid er samstemde. Målet er å hjelpa og støtta pasienten i å nå, vedlikehalda, eller atterreisa det pasienten sjølv skildrar som best mogleg helse og velvære. Sjukepleiar må tilpassa seg pasienten, rettleia, støtte og trygge gjennom heile forlaupet, òg mot livets slutt (Strandås, 2019).

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

For å finna svar på problemstillinga var det hensiktsmessig å nytta litteraturstudie som metode. Eit litteraturstudie systematiserer kunnskap frå skriftlege kjelder. Dette inneber innsamling av litteratur, kritisk vurdering og samanfating av funna. Systematisk og dokumentert tilnærming bidreg til at lesar får ei oppdatert og god forståing av kunnskap på

eit område, samt korleis kunnskapen er innhenta (Thidemann, 2015, s.79-80). Funna vert òg sett i samanheng med eksisterande faglitteratur og drøfta opp mot anna aktuell litteratur. I dette studiet vil ulike fagbøker tilknytt kreftsjukepleie, palliasjon og seksualitet verta nytta i drøftinga.

3.2 Søkestrategi

Relevante studiar vart funne gjennom litteratursøk i Cinahl, Embase, Medline, PubMed samt PsychInfo som er elektroniske databasar relevant til sjukepleieforskning, (Christoffersen et al., 2015, s. 64). Søkestrategien hadde tre PICO-element: populasjon, intervensjon og utfall (Vedlegg 1). Ein kombinasjon av anerkjende emneord (MeSH og Cinahl Subject Headings) og tekstord (Title/abstract, TextWord) med og utan trunkering (*) vart kombinert med boolske operatørar (AND og OR).

Fyrst vart søk knytt til populasjon utført gjennom bruk av søkeord som “neoplasms”, “cancer” og “tumor”. Søkeorda vart kombinert ved å nytta “OR”. Deretter vart søk knytt til palliasjon som intervensjonen utført, relevante søkeord var mellom anna “palliative care”, “terminal care”, “hospice care”. Søkeorda til intervensjon vart òg kombinert med OR. Til slutt vart søket til seksualitet som utfall utført og kombinert med “OR”. Aktuelle søkeord var “sexuality”, “sexual health”, “sexual dysfunction”, “sexual satisfaction” og “sexual counseling”.

Deretter vart søk for populasjon, intervensjon og utfall kombinert med “AND”.

Litteratursøket vart utført mars 2021, søket vart utført to gonger for reliabilitet og dokumentert i søkedokumentasjonsskjema (Vedlegg 2A og 2B).

Søkeresultata vart overført til referanseverktøyet Zotero. Etter fjerning av duplikat, vart 258 artiklar identifisert. Artiklane vart vurdert for relevans til problemstilling og inklusjon gjennom screening av tittel og samandrag; 235 artiklar vart ekskludert. 24 artiklar vart deretter henta for fulltekstlesing, artiklar som ikkje tilfredsstilte inklusjonskriteria (Tabell 3.2.1) vart ekskludert. Grunnar for eksklusjon etter fulltekstlesing var fokus på helsepersonell sine haldningar og kunnskapar, behandlingfokus, hovudfokus på symptom og ikkje seksualitet. I tillegg vart studiane kvalitetsvurdert; studiar som ikkje nådde eit

tilfredsstillande nivå etter kritisk vurdering vart ekskludert. Totalt 6 artiklar vart inkludert i dette litteraturstudiet (Vedlegg 3).

3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriteriar

Søkestrategien sikta på å fange opp oppdatert og relevant litteratur til å svara på problemstillinga. Definerings- og eksklusjonskriteriar tydeleggjer litteratursøket og avgrensar litteraturmengda (Tabell 3.2.1). Hensiktsmessig avgrensing bidreg til at søket rettar seg mot det ein ynskjer å finne av kunnskap (Thidemann, 2015, s. 84). Sentrale inklusjonskriteriar var vaksne kreftpasientar som mottek palliasjon som tilnærming eller behandling samt skildring eller vurdering av seksualitet eller seksuell helse. Studiar som ikkje nemnde kreft, palliasjon, seksualitet eller seksuell helse vart ekskludert.

Behandlingsfokuserede studiar, studiar som undersøkte kreftoverlevarar og studiar som ikkje var fagfelleverdert vart ekskludert.

Tabell 3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriteriar

Inklusjonskriteriar	Eksklusjonskriteriar
Artiklar publisert i fagfelleverderte tidsskrift/Fagfelleverderte artiklar	Ikkje nordisk eller engelskspråkleg
Fulltekstdokument	Studiar som ikkje er overførbare til norske forhold (utført i Afrika, Asia, Oseania, Sør-Amerika)
Oversiktsartiklar eller kvalitative studiar (Ingen avgrensing på studiedesign)	Ikkje inkludert kreftpasientar
Nordisk eller engelsk språk	Barn og ungdom (0-18 år)
År 2010-2021	Hovudfokus på kreftoverlevarar
Vaksne (18+)	Hovudfokus på pasientar innan LGBTQ
Kreftpasientar	Ikkje nemnd seksualitet, seksuell helse, intimitet
Mottek palliasjon/palliativ/terminal/hospice pleie	Terapiretta (kirurgi, farmakologi, strålebehandling)
Omtalar seksualitet, seksuell helse eller intimitet	Hovudfokus på haldningar og kunnskapar hos helsepersonell

3.3 Kritisk vurdering av artiklar

Alle relevante studiar vart kvalitetsvurdert ved bruk av Helsebibliotekets (2016) sjekklister for kritisk vurdering av kvalitative studiar og oversiktsartiklar (Vedlegg 4A og 4B). To studiar hadde kombinert metode (kvalitativ-quantitativ), sjekklister for kvalitative studiar vart nytta på desse. Alle studiane vart vurdert av god nok kvalitet til å inkluderas vidare i litteraturstudiet.

3.4 Analyse

Fyrst vart studiane lest fleire gonger for å få god kjennskap til innhaldet. Deretter vart funna i resultatkapitla organisert i skildrande tema gjennom tematisk analyse før underkategoriar vart identifisert. Samanlikning av underkategoriane i studiane bidrog til å danne eit heilskapleg bilete av fenomenet (Christoffersen et al., 2015, s. 67). Til slutt vart hovudtema tolka og sett saman i ei syntese. Dette gav ei ny forståing av heilskapen som gjekk forbi funna i dei individuelle studiane (Christoffersen et al., 2015, s. 68). Analyseprosessen innebar kontinuerleg refleksjon og drøfting.

3.5 Kritikk av metode

Eit litteraturstudie vert alltid avgrensa av eksisterande og tilgjengeleg litteratur. Sidan dette er ei bacheloroppgåve tilknytt sjukepleie hadde det vore tenleg å formulera ei problemstilling som såg på sjukepleiar si rolle i palliasjon, og korleis sjukepleiar kunne leggja til rette for, samt støtta opp om kreftpasientar sin seksualitet. Resultata frå eit litteraturstudie vil pregast av søkeprosessen, kvar ein søker og søkeorda som nyttast. Forfattar har nytta både anerkjende søkeord samt søkeord med og utan trunkering (*) i litteratursøket for å få treff på flest mogleg relevante artiklar (Vedlegg 1, 2A og 2B). Det er mogleg at andre søkeord er meir presise og relevante til å svara på problemstillinga og at desse kunne gjeve eit anna resultat. Forfattar har bevisst nytta fleire sjukepleierelevante databasar for å finna flest mogleg relevante studiar for å svara på problemstillinga. Fleire av databasane hentar artiklar frå same kjelder, det vart likevel sett som viktig å bruka alle for å fange opp flest mogleg relevante studiar til å svara på problemstillinga. Dette medførte dog auka tidsbruk i sjølve søket, tid som mogleg kunne vore nytta andre stader i arbeidsprosessen.

Val av relevante inklusjons- og eksklusjonskriteriar kan spissa treffa ein får, men det kan òg bidra til at relevante dokument vert fjerna. Språklege avgrensingar hos forfattar kan føra til at relevante studiar på andre språk vert ekskludert. Nokon av dei inkluderte studia er skrivne av forskarar som ikkje har engelsk som primærspåk, dette kan medføra feilformuleringar som igjen kan bidra til at forfattar feiltolkar innhaldet i studiane. Dette kan sjåast som ein veikskap i inkludering av studiar frå andre land enn dei som har engelsk eller nordisk som originalspåk.

3.6 Ethiske vurderingar

Eit litteraturstudie forskar ikkje direkte på pasientgrupper, men analyserer eksisterande litteratur. Studiet påverkar ikkje deltakarane som er inkludert, etisk godkjenning er difor ikkje naudsynt. Funna kan inspirera til å endra framtidig praksis og det er viktig at oppgåva vert skriven med omsyn til nasjonale og internasjonale forskingsetiske prinsipp (Førde, 2014). Lite forskning på emnet og små populasjonar kan påverka reliabilitet og validitet. Vurdering av kvalitet, validitet og reliabilitet på aktuelle studiar, samt bruk av etiske vurderingar undervegs er naudsynt. Studiar som er vurdert og godkjent av ein etisk komité og studiar kor forskarane har gjort etiske vurderingar vert godkjend for inklusjon. Etisk godkjenning inneber ei sikring av både forskarane og deltakarane i eit studie. Anonymisering av deltakarar, krav om informert samtykke og at alle deltakarar får informasjon om rett til å trekka seg frå studiet når dei sjølv skulle ynskje er viktige for god forskingsetikk.

4.0 Resultat

Føremålet med dette litteraturstudiet var å sjå korleis kreft og palliasjon påverka seksualitet og seksuell helse. I tillegg var det ynskjeleg å finna oppdatert litteratur som såg på vurdering eller kartlegging av seksualitet og seksuell helse hos kreftpasientar som mottek palliasjon for å klargjera eventuelle barrierar og utfordringar. Totalt 6 studiar vart inkludert i dette litteraturstudiet. Granskinga av litteraturen dekkar ein 34-års periode, frå 1985-2019. To av studiane var oversiktsartiklar (Mercadante et al., 2010; Wang et al., 2018). Mercadante et al. (2010) var publisert av forskarar frå Italia, Wang et al. (2018) var publisert av forskarar frå Canada. Resterande studiar hadde kvalitativ eller kvalitativ-kvantitativ metode med ulike design. To av dei kvalitative studia var frå USA (McClelland, 2015; Kelemen et al., 2019), eit

frå Storbritannia (Taylor, 2014) og eit frå Italia (Vitrano et al., 2011). Detaljar om studiane er presentert i artikkelmatrise (Vedlegg 5).

4.1 Syntese

Gjennom tematisk analyse av dei inkluderte studia framtrådte fire hovudfunn som klargjorde problemstillinga: (1) *Endra seksualitet og seksuell helse*, (2) *Samliv og partner*, (3) *Barrierar* og (4) *Kommunikasjonsbehov; kartlegging, informasjon og støtte*

4.1.1 Endra seksualitet og seksuell helse

Mercadante et al. (2010) viser at seksualitet avtek etter kreftdiagnose og ikkje betrast over tid. Påverknad på seksualitet er uavhengig av alder, etnisitet, legning, kjønn og sosioøkonomisk bakgrunn. Seksualiteten til kreftpasientar som mottek palliasjon vert påverka av fysiske og emosjonelle symptom. Funna til Vitrano et al. (2011) klargjer påverknaden og syner til redusert seksualfunksjon, tilfredsstilling og samleiefrekvens, emosjonelle aspekt vart òg påverka. McClelland (2015) viser ei anna side kor kreftsjukdom og behandling førte med ei kjensle av vedvarande tap som påverka pasientane si seksuelle velvære. Samstundes syner Kelemen et al. (2019) at halvparten av kreftpasientar innlagt i palliativ avdeling opplever at sjukdomen påverkar seksualitet og intimitet moderat til betrakteleg. Deira ynskja nivå av intimitet vart avgrensa av symptom, stress/anstrenging, behandling/utstyr, samlivsbrot eller manglande evne/funksjon. Tilsvarende faktorar vart funne av Taylor (2014), i tillegg vart endra kropp og avtakande berøring nemnd som faktorar til separasjon i parforholdet.

4.1.2 Samliv og partner

60% av innlagte palliative pasientar med partner rapporterte at sjukdom påverka seksualitet moderat/betrakteleg (Kelemen et al., 2019). Manglande privatliv, delte rom, inntrenging av personalet og sjukehussenger hindra intimitet og seksualitet i sjukehus og hospice (Mercadante et al., 2010). Samlivet og ynskja nivå av intimitet vert negativt påverka av kreftbehandling, utstyr, symptom, endra kjensler og manglande berøring (Taylor, 2014; Kelemen et al., 2019).

Endra roller kombinert med manglande kommunikasjon kan påverka samlivet (Mercadante et al., 2010). Taylor (2014) rapporterte at paret har behov for støtte i denne fasen.

Informasjon til partner om kreftpasienten sine fysiske endringar og behov bidrog til å vedlikehalda eller betra seksuelt samspel (McClelland, 2015). Wang et al. (2018) fann òg at sjukepleiar kan støtta pasient og partner ved å føreslå alternativ for seksuelle uttrykk til pasientar med seksuell dysfunksjon. Det emosjonelle aspektet ved seksualitet kan delvis erstatta seksuell aktivitet (Vitrano et al., 2011). I tillegg kan palliative kreftpasientar ha eit sterkt behov for ikkje-seksuell intimitet (Mercadante et al., 2010; Taylor, 2014; McClelland, 2015; Kelemen et al., 2019).

4.1.3 Barrierar

Seksualitet vert sjeldan adressert av sjukepleiar i palliativ omsorg (Mercadante et al., 2010; McClelland, 2015; Wang et al., 2018). Sjukepleiar unnlet temaet grunna tidspress, frykt for å vera påtrengande, personleg ubehag, manglande kunnskapar og låg sjølvtru til samtale om intimitet (Mercadante et al., 2010). Wang et al. (2018) løftar fram fokus på behandling og symptomlindring som ei anna barriere. Måten seksualitet vert adressert påverka kor mottakeleg pasient og partner var for samtale (Taylor, 2014). Pasientens teing om seksualitet var eit fylgje av fleire faktorar, mellom anna ubehag hos pasientar til å snakka om seksualitetsproblem og frykt for å vera unormal (McClelland, 2015). Emosjonelle hindringar, som blygskap og ynskje om at sjukepleiar initierte til samtale, bidrog til at pasientar unnlot å ta opp seksualitet med sjukepleiar (Wang et al., 2018).

