



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -  
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 26.02.15 kl 14.00

Kandidatnr.: 1054

Antall ord: 7248

## Seksualitet, samliv og livskvalitet hos livmorhalskreftoverlevende

*Foetus in uterus*, 17th Century artwork. (Foto: Encyclopædia Britannica ImageQuest). Hentet fra



[http://quest.eb.com/search/132\\_1216928/1/132\\_1216928/cite](http://quest.eb.com/search/132_1216928/1/132_1216928/cite)

*Bachelor i Sykepleie*

*Høgskolen Stord/Haugesund, avd. Haugesund 2016*

*Kull 2013*

*Kandidatnr: 1054*

# Sammendrag

**Tittel:** *Seksualitet, samliv og livskvalitet hos livmorhalskreftoverlevende*

**Bakgrunn:** Hvert år rammer livmorhalskreft flere hundre kvinner i Norge. Hvor operasjon, cellegift og strålebehandling er den vanligste formen for behandling. Dette fører til komplikasjoner og belastninger for kvinnene. I oppgaven fokuserer jeg på behandlingens innvirkning på seksualitet, samliv og livskvalitet og hvordan sykepleier kan hjelpe kvinnene i denne prosessen.

**Problemstilling:** Hvordan ivareta seksualitet, samliv og livskvalitet hos kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft?

**Hensikt:** Jeg ønsket å få større kunnskap om behandlingens innvirkning på kvinnene og hvordan seksualitet og samliv påvirker livskvalitet. Noe som er viktig for sykepleiere og ha kunnskap om, slik at man kan bidra til denne pasientgruppens opplevelse av livskvalitet. Jeg ønsker også å kunne formidle videre den kunnskapen jeg tilegner meg til andre sykepleiere.

**Metode:** Litteraturstudie, der faglitteratur og forskningsartikler besvarer problemstillingen.

**Funn:** Det kommer gjennom studiene frem at senkomplikasjoner av behandlingen påvirker kvinnenes seksualitet og samliv, noe som også påvirker deres livskvalitet. Informasjon og veiledning var noe kvinnene følte de manglet gjennom forløpet. Dette er dermed et område som må vektlegges og styrkes hos denne pasientgruppen.

**Konklusjon:** Senkomplikasjonene som oppstår av behandling påvirker kvinnenes seksualitet og samliv med partner. Seksualitet er for mange sårbart. Sykepleier må dermed ha en tilnærming som ikke føles påtrengende for kvinnene. Veiledning og informasjonsarbeidet må tilpasses kvinnens behov.

**Nøkkelord:** Gynekologi, Livmorhalskreft, seksualitet, livskvalitet, samliv

## **Abstract**

**Title:** *Sexuality, relationships and quality of life among cervical cancer survivors.*

**Background:** Hundreds of Norwegian women are being diagnosed with cervical cancer each year. Operation, chemotherapy and radiation therapy is the most common form of treatment. This leads to complications and burdens on the women. In my thesis, I focus on the treatments effect on sexuality, relationships and quality of life, and how nurses can help women through the process.

**Question:** How to safeguard sexuality, relationships and quality of life in women who have undergone treatment for cervical cancer?

**Aim:** I wanted to increase my knowledge about the treatments impact on women, and how the quality of life is affected by sexuality and relationships. Increased knowledge about this topic among nurses can help this patient group experience of quality of life. I also want to be able to pass on the knowledge I acquire me to other nurses.

**Method:** Literature review, where literature and research answers the thesis question.

**Findings:** It comes through studies revealed, that late complications of therapy affects women's sexuality and relationships. Which in turn affects their quality of life. Information and guidance was something the women lacked. Information and guidance must therefore be emphasized in this patient group.

**Conclusion:** Complications arising from treatment affects a woman's sexuality and sexual relations with their partner. Sexuality is too many a vulnerable topic. Nurses must not push themselves on women. Guidance and information work must be adapted to her needs

**Keywords:** Gynaecology, cervical cancer, sexuality, quality of life, relationships



## Innhold

1.0	Innledning .....	1
1.1	Valg av tema .....	1
1.2	Problemstilling .....	1
1.3	Avgrensning og presisering av problemstilling .....	1
1.4	Begrepsavklaring .....	2
2.0	Teori .....	3
2.1	Livmorhalskreft .....	3
2.2	Behandling .....	4
2.3	Konsekvenser av behandling .....	4
2.4	Livskvalitet .....	5
2.5	Seksualitet .....	6
2.6	Sykepleieteori: Patricia Benner og Judith Wrubels omsorgsteori.....	7
2.7	Oppsummering .....	8
3.0	Metode .....	8
3.1	Metodekritikk .....	8
3.2	Litteraturstudie som metode .....	9
3.3	Etiske overveielser .....	9
3.4	Kildekritikk .....	10
3.5	Fremgangsmåte .....	11
4.0	Resultat.....	13
5.0	Drøfting .....	17
5.1	Et tabubelagt område.....	17
5.2	Konsekvenser av behandling- kvinnenes velbefinnende.....	18
5.3	Seksualitet og samliv .....	18
5.4	Livskvalitet .....	19
5.4.1	Omsorgens betydning.....	19
5.4.2	Definisjon av livskvalitet .....	20
5.4.3	Informasjon og veiledning .....	22
6.0	Konklusjon .....	23
	Referanseliste:.....	24

### **Vedlegg I: PLISSIT-modellen**

### **Vedlegg II: Eksempel på kildekritikk**

### **Vedlegg III: Kvinnelig kjønnsorgan illustrasjon**

## 1.0 Innledning

338 kvinner fikk diagnosen livmorhalskreft i 2014, hvorav 63 døde av sykdommen (Kreftregisteret, 2015). Livmorhalskreft utvikler seg langsomt. De maligne cellene er i forstadiet i mange år før de invaderer dypere strukturer og blir en veldefinert svulst (Jerpseth, 2010, s. 37). Norske kvinner blir systematisk screenet med celleprøver som gjør at færre får sykdommen og færre dør. Desto tidligere man oppdager celleforandringer, jo større er sannsynligheten for å overleve (Sykepleien, 2013). Sykepleie ved kreft i underlivet vil være preget av omsorg, og en emosjonell, praktisk og sosial støtte. Behandlingen av livmorhalskreft påvirker for mange kvinner selvbildet. Dermed kan konsekvensene for seksuallivet bli sentralt anliggende (Jerpseth, 2013, s. 38).

### 1.1 Valg av tema

Interessen for pasientgruppen kom i praksis på gynekologisk avdeling. Der jeg møtte pasienter med en gynekologisk kreft hvor flere unge kvinner fikk diagnosen livmorhalskreft. Hensikten for valg av tema er å rette et fokus på livmorhalskreft. Det å ha hatt en form for underlivskreft påvirker seksualiteten og samlivet med partner. Noe som er tabubelagt i dagens samfunn. Enkelte senkomplikasjoner av behandling er skjedetørrhet, smerter ved samleie og arrdannelse (Gynkreftforeningen, u.å). Dette vil også kunne påvirke kvinnens livskvalitet.

### 1.2 Problemstilling

*Hvordan ivareta seksualitet, samliv og livskvalitet hos kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft?*

### 1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

I oppgaven velger jeg å fokusere på kvinner som har fått kurativ behandling og nå lever med bivirkninger/senkomplikasjoner av behandling. Jeg vil legge vekt på deres liv etter kreften med sykehuset som arena. Dette fordi det er her kvinnene vil få den viktigste informasjonen om tiden etterpå, og hvilke utfordringer som måtte oppstå. Siden kvinnene som nevnt innledningsvis har bivirkninger som påvirker seksualiteten er dette et viktig moment. Jeg vil dermed belyse hvordan seksualitet og samliv kan påvirke livskvalitet. Dermed vil jeg ha fokus

på seksuelt aktive kvinner i fertil alder. Jeg vil trekke inn parforhold der det er relevant fordi deres samliv omhandler partneren og kvinnen.

#### 1.4 Begrepsavklaring

Kort forklaring av ulike begrep brukt i problemstillingen, begrepene vil fordypet i teoridel.

**Cervikal cancer / Cancer cervix / Livmorhalskreft-** Kreftdannelse i livmorhalsen, svulsten oppstår vanligvis ved overgangssonen omkring mormunnåpningen (Jerpseth, 2013, s. 37).

