

## **EKSAMENSINNLEVERING**

---

Emnekode: **SYKSB3001**

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

Eksamensdel: 1

Leveringsfrist: 27.04.17 kl. 14.00

Kandidatnummer/navn: 365

Veileders navn: Christine Øye

## Livmorhalskreft og seksualitet: Behandlingens usynlige bakside.



*Bilde hentet fra boken The History of Sexuality volume 1 av Michel Foucault*

Bachelor i sykepleie  
Høgskolen på Vestlandet, avd. Stord 2017  
Kull 2014  
Antall ord: 7747

## Sammendrag

**Tittel:** Livmorhalskreft og seksualitet: behandlingens usynlige bakside.

**Bakgrunn:** Livmorhalskreft er den tredje vanligste kreftformen som rammer kvinner på verdensbasis, og er den vanligste formen for kreft blant kvinner under 35 år. Forskning belyser mange utfordringer knyttet til seksualitet og kroppsbilde etter behandling av gynekologisk kreft. Studier viser også at kvinner ønsker bedre informasjon og veiledning om konsekvensene dette har for seksualitet og kroppsbilde.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleiere ivareta kvinner som opplever fysiske og psykiske problemer ved sin seksualitet etter behandling mot livmorhalskreft?

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å rette fokus på de fysiske og psykiske endringene ved seksualitet og samliv etter behandling mot livmorhalskreft. Jeg vil dele kunnskapen jeg sitter igjen med, og belyse viktigheten av sykepleierens rolle hos kvinner som opplever endringer i seksualitet etter livmorhalskreft.

**Metode:** Dette er en litteraturstudie, hvor jeg har funnet relevant forskning i databaser som CINAHL og ProQuest. Sammen med faglitteratur har jeg brukt fem forskningsartikler for å svare på problemstillingen. Dette blir presentert og drøftet senere i oppgaven.

**Resultat:** Gjennom artiklene kom det frem at de fysiske og psykiske problemene sjeldent kom alene. Dette påvirket kvinnenes livskvalitet, og ble en byrde på parforholdet. Informasjon og veiledning var noe alle kvinnene savnet, og de fortalte at de følte helsepersonell prøvde å unngå temaet.

**Konklusjon:** Behandlingen av livmorhalskreft bringer både fysiske og psykiske problemer ved kvinners seksualitet. Som sykepleier må man se helheten mellom det fysiske og psykiske, og hjelpe kvinnene å mestre problemene som oppstår. En må være varsom når det kommer til den seksuelle samtalen, og la kvinnene ta styringen over hvor mye de vil dele.

**Nøkkelord:** Livmorhalskreft, seksualitet, fysiske og psykiske endringer, selvbilde, mestring.

## **Executive summary**

**Title:** Cervical cancer and sexuality: The invisible backside of the treatment

**Background:** Cervical cancer is the third most common form of cancer affecting women worldwide, and is the most usual form of cancer amongst women younger than 35. Research shows great challenges related to sexuality and body image as a result of gynecological cancer. Following gynecological cancer, studies show that women would like to receive better information and better guidance on how it affects their sexuality and body image.

**Problem statement:** How can nurses take care of the women who experience physical and mental issues with their sexuality following the treatment of cervical cancer?

**Purpose of the study:** The purpose of this study is to create attention about the physical and mental challenges that women experience with their sexuality after the treatment of cervical cancer. I would like to share the knowledge I have obtained researching this topic, and highlight the importance of the key role nurses should have with women that experience changes in their sexuality after the treatment.

**Research method:** Through a comprehensive literature review, I investigate previous literature on the topic. Academic literature and 5 studies is obtained from databases such as CINAHL and ProQuest. The literature is discussed in detail to provide a possible answer to the problem statement.

**Result:** Through the literature review, it became clear that the physical and mental problems impact of cervical cancer had consequences beyond the boundaries of sexuality. It affected the women's quality of life, and became a burden on the relationship. All the women missed better information and guidance, and they felt that health personnel tried to avoid the subject.