4.1.4 Kommunikasjonsbehov; kartlegging, informasjon og støtte

Kreftpasientar i palliativ fase har behov for støtte, informasjon og samtale om fysiske og psykiske endringar og reaksjonar som kan oppstå og påverka deira seksuelle velvære (McClelland, 2015). Mercadante et al. (2010) rapporterer at palliative kreftpasientar er viljuge til å snakka om sexlivet og sjukdomens verknad på seksualfunksjonen med sjukepleiar. I situasjonar kor sjukepleiar kartla pasienten si seksuelle helse rapporterte begge partar gunstige utfall; situasjonen gav rom for at sjukepleiar kunne validera, gje emosjonell støtte og trygge pasient og partner (Wang et al., 2018). Taylor (2014) fann òg at slik kommunikasjon kunne føra til at pasient og partner opplevde ny-tilknytning. Majoriteten av kreftpasientar vurderer samtale om seksualitet med sjukepleiar og anna helsepersonell som

viktig (Vitrano et al., 2011). Dette vert understøtta av Kelemen et al. (2019) som fann at 81.4% av palliative pasientar rekna samtalen om intimitet/seksualitet som hjelpsam.

5.0 Drøfting

5.1 Endra seksualitet og seksuell helse; fysiske, psykiske og emosjonelle utfordringar

Seksualiteten involverer kroppslege, psykososiale og emosjonelle aspekt, det er ein sentral del av menneskets liv. Ulækjeleg kreftsjukdom reduserer seksualitet og seksuell helse. Studiar syner at palliasjon og ulækjeleg kreftsjukdom påverkar fysiske, psykososiale og emosjonelle aspekt ved pasientens seksualitet og seksuelle helse (Mercadante et al., 2010; Vitrano et al., 2011; Taylor, 2014; McClelland, 2015; Wang et al., 2018; Kelemen et al., 2019). Dette vert understøtta av faglitteratur; kreft og behandling får negative konsekvensar for pasienten si seksuelle helse ved å negativt påverka seksuell funksjon, forstyrra kroppsiletet og tyngje intime forhold (Agger, 2006, s. 261; Borg, 2017, s. 125).

5.1.1 Fysiske utfordringar

Kroppslege endringar som kjem frå kreft, tidlegare behandling og palliativ behandling påverkar seksuell funksjon negativt og reduserer seksuell helse. Samtlege studiar syner at kirurgi, strålebehandling samt legemiddelbehandling (kjemoterapi, hormonbehandling, opioidar, antidepressiva, betablokkarar) påverkar utsjånad og fysisk funksjon (Mercadante et al., 2010; Vitrano et al., 2011; Taylor, 2014; McClelland, 2015; Wang et al., 2018; Kelemen et al., 2019). Faglitteraturen legg til at organiske seksuelle problem eller dysfunksjon kan verka negativt, ubehageleg eller smertefullt på seksuelle motiv eller aktivitet (Borg, 2017, s. 121).

Kreftbehandling fører indirekte eller direkte til fysiske endringar som signifikant reduserer fysisk evne til å gje/få seksuell nytning (Mercadante et al., 2010). I eit studie rapporterte 66.7% av palliative kreftpasientar god seksualfunksjon før diagnostisering, medan kun 7.6% rapporterte det same etter diagnostisering (Vitrano et al., 2011). Seksuell dysfunksjon og biverknadar av kreftbehandling kan råka sexlivet på ulike vis. Erektile dysfunksjon, tørre slimhinner, forstyrra seksualrespons, smerter, kvalme og fatigue er nokon faktorar som påverkar seksuell aktivitet (Mercadante et al., 2010; Vitrano et al., 2011; Taylor, 2014;

McClelland, 2015; Kelemen et al., 2019). Når sjukepleiar kjenner til fysiske utfordringar kan desse òg lettast, dermed kan sjukepleiar hjelpa pasientane å oppretthalda eller betra seksualfunksjon. Dette vert understøtta av Wang et al. (2018) som viste at sjukepleiar kan tilby informasjon om alternativ til pasientar som opplevde seksuell dysfunksjon. Vidare er det naudsynt med adekvat symptomlindring av mellom anna smerter og kvalme for å skape rom for lyst. Sjukepleiar bør òg informera pasienten om at aktivitet bør haldast til den tida av døgnet kor den har mest overskotsenergi. Slik har sjukepleiar ein heilskapleg tilnærming til pasient og partner og legg til rette for dei kan halde ved like eit godt samliv og sexliv.

5.1.2 Psykososiale og emosjonelle utfordringar

Seksuell helse kan råkast av psykososiale og emosjonelle utfordringar som kan oppstå ved ulækjeleg kreftsjukdom og behandling. Studiar syner at depresjon, sorg, angst og frykt er kjensler mange palliative kreftpasientar kan kjenna på (Mercadante et al., 2010; Taylor, 2014; McClelland, 2015). Dette vert støtta av Lorentsen og Grov som påpeikar at angst- og depresjonsliknande reaksjonar kan føra til at pasienten vert nedtrykt, trist samt prega av sorg over eigen død (2016, s. 427). Vidare presiserer Sæteren at når døden er einaste alternativ kan pasienten oppleve psykososiale og åndelege utfordringar som angst og frykt, samt opplevinga av meningsløyse og einsemd (2017, s. 229).

Det kan òg opplevast einsamt å vera i ein sjuk kropp pasienten ikkje kjenner tilhøyrsløse til. Sjølv om studiane ikkje har nytta omgrepet einsemd, er det belyst gjennom separasjonen som kan oppstå mellom pasient og partner i møte med ulækjeleg kreftsjukdom, og sorgen pasienten kjenner på når samlivet skrantar (Mercadante et al., 2010; Taylor, 2014; McClelland, 2015; Kelemen et al., 2019). Vidare har fleire studiar rapporterer at det emosjonelle aspektet ved seksualitet vert prioritert over eller delvis kan erstatta det fysiske behovet hos mange pasientar som nærmar seg livets slutt (Mercadante et al., 2010; Vitrano et al., 2011; Taylor, 2014; Kelemen et al., 2019). Sjukepleiar bør i sitt omsorgsarbeid føresjå psykososiale og emosjonelle utfordringar som kan oppstå (Sæteren, 2017, s. 229). Heilskapleg sjukepleie kan redusera nokon av desse ved å støtta seksuell intimitet og emosjonell tilknytning mellom pasient og partner (Mah, 2019, s. 1354).

5.1.3 Kroppsbilete

Kroppsbiletet, korleis ein oppfattar seg sjølv, er både fysiologisk, psykososialt og kulturelt betinga (Schjølberg, 2017, s. 132-134). I dagens samfunn kan ein ung og frisk kropp symbolisera god helse og suksess. Studiar syner at kreftpasientar opplever endra kroppsbilete, kjønnsidentifiseringsvanskar etter inngrep i genitalia/bryst, samt eksponeringsvanskar grunna eigen oppleving av å vera seksuelt utiltrekkande (Mercadante et al., 2010; Vitrano et al., 2011; Taylor, 2014; McClelland, 2015; Kelemen et al., 2019). Dahl (2016, s. 244) legg til at kroppsbilete er sentralt for kva grad pasienten kjenner seg seksuelt tiltrekkande. Kroppsbiletet endrast ofte i negativ retning, påverkar sjølvbiletet, kan truga sjølvvørnaden og kan arte seg som seksuelle problem samt føra med ei kjensle av skam og isolasjon (Borg, 2017, s. 125; Schjølberg, 2017, s. 136). Skam og isolasjon frå partner vart òg observert i nokre studiar som synte at pasientane vart medvitne til korleis partner såg på deira endra kropp (Taylor, 2014; McClelland, 2015; Kelemen et al., 2019). Kroppsbiletet må sjåast som del av pasientens livskvalitet, det påverkar tankar, kjensler og verkar inn på relasjonar til andre (Lorentsen & Grov, 2016, s. 405). Heilskapleg sjukepleie til pasientar med endra kroppsbilete byggjer på omsorgs- og tillitsrelasjonen mellom pasient og sjukepleiar, kommunikasjon står sentralt. Sjukepleieprosessen kan nyttast som metode til kartlegging samt formulering av tiltak. Schjølberg poengterer at observasjon av kropp og ulike intervju kan hjelpa i kartlegginga. Tiltaka bør leggja vekt på pasienten sine utfordringar og prioritera tiltaka etter størst behov (2017, s. 138-139). Palliasjon legg særleg vekt på kva som er viktig for pasientens livskvalitet (Helsedirektoratet, 2019 s.11), dette inneber at sjukepleiar, i samråd med pasient, kartlegg kva som reduserer livskvaliteten. Bober (2020) legg til at når sjukepleiar har kjennskap til faktorar som bidreg til endra kroppsbilete, kan dei kome med nyskapande løysingar for å ivareta seksuell funksjon og helse (s. 9).

5.2 Samliv og partner

Behov for nærleik og intimitet er grunnleggjande behov i livet. Kreft og behandling påverkar intimitet og seksualitet og rårkar samlivet. Pasient og partner kan oppleva tilknytning, separasjon og ny-tilknytning i møte med døden (Taylor, 2014). Når seksuell dysfunksjon hindrar samleie kan sjukepleiar informera om andre former for seksuelle uttrykk (Wang et al., 2018). Nærleik, kjensledeling og berøring kan vera ekstra viktig for pasientar med

langtkomen kreft (Mercadante et al., 2010). Mah (2019) legg til at å imøtekomma seksuelle endringar, på same nivå som psykologiske utfordringar ved livets slutt, kan styrka emosjonelle band mellom pasient og partner. Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen påpeikar at palliasjon har ei heilskapleg tilnærming og set pasient og pårørande i fokus (Helsedirektoratet, 2019, s. 11). Dette inneber at sjukepleiar som arbeidar med palliative kreftpasientar ser parforholdet som heilskap. Ivaretaking og mogleg betring av samlivet deira kan vera ein ressurs for å lindra liding og auka livskvalitet.

5.2.1 Partner

Når kroppen endrar seg kan pasienten oppleve uro kring partners tiltrekking til pasienten, dette kan skapa separasjon i samlivet (Taylor, 2014; McClelland, 2015). Partner kan oppleve vanskar når pasienten er døyande, men framleis har seksuelle lyster og behov (Taylor, 2014; Kelemen et al., 2019). Evron (2013) understøttar dette og påpeikar at partner kan tvinge seg sjølv til å ha samleie, for å tilfredsstilla pasientens intimitetsbehov, sjølv om partner ikkje lenger kjenner seg tiltrekt av pasienten. Nokon partnerar fryktar dei kan påføra smerte eller død ved seksuell aktivitet (Leung et al., 2016). Slike situasjonar kan vera utfordrande for sjukepleiar å handtera, seksuell rettleiing bør difor inkludera pasient og partner og ha som mål at desse saman skal snakke om seksualitet og seksuelle problem (Schjølberg, 2017, s. 127; Mah, 2019).

På den andre sida kan partner ha behov for nærleik til pasienten, men vert hindra av pasienten sine smerter og symptom samt medisinsk utstyr (Taylor, 2014; Kelemen et al., 2019). Mercadante et al. (2010) nemner at ulækjeleg kreftsjukdom fører til endra roller i samlivet, dette kan vera ei barriere til seksualitet. Bober (2020) legg til at ei rolleendring oppstår når partner vert omsorgsgjevar; usikkerheit i korleis visa kjærleik, skifta mellom dei ulike nye rollene samt kommunisera om eigne behov for intimitet når pasienten er ved livets slutt er normale utfordringar. Heilskapleg sjukepleie inneber omsorg og omtanke til partner (Norsk Sykepleierforbund, 2019), dette er viktig for at dei skal kunne meistre eigen sorg ved sidan av å støtta pasienten (Sæteren, 2017, s. 243).

Partner kan oppleve det som meiningsfylt å vera intim og kjærleg med pasienten i livets slutfase. Dersom partner har god fysisk og psykisk helse, kan dei betra pasientens seksuelle

livskvalitet, til dømes gjennom fysisk tilpassing til pasienten sine behov (Leung et al., 2016). Sjukepleiar bør informera partner om høvet til å vera intim og nær partner gjennom til dømes ikkje-medikamentelle smertelindringsmetodar. Massasje og musikk kan redusera smerteopplevinga, verka angstdempande og redusera stress (Lorentsen & Grov, 2016, s. 415), i tillegg til å skapa ei tid kor pasient og partner kan vera saman. Taylor (2014) viser at partner kan ha vanskar med samlivet når pasienten nærmar seg livets slutt, frykt for å påføra pasienten smerter hindrar intimitet og nærleik. Å fylgja pasienten siste del av livsvegen kan vera ei stor påkjenning og innebera ein kontinuerleg sorgprosess (Sæteren, 2017, s. 243-245). Når sjukepleiar støttar partner vert pasient indirekte tatt vare på (Lorentsen & Grov, 2016, s. 419). Det er mogleg at sjukepleiar gjennom å yte slik merksemd og støtte til partner under sjukdomsforlaup og etter dødsfallet kan bidra til å letta sorgarbeidet (Sæteren, 2017, s. 245). Ein kan undra seg over om inkluderinga av partner i siste fase av pasienten sitt liv òg kan gjera det lettare for partner å akseptera tapet av sin kjære.

5.2.2 Einslege

Seksualitet og intimitet er tett knytt til forhold; nokre einslege kreftpasientar reknar seg ikkje som eigna til dating og kan avslutta søken etter ein potensiell partner i frykt for avvising. Mange kan slite med å takla dei emosjonelle vanskan åleine samstundes som dei kjenner på utfordringar med å date (Mercadante et al., 2010; Taylor, 2014; McClelland, 2015). Schjølberg (2017, s. 127) legg til at einslege pasientar må få hjelp til å leva godt med eigen seksualitet og ivareta seksuell helse. Behovet for heilskapleg omsorg kan møtast når sjukepleiar viser samhug og forståing for fysiske og psykiske utfordringar pasientane kan oppleva.

5.3 Barrierar

5.3.1 Pasientutfordringar

Pasientar kan ha vanskar med å ta opp seksualitet med helsepersonell. Studiar syner at pasienten vert hindra i å initiere til samtale om seksualitet då pasienten er sjenert, usikker eller ventar på at sjukepleiar skal ta opp temaet (Mercadante et al., 2010; McClelland, 2015; Wang et al., 2018). Leung et al. (2016) presiserer at pasientane ikkje tek opp temaet med lege grunna uro til legens reaksjon. Samstundes reknar pasientar at helsepersonell er

ekspertar på å føresjå at seksualitet er viktig å kartlegga. Eit studie poengterte at pasienten kan ha betringfokus og ikkje prioriterer seksualitet (Kelemen et al., 2019). Leung et al. (2016) understøttar funnet og utdjuar at pasienten kan ha fokus på diagnose, behandling og prognose framfor bekymringar omkring livskvalitet og seksuell funksjon. Dahl (2016, s. 245) legg til at faren for livet kan avgjera prioritering av seksualitet.