**Livskvalitet-** Siri Næss beskriver livskvalitet som, personen har det godt og har en høy livskvalitet i den grad personen er aktiv, har samhørighet, selvfølelse og en grunnstemning av glede (Rustøen, 2011, s.32)

**Seksualitet og samliv-** Seksualiteten er hvor de seksuelle og erotiske, tanker, følelser og handlinger utspiller seg. Seksualiteten utspiller seg via vår personlighet på en grunnleggende måte. Dette gjelder forholdet mellom partner, uavhengig av kjønn. Det kan dreie seg fra ønsket befruktning til kjærlighetshandlinger (Grünfeld, 2015).



## 2.0 Teori

Under innhenting av teori og litteratur til oppgaven fant jeg mye litteratur, noe som gjorde det vanskelig å kunne velge hva som var mest relevant. For å kunne kritisk velge den litteraturen brukt i oppgaven, måtte jeg se på relevansen, gyldigheten og om det var holdbart til å besvare problemstillingen.

### 2.1 Livmorhalskreft

Livmorhalskreft utvikler seg i livmorhalsen ved overgangen mellom plateepitel og sylinderepitel. Vanligvis oppstår svulsten i overgangssonen rundt mormunnsåpningen. Hvor det flerlagete plateepitelet omringer utsiden av livmortappen og går over til enlaget sylinderepitel i cervikalkanalen. Utviklingen av livmorhalskreft foregår som oftest langsomt og over tid. Man regner dermed med at de maligne cellene befinner seg i forstadier i flere år, før de invaderer dypere strukturer og danner svulster. De tidlige stadium av celleforandringer kalles CIN (Cervikal intraepitelial neoplasi) og deles inn i CIN 1,2,3 ut fra alvorlighetsgraden på celleforandringene. I Norge får alle kvinner mellom 25-60 år tilbudet om celleprøve (cytologisk prøvetaking). Dette tilbudet har også redusert dødeligheten av livmorhalskreft fordi man kan oppdage celleforandringer på et tidlig tidspunkt, og behandlet det (Jerpseth, 2013, s. 37).

Utvikling av livmorhalskreft viser seg å ha en sammenheng med kvinnens seksualvaner, og at den kreftfremkallende agensen overføres seksuelt. Infeksjon med visse typer human papillomavirus viser seg ha en stor del i utviklingen av sykdommen (Jerpseth, 2013, s. 37). De fleste som blir smittet av viruset merker ikke noe til det, fordi det sjeldent gir symptomer. Omtrent 10. 000 kvinner i Norge får diagnosen lette celleforandringer hvert år. Omtrent 3000 kvinner får alvorlige celleforandringer og må fjerne deler av livmorhalsen, ved konisering (Kreftforeningen, u.å.) (Kreftregisteret, 2015).

## 2.2 Behandling

Livmorhalskreft kan behandles kirurgisk, med radioaktiv stråling og cytostatika og disse tre kombineres ofte i behandlingen. Bakgrunn for behandlingsvalg avhenger av type svulst og utbredelsen. Hvor det da deles inn i fire stadium knyttet til beliggenhet (Jerpseth, 2013, s. 37). I forstadiet, CIN-stadiet utføres det konisering, som er et kirurgisk inngrep hvor livmortalappen skjæres vekk, som oftest med laser. Ved senere stadier er standardbehandlingen intrakavitær stråling, og kirurgisk behandling. Dersom det er oppstått spredning til det lille bekkenet vil pasienten alltid få strålebehandling i tillegg (Jerpseth, 2013, s.38).

## 2.3 Konsekvenser av behandling

Ved underlivskreft er strålebehandling av bekkenet en sentral del av behandlingen, eventuelt i kombinasjon med innvendig stråling. Dette medfører nedsatt elastisitet og skjeden kan føles tørr og sår. Ved stråling av det nedre bekkenfeltet, oppstår det arrdanninger og sammenvoksinger i skjeden. Dette kan medføre utfordringer ved samleie. Dette vil kunne påvirke kvinnens følelse av verdifullhet som kvinne men også som seksualpartner (Jerpseth, 2013, s. 38).

Ved skader i kjønnsorgan som påvirker kvinnens seksualitet vil sykepleier ta initiativ til kontakt og snakke med kvinnen og eventuelt partner. Her vil problemer knyttet til seksualiteten som oppstår av behandling tas opp. Sykepleieren må åpne for at kvinnen selv kan fortelle om hvordan hun opplever situasjonen. Sykepleier må veilede kvinnen og hennes partner om at intimitet og nærhet uten samleie er vesentlig for kvinnens helbredelse i sårbar situasjon. Ulike praktiske sider av samleiet som bruk av vannbaserte glidemiddel og vaginale dilatorer som blir brukt etter strålebehandling for forebygge dannelse av sammenvoksinger er viktig å informere om (Jerpseth, 2013, s. 39). Et hjelpemiddel for sykepleiere i veiledningsarbeidet er PLISSIT modellen. Denne modellen beskriver ulike nivåer av hjelpebehov ved seksuelle problem. Modellen er egnet for seksuell veiledning som består av 4 trinn. Trinn 1 danner grunnlag for trinn 2 og videre opp, dermed en hierarkisk 4-trinns modell. Hvert trinn krever en økende kunnskap og ferdigheter (Kreftforeningen, 2005). Se Vedlegg I.

## 2.4 Livskvalitet

Verdens helseorganisasjon definerer livskvalitet som et individuelt perspektiv på menneskets posisjon i samfunnet i kontekst av kultur og verdier som han eller hun eksisterer i med egne hensikter, mål og begrensninger. Et vidt syn påvirket av individets helsestatus, kognitive tilstand, sosiale forhold, nivå av uavhengighet og relasjonen til miljøet (Pasek, Suchocka and Urbanski, 2012).

Et annet perspektiv av livskvalitet er Carol Ferrans og Marie Powers sin definisjon på livskvalitet.

*«En persons følelse av tilfredshet eller utilfredshet med de områder i livet som er viktig for en» (Rustøen, 2010, s. 33).*

Livskvalitet er dermed et subjektivt begrep som tar i betraktning både det fysiske, psykiske og sosiale aspektet i livet. Det er den enkeltes opplevelse av å ha det godt eller dårlig.

Vurderingen av livskvalitet må dermed ta et individuelt utgangspunkt i deres opplevelse av situasjonen (Rustøen, 2010, s. 53).

Mennesker som i dag får en kreftdiagnose må leve med en endret livssituasjon i en periode eller resten av livet. Dermed er det viktig å vite hvordan kreftsykdommen har innvirkning på livskvaliteten deres. Når behandlingen er kurativ er det viktig med informasjon om subjektive plager pasienten kan få under og etter behandling (Utne, 2010, s. 250).

Et livskvalitetsskjema som er kreftspesifikt og hyppig brukt i Norge er EORTC QLQ-C30, European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire (Utne, 2010, s.251). Skjemaet består av fem skalaer som omhandler funksjon, symptomskalaer, økonomiske forhold og totalskår. Svarene omregnes til en skala fra 0-100, der høyest skår på funksjon og livskvalitetsskalaene tilsier en bedre funksjon og livskvalitet. Høye skår på symptomskalaen tilsier derimot mye symptomer (Utne, 2010, s. 253).

Bakgrunnen for at valget å ta med beskrivelsen av EORTC-QLQ-C30, er fordi skjemaet er brukt i to av forskningsartiklene presentert i resultatdel.

## 2.5 Seksualitet

Den menneskelige seksualiteten bygger på et nettverk av følelser, som er unikt for hver enkel og består av erfaringer og egenskaper som er individuelle. Men hvordan dette samspillet er satt sammen vet vi ikke. Men det man kan forholde seg til er hvordan vi forvalter og gir rom for seksualitet i samfunnet vi lever i (Almås og Benestad, 2006, s. 43). WHO's definisjon av seksuell helse ble beskrevet av Langfeldt og Porter i 1968.

*«Seksualitet er en integrert del av det å være mann, kvinne eller barn. Det er et grunnleggende behov og et aspekt ved menneskelig væren som ikke kan skilles fra andre deler av livet. Seksualitet er ikke synonymt med samleie, det handler ikke om å ha orgasme eller ikke, og det er heller ikke summen av våre erotiske liv. Disse kan være deler av vår seksualitet, men trenger ikke være det (...)*» (Almås og Benestad, 2006, s. 44).

Videre beskriver de at seksualitet er mye mer, det er den energien som gjør oss i stand til å ville søke kontakt, kjærlighet, varme og intimitet. Det seksuelle uttrykkes dermed i hvordan man selv føler seg, beveger seg, berører og blir berørt. Dermed handler det like mye å være sensuell som seksuell. Seksualiteten påvirker våre tanker, følelser, handlinger og samspill. Dermed vår mentale og fysiske alder (Almås og Benestad, 2006, s. 44).