**Conclusion:** The treatment of cervical cancer affects women's sexuality both physically and mentally. As a nurse, one must consider both aspects, and help the women to master the problems that will arise. Nurses should be cautious when talking about how the treatment affects sexuality, and let the patients control the conversation.

**Key words:** Cervical cancer, sexuality, physical and mental changes, self-image

## Innhold

1.0 Innledning .....	7
1.1 Bakgrunn .....	7
1.2 Problemstilling.....	7
1.3 Hensikt .....	8
1.4 Avgrensing og presisering av problemstilling.....	8
1.5 Begrepsavklaring .....	8
2.0 Teori.....	9
2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv .....	9
2.2 Livmorhalskreft .....	10
2.3 Behandling.....	10
2.3.1 Kirurgi .....	10
2.3.2 Cellegift og strålebehandling .....	11
2.4 Konsekvens av behandling .....	11
2.5 Seksualitet .....	12
2.5.1 Selvbilde .....	12
2.5.2 Informasjon og veiledning.....	13
3.0 Metode .....	14
3.1 Litteraturstudie.....	14
3.2 Fremgangsmåte.....	14
3.3 Forskningsetikk .....	15
3.4 Kildekritikk .....	15
3.5 Metodekritikk .....	16
4.0 Resultat .....	17
4.1 Sammendrag av hver artikkel.....	17
4.1.1 Women’s poorer satisfaction with their sex lives following gynecologic cancer treatment.....	17
4.1.2 Sexual well-being of cervical cancer survivors under 50 years old and the factors affecting their libido.....	18
4.1.3 Coping with sexual concerns after cancer: the use of flexible coping .....	19
4.1.4 Sexuality in irish women with gynecologic cancer .....	20

4.1.5 Informational needs about the effects of gynaecological cancer on sexuality: a review of the literature .....	21
4.2 Oppsummering av hovedfunn .....	22
5.0 Drøfting .....	22
5.1 Fysiske problemer .....	22
5.2 Psykiske problemer .....	23
5.3 Forholdet mellom de fysiske og psykiske problemene .....	25
5.4 Sykepleiers rolle .....	26
5.4.1 Mestring .....	26
5.4.2 Informasjon og veiledning .....	27
6.0 Konklusjon .....	29
Referanseliste .....	30
<b>Vedlegg 1: Søketabell</b>	
<b>Vedlegg 2: Resultattabell</b>	
<b>Vedlegg 3: PLISSIT-modellen</b>	
<b>Vedlegg 4: Eksempel på kildekritikk</b>	

## 1.0 Innledning

Livmorhalskreft er den tredje vanligste kreftformen som rammer kvinner på verdensbasis, og er den vanligste formen for kreft blant kvinner under 35 år (Kreftregisteret, 2014).

Livmorhalskreft utvikler seg langsomt, og de maligne cellene befinner seg i epitelet i flere år, før det blir til en veldefinert svulst (Jerpseth, 2011, s.37). Det er foretatt en masseundersøkelse for kreft i livmoren hos kvinner mellom 25 – 69 år. Målet med masseundersøkelsen er å redusere forekomsten og dødeligheten av livmorhalskreft gjennom et screeningprogram (Forskrift om melding om livmorhalskreft, 2000). Ved behandling av kreft i livmoren, kan du oppleve seksuelle komplikasjoner som samleiesmerter, kjedetørrhet og arrdannelse (Gynkreftforeningen, u.å.).