5.3.2 Hindringar hos sjukepleiar: haldningar og mistydingar

Studiar syner at sjukepleiar unnlet å ta opp seksualitet i palliasjon grunna personleg ubehag, oppleving av å ha for lite kompetanse, frykt for å invadere privatliv samt tidspress (Mercadante et al., 2010; McClelland, 2015; Wang et al., 2018). Bober (2020) oppgjev liknande kommunikasjonsbarrierar for helsepersonell som arbeidar med palliative pasientar. Antakingar om at det ikkje eksisterer behandlingsalternativ og at seksualitet utelukkande handlar om samleie er andre barrierar til samtale om seksualitet (s. 3-4). Slike mistydingar kan føra til at sjukepleiar antek at seksualitet ikkje er viktig for pasientar som ikkje er i stand til å ha samleie. Eit svensk studie på sjukepleiar sine erfaringar med å ta opp seksualitet i palliativ kontekst fann at "seksualitet" var utfordrande å nytta i praksis, "intimitet" vart av fleire rapportert som ei høveleg erstatting (Hjalmarsson & Lindroth, 2020).

Fordommar om at seksualitet ikkje er aktuelt for palliative kreftpasientar kan styrkast dersom sjukepleiar ikkje adresserer seksualitet (Borg, 2017, s. 126). Studiar syner at mange palliative kreftpasientar vurderer seksualitet som eit viktig aspekt ved deira psykologiske velvære og livskvalitet; pasientane ynskjer at helsepersonell tek opp temaet (Mercadante et al., 2010; Vitrano et al., 2011; Taylor, 2014; McClelland, 2015; Wang et al., 2018; Kelemen et al., 2019). Leung et al. (2016) legg til at seksualitet og døden er to tema helsepersonell har vanskar med å ta opp med pasient og familie, å diskutere desse kombinert er meir utfordrande. Sjukepleiars mistydingar og utdaterte haldningar til seksualitet kan sjåast som direkte barrierar til fremjing av palliative kreftpasientar si seksuelle helse. I tillegg strid dette mot lovverk og yrkesetiske retningslinjer som spesifiserer at sjukepleiar skal halda seg fagleg oppdatert og utøva forsvarleg og omsorgsfull hjelp (Norsk Sykepleierforbund, 2019; Helsepersonelloven, 1999, §4).

5.4 Kommunikasjonsbehov; kartlegging, informasjon og støtte

Når pasientar ikkje får tilbod om samtale om seksualitet kan dei oppleva at deira seksuelle problem er unormale, dette kan bidra til skam. Palliative kreftpasientar har både behov for samt ynskje om samtale- og informasjonstilbod knytta til seksualitet og seksuell helse (Mercadante et al., 2010; Vitrano et al., 2011; Taylor, 2014; McClelland, 2015; Wang et al., 2018; Kelemen et al., 2019). Blikstad, Falch-Koslung og Tschudi-Madsen (2020) støttar desse funna og utdjuvar at endra seksualitet som fylgje av sjukdom og behandling fører med behov for samtale, informasjon og støtte. Den viktigaste reiskapen sjukepleiar har i møtet med pasienten og deira behov er kommunikasjon (Borg, 2017, s. 127). Seksualitet er for mange eit privat tema som krev varsam handsaming. Sjukepleiar bør vera open og nysgjerrig i samtale om seksualitet (Borg, 2017, s. 126). Dersom sjukepleiar ikkje trår varsomt under samtale om seksualitet, kan det opplevast inngripande i pasienten sitt privatliv, øydeleggje pasient-sjukepleiar relasjonen og i verste fall skape mistillit til sjukepleiar.

5.4.1 Kartlegging og vurdering

Heilskapleg sjukepleie til palliative kreftpasientar inkluderer kartlegging og vurdering av pasientens seksualitet og seksuelle. Studiar syner at slik vurdering og kartlegging er viktig for pasient og partner (Taylor, 2014; Wang et al., 2018; Kelemen et al., 2019). Kartlegging er grunnleggjande i sjukepleieutøving og kan nyttast som ein inngangsportal til pasienten sine seksuelle utfordringar. Seksualitetskartlegging kan skje ved intervju eller spørjeskjema (Dahl, 2016, s. 237). Ulike vurderingsmetodar og kartleggingsverktøy er tilgjengeleg, mellom anna kan Karnofsky, ESAS og ECOG nyttast ved kartlegging av funksjonstilstand og symptomintensitet (Lorentsen & Grov, 2016, 426). Palliasjon er avhengig av systematisk kartlegging av symptom, behov, ressursar og totalsituasjonen (Helsedirektoratet, 2019, s. 14). God kartlegging og vurdering kan bidra til formulering av ein pasientsentrert palliativ plan som vektlegg livskvalitet.

Innan kreftomsorg og palliasjon er særleg Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) nytta. ESAS kan nyttast til å registrera ulike symptom og plager pasienten har og bidreg til at sjukepleiar kan fylgje opp og lindre desse plagane (Sæteren, 2017, s. 230). Systematisk symptomkartlegging ved bruk av ESAS-skjema kan gje sjukepleiar innblikk i kva symptom

som påverkar pasienten gjennom sjukdomsforløpet. Siste punkt på skjemaet står blankt slik at pasienten sjølv kan gje uttrykk for andre symptom eller plager, dette gjev òg rom for at sjukepleiar kan adressera seksualitet og kartleggja om pasienten har seksuelle problem som dei ynskjer å lindra.

Sjukepleiar kan nytta fyrste trinn i PLISSIT-modellen under kartlegging. PLISSIT-modellen vert òg nemnd i Wang et al. (2018) som aktuell kommunikasjonsmodell. Permission (tillating) gjev pasienten høve til å setja ord på tankar rundt seksualitet og seksuelle problem (Borg, 2017, s. 127). Sjukepleiar kan spørje pasienten direkte om dei opplever endra seksualitet. Døme på spørsmål kan vera "Mange av pasientane mine med liknande sjukdom har hatt utfordringar knytt til seksualiteten deira. Nokon har hatt utfordringar med endra kroppsbilete, seksuell dysfunksjon eller ynskje om meir intimitet og nærleik til partner. Er dette noko du kan kjenne på, og ynskjer du å snakke om det?". Sjølv om seksualitet er ein viktig del av heilskapleg sjukepleie, må sjukepleiar akseptera at nokon pasientar ikkje ynskjer å snakke om temaet eller prioriterer dette aspektet. Dersom det ikkje har vore tema tidlegare i pasientforløpet kan pasienten ha behov for tid til å prosessera temaet åleine (Borg, 2017, s. 127). Det kan òg henda at pasienten ikkje ynskjer å dela seksuelle utfordringar med sjukepleiar. Taylor (2014) påpeikar at pasient og partner ynskjer tilbod om samtale, men vil ikkje at sjukepleiar skal krevje respons. Likevel kan sjukepleiar ved å kasta ljøs på seksualitet bidra til at pasient tek det opp med ein tillitsperson. Dette vart observert i Taylor (2014) kor pasient tok opp seksuelle problem med partner etter samtale med sjukepleiar.

5.4.2 Informasjon

Når kreftsjukdom, palliasjon og medisinsk behandling hemmar seksuell funksjon eller reduserer seksuell helse er dette biverknadar eller konsekvensar kreftpasientane treng informasjon om. Studiar viser at palliative kreftpasientar har behov for informasjon knytt til sjukdomen og behandlinga sin effekt på seksualitet og seksuell helse (Mercadante et al., 2010; Vitrano et al., 2011; Taylor, 2014; McClelland, 2015; Wang et al., 2018; Kelemen et al., 2019). Sidan den palliative fase kan vara over lengre tid kan pasienten ha ulikt informasjonsbehov ved ulike tider i forløpet (Helsedirektoratet, 2015, s. 30). Pasienten har rett til informasjon som er naudsynt for at dei skal få innsikt i eigen helsetilstand, moglege risikoar og biverknadar skal òg informerast om (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-

2). Mah (2019) foreslår at palliasjon burde implementera “seksuell helse”-konsultasjon kor pasient, og eventuell partner, får informasjon om biverknadar frå kreft og behandling som råkar seksualitet og at omsorgen burde tilpassast til å redusera seksuelle biverknadar.

5.4.3 Støtte og tiltak

Palliasjon må ivareta heile mennesket på ein heilskapleg måte (Meld. St.24 (2019-2020), s. 9). Studiar syner at palliative kreftpasientar har behov for støtte til å ivareta eigen seksualitet (McClelland, 2015; Wang et al., 2018; Kelemen et al., 2019). Gjennom generalisering og normalisering av seksualitet og seksuell helse kan sjukepleiar bryte ned tabuet rundt seksualitet, samt validera pasienten sine seksuelle behov og bekymringar. Seksualiteten utviklast gjennom heile livet, og fylgjer pasienten til døden (Gamnes & Johansen, 2015, s. 184). Å støtta seksualitet og seksuell helse kan fremja livskvalitet og meistringsevna til pasienten. Eit tverrfagleg team samt ei multimodal tilnærming til pasientsentrert omsorg gjer at samtalar om endra seksualitet ved ulækjeleg kreftsjukdom eignar seg i palliasjon (Leung et al., 2016). Tap av seksuell helse kan føra med ein sorgreaksjon (Borg, 2017, s. 125). Å støtta seksualitet gjennom heilskapleg sjukepleie samsvarar med føremålet til palliasjon; å lindra liding og gje best mogleg livskvalitet.

Helse- og omsorgstenestetilbodet til palliative kreftpasientar skal vera heilskapleg og verdig og skal etter beste evne utformast i samhandling med pasienten (Helse- og omsorgstjenesteloven, 1999, §4-1; Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999, §3-1).

Heilskapleg sjukepleie er avhengig av at sjukepleiar har grunnleggjande kompetanse om fysiske, psykososiale, emosjonelle og åndelege utfordringar pasienten kan oppleve. Studiar peikar på at sjukepleiarar har for lite kompetanse og erfaring, samt utdaterte haldningar til seksualitet (Mercadante et al., 2010; Wang et al., 2018). Både lovverk og yrkesetiske retningslinjer legg vekt på ansvaret sjukepleiar har i å halda seg fagleg oppdatert og ivareta den enkelte pasients behov for heilskapleg omsorg (Molven, 2019, s. 17; Norsk Sykepleierforbund, 2019). Kompetanseheving kan skje gjennom kunnskapsbasert praksis kor sjukepleiar hentar inn kunnskapar sjølv (Helsebiblioteket, u.å.). Eventuelt kan ekspertar på området, klinisk sexolog eller sexologisk rettleiar, undervisa sjukepleiar og slik normalisera temaet.

Når ein skal arbeida med andre sin seksualitet må ein vera komfortabel med eigen seksualitet (Borg, 2017, s. 126). Haldningsarbeid er naudsynt for å implementera seksualitet som del av heilskapleg omsorg i palliasjon. Sjukepleiar bør setja profesjon føre egne haldningar, og kartlegga kva behov pasienten har. Ein heilskapleg tilnærming inneber heilskapleg vurdering av alle aspekt i pasienten sitt liv (Wang et al., 2018). Palliasjon vektlegg betra livskvalitet og gjev høve til at terminale pasientar kan leva lenger, dette gjer at problem rundt seksuell helse vert viktigare (Leung et al., 2016). Seksualitet er meir enn samleie, den grunnleggjande delen av seksuell helse er særleg viktig for kreftpasientar i palliativ fase; tryggleik, omsorg, god lukt og berøring (Sviland, 2019). Normalisering kan skje gjennom å snakke om seksualitet og ha aksept for dei ulike sidene ved seksualitet og seksuell helse.

5.5 Metodediskusjon

Dette litteraturstudiet er utført av ein sjukepleiarstudent med avgrensa erfaringar til tema og pasientgruppa, drøftinga kan difor fargast av forfattars interesser, haldningar og faglege kompetanse. Vidare kan funna pregast av forfattars manglande erfaring med arbeidsprosessen knytt til litteraturstudium som metode og akademisk skriving.

Litteraturstudiet fokuserte på seksualiteten til kreftpasientar som mottek palliasjon. På trass av eit breitt litteratursøk og omfattande søkestrategi, med føremål om å inkludere nordiske studiar som synte seksualitet hos kreftpasientar som mottek palliasjon, vart ingen relevante nordiske artiklar funne. Det kan kome av val av databasar, søkeord og inklusjons- og eksklusjonskriteriar. Det er mogleg at relevant nordisk litteratur vart publisert før 2010, på andre databasar (til dømes SveMed), at nordisk litteratur vurderer andre aspekt eller har eit anna perspektiv.

Ved formulering av inklusjons- og eksklusjonskriteriar vart det avgjort at studiar på nordisk og engelsk skulle inkluderast. Språklege avgrensingar hos forfattar kan bidra til eit skeivt resultat, men oversetjing av studiar på andre språk kunne potensielt medført mistydingar. For å auka ekstern validitet var det ynskjeleg å inkludera studiar med liknande helsetenestetilbod som i Noreg. I litteraturstudiet er studiar frå Nord-Amerika (Canada og USA) og Europa (Storbritannia og Italia) inkludert. Kulturskilnadar, skilnad i utforming og

kvalitet på helsetilbod samt helsepersonell sin kompetanse i desse landa kan utfordra ekstern validitet. Vidare burde studiar kor mindre enn halvparten av deltakarane var kreftpasientar vore ekskludert då funna kan representera andre palliative pasientar, dette gjaldt to studiar (Taylor, 2014; Kelemen et al., 2019). 6 artiklar vart inkludert i dette litteraturstudiet, studiane er anten oversiktsartiklar eller kvalitative og har små utval som bidreg til redusert overføringsverdi. Likevel er det interessante funn som gjev grunn til drøfting i norsk helsevesen.

Ein stor veikskap ved dette litteraturstudiet er at forfattar ynskja å sjå korleis palliasjon og kreft, som generell diagnose, ville påverka pasientane sin seksualitet og seksuelle helse. Studiar som såg spesifikt på kreft i genitalia vart ikkje inkludert i dette litteraturstudiet då det allereie er publisert både bacheloroppgåver og studiar på korleis desse kreftformene påverkar seksuell helse. I tillegg er dette mykje omtala i sjukepleiefagleg litteratur (Borg, 2017, s. 123-124; Stubberud & Almås, 2016, s. 95-105; Jerpseth, 2016, s. 150-155) og media (Gjessing, 2018; Svelstad & Leine, 2020; Madshus, 2020). Forfattar har inkludert eit studie som spesifikt undersøkte pasientar med metastatisk brystkreft, brystkreft kan råka både menn og kvinner. Kun kvinner vart inkludert i dette studiet, dette kan medføre eit skeivt resultat. Forfattar burde i formulering av inklusjons- og eksklusjonskriteria spesifisert at studiar som kun såg på eitt kjønn skulle ekskluderast for at resultatata skulle syne det store biletet av korleis kreft og palliasjon påverkar seksuell helse.