Kreftbehandling i underlivet innebærer for mange kvinner et endret selvbilde noe som skaper konsekvenser for seksuallivet. De fleste kvinner som blir operert for kreft i underlivet vil ha fått fjernet livmor og livmorhalsen, dette medfører av skjeden er forkortet. Skjeden vil føles annerledes fordi den er kortere, men vil kunne tøyes ved samleie (Jerpseth, 2013, s. 38).

Det er vanlig at mennesker som får kreftbehandling og har kreftsykdommer ikke blir spurt på noe tidspunkt om deres seksualitet og samliv. Partnere kan dermed oppleve den syke som for svak eller at det er for fysisk krevende med seksualitet. Eller de kan oppleve deres partner som er syk som uren eller smittefarlig. Sexologisk rådgivning for den syke og partner er noe som kan bidra positivt til tilfriskning og livskvaliteten (Almås og Benestad, 2006, s. 116).

## 2.6 Sykepleieteori: Patricia Benner og Judith Wrubels omsorgsteori

Benner og Wrubels sin teori har som hovedpunkt at omsorg er fundamentet i menneskelig liv og for sykepleiefaget (Kirkevold, 2014, s. 199).

Omsorg definerer og anvendes av Benner og Wrubel som hvordan mennesket forholder seg til det som er av betydning. Slik som hendelser, prosjekter og ting. Omsorg er essensiell hvis man skal leve i en differensiert verden hvor noen ting betyr noe, noen mindre viktige eller ikke viktig i det hele tatt. Omsorg som et begrep i forbindelse med noe som betyr noe og ha ting som betyr noe, fungerer utmerket fordi dette forener tanke, følelse og handling.

Betegnelsen beskriver et bredt spekter av relasjoner, fra romantisk kjærlighet, til foreldrelig og vennskapelig kjærlighet. Og fra omsorg til ens hage, og fra omsorg til ens arbeid, samt til omsorg for ens pasienter (Benner og Wrubel, 2003, s. 23).

Benner og Wrubel legger vekt på at omsorg i den betydningen å bry seg om noe, skaper mulighet for mennesket og dermed gir opphav til meningsfulle måter å mestre situasjoner på. Samtidig gir det å bry seg om noe opphav til stress, risiko og utsatthet. Dersom noe står i fare fra og bli tatt fra et menneske som er av betydning, gir dette opphav til stress eller utsatthet. Når individet opplever stress har det behov for sykepleie, når mennesket opplever at sine spesielle anliggender er truet av sykdom, helsesvikt eller tap (Benner og Wrubel, 2003, s. 23-24).

Benner og Wrubel hevder også at omsorg er fundamental når det kommer til å bry seg, dette skaper muligheter for å kunne motta hjelp og kunne yte hjelp. Fordi et omsorgsfullt mellommenneskelig forhold danner dette grunnlaget, fordi man bryr seg om den andre og har tillitt. Dermed skaper omsorg en kontekst som er sentral i all sykepleie (Kirkevold, 2014, s. 200).

Benner og Wrubel legger vekt på at mennesket er en helhet, dermed må helse og sykdom forstås som levd erfaring. Dermed tar de avstand fra det dualistiske menneskesynet hvor kropp og sjel skilles. Kroppslige kunnskaper er selve evnen til å oppfatte mening i situasjoner på en ureflektert måte, og handle hensiktsmessig i situasjoner som er kjente uten at man gjennomgår en bevisst gjennomtenking (Kristoffersen, 2012, s. 260).

## 2.7 Oppsummering

Kvinner som har overlevd livmorhalskreft har flere senkomplikasjoner av behandlingen. Dette kan påvirke deres velvære samt livskvalitet. Ved skader i underlivet må sykepleier ta initiativ til å skape en dialog hvor disse problemene kan diskuteres. Kvinnenes livskvalitet kan ses som et individuelt perspektiv. Hvordan seksualitet og samliv påvirker deres livskvalitet er et moment som må tas hensyn til av sykepleiere.

## 3.0 Metode

Metode er redskapet vi bruker i møte med noe som skal undersøkes. Den systematiske fremgangsmåten man benytter for å belyse problemstillingen, blir metoden i oppgaven. Ved et litteraturstudie setter man seg inn i metodene som blir brukt i de vitenskapelige artiklene man inkluderer i oppgaven (Thidemann, 2015, s.76-77).

Det blir brukt ulike former for metode, kvalitativ fanger opp mening og opplevelser som ikke kan tallfestet. Kvantitativ gir oss data i form av tall og målbare enheter som diagrammer som gir oss en mulighet til å foreta regneoperasjoner. Både kvalitativ og kvantitativ metode har som mål å bidra til en bedre forståelse for det samfunnet vi lever i og hvordan enkeltindivid, grupper eller institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2014, s. 112).

### 3.1 Metodekritikk

Metoden er redskapet i undersøkelsen. Enkelte metoder er i liten grad avhengig av utøveren, dersom man skal foreta et regnestykke ved opptelling, er det nok om en redegjør hva som gjør tellingen korrekt. Men når man intervjuer noen er det ikke like enkelt, man må da gi et best mulig nøytralt bilde av det som forekommer mellom første møte til selve analysen av intervjuet. Den kvalitative metoden som intervju og observasjon, vil i noe grad påvirkes av forskerens personlighet. Det må dermed vises til hvordan forskeren har influert arbeidet (Dalland, 2014, s. 114-115). Ulempen med litteraturstudie som metode er at man finner relevante artikler selv, og dermed kan disse støtte det synspunktet man allerede har gjort seg, eller at man lar seg påvirke av synspunkt fra forskeren som kan komme frem i artikkelen.

### 3.2 Litteraturstudie som metode

De litterære oppgavene bygger hovedsakelig på skriftlige kilder (Dalland, 2014, s. 223), slik som bachelor oppgaven. Fagteori og praksis formet valget av tema samt interesse, videre utformet jeg en aktuell problemstilling. Problemstillingen vil bli belyst i form av forskning og teori knyttet til tema. En litteraturgjennomgang kan bidra til å se tydeligere hva som finnes innenfor temaet jeg ønsker å skrive om. I den litterære oppgaven er vurdering av skriftlige kilder i form av kildekritikk det metodiske redskapet (Dalland, 2014, s. 223). En litteraturstudie er dermed en studie som systematiserer kunnskap fra de skriftlige kildene. Selve systematiseringen innebærer å samle litteratur og stille seg kritisk til den og til slutt sammenfatte det hele. Hensikten er dermed å kunne gi leserne en oppdatert og god forståelse knyttet til det området problemstillingen etterspør (Thidemann, 2015, s. 79-80).

Jeg har valgt kvalitativ og kvantitativ forskning i min oppgave som jeg mener er relevant for problemstillingen, som blir presentert under resultat. Teorier er et redskap som utvikler vår innsikt og for å angi hvilket perspektiv vi arbeider innenfor. I bacheloroppgaven baserer man seg på allerede eksisterende kunnskap, man gjør dermed rede for hva man har funnet av litteratur og hvordan dette er blitt brukt som data i oppgaven Dette innebærer også hvilke søkeord som er brukt, hvordan man har gått frem og hvilke avgrensninger som er foretatt (Dalland, 2014, s. 228). Når artiklene er presentert saklig og uten personlig vurdering, danner dette er grunnlag til drøfting. Drøftingen skal belyse problemstillingen og hva funnene forteller om problemstillingen. Funnene systematiseres ved at de ordnes og sorteres slik at jeg får frem hvilke funn som belyser problemstillingen. Drøfting er en diskusjon med seg selv om materialet som er innhentet (Dalland, 2014, s. 228). Etter drøftingen vil en konklusjon oppsummere den nye kunnskapen og svare på problemstillingen (Dalland, 2014, s. 231).

### 3.3 Etske overveielser

Vi er avhengig av tillit for at mennesker skal kunne gi oss den informasjonen vi vil ha, for eksempel i et forskningsprosjekt. Dette innebærer at menneskene det gjelder, opplever at de blir ivaretatt dersom de bidrar til forskning eller studentarbeid. Etske overveielser og ordentlig bruk av personopplysninger er ikke bare nødvendig for studentoppgaver og forskning, men også for å kunne ivareta et godt forhold til de mennesker som er fortrolig med sine erfaring og opplevelser (Dalland, 2014, s. 96).