### 1.1 Bakgrunn

Interessen for pasientgruppen kom etter jeg leste bloggen til Thea Steen, hvor hun skrev om hvordan det var å leve med livmorhalskreft. Thea var en inspirasjon for mange unge kvinner, og hun startet kampanjen *#sjekkdeg* som handler om at alle kvinner mellom 25 – 69 år, må gå å ta celleprøve etter forskriftene. I tillegg har jeg møtt unge kvinner med livmorhalskreft gjennom praksis. Etter samtale med kvinnene kom det frem at det var for lite fokus på seksualitet etter behandling av kreft i underlivet. Forskning viser høy forekomst av utfordringer knyttet til seksualitet og kroppsbilde etter gynekologisk kreft. Og studier viser at kvinner ønsker informasjon og samtale om konsekvenser for seksualitet og kroppsbilde (Langhelle, 2014). I tillegg skriver Langhelle (2014) at mange kvinner etterlyser informasjon fra helsepersonell om seksualitet etter kreftbehandling. Grunnen til at det er manglende informasjon, kan knyttes tilbake til at seksualitet ofte er et tabuområdet. Det er ikke noe vi snakker høyt om (Almås & Benestad, 2006, s. 55). I følge Pasient – og brukerrettighetsloven §3-2 (2016) har pasienten rett på den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand, da også informasjon om mulige risikoer og bivirkninger.

### 1.2 Problemstilling

*Hvordan kan sykepleiere ivareta kvinner som opplever fysiske og psykiske problemer ved sin seksualitet etter behandling mot livmorhalskreft?*

### 1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å sette fokus på de fysiske og psykiske endringene ved seksualitet og samliv etter behandling for livmorhalskreft. Seksualitet er et tabubelagt tema (Almås & Benestad, 2006, s. 55), og kvinner som har vært gjennom behandling for kreft i underlivet får for lite informasjon om komplikasjoner angående dette. I en dansk studie kom det frem at 80% av pasientene hadde behov for informasjon om seksualitet, og at kun et fåtall av helsepersonell hadde vært innom temaet (Agger, 2006, s. 275). Jeg vil med denne oppgaven meddele kunnskapen jeg sitter igjen med, og forhåpentligvis belyse viktigheten rundt de fysiske og psykiske problemene knyttet til seksualitet og samliv hos kvinner med livmorhalskreft, samt hvordan sykepleiere skal ivareta kvinnene.

### 1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling

I oppgaven velger jeg å fokusere på kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft og som nå lever med seksuelle komplikasjoner av det. Omfanget av utfordringene kan oppsummeres i to hovedproblem; fysiske og psykiske. Med fysiske problem menes seksualitet og samliv, mens de psykiske problemene kobles til kvinnenes selvbilde. Jeg vil også diskutere hvordan sykepleier kan møte de nevnte utfordringer relatert til de fysiske og psykiske problemene i lys av mestringsteori. Jeg vil i noen grad være innom livskvalitet, på grunn av funn i artiklene viser at de fysiske og psykiske plagene er med på å forme kvinners livskvalitet. Dermed velger jeg å ha fokus på seksuelt aktive kvinner. Samliv omhandler partnerskap, men jeg velger ikke å trekke inn partnerens behov for omsorg i denne oppgaven.

### 1.5 Begrepsavklaring

**Livmorhalskreft, cervix cancer, cervical cancer:** Kreft i livmorhalsen som utvikler seg i overgangen mellom plateepitel og sylinderepitel. Svulsten oppstår vanligvis i overgangssonen rundt mormunnåpningen (Jerpseth, 2011, s. 37).

**Seksualitet og samliv:** Seksualitet påvirker våre følelser, handlinger, tanker og vårt samspill med andre mennesker (Borg, 2000, s. 82). WHO – Langfeldt (1975) sitert i Gamnes (2014, s. 72) definerer seksuell helse som integrering av somatiske, emosjonelle, intellektuelle og



sosiale aspekter av seksuell væren på en måte som er positivt berikende, og som fremmer personlig utvikling, kommunikasjon og kjærlighet.

**Selvbilde:** Selvbilde er knyttet til selvfølelse og selvtillit, men også hvordan vi ser oss selv. Vi kan ha ulike selvbilder, det kan være positivt eller negativt, alt ettersom hvordan vi evaluerer oss selv (Renolen, 2015, s. 143).