Infertilitetsproblematikk og legning er to tema som ikkje er drøfta i studiet på grunn av oppgåva si avgrensing. Nokre palliative kreftpasientar er i fertil alder, men på grunn av sjukdom og behandling mistar dei høve til å få barn. Barnlause kan få sorgreaksjonar når dei ikkje kan få barn trass viten om eigen prognose. Det kan henda at pasientar som ikkje identifiserer seg som heteroseksuell opplever andre utfordringar som påverkar deira seksualitet. Framtidige studiar bør sjå på desse tema.

Forfattar har ikkje teke omsyn til kvar kreftpasientane mottek palliasjon eller kva palliasjon innebar i dei ulike studia. Framtidige litteraturstudiar bør spesifisera kva palliasjon inneber samt retta perspektivet mot spesialisthelsetenesta eller kommunehelsetenesta då det kan vera skilnad i kva ressursar som er tilgjengeleg samt kva kompetanse og mål for sjukepleien

som vert prioritert. Vidare omtalar fleire studiar helsepersonell utan å definera kven som er irekna. Forfattar har konsekvent nytta «sjukepleiar» i oppgåva på grunn av sjukepleieperspektivet til litteraturstudiet, dette kan skapa eit bilete av at sjukepleiar har eit meir komplekst ansvarsområde i adressering av seksualitet. Likevel ser forfattar på sexologi som eit kompetanseområde sjukepleiar bør ha generelle kunnskapar og dugleikar innan og legg vekt på at seksualitet er eit primærbehov som tilhøyrrer heilskapleg sjukepleie. Forfattar kunne, for å sikra sjukepleierelevante studiar, søkt spesifikt etter studiar som omtala sjukepleiar si rolle i inkludering og vurdering av seksualitet og seksuell helse i møte med den palliative kreftpasienten. Vidare kunne det vore naudsynt å inkludera pasientperspektivet ved å nytta søkeord som «patient-centered» eller «person-centered».

6.0 Konklusjon/Oppsummering

Dette litteraturstudiet har gjennom forskning vist at palliasjon og kreftsjukdom påverkar og reduserer seksualitet og seksuell helse. Mange palliative kreftpasientar vurderer seksualitet som ein viktig del av deira velvære, og rapporterer behov for samtale om seksualitet. Pasientar hindrast i å initiera samtale om seksualitet grunna blygskap eller frykt for å vera unormal. Dei ynskjer at sjukepleiar tilbyr samtale og informasjon om seksualitet til pasient og eventuell partner. Litteraturstudiet klargjer utfordringar som hindrar sjukepleiar i å ta opp seksualitet samt føreslag til korleis imøtekomma pasienten sine kommunikasjonsbehov. Palliasjon og heilskapleg sjukepleie går hand i hand, det inneber eit tverrfagleg fokus på å lindra pasienten sine fysiske, psykososiale, emosjonelle og åndelege utfordringar i møte med ulækjeleg kreftsjukdom. Haldningar og fordommar hos sjukepleiar skal ikkje vera til hinder for heilskapleg omsorg for kreftpasientar som mottok palliasjon. Kompetanseheving og normalisering av seksualitet er naudsynt for at palliative kreftpasientar skal få eit verdig og heilskapleg omsorgstilbod.

Referanseliste

Agger, N.P. (2006). Kræft og seksualitet. I Graugaard, C., Møhl, B. & Hertoft, P. (Red). *Krop, sygdom & seksualitet*. (s. 261-282). Hans Reitzels Forlag

- Blikstad, A., Falch-Koslung, L., & Tschudi-Madsen, C. (2020). Samtaleverktøyet BETTER kan gjøre det lettere å snakke om seksualitet. *Sykepleien*.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.81922>
- Bober, S.L. (2020, 3.nov). Sexuality in palliative care. I *UpToDate*.
https://www.uptodate.com/contents/sexuality-in-palliative-care?search=sexual&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=6
- Borg, T. (2017). Kapittel 6: Seksualitet. I Reitan, A. M., & Schjøllberg, T. K. (Red.), *Kreftsykepleie : pasient – utfordring - handling* (4. utg., s. 120-131). Cappelen Damm akademisk.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tuft, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene* (s. 255). Abstrakt forlag
- Dahl, A.A. (2016). *Kreftsykdom: Psykologiske og sosiale perspektiver*. Cappelen Damm akademisk
- Evron, L. (2013). At elske med døden – Om seksualitet og dødsangst. *Nordisk sygeplejeforskning*, 3(1), 71–74. idunn.no. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2013-01-0>
- Førde, R. (2014, 10.oktober). *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Gamnes, S., Johansen, M. & Sex og samfunn, senter for ung seksualitet. (2015). *Metodebok* (7.rev. utg., s. 260). Sex og samfunn, senter for ung seksualitet.
- Gjessing, R. (2018). Seksualiteten etter kreften. *Sykepleien*, 72373, e-72373.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.72373>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022)*.
https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (1999). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsebiblioteket. (u.å). *Kunnskapsbasert praksis*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

Helsedirektoratet. (2014). *Pakkeforløp for kreft - Generell informasjon for alle pakkeforløpene for kreft*. Oslo: Helsedirektoratet (Fagleg oppdatert 14.oktober 2016).

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/generell-informasjon-for-alle-pakkeforloepene-for-kreft/pakkeforlop-pa-kreftomradet>

Helsedirektoratet. (2015). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt-å skape liv til dagene*.

https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf

Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonale faglige råd for lindrende behandling i livets slutfase*.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>

Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* (IS-

2800). https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf/_attachment/inline/95636e37-ce73-4f2f-a61d-ee3f9e1ccada:fd30165370557eebcb60adcdb8473e4b786776b4/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Hjalmarsson, E., & Lindroth, M. (2020). "To live until you die could actually include being intimate and having sex": A focus group study on nurses' experiences of their work with sexuality in palliative care. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15–16), 2979–2990.

<https://doi.org/10.1111/jocn.15303>

Hulter, B. (2012). Onkosexologi – maligna sjukdomar och sexuella problem. I Lundberg, P.O. & Löfgren-Mårtenson, L. (Red.), *Sexologi* (s.354-360). Liber AB.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Gyldendal akademisk.

[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:991212094234702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)

- Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I Almås, H. (Red), *Klinisk sykepleie : 2* (5. utg., Vol. 2, s.133-168). Gyldendal akademisk.
- Johansen, I. H., Blinkenberg, J., Arentz-Hansen, C., & Moen, K. (2018). *Om palliasjon - Generelt - Palliasjon - Legevakthåndboken*. LEGEVAKThåndboken.
https://lvh.no/symptomer_og_sykdommer/palliasjon/generelt/om_palliasjon
- Johansen, L.B. (2021). Pasienter etterspør rådgivning. *Sykepleien*, 01/21, 55-58
- Kelemen, A., Cagle, J., Chung, J. & Groninger, H. (2019). Assessing the Impact of Serious Illness on Patient Intimacy and Sexuality in Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management* 58(2), 282-288 <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.04.015>
- Kim, H. S., & Kollak, I. (Red.). (2006). *Nursing Theories: Conceptual and Philosophical Foundations, Second Edition* (2.utgave). Springer Publishing Company.
<http://ebookcentral.proquest.com/lib/hogskbergen-ebooks/detail.action?docID=291336>
- Kreftforeningen. (u.å). *Lindrende/palliativ behandling*. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/lindrende-palliativ-behandling/>
- Kreftforeningen. (u.å). *Kreft og seksualitet*. <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/kreft-og-seksualitet/>
- Leung, M. W., Goldfarb, S., & Dizon, D. S. (2016). Communication About Sexuality in Advanced Illness Aligns With a Palliative Care Approach to Patient-Centered Care. *Current Oncology Reports*, 18(2), 1–6. <https://doi.org/10.1007/s11912-015-0497-2>
- Lorentsen, V.B. & Grov, E.K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I Almås, H. (Red), *Klinisk sykepleie : 2* (5. utg., Vol. 2, s.397-436). Gyldendal akademisk.
- Madshus, K. (2020, 25.september). Konsekvens av kreftbehandling: - Mange har ikke sex på et år eller to. *Vi.no*, <https://www.vi.no/helse/mange-har-ikke-sex-pa-et-ar-eller-to/72873274>
- Mah, K. (2019). Existential loneliness and the importance of addressing sexual health in people with advanced cancer in palliative care. *Psycho-Oncology*, 28(6), 1354–1356. <https://doi.org/10.1002/pon.5092>
- McClelland, S. I. (2016). “I wish I’d known”: Patients’ suggestions for supporting sexual quality of life after diagnosis with metastatic breast cancer. *Sexual & Relationship Therapy*, 31(4), 414–431. <https://doi.org/10.1080/14681994.2015.1093615>

- Meld. St. 24 (2019-2020). *Lindrende behandling og omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/>
- Mercadante, S., Vitrano, V. & Catania, V. (2010). Sexual issues in early and late stage cancer: a review. *Support Care in Cancer* 18() 659-665. DOI: 10.1007/s00520-010-0814-0
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utg.). Gyldendal.
- Nakken, E.S. (2017). Generell onkologi. I Reitan, A. M., & Schjøberg, T. K. (Red.), *Kreftsykepleie : pasient – utfordring - handling* (4. utg., s. 347-368). Cappelen Damm akademisk.
- Nordtvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I Almås, H., Stubberud, D.-G., & Grønseth, R. (Red.). (2016). *Klinisk sykepleie: 1* (5. utg., s. 17-39). Gyldendal akademisk.
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Nsf.no. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Rashidi, K. (2016). Snakk om sex. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.16.0573>
- Reitan, A.M. (2017). utfordringer i kreftomsorgen. I Reitan, A. M., & Schjøberg, T. K. (Red.), *Kreftsykepleie : pasient – utfordring - handling* (4. utg., s. 224-248). Cappelen Damm akademisk.
- Schjøberg, T.K. (2017). Kapittel 7: Endret kroppsbilde. I Reitan, A. M., & Schjøberg, T. K. (Red.), *Kreftsykepleie : pasient – utfordring - handling* (4. utg., s. 132-143). Cappelen Damm akademisk.
- Strandås, M. (2019). Hva er sykepleie, og hva burde det være?. I *Sykepleien*. Henta frå <https://sykepleien.no/sykepleien/2019/04/hva-er-sykepleie-og-hva-burde-det-vaere>
- Stubberud, D-G. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved sykdommer og forstyrrelser i urinveier og mannlige kjønnsorganer. I Almås, H. (Red), *Klinisk sykepleie : 2* (5. utg., Vol. 2, s. 83-112). Gyldendal akademisk.
- Svelstad, O.E. & Leine, J.E. (2020, 3.november). *Bjørn Einar Romøren oppfordrar menn til å snakke om sex og samliv*. NRK. <https://www.nrk.no/kultur/bjorn-einar-romoren-oppfordrar-menn-til-a-snakke-om-sex-og-samliv-1.15227464>

Sviland, R. (2019, 28.feb). *Intimitet og nærhet - Pasientforløp i palliasjon*. Helse Stavanger HF.

Henta frå: https://kvalitet.sus.no/forlop/docs/doc_33781/index.html

Sæteren, B. (2017). Omsorg for alvorlig syke og døende pasienter - sorg og sorgarbeid. I

Reitan, A. M., & Schjølberg, T. K. (Red.), *Kreftsykepleie : pasient – utfordring - handling* (4. utg., s. 224-248). Cappelen Damm akademisk.

Taylor, B. (2014). Experience of sexuality and intimacy in terminal illness: A

phenomenological study. *Palliative Medicine* 28(5), 438-447. DOI:

10.1177/02692163313519489

Thidemann, I.-J. (2015). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille

motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving. Universitetsforlaget.

Vitrano, V., Catania, V. & Mercadante, S. (2011). Sexuality in Patients With Advanced Cancer:

A Prospective Study in a Population Admitted to an Acute Pain Relief and Palliative Care

Unit. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 28(3), 198-202. DOI:

10.1177/1049909110386044

Wang, K., Ariello, K., Choi, M., Turner, A., Wan, B. A., Yee, C., Rowbottom, L., Macdonald, R.,

Lam, H., Drost, L., & Chow, E. (2018). Sexual healthcare for cancer patients receiving palliative care: A narrative review. *Annals of palliative medicine*, 7(2), 256–264.

<https://doi.org/10.21037/apm.2017.10.05>

Digitale referansar

Sex og samfunn. (2021). *PLISSIT*. Henta frå <https://emetodebok.no/kapittel/sexologi/a-arbeide-med-seksualitet/en-sexologisk-behandlingsmodell-plissit/>

Vedlegg 1: PICO med søkeord

Problemstilling: Korleis råkast seksualitet og seksuell helse til kreftpasientar som mottok palliasjon?		Type spørsmål: Erfaring og holdning	
P: Kreftpasienter	I: Palliativ behandling	O: Seksualitet, seksuell helse og samtale/vurdering/kartlegging av seksuell helse	
Neoplasms (CH/MeSH)	Palliative care (CH/MeSH)	Sexual health (CH/MeSH)	Sex education (CH)
Neoplas* (Tw)	Palliative therapy (Embase)	Sexuality (CH/MeSH)	Educat* (Tw)
Tumor* (Tw)	Cancer palliative therapy (Embase)	Intimacy (Embase/Tw)	Sexual counseling (CH/Embase)
Carcino*(Tw)	Terminal care (CH/MeSH/Tw)	Sexual satisfaction (CH/Embase)	Sex counseling (MeSH)
Cancer* (Tw)	Hospice care (CH/MeSH/Tw)	Sexual dysfunction (Embase)	sex counsel* (Tw)
Oncolog* (Tw)	Palliat* (Tw)	Sexual dysfunction, male (CH)	Sexual counsel* (Tw)
Cancer patients (CH/Embase)	Terminal* (Tw)	Sexual dysfunction, female (CH)	Counseling (CH/Embase)
«advanced cancer» (Tw)	Hospice* (Tw)	Psychosexual disorders (CH)	Counsel* (Tw)
		Sexual and gender disorders (CH)	Communication (CH/MeSH)
		Sexual dysfunctions, psychological (MeSH)	Communicat* (Tw)
		Sexual dysfunctions, physiological (MeSH)	Assess* (Tw)
		Sexual* (Tw)	Address* (Tw)
		Psychosexual development (psychinfo)	Discuss* (Tw)
		Psychosex* (Tw)	
		Psychosexual Disorders (CH)	

MeSH: Medical Subject Headings

CH: Cinahl Heading

Tw: Tekstord/Keyword

* etter søkeord indikerer trunkering (treff på alle endingar av ordet)