Etikk omhandler normene for riktig og god livsoppførsel. Etikken skal veilede oss til å ta avgjørelser når vi er stilt ovenfor vanskelige valg (Dalland, 2014, s. 96). Dermed et moralsk kompass. Forskningsetikk er et område i etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning. Dermed handler det om å kunne sikre troverdigheten av forskningsresultatet og ivareta personvernet. Forskningsetikken handler også om at man skal unngå at forskningsdeltakere får unødige belastninger og påført skade. (Dalland, 2014, s. 96). Det er ikke en direkte kontakt med forskningsdeltakere i bacheloroppgaven, men man skal bruke eksisterende litteratur. Man må dermed stille seg kritisk til deres etiske vurderinger. Man tar dermed en etisk vurdering av de artikler valgt og brukt i oppgaven.

Etikken handler om mer enn å følge regler og man må dermed tenke over de etiske utfordringer arbeidet medfører (Dalland, 2014, s. 95). I oppgaven vil jeg være kritisk til kildene jeg velger og ha nøyaktighet til henvisning av kilder.

### 3.4 Kildekritikk

Litteratur er nødvendig for en god studentoppgave, fordi det er litteraturen som er kunnskapen oppgaven tar sitt utgangspunkt i. Problemstillingen skal også drøftes i forhold til litteraturen. Det må derfor komme tydelig frem i oppgaven hvorfor en bestemt kilde er brukt, og hvordan dette er gjort. Oppgavens troverdighet er avhengig av et godt kildegrunnlag. For å kunne oppnå dette må man stille seg kritisk til de kilder man bruker (Dalland, 2014, s. 67).

Alt som skal bidra til min oppgave er kilder, men det stilles krav til hvordan man søker etter kilder, vurderer, gjør rede for og bruker dem. Dersom man bygger på praksiserfaring, data fra egen undersøkelse, skriftlige kilder eller en kombinasjon, vil man alltid måtte forholde seg til litteraturen i faget. En kilde er et opphav til kunnskap, men ikke alt som presenteres som kunnskap er likevel holdbart. Med dette menes det at kildene må gå igjennom en prosess for å sjekke om de kan brukes. Etter en kilde er funnet, må den vurderes i forhold til kvalitet og om den er relevant for mitt arbeid (Dalland, 2014, s. 63). Kildekritikk er en metode som bidrar til at jeg kan forholde meg kritisk til det materiale som er funnet. Kildekritikk fastslår dermed om en kilde er troverdig. Kildekritikk må kunne brukes gjennom hele oppgaven for å kunne knytte kilder til problemstillingen (Dalland, 2014, s. 67).

Under søkeprosessen fant jeg artikler til oppgaven, men for å kunne vurdere holdbarheten brukte jeg sjekklister for forskningsartikler fra kunnskapssenteret, som er en måte å kunne



sjekke den metodiske kvaliteten (Kunnskapssenteret 2015). Dette er et redskap som gjør det enklere å vite om man kan stole på de artiklene funnet. Se vedlegg II.

### 3.5 Fremgangsmåte

Under søkeprosessen søkte jeg i ulike databaser PubMed, SveMed, Evidence based nursing, Cochrane og Medline. Databasen CINAHL var den databasen jeg fikk mest oversiktlige og relevante treff i forhold til min problemstilling.

*Cervical cancer, coping, cervix, radiation, oncology, quality of life, sexuality og nursing* er søkeordene jeg benyttet meg av i CINAHL database. Ved søkene fikk jeg treff opp til 3,685. Så jeg måtte begrense søket ved bruk av tilleggs ord slik at jeg fant artikler knyttet til min problemstilling.

Under søkeprosessen ville jeg finne artikler som var enten på norsk eller engelsk. Jeg fant da elleve artikler som vekket interesse, av disse var det fire som var relevant til min problemstilling. Noen av artiklene var ikke relevante da de omhandlet kvinner fra en kultur hvor det var betydelige forskjeller fra den vestlige kultur. Jeg hadde et krav om at forskningsartiklene ikke skulle være eldre enn fem år. Jeg fant to artikler som var fra 2008 og 2009. Jeg valgte å ta med den fra 2009 siden momenter i artikkelen er relevant for min oppgave. Den tar for seg forskjeller mellom ulike behandlingsmetoder av livmorhalskreft som fortsatt blir brukt per dags dato og hvordan de har ulik innvirkning på kvinners seksualitet og livskvalitet. En artikkel fra Kina omhandler kinesiske kvinner, men momenter og funn er lik den vestlige kultur, og har dermed tatt den med i resultatdel.

Jeg vil også ta i bruk tidligere pensumlitteratur og tillegglitteratur som bøker, statistikk og nettressurser som er relevant til temaet.

Søkeord	Database	Begrensning	Antall	Leste	Inkludert i	Relevans for oppgaven
---------	----------	-------------	--------	-------	-------------	-----------------------

				<b>artikler</b>	<b>oppgaven</b>	
Cervical Cancer	CINAHL	Full text	1494	0		
Cervical Cancer + coping	CINAHL	Full text, årstall: 2009-2015	49	1		
Cervical Cancer+ quality of life	CINAHL	Full text, årstall: 2009-2015	49	3	<i>Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment</i>	Hensikten var å undersøke den seksuelle funksjonen hos livmorhalskreftoverlevende.
Cervical Cancer+ radiation	CINAHL	Full text, årstall: 2009-2015	49	2	<i>Quality of life in Cervical patients treated with radiation therapy:</i>	Evaluerer livskvalitet hos kvinner med livmorhalskreft som får strålebehandling.
Cervical Cancer+ Sexuality	CINAHL	Årstall: 2006-2015	105	3	<i>The impact of cervical cancer treatment on sexual function and intimate relationships</i>  <i>Life after cervical cancer: quality of life among chinese women.</i>	Tar for seg hvordan senkomplikasjoner av behandlingen mot livmorhalskreft hvordan det påvirker kvinnenes seksualitet og samliv.  Undersøker meningen av livskvalitet hos kvinner etter behandling av livmorhalskreft.
Oncology nursing	CINAHL	Full text	3685	0		
Oncology nursing + cervical cancer	CINAHL	Full text, årstall: 2006-2015	12	2		

## 4.0 Resultat

Her presenteres forskningsartikler som er med på å belyse problemstillingen.

### *Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: A long-term follow-up study*

(Greimel, Winter og Kapp, 2009)

**Hensikt:** Hensikten ved studien var å undersøke bivirkninger av langtids behandling og hvordan dette påvirket livskvaliteten og seksuell funksjon av livmorhalskreft pasienter som går gjennom forskjellige behandlingsregimer.

**Utvalg og metode:** Kvantitativ forskningsartikkel der livskvalitet og seksuell funksjon ble målt med European Organisation for reasearch og Treatment of cancer quality of Life Questionnaire, The Cancer module og Sexual Activity Questionnaire. Utvalget var 121 overlevende av livmorhalskreft, 63 hadde bare gjennomgått operasjon, 38 operasjon og cellegift og 20 operasjon og strålebehandling.

**Funn:** Kvinner som hadde gjennomgått operasjon og strålebehandling hadde flere symptomer som kvalme, oppkast, smerte og appetittmangel enn kvinnene som hadde gjennomgått bare operasjon og operasjon pluss cellegift. Det var ingen betydelig forskjell blant gruppene når det kom til gjennomsnittlig helsestatus. Det var en forskjell på symptomskalaen da kvinnene med operasjon og strålebehandling hadde problemer med hyppig vannlating, lekkasje og følelsen av et stramt underliv. Når det gjaldt seksualitet var det ingen betydelig statistisk forskjell mellom behandlingsgruppene. Kvinnene behandlet med operasjon og strålebehandling rapporterte mindre seksuell aktivitet sammenlignet med de to andre gruppene.

**Konklusjon:** Kvinner med livmorhalskreft behandlet med operasjon og strålebehandling hadde en høyere risiko for nedsatt livskvalitet. Kvinner behandlet med kun operasjon og kvinner behandlet med operasjon og cellegift returnerte til samme nivå av livskvalitet som kvinner uten krefthistorie. Selv om seksuell aktivitet nivået er lavere hos kvinner med operasjon og strålebehandling, er deres grad av seksuell tilfredshet lik kvinner med bare operasjon, og kvinner med operasjon og cellegift.

## *The impact of cervical cancer treatment on sexual function and intimate relationships: a crying shame*

(Hunter, 2011)

**Hensikt:** Innhente pasientrapporter om forekomster av mulige komplikasjoner og kontekstualisere disse komplikasjonene innenfor kvinnes liv. Spesifikt undersøke innvirkningen av kreftbehandlingens komplikasjoner og påvirkning på seksuell funksjon og samlivet med deres partner.