**Mestring:** Benner og Wrubel sitert i Konsmo (1995, s. 84) definerer mestring på følgende måte

*Det folk gjør når det de opplever som meningsfullt blir revet opp og deres vanlige fungering bryter sammen. Fordi målet med mestring er å finne meningen igjen, er ikke mestring en rekke strategier som folk kan velge fritt blant uten begrensninger. Mestring er alltid begrenset av de meningsinnholdene og konsekvensene som er knyttet til den som anses som stressende.*

## 2.0 Teori

### 2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv

Benner og Wrubel er opptatt av både det fysiske og det psykiske i sin mestringsstrategi. Når det kommer til mestring, tar Benner og Wrubel et oppgjør med andres teorier. De tar avstand fra mennesker som står utenfor situasjonen og vurderer pasienters mestring ut fra en dikotomi for god eller dårlig mestring. En slik vurdering ligger til grunn i at disse menneskene tror de vet best hvordan situasjonen burde vært mestret (Konsmo, 1995, s. 84). Benner og Wrubel mener at om man ønsker å hjelpe andre, må man først og fremst forstå hvordan pasienten opplever sin egen historie og sin nåværende situasjon, samt hvilke muligheter han selv opplever at han har. Ut i fra det kan man hjelpe pasienten til å skape flere muligheter ved å veilede, fortolke og trene han til å lære nye ferdigheter (Konsmo, 1995, s. 85).

Benner og Wrubel hevder at det ikke er noe fasit på hvordan man bør mestre alle livets omstendigheter. De mener at man mestrer stress på forskjellige måter ut fra sin egen erfaring, hva som er viktig for dem, deres historie, nåværende situasjon og sykdommer (Konsmo, 1995, s. 85). Man kan mestre stress både ved å involvere og engasjere seg, og ved å holde distanse og kontroll. Situasjonen man er i, og hvilken måte man er i den, er avgjørende for hvilke muligheter man har til å mestre den (Konsmo, 1995, s. 86).

Å bearbeide sine holdninger, verdier og mål på aktuelle områder, kan være en strategi for å mestre stress. En slik mestringsstrategi reduserer opplevelsen av stress, men man kan ikke bare bestemme seg for å forandre verdier og holdninger helt uten videre. Å forstå sine egne erfaringer på en slik måte, krever at man endrer innstilling til hva og hvordan man bryr seg om noe (Konsmo, 1995, s. 89). Våre tidligere opplevelser og den forståelsen vi har for disse erfaringene, påvirker oss i vår nåværende situasjon ved å danne grunnlaget for den forståelsen vi har av det som skjer (Konsmo, 1995, s. 90).

## **2.2 Livmorhalskreft**

Årlig får 300 kvinner livmorhalskreft i Norge. Virusset Humant papillom (HPV) er som oftest årsaken til denne krefttypen. Det finnes over 120 forskjellige typer HVP – virus, og 14 av de er kreftfremkallende (Kristoff, 2014, s. 402). Virusset smittes ved seksuell kontakt, og rundt 70 prosent av alle kvinner får det i løpet av livet. Kroppen klarer å kvitte seg viruset på egenhånd i 90 prosent av tilfellene. Rundt 10 prosent av alle kvinner må behandles for celleforandringer, men bare en prosent utvikler livmorhalskreft (Kreftforeningen, 2017).

## **2.3 Behandling**

Behandlingen til livmorhalskreft har stor påvirkning på den seksuelle funksjonen til kvinnene. Det finnes flere typer behandlinger mot denne kreftformen, og behandlingen bestemmes ut i fra hvilket stadium sykdommen befinner seg på, og hvor svulsten er. Behandlingsformene man bruker til denne type kreft er kirurgi, cellegift og stråling. For best mulig effekt kan disse tre behandlingstypene kombineres (Kreftforeningen, 2017).