Vedlegg 2A: Søkehistorikk Ovid Medline

Database	Medline (Ovid)	15-17/3-2021
Søk #	Søkeord og kombinasjon	Treff
1	exp Neoplasms/	3430904
2	(neoplas* OR cancer* OR advanced cancer OR tumor* OR carcino* OR oncolog*).tw.	3217054
3	1 OR 2	4408890
4	exp Palliative Care/	55769
5	(palliat* OR terminal* OR hospice*).tw.	555253
6	4 OR 5	574383
7	exp Sexuality/	42953
8	exp Sexual Health/ OR exp Sexual Behavior/	110325
9	(sexual* OR intimacy).tw.	245600
10	7 OR 8 OR 9	292707
11	3 AND 6 AND 10	315
	limit 11 to (english language and yr="2010 -Current" and "all adult (19 plus years)")	57

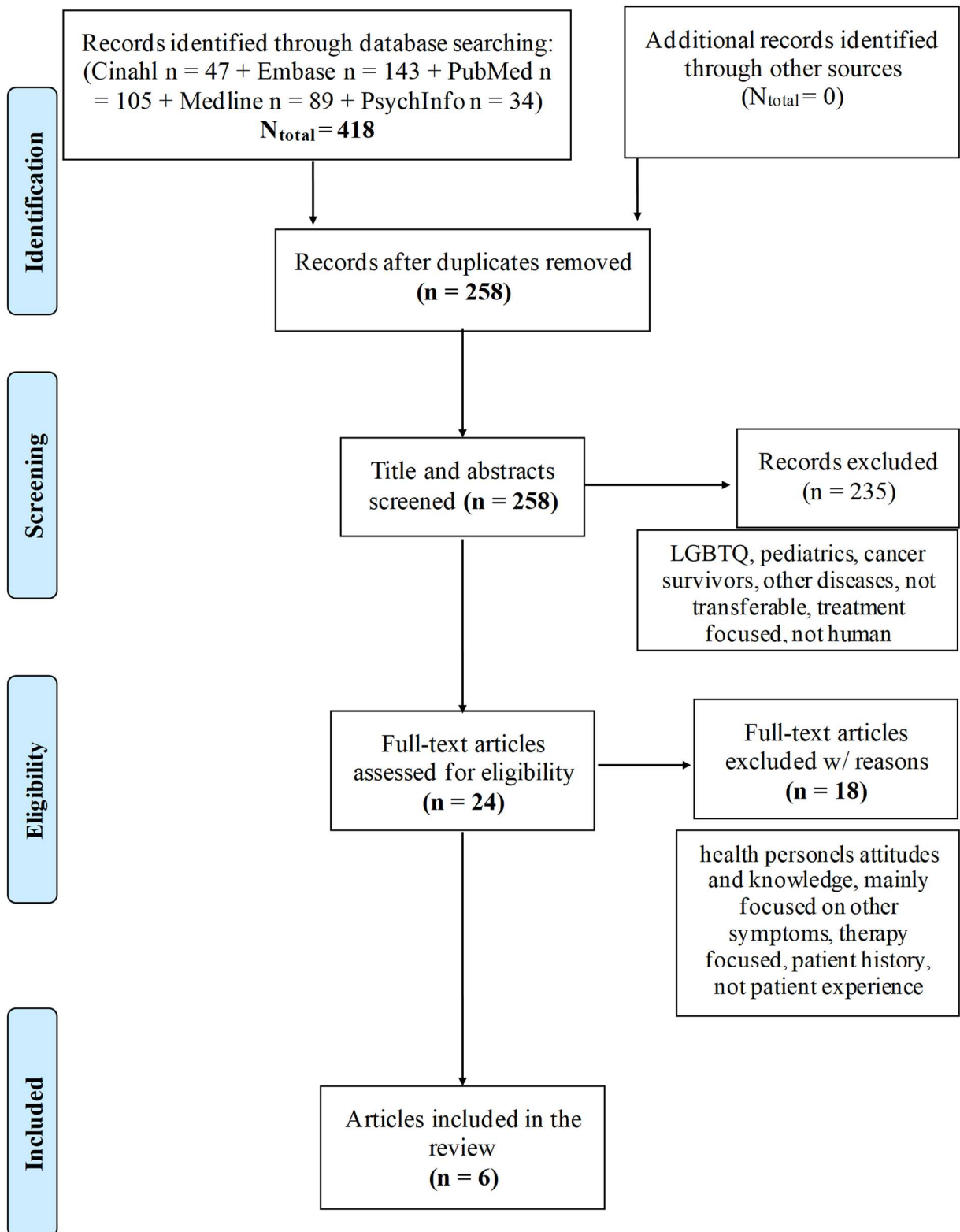
Vedlegg 2B: Søkehistorikk PsychInfo

Databas e	PsychInfo	19/3-2021
Søk #	Søkeord og kombinasjon	Treff
1	exp Neoplasms/	52006
2	(neoplas* OR cancer* OR carcino* OR tumor* OR oncolog* OR "advanced cancer").tw.	78023
3	1 OR 2	80901
4	exp Palliative Care/	14564
5	(palliat* OR terminal* OR hospice* OR "terminal care" OR "hospice care" OR "palliative care").tw.	36302
6	4 OR 5	39767
7	(sexual* OR intimacy OR psychosex*).tw.	171540
8	exp Inhibited Sexual Desire/ OR exp Sexual Satisfaction/ OR exp Sexual Health/ OR exp Sexual Function Disturbances/	11583
9	exp Psychosexual Behavior/ OR exp Sexual Function Disturbances/ OR exp Sexuality/	204009
10	exp Intimacy/	6855
11	7 OR 8 OR 9 OR 10	293889
12	(assess* OR address* OR counsel* OR discuss* OR communicat* OR educat*).tw.	1909737
13	exp Sex Education/ OR exp Counseling/	61290
14	12 OR 13	1920839
15	11 AND 14	151906
16	3 AND 6 AND 15	105
limit 16 to (peer reviewed journal AND (interview OR journal article OR reviews) AND (danish OR english OR norwegian OR swedish) AND human AND yr="2010 -Current")		30

Vedlegg 3: PRISMA Flytskjema



PRISMA 2009 Flow Diagram



Vedlegg 4A: Sjekkliste for kritisk vurdering av oversiktsartikkel

Wang, K., Ariello, K., Choi, M., Turner, A., Wan, B. A., Yee, C., Rowbottom, L., Macdonald, R., Lam, H., Drost, L., & Chow, E. (2018). Sexual healthcare for cancer patients receiving palliative care: A narrative review. *Annals of palliative medicine*, 7(2), 256–264.
<https://doi.org/10.21037/apm.2017.10.05>

Del A: Kan du stola på resultatata?

1. Er føremålet med oversikten klart formulert? Ja – Nei – Uklart/Delvis

Tips: Føremålet bør vera klart formulert med hensyn til:

- populasjon (personene oversikten handler om)
- tiltaket til intervensjonsgruppen
- samanlikningstiltaket til kontrollgruppa
- utfalla (endepunkta/resultata) som vurderast

Kommentar:

Målet med oversiktsartikkelen var å utforska utbreiing/førekost og betydning av å implementera seksuell helse i palliasjon som del av heilskapleg omsorg til kreftpasientar, identifisera intervensjonar som er implementert for å adressera utfordringar knytt til seksuell helse og identifisera barrierar helsepersonell og pasientar kan møte som hindrar adressering/samtale om seksuell helse.

2. Søkte forfatarane etter relevante typar studiar? Ja – Nei – Uklart/Delvis

Tips: Relevante studiar:

- svarar på same spørsmål som oversikten
- har eit eigna studiedesign for å svare på spørsmålet. Døme på spørsmålstypar og eigna studiedesign:
 - effekt – randomisert kontrollert studie
 - årsak – kohortstudie
 - diagnostikk – tverrsnittstudie med referansetest
 - prognose – kohortstudie
 - erfaringar – kvalitativ studie
- Er det samsvar mellom kriteriar for inklusjon av studia og føremålet til oversikten? Sjå etter:
 - populasjon
 - tiltak
 - samanlikning
 - utfall

Kommentar:

Forfatarane søkte etter originalartiklar, case studiar/rapportar og oversiktsartiklar vart ekskludert. Referanselista i identifiserte oversiktsartiklar vart gjennomgått for å sjå etter kvalifiserte studiar. Studiar måtte diskutera seksuell helse/funksjon/åtferd/dysfunksjon eller intimitet og samliv for pasientar i terminal/hospice/palliative setting.

Eit «study flow diagram» viser inklusjons-/eksklusjonsprosessen. 1,322 artiklar vart identifisert gjennom søket, 1,302 frå Embase og 20 frå Cochrane. 11 artiklar gjekk gjennom vurderingsprosessen og vart inkludert i oversikten. Det kjem ikkje tydeleg fram om dei har henta artiklane frå Cochrane gjennom Medline eller om dei har søkt via Cochrane.

Informasjon om kohortkjenneteikn, hovudfunn og konklusjonar vart henta ut frå fulltekst av to av forfatarane (individuell). Deretter vart desse samanlikna for å sikra nøyaktigheit.

3. Er det truleg at alle viktige og relevante studiar vart funne? Ja – Nei – Uklart/Delvis

Tips: Sjå etter:

- kva databasar og søkemotorar forfattarane har søkt i, og korleis dei søkte i desse (søkestrategi)
- om dei søkte etter ikkje-publiserte studiar (i for eksempel Trials.gov)
- om det var nokon vesentlege avgrensingar med hensyn til språk eller tid (Viss kun studiar på engelsk er tatt med, kan det gje skeivskap (bias))

Kommentar:

Litteratursøket vart utført i Medline og Embase, søkestrategi inkluderte MeSH og tekstord (cancer, sexual health, seksual wellbeing, sexual functioning, intimacy, intimate relationship, palliative care, hospice care, terminal care, sexual partners, sexuality. Det kan hende dei hadde funne fleire relevante artiklar dersom dei hadde søkt i andre databasar. I tillegg overlappar Embase og Medline kvarandre delvis. Dersom dei hadde inkludert t.d. Cinahl eller Cochrane kunne dei funne fleire relevante artiklar.

Litteratursøket vart avgrensa til «humans» og «English language». Ved å avgrensa til kun engelskspråkleg litteratur kan dei mista mykje relevante data, likevel kan dataene truleg overførast til andre som nyttar engelsk som hovudspråk.

Ingen tidsavgrensing er satt.

4. Vart kvaliteten på inkluderte studiar tilstrekkeleg vurdert? Ja – Nei – Uklart/Delvis

Tips: Forfatterne må vurdere den metodiske kvaliteten på enkeltstudiene på en fornuftig måte med gode verktøy/sjekklistor. Systematiske skjevheter (bias) i hvordan studiene er utført kan påvirke resultatene i studiene, og dermed også resultatene og konklusjonene i oversikten.

- Er det oppgitt hvilke verktøy/sjekklistor som ble brukt i vurderingen?
- Er verktøyet/sjekklisten som ble brukt fornuftig?
- Ble vurderingen gjort av minst to personer uavhengig av hverandre?

Kommentar:

Artiklane vart vurdert av to forfattarar; vurdering vart fyrst gjort av tittel, abstract og deretter full tekst. Studia vart vurdert opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteria. 5 forfattarar danna inklusjons- og eksklusjonskriteria. Det er ikkje klargjort i artikkelen om dei har nytta spesielle sjekklistor i vurdering av artiklane. Dersom dei to forfattarane som gjekk gjennom artiklane var ueinige i inklusjon vart ein tredje forfattar inkludert.

5. Viss resultatata frå inkluderte studiar er slått saman statistisk i ei metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarleg? Ja – Nei – Uklart/Delvis

Tips:

- Er det klart presisert kva samanlikningar som vart gjort?
- Kjem resultatata (effektestimatene med konfidensintervaller) frå enkeltstudia klart fram?
- Er enkeltstudia like nok til å slåast saman? (Er t.d. metodar for å testa heterogenitet skildra?)
- Er analysemetodane som er nytta skildra? (T.d. random eller fixed effect)
- Viss det ikkje er gjort ei metaanalyse, er resultatata frå dei inkluderte studia narrativt oppsummert? Var det i så fall fornuftig og forsvarlig?

Kommentar:

Resultatata er ikkje slått saman statistisk i ei metaanalyse. Oversiktsartikkelen har ei narrativ oppsummering av funna. Dette var tenleg for å svare på føremålet med studiet.

Basert på svara dine på punkt 1–5 over, meiner du resultatata frå denne oversikten er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart/delvis

Del B: Kva fortel resultatata?

6. Kva er resultatata?

Tips: Vurder

- kor godt du forstår hovudkonklusjonen i oversikten
- korleis resultatata er framstilt, sjå etter:
 - snittskilnad (mean difference)
 - numbers needed to treat (NNT)
 - odds ratio (OR)
 - relativ risikoreduksjon (RRR)
 - standardisert snitt skilnad (SMD)
 - numbers needed to harm (NNH)
 - relativ risiko (RR)
 - absolutt risikoreduksjon (ARR)

Kommentar:

1,322 artikkelar vart identifisert i søket. 11 vart kvalifisert til inklusjon.

Hovudkonklusjon: lite kunnskap og forståing av pasientar sine bekymringar knytt til seksuell helse og intimitet medverkar til avgrensa implementering av seksuell helse i palliasjon. Ivaretaking av seksualitet har positive utfall for palliative pasientar. Auka kompetanse og trening kan auke medvit hos helsepersonell samt gje verktøy for å forstå og tilnærma seg seksualiteten til palliative pasientar. Systematiske rammeverk kan hjelpa helsepersonell å støtta seksuell helse.

7. Kor presise er resultatata?

Tips: Sjå på

- konfidensintervall (KI/CI)
- interkvartilbredde (interquartile range (IQR))

Kommentar:

Ikkje relevant då dette ikkje er inkludert i oversiktsartikkelen. Oversiktsartikkelen har ei narrativ oppsummering av funna.

Del C: Kan resultatata vera til hjelp i praksis?

8. Kan resultatata overførast til praksis? Ja – Nei – Uklart/delvis

Tips: Vurder om, og i kva grad

- populasjonen (personane) i studia som inngår i oversikten er representative for dei du møter i praksis
- din praksis skiller seg frå den som omtalast i oversikten

Kommentar:

Populasjonane som er inkludert i studiet er kreftpasientar, nokon av studia inneheld unge kreftpasientar. Studia som er inkludert kjem frå ulike stader i verda og med små utval kan kulturskilnadar og kvar enkelt pasient sine erfaringar prega resultatata. Likevel er det sannsynleg at resultatata til dels kan overførast til norsk helsevesen.

9. Vart alle viktige utfallsmål vurdert? Ja – Nei – Uklart/delvis

Tips: Vurder om, og i kva grad det finnes ytterleg informasjon du ville hatt med i oversikten

Kommentar:

Føremålet med studiet var å sjå på førekomst og viktigheiten av å inkludera av seksuell helse i palliasjon som ein del av heilskapleg omsorg til kreftpasientar, identifisera intervensjonar nytta i vurdering av seksuell helse samt barrierar til at pasientar og helsepersonell ikkje snakkar om seksuell helse.