**Utvalg og Metode:** En kvalitativ forskningsartikkel hvor deltakere var rekruttert fra en gynekologisk onkologi klinikk i USA. Kvinnene måtte være over 18 år og behandlet for livmorhalskreft med strålebehandling alene, eller i kombinasjon. Kvinnene var fortsatt under oppfølging hos gynekolog. Kvinnene var mellom 27-59 år, og var 6 til 20 år etter behandling. 13 kvinner totalt var med i studien og fem menn som hadde vært i forhold eller var i et forhold med en av kvinnene deltok i intervju.

**Funn:** Kvinnene hadde senkomplikasjoner som diaré, inkontinens, skjedetørret, nerveskader, forkortet skjede og arrvev. De delte også en psykisk smerte i forhold til det å føle seg alene, annerledes, infertil, tap av tidligere forhold og frustrasjon i nåværende forhold. Både kvinner og menn rapporterte at de trodde det skulle bli bedre og ikke verre i forhold til symptomer. Både kvinner og menn rapporterte at de hadde problemer med å finne den informasjonen de trengte. Informasjonen de fant var sjeldent relevant til det de lurte på og helsearbeidere spurte sjeldent om problemer knyttet til seksualitet.

**Konklusjon:** Livmorhalskreft overlevende er i en risiko for å utvikle senkomplikasjoner av behandlingen. Dette kan påvirke den sosiale funksjonen og samlivet med partner. Innvirkningen av disse senkomplikasjonene på livskvaliteten hos disse kvinnene har blitt dokumentert. Men identifisering av problemer og å kunne utvikle kunnskapsbaserte tiltak har ikke vært imøtekommende.

## *Quality of life in cervical cancer patients treated with radiation*

(Pasek, Suchocka, og Urbanski, 2012)

**Hensikt:** Vurdere og evaluere livskvaliteten hos kvinner innlagt på sykehus med livmorhalskreft behandlet med radioaktiv stråling.

**Utvalg og Metode:** Kvantitativ forskningsmetode foretatt i Polen mellom juni 2004 til desember 2005, studien inkluderte 205 kvinner innlagt med ulike stadier av livmorhalskreft. EORTC QLQ-C30 ble brukt for å evaluere kvinnenes livskvalitet. Undersøkelsen ble gjennomgått tre ganger, første gang før behandling, andre gang etter behandling ved utskrivning, tredje gang fem til seks måneder etter behandling.

**Funn:** De fysiske funksjonene ble ansett som verst før strålebehandlingen men forbedret seg gjennom de ulike stadiene. Alle mellomtrinns forskjeller viste seg å være signifikant. I kontrast ble den emosjonelle funksjonen scoret høyest før oppstart av behandling og lavest på andre stadiet (etter behandling). Rollefunksjonen var høyest øyeblikkelig etter behandlingen, og den laveste før behandlingen. Forskjellene mellom fasene viste seg å være betydelig. Økonomiske problemer økte den negative innvirkningen på livskvaliteten hos kvinnene gjennom alle stadiene. Alder og kreft stadiet hadde ikke innvirkning på hvordan deltakerne så sin globale helse: fysisk, kognitivt, emosjonelt og sosialt. Heller ikke deres økonomiske vanskeligheter. Livskvalitet ble rangert høyest rett etter avsluttet behandling med radioaktiv strålebehandling.

**Konklusjon:** Selv om denne studien viser at pasienter med livmorhalskreft utsatt for strålebehandling er i det hele fornøyd med deres livskvalitet, bør det tas hensyn til visse dimensjoner av sistnevnte i etterbehandlingsperioden. Evnen til å gjennomføre dagligdagse aktiviteter selvstendig, viser seg å være viktigst gjennom alle stadium av behandlingen. Det er dermed viktig av sykepleiere har en støttende evne i prosessen.

## *Life after cervical cancer: Quality of life among Chinese women*

(Zeng, Li, og Loke, 2011)

**Hensikt:** Denne studien undersøkte meningen av livskvalitet hos kinesiske kvinner, som hadde overlevd livmorhalskreft. Hvordan det å ha overlevd livmorhalskreft påvirket deres livskvalitet.

**Utvalg og Metode:** De kvalitative data ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse. Deltakerne svarte skriftlig på spørsmålene. Alle deltagerne ble rekruttert på et kreftsykehus fra fastlandet i Kina. En målrettet prøvetakingsstrategi ble brukt for å velge deltakerne. Deltakerne måtte være minst fylte 18 år og hatt diagnosen livmorhalskreft og var nå kreftfri. Totalt 42 kvinner ble invitert til å delta i studien. 35 av disse responderte på invitasjonen.

**Funn:** Deltakerne ble spurt om de kunne beskrive med egne ord hvilken betydning livskvalitet hadde for dem. Det svaret som de fleste gav var; å ha god helse og være fri for sykdom. Den andre var relatert det dagligdagse, som å ha en god levestandard. Den tredje var relatert til forhold de hadde til familie, kolleger og samfunnet i det hele. Det fjerde gikk på det økonomiske, om de hadde råd til behandling. Det femte var relatert til familieproblem, som å ha en lykkelig familie. Det sjette var i jobbsammenheng, hvor det å kunne jobbe selvstendig og ha en livskvalitet i arbeidet. Den syvende omhandlet seksuallivet, hvor kvinnene så på det intime og det å ha et seksualliv som en viktig faktor for livskvalitet. Påvirkningen av livmorhalskreft på deres livskvalitet inkluderte dermed fysiske og psykiske faktorer. Det var likevel positive sider da kvinnene endret hvordan de levde livet på. De verdsatte livet mer og hadde bedre familieforhold. Studien viser at kinesiske overlevende av livmorhalskreft identifiserte seksualitet som en av de mest essensielle indikator for deres livskvalitet.

**Konklusjon:** Resultatet av denne studien viste at det å være fri for sykdom var en fellesindikator for livskvalitet blant de kinesiske kvinnene. Selv om kvinnene trakk frem positive momenter fra deres kreftopplevelse. Hadde likevel kreftbehandlingen fysiske, psykiske, sosiale, og seksuelle konsekvenser. For å kunne forbedre livskvaliteten, må sykepleierne og helsepersonell kunne tilby en støttende funksjon når det kommer til spørsmål og veiledning knyttet til det fysiske, psykiske, sosiale og seksualiteten hos kvinnene. Det er også nødvendig å bevisstgjøre sykepleierne på at seksuelle bekymringer påvirker kvinnene.

## 5.0 Drøfting

Kvinner som har overlevd livmorhalskreft opplever komplikasjoner etter behandling som kan påvirke deres seksualitet som påvirker samlivet med partner. Sykepleiere må dermed ha kunnskap om plagene til disse kvinnene og hvordan man kan informere og veilede disse kvinnene for å forbedre deres livskvalitet.

*Problemstilling: Hvordan ivareta seksualitet, samliv og livskvalitet hos kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft?*

### 5.1 Et tabubelagt område

Utvikling av livmorhalskreft viser seg å ha en sammenheng med kvinnens seksualvaner, og at den kreftfremkallende agensen overføres seksuelt med viruset HPV som fører til utvikling av celleforandringer (Jerpseth, 2013, s. 37). Samleie eller det å være seksuelt aktiv er ikke noe som man snakker om i dagens samfunn, og får selv de mest hardhudete til å rødme. Selv om flere artikler på nett har fokus på seksualitet er dette likevel et område man fortsatt forbinder med skam. Verken religion eller medisinske fagområdet gir nye holdepunkter for forvaltning av seksualitet. Våre tradisjonelle rammer gir fortsatt grunnlag for seksualangst, skam og skyld for dem som føler at det er umulig å leve etter anbefalingene (Almås og Benestad, 2006, s. 53).

Hunter (2011) beskriver at alle kvinnene i studien ville snakke om sine problemer på et trygt sted hvor de følte seg ivaretatt. Likevel forteller historiene fra disse kvinnene oss at sex og intimitets problem hos livmorhalskreft overlevende, fortsatt vil være en stor andel i det hun beskriver som den «stille kulturen». Almås og Benestad (2006, s. 59-60) vektlegger at det profesjonelle møte med menneskelig seksualitet vil være påvirket av våre egne erfaringer, tabuer, fortrenninger og konflikter. Dette fordi det er et området de fleste ikke er utdannet til å være profesjonell innenfor. Kyndigheten kan utvikles på flere måter, og kunnskap om kropp og seksualitet er nødvendig i møte med kvinnene.