### **2.3.1 Kirurgi**

Konisering vil si å operere vekk en liten bit av livmorhalsen, og gjøres når det er begynnende kreftutvikling. Biten som blir fjernet blir sendt til undersøkelse, og svaret mottas etter to uker (Kreftforeningen, 2017). Denne behandlingen vil ikke påvirke kvinnens mulighet til å gjennomføre en graviditet i etterkant (Kristensen, 2000, s. 386).

Den vanligste formen for kirurgiske inngrep ved livmorhalskreft er wertheims operasjon. Da operer de bort livmoren, livmorhalsen og støttevev omkring, samt øvre del av skjeden og lymfeknuter i bekkenområdet. Denne operasjonen er aktuell når svulsten er lokalisert i livmorhalsen. I etterkant av operasjonen kan det være aktuelt med strålebehandling, men det er avhengig av operasjonsresultat (Kreftforeningen, 2017).

Fertilitetsbevarende kirurgi er en operasjon som gjør at du fortsatt kan få barn etter behandlingen. Unge kvinner blir tilbydd denne operasjonen om svulsten er mindre enn 2 cm og er lokalisert i livmorhalsen. Først fjernes lymfeknutene i bekkenet med kikkhullsoperasjon, to uker etterpå fjernes det meste av livmorhalsen (Kreftforeningen, 2017).

### **2.3.2 Cellegift og strålebehandling**

Cellegift kan krympe en stor svulst slik at den kan opereres vekk. Kombinasjon mellom cellegift og strålebehandling er den vanligste behandlingen om svulsten har vokst utenfor selve livmorhalsen (Kreftforeningen, 2017).

Under strålebehandlingen gis cellegift en gang per uke. Strålebehandling ødelegger kreftcellene uten å påvirke de friske cellene i for stor grad. Behandlingen gis i form av radioaktive kilder som i kortvarige perioder plasseres i livmorhalsen. Livmoren blir bestrålt fra utsiden (Kreftforeningen, 2017).

### **2.4 Konsekvens av behandling**

Senvirkninger og bivirkninger etter behandling mot livmorhalskreft kan være mange. Det vil variere fra person til person, avhengig av sykdommens art, alder og allmenntilstand før og under behandlingen (Gynkreftforeningen, u.å.).

Etter strålebehandling mot bekkenområdet vil yngre kvinner komme i en kunstig fremstilt overgangsalder. Produksjonene av hormoner stanses ved stråling mot eggstokkene. Noen opplever problemer med mage/tarm i form av diaré, luft smerter og matintoleranse. Andre opplever problemer med urinveiene. Hos kvinner som har fjernet lymfeknuter i bekkenet, kan noen oppleve å få hevelse i ene eller begge beina. Denne hevelsen kalles lymfødem (Kreftforeningen, 2017).

Mange opplever vanskeligheter med å konsentrere seg og det å huske ting etter behandlingen. Andre opplever at de blir lettere irritert og sint, og har mindre tålmodighet enn før behandlingen (Gynkreftforeningen, u.å.).

Kronisk tretthet er den vanligste komplikasjonen til behandlingen. Det er mange årsaker til at kreftpasienter kan føle seg utmattet. Under behandling av cellegift er kreftpasienter veldig syke, og da kan de kjenne på den uutholdelige trøttheten (Gynkreftforeningen, u.å.).

## 2.5 Seksualitet

Behovet for seksualitet varierer, og flere undersøkelser gir uttrykk for at de fleste som mister deler av seksualiteten vil lide sterkt av det. Somatiske problemer vil gi konsekvenser for seksualiteten, i tillegg til de sosiale, emosjonelle og intellektuelle aspektene (Borg, 2000, s. 82). Seksualitet fremmer kroppskontakt og forsterker samhørighet og trygghetsfølelsen. En kreftbehandling i seg selv vil ikke hindre det å opprettholde et normalt seksualliv. Derav kirurgiske inngrep og strålebehandling mot underlivet, vil nesten alltid få konsekvenser for pasientenes seksuelle helse (Borg, 2000, s. 83).