Studiet gjev delvis svar på dette, men kunne med fordel drøfta meir viktigheiten av å inkludera/implementera seksuell helse i palliasjon til kreftpasientar. Det står eit kort avsnitt om fordelar i situasjonar kor samtale om seksualitet førekom, og ulemper der det ikkje førekom.

10. Veg fordelar opp for ulemper og kostnadar? Ja – Nei – Uklart

Tips: Vurder om, og i kva grad

- nytten av tiltaket er verd kostnadar og eventuelle biverknadar
- det er praktiske eller organisatoriske ulemper for deg eller pasienten

Kommentar:

Det kostar ikkje noko å implementera seksuell helse i palliasjon, likevel krev det at helsepersonell tek seg tid til å tileigna seg tilstrekkeleg kunnskap og dugleik til å handtera temaet på ein verdig måte. Utdanning/opplæring av helsepersonell kan kosta litt ekstra, men utfallet av intervensjonen kan vera auka livskvalitet for pasienten.

Vedlegg 4B: Sjekkliste for kritisk vurdering av kvalitativt studie

McClelland, S. I. (2016). "I wish I'd known": Patients' suggestions for supporting sexual quality of life after diagnosis with metastatic breast cancer. *Sexual & Relationship Therapy*, 31(4), 414–431.

<https://doi.org/10.1080/14681994.2015.1093615>

Del A: Innleiande vurdering

1. Er føremålet med studien klart formulert? Ja – Nei – Uklart/delvis

Tips:

- Kva ville forskarane finne svar på (problemstilling)?
- Kvifor ville dei finne svar på det?
- Er problemstillinga relevant?

Kommentar:

Hensikten med studiet var å undersøka naudsynte ressursar til kvinnelege brystkreftpasientar for å støtta deira seksuelle livskvalitet (SQoL) i palliativ omsorg.

Studiet er utført for å fremja behovet for ressursutvikling til pasientar diagnostisert med metastatisk brystkreft (MBC).

2. Er kvalitativ metode tenleg for å svara på problemstillinga? Ja – Nei – Uklart/delvis

Tips: Har studien som mål å forstå og belysa, eller skildra fenomen, erfaringar eller opplevingar?

Kommentar:

Målet er å forstå pasientane sine behov for ressursar som kan støtta SQoL samt deira forslag til støttetiltak.

3. Er utforminga av studien tenleg for å finne svar på problemstillinga?

Ja – Nei – Uklart/delvis

Tips: Er val av forskingsdesign grunngeve? Har forfattarane diskutert korleis dei avgjorde kva metode dei skulle nytta?

Kommentar:

Studiet byggjer på forskning på andre sjuke populasjonar som har nytta pasientar si innsikt på kva dei skulle hatt meir informasjon om angående psykoseksuell støtte. Utforminga av studiet skulle belysa pasientane sine unike erfaringar om manglande informasjon om mogleg påverknad av kreft og behandling på deira SQoL. Studiet ser på livskvalitet til kvinner med MBC. Studiet inkluderte eit spørjeskjema deltakarane fekk ta med heim samt tilbod om ansikt-til-ansikt intervju for dei som ynskte det. Pasientane skulle skildra dei mest belasta utfordringane samt dei mest verdifulle/nyttige støttetiltaka til å betra SQoL.

4. Er utvalsstrategien tenleg for å besvare problemstillinga? Ja – Nei – Uklart/delvis

Tips: Når ein nyttar til dømes strategiske utvalg er målet å dekkja antatt relevante sosiale roller og perspektiv. Dei einingane som skal kasta lys over desse perspektiva er vanlegvis menenske, men kan òg vera hendingar, sosiale situasjonar eller dokument. Einingane kan verta valgt då dei er typiske eller atypiske, dei har bestemte tilknytningar med kvarande, eller i nokre tilfelle fordi dei er tilgjengeleg.

- Er det gjort rede for kven som vart valgt ut og kvifor?
- Er det gjort rede for korleis dei vart valgt ut (utvalsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalet, til dømes kvifor nokon valgte å ikkje delta?
- Er det grunngeve kvifor akkurat desse deltakarane vart valgt?
- Er karakteristika ved utvalet skildra (til dømes kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar:

Pasientar vart rekruttert frå brystkreftprogrammet til Universitetet i Michigan sitt kreftsenter. Kun kvinner inkludert. Kvinner over 21 år, stadfesta MBC i forkant av time med onkolog, engelskspråklege, utan alvorleg psykiatrisk lidning og forventet levetid på minst 3 veker (etter intervju) var kvalifisert til studiet. Kvinner som deltok på spørjeundersøking samt intervju fekk eit gåvekort på 20\$ som kompensasjon for tidsbruk. Studiet har som føremål å sjå på kvinner med metastatisk brystkreft så det er difor relevant å henta inn desse deltakarane.

32 kvinner melde seg frivillig til intervju.

Alder 35-77 år (snitt= 56.8, st.avvik=9.6). ⅔ (n=21) hadde partner. Alle i heteroseksuell forhold.

16/21 hadde vore i forhold i meir enn to tiår (snitt=26.5 år, st.avvik=16.1). To datet aktivt Ca 9 år sidan påvist kreft (Snitt=8.7, st.avvik=8.6), under 3 år sidan metastatic sjukdom (Snitt=2.9år, st.avvik=3.6)

⅔ (n=20) hadde behandling som inkluderte brystamputasjon, nesten alle hadde behandling som inkluderte kjemoterapi (n=29)

Lite utval, høg homogenitet i gruppa (funna kan vanskeleg overførast til farga kvinner og kvinner i ulike sosiale/geografiske lokasjonar)

5. Vart data samla inn på ein slik måte at problemstillinga vart besvart? Ja – Nei –

Uklart/delvis

Tips: Datainnsamlinga må vera omfattande nok i både breidde (typen observasjon) og i djubde (graden av observasjon) om den skal kunne støtta og generere fortolkningar.

- Vart val av setting for datainnsamlinga grunngjeve?
- Går det klart fram kva metodar som vart valgt for å samle inn data? Til dømes intervju (semistrukturerte djubdeintervju, fokusgrupper), feltstudiar (deltakande eller ikkje-deltakande observasjon), dokumentanalyse, og er det grunngjeve kvifor desse metodane vart valgt?
- Er datainnsamlingsmåte skildra, til dømes skildring av intervjuguide?
- Er metoden endra i løpet av studien? I så fall, har forfatarane forklart korleis og kvifor?
- Går det klart fram kva form data har (til dømes lydopptak, video, notat)?
- Har forskarane diskutert metning av data?

Kommentar:

Deltakarane svara på eit spørjeskjema og fekk tilbod om å delta på intervju. Intervjua vart leda av ein semi-strukturert intervjuprotokoll med opne spørsmål om pasientane sine erfaringar tilknytt seksuell helse, velvære og kjensler.

Pasientar fekk spørsmål om korleis dei definerte eigen seksuell helse, om dei tenkte kreft/behandling hadde påverka seksuell helse, kva dei ynskte dei hadde fått lærdom om, va ressursar dei tenkte ville vore hjelpsame ved ulike tidspunkt i forlauf og behandling.

Intervjua vart utført ansikt-til-ansikt mellom kvinneleg intervjuar (forfatar) og pasient på eit privat rom ved brystkreftklinikken.

Det vart teke lydopptak av intervjua som vart ordrett transkribert for analyse. Intervjua vara om lag ein time.

6.Vart det gjort greie for bakgrunnsforhold som kan ha påverka tolkinga av data?

Ja – Nei – Uklart/delvis

Tips: Har forskar vurdert eigen rolle, mogleg forutinntattheit og påverknad på:

- utforming av problemstilling?
- datainnsamling inkludert utvalsstrategi og val av setting?
- analyse og kva funn som presenterast?

På kva måte har forskar gjort endringar i utforming av studien på bakgrunn av innspel og funn undervegs i forskingsprosessen?

Kommentar:

Forfattar arbeidar/forskar ved institusjon datainnsamlinga vart utført. Forfattar har sjølv utført intervju. Det er ikkje drøfta om forfattars rolle kan ha påverka deltakarane sin respons. Forfattar har nytta omgrepet seksuell livskvalitet i staden for seksuell funksjon for å inkludera deltakarane sine erfaringar til kropp, kroppsbilete, kjønnsroller samt forholdsdynamikk.

7. Er etiske forhold vurdert? Ja – Nei – Uklart/delvis

- Er det skildra i detalj korleis forskinga vart forklart til deltakarane for å vurdere om etiske standardar vart oppretthaldt?
- Diskuterer forskarane etiske problemstillingar som vart avdekkja undervegs i studien? Dette kan til dømes vera tilknytt informert samtykke eller tillit, eller handtering av korleis deltakarane vart påverka av det å vera med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar:

Studieprosedyrer fulgte institusjonelle retningslinjer. Institusjonell vurderingsnemnd/etisk komité gav etisk godkjenning. Alle deltakarane gav skriftleg informert samtykke. Uvisst korleis deltakarane har fått informasjon om studiet. Ikkje drøfta kor vidt deltakarane vart påverka av intervju.

8. Går det klart fram korleis analysen vart gjennomført? Er tolkinga av data forståeleg, tydeleg og rimeleg? Ja – Nei – Uklart/delvis

Tips: Ei vanleg tilnærming ved analyse av kvalitative data er såkalla innhaldsanalyse, kor mønster i data vert identifisert og kategorisert.

- Er det gjort greie for kva type analyse som er brukt, til dømes grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort greie for korleis analysa vart gjennomført, til dømes dei ulike trinna i analysen?
- Ser du ein klar samheng mellom innsamla data, til dømes sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelege data presentert for å underbygga funna? I kva grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Intervju vart analysert ved å nytta tematisk analyse, ein metode som identifiserer og tolkar mønster i kvalitative data. Tre forskarar leste utdrag av intervju fleire gonger og utvikla ei kodebok over iterasjonar som deretter vart nytta på alle intervju. To forskingsassistentar nytta kodingsprogramvare i koding av intervju-transkripsjonane. Tematisk analyse fokuserte på pasientane sine skildringar av kva dei sakna i behandling og kva dei ynskte dei visste visste/fekk informasjon om retta til kreft og deira SQoL.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på? Ja – Nei – Uklart/delvis

Del B: Kva er resultatata?

9. Er funna klart presentert? Ja – Nei – Uklart/delvis

Tips: Kategoriane eller mønstra som vart identifisert i løpet av analysen kan styrkast ved å sjå om liknande mønster vart identifisert gjennom andre kjelder. Til dømes ved å diskutera førebelse slutningar med studieobjekta, be ein annan forskar gjennomgå materialet, eller få liknande inntrykk

frå andre kjelder. Det er sjeldan at ulike kjelder gjev heilt like uttrykk. Slike skilnader bør imidlertid forklarast.

- Er det gjort forsøk på å trekka inn andre kjelder for å vurdere eller underbygga funna?
- Er det tilstrekkeleg diskusjon om funna både for og imot forskar sine argument?
- Har forskar diskutert funna sitt truverd (til dømes triangulering, respondentvalidering, at fleire enn ein har gjort analysen)?
- Er funna diskutert opp mot den opprinnelege problemstillinga?

Kommentar:

Fire tema vart utvikla frå intervjumaterialet: uventa kroppsleg tap og sorg, teiing, ynske om andre sin ekspertise og bekymring om normalitet. Inter-rater reliabiliteten var høg som indikerer at kodarane jamleg kjende att liknande mønster i data og programmeringsbruk. Funna vart drøfta opp mot andre skriftlege kjelder. Det er avgrensa diskusjon om funna mot forskar sine argument.

Del C: Kan resultatata vera til hjelp i praksis?

10. Kor nyttige er funna frå denne studien?

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikkje å sannsynleggjera at resultatata kan generaliserast til ei breiare befolkning. I staden kan resultatata vera overførbare eller gje grunnlag for modellar som kan nyttast til å prøva å forstå liknande grupper eller fenomen.

- Har forskar diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterande kunnskap og forståing, vurderer dei til dømes funna opp mot dagens praksis eller relevant forskingsbasert litteratur?
- Har studien avdekka behov for ny forskning?
- Har forskar diskutert om, og eventuelt korleis, funna kan overførast til andre populasjonar eller andre måtar forskingen kan nyttast på?

Kommentar:

Studiet bidreg til litteratur om SQoL etter kreftdiagnose, med særleg fokus på MBC. Lite studieutval og skilrande funn kan avgrensa generaliseringsverdien til andre kvinner med MBC.

Forskar påpeikar at framtidige studiar bør inkludera meir avklarte diskusjonar om seksuell praksis - inkludert, men ikkje avgrensa til vaginalt samleie – for å auka forståing av intim kontakt då den relaterer til seksuell helse for pasientar med og utan partner.

Framtidige studiar bør utviklast til å spørje om eit breidt spekter av seksuelle praksisar, tru og forventingar. Studiane bør gje deltakarar rom for å svare og drøfte eige syn på seksuell helse og dens verdi og unngå å danne antakingar om kva som reknast «sunt», «normalt» og «seksuelt». Studiet vart utført ved eit universitetssjukehus og framtidige studiar bør difor sjå på andre sjukehus og klinikkar på tvers av distrikt- og bysamfunn for å vurdere om funna strekker seg til andre kliniske behandlingsområde. Resultata kan ha redusert overføringsverdi til farga kvinner og kvinner med anna sosioøkonomisk bakgrunn.

Studiet utført i USA, kan avgrensa overføringsverdi til Europa/andre geografiske lokalisasjonar på grunn av ulik tilgang på støttetilbod til pasientar/pårørande. I tillegg er det innanlandske skilnader i kvalitet og tilgang på helseteneste og forsikringstilgang samt andre faktorar som konsekvent påverkar helsetenestene i USA.