## 5.2 Konsekvenser av behandling- kvinnenes velbefinnende

Strålebehandlingen av bekkenet er en sentral del av behandlingen, eventuelt i kombinasjon med innvendig stråling. Dette vil medføre nedsatt elastisitet, skjedetørrhet, sårhet og arrdanninger. Pasek et al. (2012) ser på hvordan livskvaliteten til kvinner som har gjennomgått strålebehandling ble påvirket. Livskvaliteten ble ansett som høyest rett etter avsluttet strålebehandling. Greimel et al. (2009) belyser at kvinner som hadde fått strålebehandling rapporterte betydelig mindre seksuell aktivitet enn kvinner som ikke hadde fått strålebehandling. Strålebehandling fører til flere konsekvenser for kvinnene og deres velbefinnende i tiden etter behandling. Livskvaliteten deres vil nok kunne være høyest etter endt strålebehandling. Likevel er det som Greimel et al. (2009) viser til at de hadde lavere seksuell aktivitet, trolig grunnet påvirkningene behandlingen har hatt på deres underliv i ettertid. Kvinnene som hadde gjennomgått operasjon og strålebehandling hadde også flere fysiske problemer som hyppig vannlating, lekkasje og følelse av et stramt underliv (Greimel et al, 2009). Hunter (2011) beskriver også at kvinnene hadde bivirkninger som diaré, inkontinens, nerveskader, forkortet skjede og arrdannelse. Hvorav kvinnene følte seg annerledes enn andre kvinner og sorg knyttet til infertilitet. Kvinnene rapporterte også at de trodde symptomene skulle forbedre seg, men at det ikke gjorde det. Det er rimelig å si at kvinnenes livskvalitet blir påvirket av de konsekvenser som oppstår av behandling da deres velbefinnende trosses. At kvinnene så på seg selv om annerledes kan knyttes til det fysiske, men også det psykiske da infertilitet kan være et moment som påvirker ikke bare det fysiske i form av et fjernet organ, men tanken på at de ikke lenger er fertile.

## 5.3 Seksualitet og samliv

Vår seksualitet bygger på et individuelt nettverk av følelser, som består av våre egne erfaringer og egenskaper. WHO's definisjon legger vekt på at seksualitet er et grunnleggende behov, men i hvor stor grad spiller seksualitet inn? Dersom man tolker WHO's definisjon, er seksualitet et stort aspekt ved det å være menneske. Almås og Benestad (2006, s. 44) belyser at seksualiteten påvirker mennesket i form av tanker, følelser, handlinger og samspill. I studien til Zeng et al. (2011) identifiserte kvinnene seksualitet om en av de mest essensielle indikatorer for deres livskvalitet. Det var ulike grunner til negative forandringer i kvinnenes



sexliv, dersom man ser bort ifra det fysiologiske aspektet som smerter ved samleie og ubehag, var kvinnene også redd for at samleie skulle forminske effekten av kreftbehandlingen og at partneren var redd for å bli smittet av sykdommen. Dersom man ser på partnerens synspunkt, viser studien til Hunter (2011) at partnerne ble påvirket av kvinnenes nedsatte lyst til å være intime, og trodde dette betydde at de ikke lenger var forelsket i dem eller at kvinnene var utro. Mennene i studien enten forlot forholdet eller ble i forholdet, men dem som ble i forholdet beskriver at det ble mer problemer i forholdet. Tar man dette i betraktning, kan disse problemene oppstå på grunn av manglende informasjon og veiledning fra helsepersonell. Samlivet til kvinnene og mennene i studien ble påvirket av problem knyttet til seksualitet. Kreftbehandlingen i underlivet innebærer for mange kvinner et endret selvbilde (Jerpseth, 2013, s. 38). Almås og Benestad (2006, s. 44) beskriver at seksualiteten er den energien som gjør oss i stand til å ville søke kontakt og intimitet. Det seksuelle uttrykkes dermed i hvordan man selv vil søke kontakt, kjærlighet, varme og intimitet. Hvordan man selv vil søke intimiteten vil være individuelt. Dersom kvinnene har et endret selvbilde og ikke føler seg vel, vil dette igjen påvirke seksualiteten som dermed påvirker hennes samliv. Almås og Benestad (2006, s. 116) vektlegger at mennesker som får kreftbehandling og har kreftsykdommer sjeldent blir spurt om deres seksualitet og samliv. Partnere kan dermed oppleve kvinnen som for svak eller at det er for fysiske krevende. Kreftforeningen (u.å) belyser at det er en del myter om kreft og sex. Kreftbehandlingen er dermed forbundet med en del misforståelser, disse kan gi opphav til unødig frykt for kvinnen og hennes partner. Samtidig så har misforståelsene om kreftbehandling og seksualitet oppstått et sted. Hvis kvinnene og deres partner får riktig informasjon og veiledning før utskrivelse fra avdeling kan dette bidra til en bedre forståelse og mindre psykisk og fysisk belastning for begge partner.

## 5.4 Livskvalitet

### 5.4.1 Omsorgens betydning

Benner og Wrubel (2003, s. 23) definerer og anvender omsorg som hvordan mennesket forholder seg til det som er av betydning. Omsorg forener dermed våre tanker, følelser og handlinger. Samtidig gir omsorg i den betegnelsen å bry seg om noe mulighet for mennesket og dermed gir opphav til meningsfulle måter å kunne mestre situasjoner på. Dette vil igjen gi opphav til stress, risiko og utsatthet dersom noe av betydning står i fare for å bli tatt fra menneske. Man kan dermed si at tap av seksualitet, eller senkomplikasjoner som fører til nedsatt seksualliv kan bidra til stress og utsatthet, dersom det er av betydning for mennesket.

Benner og Wrubel (2003, s. 23) belyser også at dersom mennesker opplever stress har det behov for sykepleie, når mennesket opplever at sine spesielle anliggender trues av sykdom.

Hunter (2011) sin studie viser til at kvinnene delte en sorg i form av tap av forhold, følelsen av å være annerledes, infertilitet og frykt for nye forhold og å være intime. Betegnelsen til Benner og Wrubel (2003, s. 23) tar for seg et bredt spekter av relasjoner, hvor romantisk kjærlighet er et av dem. Omsorgen er også fundamental når det kommer til å bry seg, fordi dette skaper mulighet for å kunne motta hjelp og yte hjelp (Kirkevold, 2014, s. 200). Omsorg er dermed ikke bare sentralt for sykepleiere, men omsorgen skaper også en mulighet for at kvinnen er villig til å motta hjelp.

#### 5.4.2 Definisjon av livskvalitet

WHO's definisjon av livskvalitet vektlegger at livskvalitet er det individuelle perspektivet på posisjonen man har i samfunnet, sammen med de verdier og kulturelle aspekt som eksisterer i mennesket (Pasek et al, 2012). Ferrans og Powers definisjon derimot, vektlegger personens egen følelse av tilfredshet eller utilfredshet i de områder i livet som er viktig for en (Rustøen, 2010, s. 33). På en annen side vektlegger Rustøen (2010, s. 53) at livskvalitet er et subjektivt begrep som tar for seg det fysiske, psykiske og sosiale aspektet i livet. Det er den enkeltes opplevelse av å ha det godt eller dårlig. Sett i et slikt lys kan man si at vurderingen av livskvalitet tar et individuelt utgangspunkt.

Zeng et al. (2011) sin studie spurte kvinnene hva livskvalitet betydde for dem. Hvor det vanligste svaret var; å være fri for sykdom. En person som får en kreftdiagnose må leve med en endret livssituasjon i en periode eller resten av livet. Hvordan kreften påvirker livskvaliteten er viktig å ta hensyn til. Når behandlingen er kurativ er det viktig med informasjon om subjektive plager pasienten kan få under og etter behandling (Utne, 2010, s. 250). Zeng et al. (2011) sine spørsmål rettet mot livskvalitet og hva det betydde for kvinnene omhandlet også seksualitet. Hvorav kvinnene svarte, at det å ha et seksualliv var en viktig faktor for deres livskvalitet. Studien viser dermed at de kinesiske kvinnene identifiserte seksualitet som en viktig indikator for deres livskvalitet. På en annen side evaluerer Pasek et al. (2012) livskvaliteten hos polske kvinner behandlet med strålebehandling mot livmorhalskreft i tre stadier, før, under og etter behandling. Kvinnenes livskvalitet ble ansett som høyest rett etter endt strålebehandling og de var i det hele fornøyd med sin livskvalitet. Evnen til å kunne gjennomføre hverdagslige ting selvstendig, var ansett som viktigst gjennom alle stadiene. Greimel et al. (2009) sin studie undersøkte langtidseffekten av behandlingen

brukt mot livmorhalskreft. Kvinner som hadde fått operasjon og strålebehandling hadde en større risiko for nedsatt livskvalitet enn kvinnene med bare operasjon, og dem med operasjon og cellegift. Kvinnene behandlet med operasjon og strålebehandling rapporterte også at de var mindre seksuelt aktiv sammenlignet med kvinnene i de to andre gruppene. Disse forskningsartiklene ser alle på livskvalitetens innvirkning på kvinnene. Selv om de konkluderer forskjellig er det momenter som er interessante. Zeng et al. (2011) sin studie belyser at seksualitet hadde en stor innvirkning på kvinnenens livskvalitet, mens Pasek et al. (2012) belyser at kvinnene i det hele var fornøyd med sin livskvalitet. Dette kan skyldes kulturelle forskjeller. Greimel et al. (2009) viser likevel at kvinner som hadde fått strålebehandling i tillegg til operasjon hadde en større risiko for nedsatt livskvalitet. Dersom man knytter dette til seksualitet og samliv. Har kvinner som har gjennomgått strålebehandling mange flere bivirkninger og senkomplikasjoner i underlivet knyttet til deres seksualfunksjon. Som vil kunne påvirke deres livskvalitet.