Komplikasjoner som skjedetørrhet, samleiesmerte og arrdannelse kan forekomme etter behandling av livmorhalskreft. Ved strålebehandling kan stråleskade gi såre slimhinner i skjeden. Da kan skjeden gro igjen om man ikke bruker stav og har samleie, og den vil bli mindre elastisk. Skjeden kan også bli forkortet. Ved cellegiftbehandling kan kroppen gå inn i tidlig overgangsalder. Det vil si at man mister hormoner som blir produsert i eggstokkene. Disse hormonene er vesentlig for å opprettholde et velfungerende sexliv. Mindre produksjon av østrogen vil føre til at slimhinnene produserer mindre slim som kan gjøre samleie smertefullt. Et annet hormon som kan gå tapt i denne prosessen er testosteron. Da kan man oppleve å miste sexlysten og driven til å være aktiv (Gynkreftforeningen, u.å.). Kirurgisk behandling vil ofte berøre seksualiteten direkte, ved at de skader eller fjerner det organet som har betydning for den seksuelle funksjonen. Som ytre og indre kjønnsorgan, samt erogen hud og slimhinne (Agger, 2006, s. 270).

Selv om samleie ikke er noe man orker, må man ikke fjerne seg helt fra den intime delen av forholdet. Nærheten kan være vesentlig for kvinners helbredelse i en sårbar situasjon (Jerpseth, 2011, s. 39).

### 2.5.1 Selvbilde

Et individ bygger opp sitt bilde eller oppfatning av seg selv gjennom alle erfaringer det gjør, hvordan det med sine ulike behov og handling, og sin atferd i det hele blir møtt og bekreftet av sine omgivelser, særlig av sine nærmeste (Theophilakis, 1980, s. 27).

Renolen (2015, s. 146) skriver at behandling mot kreft kan medføre både fysiske og psykiske endringer ved selvbilde. Det kan bli påvirket i negativ retning ved kirurgisk inngrep som medfører helt eller delvis fjerning av kroppsdeler. Selvbilde kan også bli truet ved tap av hode

– og kjønnsår, samt tap av livmor og eggstokker (Renolen, 2015, s. 146). Endret selvbilde kan føre til at pasienten opplever at hun er lite verdt som kvinne og som seksuellpartner. Mange kvinner får et vanskelig forhold til egen kropp, og de føler seg svært lite attraktiv. For å akseptere seg selv som et seksuelt vesen, er det å akseptere kroppen sin for det den er et viktig fundament (Sele, 2000, s. 398). Men når sykdom blir en del av livet, er det ikke rart at det dukker opp tanker om seg selv og egen kropp. I et intimt møte med et annet menneske er det dermed lett for å føle seg usikker (Kreftforeningen, u.å.).

### 2.5.2 Informasjon og veiledning

Kreft i kjønnsorganene og de forandringene som følger av behandlingen, kan påvirke kvinnens selvbilde og skape psykiske problemer. Mye kan forebygges og lindres ved forståelse og god informasjon (Tropé & Onsrud, 2000, s. 170). Manglende kunnskap, tabuforestillinger og usikkerhet kan bidra til at sykepleiere undervurderer betydningen av pasientens seksualitet i den sykepleien og omsorgen de yter. I tillegg har sykepleiere en tendens til å betrakte syke mennesker med nedsatt funksjonsevne som aseksuelle, noe som gjør at sykepleiere ikke trekker inn pasientens seksualitet (Laursen, 2011, s. 704). Flere sykepleieteoretikere og undersøkelser bekrefter denne tendensen og viser at helsepersonell overser pasientenes fysiske og psykiske problemer (Laursen, 2011, s. 704).