Vedlegg 5: Artikkelmatrikse

Studie	Føremål	Metode, studiedesign Datainnsamlingsmetode og/eller måleverktøy	Land/ omgjevnad	Utval/ deltakarar	Etisk godkjenning/ fagfellevurdert	Styrkar og veikskapar	Hovudfunn
<i>Sexual issues in early and late stage cancer: a review</i> Mercadante, Vitrano & Catania (2010)	Utforska litteratur om seksualiteten til pasientar med langtkomen kreft, etter å ha tatt i betraktning hovudendringar som kjem av sjukdom og behandling.	Oversiktsartikkel Søk i PubMed Søkeord: advanced cancer, palliative care, sexuality and/or intimacy Engelske artiklar publisert mellom 1985-2008	Italia	N/A	Publisert i fagfellevurdert tidsskrift	Fylgjer inkl.kriteria. Kunne nytta fleire databasar og søkeord for å få ei breiare oversikt over tilgjengeleg litteratur. Ikkje grunngeve om forfattarane har kritisk vurdert studia, korleis dette er gjort eller korleis dei har sammenfatta funna sine. Ikkje IMRaD- form, men narrativ framsyning. Artikkelen er skriven av forskarar som ikkje har engelsk som hovudspråk, kan bidra til at resultatata vert formulert upresist. Inkludert i Vitrano et al. (2011), McClelland (2015) & Wang et al. (2018)	Seksuelle tankar og lyster kan vedvara sjølv om pasienten ikkje ynskjer samleie. Behov for nærleik og intimitet kan auka for pasientar med ulækjeleg kreftsjukdom. Pasientane er viljuge og ynskjer samtale om seksualitet. Ulækjeleg kreftsjukdom påverkar seksualiteten til den råka gjennom fysiske, psykiske og emosjonelle endringar. Alle faktorar kjend for å påverka seksualiteten til kreftpasientar kan forsterkast ved ulækjeleg kreftsjukdom. Psykologiske utfordringar som påverkar seksualitet er knytt til endra kroppsbilete, depresjon, angst og frykt for avvising. Kreft og behandling påverkar seksualitet midlertidig eller permanent. For palliative pasientar er forverring av sjukdom og vedvarande effekt av behandling medverkande til seksuell dysfunksjon og svekka lyst. Helsepersonells haldningar og kunnskapar hindrar fremjing av seksuell helse. Heilskapleg palliasjon bør implementera seksualitet.
<i>Sexuality in Patients With Advanced Cancer: A Prospective Study in a Population Admitted to an Acute Pain Relief and</i>	Karakterisera haldningar og kjensler til seksualitet i eit større utval pasientar med langtkomen kreft samanlikna med deira prediagnostiske	Kvalitativ-kvantitativ studie. Prospektiv. Pasientkarakteristika vart innsamla under intervju.	Italia Rekruttering frå akutt smertelindring og palliativ eining	n=65 40 kvinner	Informert samtykke frå deltakarar, etisk godkjenning frå institusjons-komitée. Publisert i fagfellevurdert tidsskrift	Fylgjer inkl.kriteria. Skriven av forskarar som ikkje har engelsk som hovudspråk, kan bidra til at resultatata vert formulert upresist. Studiet er utført på eit lite utval italienske kreftpasientar, kan gje avgrensa overføringsverdi.	Kreftsjukdom har signifikant negativ effekt på seksuell funksjon, seksuell tilfredse og samleiefrekvens samanlikna med status før kreft. Over halvparten av deltakarane følte seg ikkje mindre attraktive etter diagnose. Nesten halvparten av deltakarane rapporterte at seksualitet var svært viktig for psykologisk velvære. Det emosjonelle aspektet knytt til

<i>Palliative Care Unit</i> Vittrano, Catania & Mercadante (2011)	status					Inkludert i Taylor (2014), Wang et al. (2018) & Kelemen et al. (2019)	seksualitet haldt fram å vera svært viktig for halvparten av deltakarane samanlikna med deira prediagnostiske status Samtale om seksualitetvart rekna som viktig.
<i>Experiences of sexuality and intimacy in terminal illness: A phenomenological study.</i> Taylor (2014)	Forstå opplevingar av seksualitet og intimitet når ein lev med terminal sjukdom.	Kvalitativ. Heideggeriansk hermeneutisk fenomenologisk studie. Data innsamla ved ein-til-ein samtaleintervju	Storbritannia Rekruttering frå poliklinikk, sjukeheim og hospice avdeling	n=41. Kreftpasient og partner n=14+4	Informert samtykke frå deltakarar, etisk godkjenning frå institusjons-komité. Publisert i fagfellevurdert tidsskrift	Fylgjer inkl.kriteria. Høg heterogenitet avgrensar overføringsverdi. Pasientar i siste leveår er underrepresentert Kan gje resultatskeivskap då denne gruppa kan ha andre utfordringar og behov. Mogleg deltakarane verdset seksualitet meir enn andre. Uvisst kor mange som ikkje ynskte å delta, Ulik rekruttering av deltakarar med MND og kreft. Inkludert i Wang et al. (2018) & Kelemen et al. (2019)	Seksualitet eksisterer i samband med samliv og inneber ikkje alltid seksuell aktivitet. Pasientar og partner opplevde at ulækjeleg kreftsjukdom påverka samlivet gjennom tilknytning og separasjon.. Tilknytning kunne kome i møte med viten om nær død og behov for å vera intime. Separasjon kom mellom anna av endra kjensler, mistydingar, symptom og utstyr. Pasienten kan oppleve skam, sjalusi og sorg når partner trekk seg vekk. Ny-tilknytning kom ved oppklaring i mistydingar.
<i>«I Wish I'd Known»: patients' suggestions for supporting sexual quality of life after diagnosis with metastatic breast cancer.</i> McClelland (2015)	Undersøka naudsynte ressursar til kvinnelege brystkreftpasientar for å støtta deira seksuelle livskvalitet (SQoL) i palliativ omsorg.	Kvalitativ studie. Spørjeskjema samt semi-strukturerte intervju som fylgde intervjuprotokoll med opne spørsmål om pasientens erfaringar med seksuell helse, velvære og kjensler. Uklart kvar pasientkarakteristika er henta inn.	USA Rekruttering frå kreftavdeling ved universitets-sjukehus.	n=32 35-77år	Informert samtykke frå deltakarar, etisk godkjenning frå institusjons-komité. Publisert i fagfellevurdert tidsskrift	Fylgjer inkl.kriteria. Del av eit større forskingsprosjekt på livskvalitet til kvinner med MBC Lite utval og høg heterogenitet avgrensar overføringsverdi. Studiet er utført ved eit universitets-sjukehus i USA.	Deltakarane opplevde overraskande fysiske og psykiske endringar ved deira seksuelle livskvalitet (SQoL) som fylgje av kreft og behandling. Manglande informasjon om SQoL og kreft bidrog til sorg og følelsen av å ikkje vera normal. Tilbod om informasjon og samtale med helsepersonell eller jamlike kor SQoL kunne takast opp var ynskjeleg Dei sakna informasjon til partner

<p><i>Sexual healthcare for cancer patients receiving palliative care: a narrative review</i> Wang et al. (2018)</p>	<p>Utforska førekomst og verdien av å inkludera seksuell helse i symptomkartlegging og vurdering av palliative pasientar, identifisera gjeldande implementerte tiltak som vurderer seksuelle helseproblem samt identifisera barrierar pasientar og helsepersonell kan støte på som kan hindra diskusjon om seksuell helse.</p>	<p>Oversikts- artikkel Søk i MedLine og Embase Søkeord: Cancer, sexual health, sexual well being, sexual functioning, sexual behaviour, sexual dysfunction, intimacy, intimate relationship, palliative care, hospice care, terminal care, sexual partners, sexuality Engelske studiar på menneske inkludert Ingen avgrensing på publiseringsdato</p>	<p>Canada</p>	<p>11 primærstudiar inkludert</p>	<p>Publisert i fagfelleverdert tidsskrift</p>	<p>Fylgjer inkl.kriteria Kun engelskspråklege primærstudiar. Inkluderte studiar har små utval, ofte henta frå same institusjon, dette gjev redusert overføringsverdi. Artikkelen føreslår framtidig forskning på fleire tema</p>	<p>Førekomst av samtale om seksualitet er uvanleg i palliasjon Pasient og partner ynskjer samtale Samtale om intimitet betra livskvalitet og lindra til dels ubehaget i å motta palliasjon. Barrierar til samtaleinitiering for helsepersonell (HP): lite erfaring, ubehag, tidspress Barrierar til samtaleinitiering for patient: emosjonelle barrierar samt ventar på initiering frå HP Tiltak: auke kompetanse, HP bør initiera og gje tilbod om samtale Psykoeksuell støtte burde vera standard i pasientbehandling og implementert som rutine.</p>
<p><i>Assessing the Impact of Serious illness on Patient Intimacy and Sexuality in Palliative Care</i> Kelemen et al. (2019)</p>	<p>Vurdera sjukdoms påverknad på intimitet og seksualitet ved bruk av kartleggingsverktøy og kort spørjeskjema hos sjukehusinnlagte pasientar som mottek palliasjon.</p>	<p>Kvalitativ- kvantitativ multisite- studie. Bruk av kartleggings- verktøy og kort klinisk spørjeskjema Pasientkarakteristika vart henta frå pasientjournal. Sosionom spurde om sivilstatus, intimitetspåverknad på personleg velvære og sivilstatus samt om intimitet hadde blitt tatt opp av andre klinikarar Kartleggingsskjemaet vart nytta ved fyrste og oppfylgande konsultasjon.</p>	<p>USA Rekruttering frå 3 bysjukehus i same region: eit nivå 1 traumesenter, eit lokalt sjukehus og eit undervisings-sjukehus</p>	<p>n=97 kreftpasient n=42</p>	<p>Informert samtykke frå deltakarar, etisk godkjenning frå institusjons-komité. Publisert i fagfelleverdert tidsskrift</p>	<p>Fylgjer inkl.kriteria. Data samla inn i same geografiske region, avgrensar overføringsverdi. Manglande blinding kan gje skeivt resultat; pasientane kan kjenna seg pressa til å rapportera i favør av intervjuar. Ikkje konsistent omgrepsbruk: nyttar intimitet og seksualitet om einannan. Framtidige studiar bør ha ein konkret definisjon av intimitet eller seksualitet.</p>	<p>Halvparten av kreftpasientane rapporterte at sjukdomen råka seskualiteten deira moderat/betrakteleg. Yngre pasientar og pasientar med partner rapporterte oftare at sjukdomen råka seskualitet moderat/betrakteleg. Ynska nivå av intimitet vart hindra av fysiske og psykiske sjukdomsrelaterete problem 5.2% hadde hatt tidlegare samtale om seskualitet, alle rapporterte moderat/betrakteleg påverknad på seskualitet. 81.4% meinte samtale om seskualitet vart hjelpsam. Liten/ingen påverknad på seskualitet vart knytt til manglande interesse for seskuell intimitet.</p>

Vedlegg 6: Resultatmatrise

Studie	Mercadante et al. (2010)	Vitrano et al. (2011)	Taylor (2014)	McClelland (2015)	Wang et al. (2018)	Kelemen et al. (2019)
Metode	Oversiktsartikkel	Prospektiv kvalitativ- kvantitativ studie	Kvalitativt studie	Kvalitativ studie	Oversiktsartikkel	Kvalitativ-kvantitativ multisite-studie
Kreft og palliasjon påverkar seksualitet og seksuell helse	<p>Få studiar på kreftpasientar i palliativ fase. Kreft og behandling reduserer seksualitet, uavhengig av alder, etnisitet, legning, kjønn og sosioøkonomisk bakgrunn.</p> <p>Fysiske og emosjonelle symptom påverkar seksualitet. Innlagte pasientar vert hindra av manglande privatliv og utstyr. Heimeverande pasientar har meir privatliv. Sjukdom kombinert med dårleg kommunikasjon kan påverka forhold.</p> <p>Seksuelle tankar og kjensler kan vedvara sjølv om behov for samleie forsvinn.</p> <p>20-100% opplever fysisk eller psykisk seksuell dysfunksjon etter kreftbehandling.</p>	<p>Kreftsjukdom har signifikant negativ effekt på seksuell funksjon ($P<0.001$) og seksuell tilfredse ($P<0.001$). Ein signifikant samanheng vart funne med alder, karnofskynivå og velværenivå.</p> <p>Det vart òg funne ein ikkje-signifikant negativ effekt på samleiefrekvens samanlikna med status før kreft ($P=0.01$).</p>	<p>Sjukdom kan endra samspelet i parforholdet. Pasientar kan oppleve tilknytning og tryggleik til partner i møte med livsavgrensande sjukdom.</p> <p>Separasjon til partner kan oppstå av ulike faktorar tilknytt sjukdom, behandling og manglande kommunikasjon.</p> <p>For nokon kan ny-tilknytning oppstå ved oppklaring av mistydingar og at sjukepleiar tek opp temaet.</p> <p>Seksualitet og samliv vert påverka negativt av endra kroppsbilete, endra kjensler og haldningar hos partner, behandling (kjemoterapi, kirurgi), utstyr (sjukehusseng/anna utstyr), immobilitet/tap av spontanitet eller funksjon og smerter</p>	<p>Metastatisk brystkreft, behandling og biverknad av behandling vart skildra som eit vedvarande tap som emosjonelt påverka deira seksuelle velvære.</p> <p>Brystamputasjon, hårtap, vaginal tørrleik, manglande informasjon om seksualitet og seksuelle problem samt frykt for å ikkje vera innafor spekteret av "normal" påverka pasientane sin seksuelle livskvalitet.</p> <p>Fleire pasientar rapporterte ei frykt for å ikkje vera normal. Dei ynskte å veta kva som var "normalt", om det dei følte var normalt, innan grensene for normalitet, og om andre kjende tilsvarande og òg sleit med seksuelle problem.</p>	<p>Kreft og behandling endra frekvens og aktivitet av fysisk seksuelt uttrykk. Seksuell helse haldt likevel fram med å vera eit viktig aspekt ved livskvalitet.</p>	<p>Halvparten av kreftpasientane opplevde at sjukdomen påverka seksualitet moderat/betrakteleg.</p> <p>Hinder til intimitet var symptom, stress, behandling/utstyr, samlivsbrot og redusert evne. Redusert interesse for intimitet reknast òg som ei barriere.</p>