Greimel et al. (2009) sin studie belyser at kvinnene uten gjennomgått strålebehandling returnerte til et likt nivå av livskvalitet som kvinner uten en krefthistorie. Hunter (2011) fremhever at senkomplikasjonene likevel påvirker kvinnenens sosiale funksjon og deres samliv med partner. Dette kan sammenlignes med Zeng et al. (2011) sin studie hvor det å være fri for sykdom var en fellesindikator for livskvalitet for de kinesiske kvinnene. Men kreftbehandlingen hadde likevel fysiske, psykiske, sosiale og seksuelle konsekvenser. Denne sammenligning av funn viser til at behandlingen vil ha sine konsekvenser for kvinnene. Sykepleiere må kunne bidra som en støttende funksjon når det kommer til spørsmål og veiledning, som underbygges i Hunter (2011) og Zeng et al. (2011) sine studier hvor de konkluderer med at sykepleiere må bevisstgjøres på hvordan disse bekymringene knyttet til seksualitet påvirker kvinnene. Hvorav informasjon og veiledning i et realistisk perspektiv er en viktig indikator for ivaretagelse av kvinnenens livskvalitet.

### 5.4.3 Informasjon og veiledning

Hvordan kan man bidra til en bedre livskvalitet? Hunter (2011) vektlegger at kvinnene hadde lyst til å snakke om sine problemer knyttet til seksualitet, men at det ikke ble tilrettelagt for dialog fra helsepersonell. Informasjonen kvinnene fikk var ikke realistisk, så kvinnene opplevde at de ikke var forberedt på det som kom. Zeng et al. (2011) belyser at sykepleiere må få et større fokus på seksualitet og senkomplikasjoner som oppstår av behandling, slik at disse kvinnene får den hjelpen de trenger. Helsepersonell bør også kunne tilby relevant støttebehandling som tar hensyn til det fysiske og psykososiale.

Det viser seg også at kvinner mangler kunnskap om sitt eget kjønnsorgans anatomi og fysiologi, det kan dermed være nyttig å bruke illustrasjoner eller modeller av det kvinnelige kjønnsorgan ved informasjonsarbeidet (Jerpseth, 2013, s. 39). Se vedlegg III.

Skadene i kvinnenens kjønnsorgan påvirker deres seksualitet, sykepleier må skape rom for dialog. Sykepleier må selv ta kontakt til å snakke med kvinnen og eventuelt partner (Jerpseth, 2013, s.39). Både kvinner og menn rapporterte at de hadde problemer med å finne den informasjon de trengte for å få svar på sine spørsmål, og at helsearbeidere sjeldent spurte om problemer knyttet til seksualitet (Hunter, 2011). Sykepleieren må dermed kunne være åpen til spørsmålet om seksualitet slik at kvinnen selv kan fortelle hvordan hun erfarer situasjonen. Med grunnlag i dette er det viktig at sykepleiere har god nok kunnskap og kompetanse om seksualitet, samliv, og hvordan dette kan påvirke kvinnenens livskvalitet. Jerpseth (2013, s.39) legger vekt på at sykepleieren må veilede kvinnen og partneren om at intimitet er like viktig som selve samleiet fordi dette er viktig for hennes helbredelse. Sett i et slikt lys er kvinnen i en sårbar situasjon og hennes behov for informasjon og veiledning vil være stor. Benner og Wrubel tar avstand fra det dualistiske menneskesynet hvor kropp og sjel skilles. Men at mennesket må sees som en helhet, sykdom og helse må dermed forstås som levd erfaring (Kristoffersen, 2012, s. 260). Kropp og sjel som en helhet kan bidra til en bedre forståelse for sykepleiere når det kommer til den enkeltes kvinnes opplevelse av sin seksualitet. PLISSIT-modellen kan virke som en pekepinn for sykepleier i veiledningsarbeidet.

Sykepleiefunksjonen er i stor grad knyttet til informasjon og veiledning for denne pasientgruppen. Sykepleieren må åpne for at kvinnen selv kan fortelle hvordan hun opplever situasjonen. Det er også viktig å få frem hvordan kvinnen ser på det å være seksuelt aktiv etter behandling (Jerpseth, 2013, s. 39).

## 6.0 Konklusjon

Mindre elastisitet, sårhet, skjedetørrhet og arrdanninger som medfører sammenvoksinger i skjeden er komplikasjoner som danner problemer for samlivet og seksualiteten. Ulike misforståelser kan oppstå knyttet til seksualitet og kreft. Det ble også rapportert problemer i parforholdet grunnet i seksuallivet. Misforståelsene som oppstår skaper unødig frykt for kvinnen og hennes partner. Informasjon og veiledning før utskrivelse fra avdeling kan bidra til mindre fysisk og psykisk belastning for kvinnen og hennes partner i etterkant. Sykepleier må ta initiativ og tilrettelegge for informasjon og veiledning tidlig i forløpet.

Seksualitet kan være et sårbart tema for noen. Det er dermed viktig at sykepleier ikke presser seg på kvinnen om seksualitet, men at kvinnen får nyttig informasjon. Dersom hun har lyst til å åpne seg må veiledning tilpasses kvinnens behov. PLISSIT-modellen er et godt hjelpemiddel som er egnet for seksuell veiledning, dette kan bidra til en trygghet og økt gjennomføringsevne for sykepleieren i veiledningen.

Livskvalitet er subjektivt, dermed vil hver enkelt kvinne vil dermed anse livskvalitet forskjellig. Likevel blir livskvaliteten påvirket av de konsekvenser som oppstår av følge av behandlingen. Et realistisk perspektiv i informasjons og veiledningsarbeidet er en indikator for ivaretagelse av deres livskvalitet. Kropp og sjel i et helhetsperspektiv vil bidra til en bedre forståelse av den enkeltes kvinnes opplevelse av sin seksualitet.

## Referanseliste:

Almås, E., & Benestad, E.E.P. (2006). *Sexologi i praksis* (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Benner, P., og Wrubel, J. (2003) *Omsorgens betydning i sygepleje- stress og mestring ved sundhed og sygdom*. (1. utg). København: Munksgaard Danmark.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

Greimel, E., Winter, R., Kapp., & Haas, J. (2009) *Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study*. *Psycho- Oncology*, 18(5), 476-482 7p. doi:10.1002/pon.1426

Gynkreftforeningen (u.å). *Livmorhalskreft*. Hentet 12. Januar. 16 fra <http://www.gynkreftforeningen.no/kreftformene/livmorhalskreft/>

Grünfeld, B. (2015, 4. mai) *Seksualitet*. I Store medisinske leksikon. Hentet 17. februar 2016 fra <https://sml.snl.no/seksualitet>

Hernæs, N. (2013, 5. juli) *Hvorfor vil ikke unge kvinner opp i denne?* Hentet fra <https://sykepleien.no/2013/07/hvorfor-vil-ikke-unge-kvinner-opp-i-denne>

Hunter, J. (2011). *The impact of cervical cancer treatment of sexual function and intimate relationships: a crying shame*. *Journal Of Gynecologic Oncology Nursing*, 21(2), 22-32 11p.

Jerpseth, H. (2013). *Sykepleie ved gynekologiske sykdommer*. I H. Almås., D.G. Stubberud., & R. Grønseth (Red). *Klinisk sykepleie 2*. (4.utg., s. 37-39). Oslo: Gyldendal akademisk

Kirkevold, M. (2014). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering* (2. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kreftforeningen (2005). *Seksuell helse og kreft- retningslinjer for fagpersonell*. Hentet 19. Februar. 16 fra <https://kreftforeningen.no/Global/Brosjyrer/Seksualitet/Seksuell%20helse%20og%20kreft.pdf>

Kreftforeningen (u.å). *Seksualitet*. Hentet 04. Februar. 2016 fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/seksualitet/>

Kreftregisteret (2015). *Kreftstatistikk: Tabell 7*. Hentet 12. Januar. 16 fra <http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/>

Kreftregisteret (2015). *Kreftstatistikk: Tabell 22*. Hentet 12. Januar. 16 fra <http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/>

Kristoffersen, N.J. (2012) *Teoretiske perspektiver på sykepleie*. I N. J. Kristoffersen., F. Nordtvedt., & E.A. Skaug (Red) *Bind 1: Grunnleggende sykepleie*. (2.utg., s. 260-262). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kunnskapssenteret (2015). *Sjekklister for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 30.Januar.16 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Pasek, M., Suchocka, L., & Urbanski, K. (2013). *Quality of life in cervical cancer patients treated with radiation therapy. Journal of clinical Nursing*. 22(5/6), 690-697 8p.  
doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04350.x

Rustøen, T. (2010) *Livskvalitet og velvære*. I U. Knutstad (Red) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2*. (3.utg., s. 29-53). Oslo: Akribe

Thidemann, I-J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget

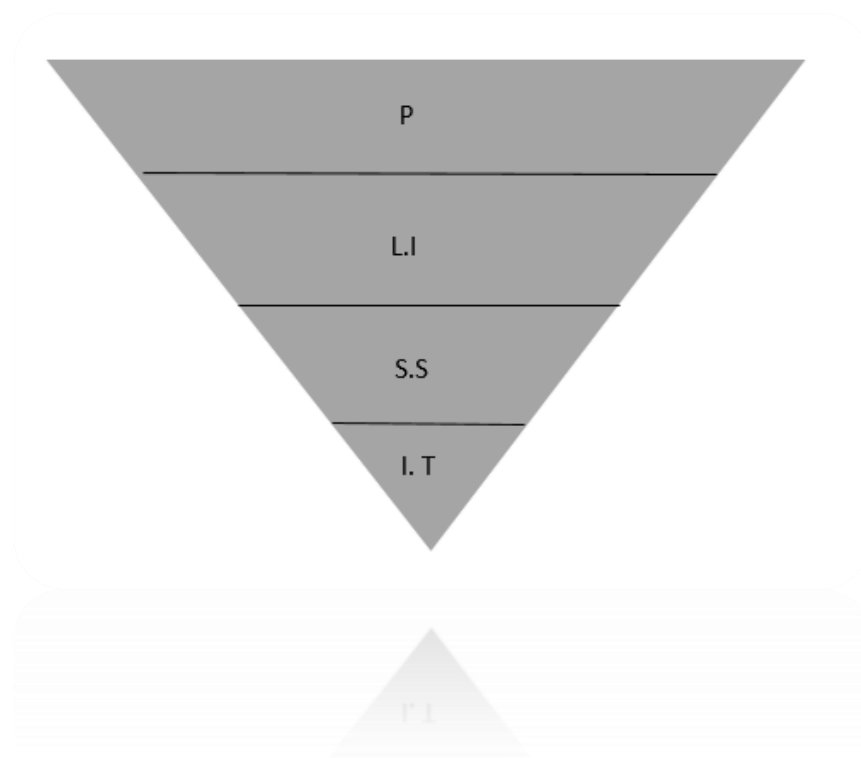
Utne, I. (2010) *Pasienters opplevelser og reaksjoner på å få kreft*. I U. Knutstad (Red) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2*. (3.utg., s.250- 253). Oslo: Akribe

Zeng, Y.C., Li,D., & Loke, A.Y. (2011). *Life after cervical cancer: Quality of life among Chinese women. Nursing & Health sciences*, 13(3), 296-302 7p. doi:10.1111/j.1442-2018.2011.00616.x



## Vedlegg I. PLISSIT- Modellen

Utviklet av Jack Annon i 1976, modellen beskriver ulike nivåer sykepleier kan forholde seg til og behandle seksuelle problemer på. Trakten sorterer problemene fra toppen til bunnen (Almås og Benestad, 2006, s. 67).



### PLISSIT

P-Permission- Tillatelse, man gir tillatelse til å kunne snakke om seksualitet.

L.I-Limited Information- Begrenset informasjon. Man gir en begrenset informasjon om seksualitet. Nivået ivaretar behovet for opplysning om forhold ved seksuallivet.

S.S-Specific suggestions. Spesifikke forslag, spesifikke, konkrete, forslag som kan hjelpe problemet.

I.T-Intensive Therapy- Intensiv terapi. Da problemene ikke er avhjulpet på de andre nivå. Kan være problemer som trenger spesialisert behandling.

(Almås og Benestad, 2006, s. 68-69).

## Vedlegg II- Eksempel på Kildekritikk

### SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell  
Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?  
Hva forteller resultatene?  
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

EKSEMPEL PÅ KILDEKRITIKK.

---

*Sjekkliste for vurdering av den kvalitative forskningsartikkelen til Hunter (2011) The impact of cervical cancer treatment on sexual function and intimate relationships: A crying shame.*

---

1

## INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p><b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det oppgitt en problemstilling for studien?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p><b>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="checkbox"/></p>

## KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p><b>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p><b>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)?</li> <li>Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta?</li> <li>Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)?</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p><b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b></p> <p>TIPS:</p> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Er metoden som ble valgt god for å belyse</li> </ul>	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="checkbox"/></p>



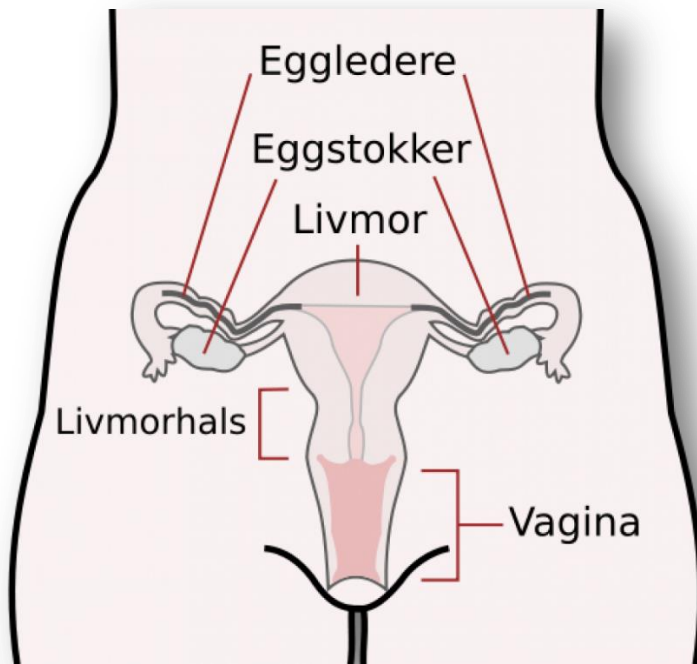
<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel <b>feltstudier</b> (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), <b>intervjuer</b> (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), <b>dokumentanalyse</b>.</li> <li>• Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?</li> <li>• Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?</li> </ul>	<p>Kunne velge å stille til intervj Måten datasamlingen er foretatt er godt beskrevet, hvor valg av setting er begrunnet.</p>
--	---

<p><b>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b></p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.).</li> <li>• Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)?</li> <li>• Er motstridende data tatt med i analysen?</li> <li>• Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til?</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Ja</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Uklart</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> i studien er det redegjort for hvilken analyse som er brukt og hvordan analysen blir gjennomført er tydeliggjort. Det er en klar sammenheng mellom data som er innsamlet og konklusjonen.</p>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

<p><b>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor?</li> <li>• Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?</li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Ja</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Uklart</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> Eget avsnitt, hvor studiens begrensninger diskuteres.</p>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

<p><b>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Ja</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Uklart</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> Forfatteren av studien drøfter opp mot tidligere funn fra annen forskning.</p>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

### Vedlegg III- Kvinnelig kjønnsorgan illustrasjon



Figur: Kvinnelig kjønnsorgans anatomi. Hentet fra <http://forskning.no/medisin-menneskekroppen-sykdommer-virus/2008/12/uventet-hiv-funn>

### Illustrasjon av det kvinnelige kjønnsorgan.

Jerpseth (2013, s.38) belyser at kvinner mangler kunnskap om det kvinnelige kjønnsorgan.

Illustrasjoner kan bidra positivt i informasjons og veiledningsarbeidet for sykepleiere.