<p><i>Fysiske endringar og utfordringar</i></p>	<p>Kliniske endringar ved langt komen kreft påverkar seksuell funksjon. Biverknadar kan vera midlertidig eller vedvarande. Vedvarande verknadar av kjemoterapi eller sjukdomsprogresjon kan ha sterk effekt på seksuell funksjon og lyst (kvalme, vekt tap, hårtap, hudendringar, tidleg overgangsalder, vaginal tørrleik, forstyrre ejakulasjon, testosteronmangel, tarmsymptom, endra lukt- og smakssans, veikskap/fatigue). Kirurgi og strålebehandling avgrensar seksuell funksjon (amputasjon, arr, stomi, kvalme, bekkensamanvaksing, stråleskadar, vaginal fibrose, utmatting, nevrovaskulær skade, tarmsymptom, autonom forstyrring). Legemidlar som opioidar, betablokkarar & antidepressiva bidreg til redusert seksuell lyst/evne. Andre utfordringar: smerter, tap av energi, inkontinens, infertilitet, maligne sår, hormonendringar, redusert fysisk funksjon</p>	<p>Ingen rapporterte problem med ytre genitalia. Alle kvinnene hadde spontan overgangsalder</p> <p>Seksuell funksjon og tilfredsstilling reduserast av kreftsjukdom</p>	<p>Immobilitet, smerter og tap av spontanitet medverka til separasjon og påverka det seksuelle forholdet. Erekttil dysfunksjon hindra spontanitet og stogga seksuell aktivitet.</p>	<p>Fysiske endringar oppstod hos pasientane både ved diagnostisering og ved tilbakefall/forverring. Informasjon om korleis leva med ein post-kirurgisk kropp var ynskjeleg (brystprotese). Deltakarane opplevde utfordringar med vaginal tørrleik. Ynskje om informasjon om spekteret av "normal" seksuell repsons og erfaringar etter kreftdiagnose og behandling.</p>	<p>Pasientar som opplevde fysisk seksuell dysfunksjon eller endra seksualitet under behandling kunne få råd frå helsepersonell om alternative metodar for å uttrykka seksualitet dersom samtale om seksualitet førekom</p>	<p>Symptom og redusert fysisk funksjon hindra ønska nivå av intimitet for dei som rapporterte at sjukdomen påverka seksualitet moderat/betrakteleg. Smerter, dyspne og seksuell dysfunksjon hindra ønska nivå av intimitet. For pasientar som rapporterte at sjukdomen hadde liten/ingen påverknad på seksualitet var manglande energi, seksuell inaktivitet og auka alder grunnar til avgrensa/manglande interesse.</p>
---	---	---	---	---	--	--

<i>Psykososiale og emosjonelle endringar og utfordringar</i>	Redusert livskvalitet Depresjon og angst kan gje tap av seksuell lyst og tilfredsstilling. Høgare førekomst av depresjon hos kreftpas. enn friske. Trøyte og bekymring kan òg redusera lyst. Misoppfatningar knytt til kreft kan gje skam, frykt og ei kjensle av å vera urein. Tidlegare haldningar til eigen seksualitet påverkar tilpassingsgrad. Positive haldningar kan bidra til å ta opp seksuell aktivitet etter behandling.	<i>Nær halvparten av deltakarane rapporterte at seksualitet var svært viktig for psykologisk velvære.</i> <i>Det emosjonelle aspektet knytt til seksualitet haldt fram å vera svært viktig for halvparten av deltakarane samanlikna med deira prediagnostiske status</i>	Manglande berøring forsterka triste kjensler hos pasienten og bidrog til auka separasjon. Negative haldningar og endra kjensler hos partnar skapa separasjon og pasientar kunne oppleve skam og ei kjensle av å vera ekkel (partnar til ein pasient som fekk kjemoterapi uttrykte "I don't want that bloody thing inside me with all of that shit in you").	Emosjonelle endringar, psykologisk tap, sorg og frykt, oppstod hos pasientane både ved diagnostisering og ved tilbakefall/forverring. Psykologisk aspekt ved brystfjerning. Pasientane opplevde eit uventa bekymringsnivå tilknytt endringane dei såg ved seg sjølv. Hårtap skapa frykt for at ekteskapet skulle endast.	Psykososiale fordelar ved førekomst av vurdering av seksuell helse, helsepersonell kunne validera, støtta og trygga pasient og partnar	Stress og anstrenging hindra ønska nivå av intimitet for dei som rapporterte at sjukdomen påverka seksualitet moderat/betrakteleg. Pasientar som rapporterte at sjukdomen hadde liten/ingen påverknad på seksualitet grunn gav det med at dei hadde liten interesse for seksuell intimitet. Liten interesse for intimitet var knytt at pasienten hadde betringfokus, seksuelle traume, manglande lyst
<i>Kropps-bilete</i>	Endra kroppsbilete, redusert sjølvtilitt, kjenner seg usexy, redusert vyrdnad. Frykt for avvising kan fylgje.	60% rapporterte at dei ikkje kjende seg mindre attraktive etter diagnose. 7.5% opplevde vanskar med kroppsbiletet (hårtap, endra vekt)	Endra kroppsbilete påverka kor seksuelt attraktive nokon kjende seg og skapa separasjon i paret.	Kroppsbilete endra seg etter kreftbehandling, fleire rapporterte at dei kjende seg usexy.	N/A	Liten interesse for intimitet var knytt til at pasienten hadde bekymringar til kroppsbilete.
<i>Seksualitet ved livets slutt</i>	Seksualitet er viktig mot livets slutt. Seksuell funksjon kan påverkast av fleire faktorar ved livets slutt. Psykologiske og kliniske endringar som kjem av sjukdom og behandling kan styrka faktorar allereie kjend for kreftpasientar. Pasienten kan ha seksuelle tankar og kjensler sjølv om dei er svært sjuke.	Seksualitet held fram med å vera ein viktig del for å styrka pasientens livskvalitet	Seksualitet og samliv vert påverka når ein har livsavgrensande sjukdom. Sjølv når døden nærmar seg har nokon pasientar seksuelle lyster og behov (ein pasient ynskta å ha samleie opp til 2 veker før død).	Teiing om seksuell livskvalitet og manglande kunnskap om kommande endringar bidrog til at pasientane opplevde eit uventa tap.	Pasientar rapporterte at seksuell helse var eit viktig aspekt ved deira livskvalitet, på trass av endringar i frekvens og aktivitet i fysisk uttrykk.	For pasientar ved livets slutt (død innan 3mnd etter studiet) uttrykte 53% at seksualitet/intimitet var moderat/betrakteleg påverkar, 78% rapporterte at samtalen var viktig.

Samliv	<p>Pasient kan ha auka behov for intimitet ved langt komen kreft. Fysisk nærleik, deling av kjensler og berøring kan vera svært viktig.</p> <p>Emosjonell tilknytning til andre kan vera viktigare enn fysisk seksuelt uttrykk.</p> <p>Endra samlivsroller, frykt for avvising og manglande kommunikasjon spelar viktige roller på seksuell funksjon og lyst.</p> <p>Kulturelle vanskar kan påverka seksuelle relasjonar</p>	Alle pasientane hadde partner.	<p>Pasientar og partner opplever tilknytning, separasjon og nytilknytning i møte med livsavgrensande sjukdom. Tilknytning tok form som støtte, tilhøyrse, fellesskap, samleie/elsking og berøring/kosing.</p> <p>Nytilknytning oppstod for nokon ved progrediering av sjukdom ("The shadow of impending death", nokon deltakarar opplevde at studiet opna for dialog i parforholdet.</p>	<p>Pasientane skildra at dei bekymra seg for korleis partner ville oppfatte dei etter behandling og evt. rekonstruksjon.</p> <p>Pasient ynskte at partner skulle få utfyllande informasjon om korleis tolka og forstå dei seksuelle og fysiske endringane og behova pasienten opplevde.</p> <p>Informasjonen til partner kunne vedlikehalda eller styrka seksuelle interaksjonar.</p> <p>For pasientar som ikkje hadde seksuelle lyster i forkant av sjukdomen kunne diagnosen nyttast som unnskylding til å motstå samleie med partner, dei prøvde å avleida eller stogge seksuell interaksjon med partner</p>	N/A	<p>Tendens til at pasientar med partner rapporterte at sjukdomen påverka seksualitet moderat/betrakteleg.</p> <p>Intimitet (seksualitet) vart ofte tolka som eit fysisk seksuelt uttrykk, men kunne inkludera ikkje-seksuelle uttrykk for kjærleik som klemming og kosing.</p>
Partner	N/A	Ingen partner intervjuja, kan skuldast middelhavskultur, beskyttande åtfærd eller strengt privatliv knytt til temaet.	Partner kan oppleve vanskar med å imøtekomme pasientens seksuelle behov. Kan ha endra kjensler for pasient.	N/A	N/A	N/A
Single	<p>Single kan ha vanskar med å handtera viten om at sjukdomen ikkje kan lækjast.</p> <p>Kan stogge leiting etter partner i frykt for avvising.</p>	N/A	<p>Dei som ikkje hadde partner vektla samlivsaspektet ved seksualitet.</p> <p>Dei kunne oppleve at dei ikkje eigna seg til dating eller samliv.</p>	<p>11 utan partner.</p> <p>Opplevde utfordringar med dating på grunn av endra kroppsbilete og frykt for å vera unormal.</p>	N/A	Samlivsbrot og mangel på partner hindra intimitet og seksuell aktivitet.

Barrierar til samtale om seksualitet	<p>Dei same barrierane til samtale om seksualitet som ein finn i kreftpopulasjon vert observert i palliativ populasjon, på trass av betre kommunikasjonsdugleikar og engasjert miljø. Kulturelle vanskar og manglande kunnskap knytt til endringar i seksualitet som oppstår v/ behandling og progrediering hindrar open kommunikasjon om seksualitet</p> <p>Hospice utgjer ytterlegare problem grunna avgrensa privatliv.</p>	N/A	Eksisterande seksuelle eller samlivs- utfordringar påverka kommunikasjon mellom partnarar. Manglande kommunikasjon og mistolkingar skapa separasjon.	Teiing rundt seksuell livskvalitet er eit resultat av ulike faktorar, inkludert pasientenes ubehag i å snakke om problem tilknytt seksualitet.	8 av 11 artiklar løftar fram barrierar.	N/A
<i>Pasient</i>	N/A	N/A	Teiing om sex i samlivet gav rom for mistydingar. Kjenner seg ikkje komfortable med å ta opp temaet.	Frykt for privatliv og vanskar med å snakke om seksuelle problem hindra mange av pasientane å ta opp temaet med helsepersonell, likemenn eller støttegrupper.	emosjonelle hindringar (blygskap, skam og ynskje om at helsepersonell initierer)	N/A
<i>Helsepersonell</i>	<p>meir komfortable med å fokusera på behandling enn å ta opp seksualitet.</p> <p>bidreg med for lite informasjon og støtte til at pasient kan handtera seksuelle endringar.</p>	N/A	N/A	N/A	Faktorar som hindra helsepersonell å gje seksuell helseomsorg. Fysiske avgrensingar: tidspress Psykososiale avgrensingar (Sjå under)	N/A
<i>Haldningar og mistydingar hos helsepersonell</i>	<p>Haldningar til at overleving er viktigare enn seksualitet.</p> <p>Seksuell funksjon er eit aspekt av livskvalitet som ofte reknast mindre viktig</p>	N/A	N/A	N/A	psykososiale avgrensingar: personleg ubehag, manglande trening, behandlingfokus, utilfredsstillande utdanning innan seksuell	N/A

	enn behandlingsprotokollar og prosedyrar gjennom sjukdomsforlaup og ved progrediering kor symptomkontroll er av større betydning.			<i>til å ta opp alvorsheten av dei seksuelle utfalla dei opplevde.</i>	helseomsorg	
Kommunikasjon	Pasientar ynskjer informasjon, støtte og praktiske løysingar frå helsepersonell som kan hjelpe dei å leva med seksuelle og intime endringar i møte med livsavgrensande sjukdom.	Majoriteten (86.4%) rekna samtale om seksualitet som viktig.	Deltakarar fekk spørsmål om helsepersonell tidlegare hadde samtale med dei om seksualitet og seksuell helse.	Høve til å samtala om seksuelle problem med helsepersonell og høyra deira trygging om normaliteten ved seksualitet (uavhengig av form) var viktig for mange i studien. Pasientane ynskte å snakke med ein spesialist innan seksuell helse eller likemann (andre kvinner med MBC) om seksuelle problem.	6 av 11 inkluderte studiar indikerer låg eller ingen førekomst av samtale mellom helsepersonell og pasient i palliasjon	Over 80% av deltakarane rapporterte at samtale om seksualitet/intimitet var hjelpsam.
Vurdering/kartlegging	N/A	N/A <i>Studiet vurderer seksualiteten til pasientar med langtkomen kreft.</i>	N/A	Det er eit breidt spekter av seksuelle velværebehov som ikkje vert omtala i klinisk setting.	9 av 11 artklar rapporterte påverknad av vurdering av seksuell helse. Positive utfall vart sett i situasjonar kor seksualitet vart vurdert i palliativ setting, og negativt utfall vart observert kor det ikkje førekom.	Over 90% av deltakarane hadde ikkje fått spørsmål om sjukdomens verknad på seksualitet/intimitet før studiet. Kun 5 pasientar hadde hatt tidlegare samtale om seksualitet, alle 5 uttrykte at sjukdom påverka seksualitet moderat/betrakteleg.
Samtale og informasjon om seksualitet	Kun 1 av 10 i palliativ behandling har fått spørsmål om seksualitet. Mange pasientar er skuffa over manglande informasjon, støtte og praktiske løysingar	Ved framtidig kontakt ynskte 60.6% å ta opp temaet med psykolog, 22.7% ynskte lege og 16.7% ynskte sjukepleiar.	Deltakarane klarar at helsepersonell ikkje burde krevja at pasientar (og partnar) skulle snakke om seksualitet, men at dei burde skape moglegheiter for samtale om det.	Deltakarar som hadde hatt tidlegare samtale med lege mottok utilstrekkeleg informasjon til å ta opp alvorsheten av dei seksuelle utfalla dei opplevde. Fleire rapporterte manglande tilgjengeleg	I situasjonar kor samtale om seksualitet førekom kunne sjukepleiar bidra med validering, støtte og informasjon om andre måtar pasienten kunne gje uttrykk for seksualitet (alternativ til dei med seksuell dysfunksjon eller	81.4% rapporterte at samtale om seksualitet/intimitet var hjelpsam

				informasjon. Deltakarane ynskte meir informasjon om seksuell livskvalitet og samtale om endringar etter behandling og seinverknadar	endra seksualitet undervegs i behandling)	
<i>Støtte og tiltak</i>	Seksualitet bør godkjennast og implementerast i heilskapleg pasientbehandling for palliative kreftpasientar	Heilskapleg tilnærming til palliasjon inkluderer rom for å sjå på påverknaden på seksualitet.	Tilbod om samtale, men ikkje kreve respons. Manglande støtte til par når fokuset er retta mot pasienten. Tilbod om separat støtte til pasient og omsorgsperson , men ikkje til paret. Samtale bør sikta på å møta paret og løyse utfordringar dei kjenner på saman.	Deltakarane ynskte tilknytning til nokon som kunne støtta deira seksuelle velvære. Støttegrupper, andre informasjonskjelder (til dømes skriftleg informasjon), samtale med jamlike,	Samtale gav rom for at helsepersonell kunne validera, gje emosjonell støtte og trygging til pasientar og partnar. Stepped skills, PLISSIT-modellen og Kubler-Ross: kan nyttast som rammeverk for å auka forståing for utfordringar pasientar og partnarar kan oppleve mot livets slutt samt støtta den palliative pasienten.	Forfattar føreslår å implementera vurdering av relevante bekymringar tilknytt seksualitet og intimitet som rutine under omfattande psykososial vurdering