Når sykepleier vet at en behandling eller sykdom kan påvirke pasientens seksualliv, har sykepleieren plikt til å informere pasienten om hvilke problemer av seksuell art som kan oppstå. Det er sykepleierens ansvar å sikre at pasienten får nødvendig informasjon, og hvilken informasjon som gis (Laursen, 2011, s. 714). Når det kommer til den seksuelle samtale, opplever mange sykepleiere at de mangler ord og begrep. Sannheten er nok at de ikke mangler ord eller begrep, men øvelse i og mot til å snakke om ordene der det er mulig (Sigaard, 2003, s. 59). Det kan være til god hjelp å ha noen modeller å gå ut i fra i samtale om seksuelle problemer med pasienter. To modeller som kan være til hjelp er PLISSIT – modellen og SOS – modellen (Laursen, 2011, s. 714). PLISSIT-modellen inneholder fire nivåer som rådgiving kan foregå på. Tillatelse (permission given), begrenset informasjon (limited information), spesifikke forslag (specific suggestions) og intensiv terapi (intensive therapy). Se vedlegg 3.

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudie

En litteraturstudie er en studie hvor man systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt å sammenfatte det hele (Thidemann, 2015, s. 79). Alle trinn i prosessen har en systematisk tilnærming. Å gi leseren en god og oppdatert forståelse av kunnskap som omhandler det området problemstillingen etterspør og hvordan en har kommet frem til kunnskapen, er målet med en litteraturstudie (Thidemann, 2015, s. 80).

En systematisk litteraturoversikt er en vurdering og oppsummering av eksisterende kunnskap og relevant forskning innenfor et bestemt forskningsområdet. Man viser vei for videre forskning ved å klargjøre hva man vet og hva man ikke vet, samt å avdekke kunnskapshull. I en allmenn litteraturoversikt beskrives og analyseres et antall utvalgte artikler, men som sjelden er gjennomført systematisk hva utvalget angår (Thidemann, 2015, s. 81). Hensikten er at før man starter arbeidet med egen undersøkelse, skal man skaffe seg en oversikt over informasjon, kunnskap og forskningsresultat innenfor det området problemstillingen etterspør (Thidemann, 2015, s. 81).

### 3.2 Fremgangsmåte

I denne oppgaven blir relevante forskningsartikler sammen med annen litteratur brukt for å belyse problemstilling og tema. Under søkeprosessen søkte jeg i ulike databaser som CINAHL, PubMed, SveMed + og ProQuest. Databasene ProQuest og CINAHL ble mest brukt ved søk etter relevant forskning til min oppgave. Disse databasene var oversiktlige og hadde flest treff på temaet i oppgaven.

Søkeordene jeg benyttet meg av ved søk i de ulike databasene er; *Cervical cancer*, *sexuality*, *sexual function* og *self image*. For å begrense søket, måtte jeg ta i bruk tilleggsord for å finne de mest relevante artiklene til problemstillingen.

I søkeprosessen ville jeg finne artikler som var fagfellevurdert, og som enten var på norsk eller engelsk. I tillegg ville jeg fokusere på kvinner som var mellom 19 – 44 år, men fant

mange andre relevante artikler som hadde eldre kvinner med i studien. Dermed ble denne avgrensingen kun brukt ved noen søk. Se vedlegg 1.

### 3.3 Forskningsetikk

Forskningsetikk er et området av etikken som handler om planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning. Det handler om å sikre troverdigheten av forskningsresultat og ivareta personvernet. Ved forskning innenfor medisin, handler det også om å unngå at deltakerne i forskningsprosjektet blir utsatt for unødvendig belastning og skade. Forskningens mål om å vinne ny kunnskap og innsikt må heller ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland, 2012, s. 96).

Tre av artiklene jeg har inkludert er etisk godkjent av forskjellige universitet. De to siste er litteraturstudie som ikke trenger å ha etisk godkjenning. I noen tilfeller skriver de i metoddelen om de har sjekket artiklene de har tatt med for etisk godkjenning. Ingen av de to artiklene jeg har tatt med, informerer om etisk godkjenning i metoddelen. Likevel kan man se at etiske prinsipper er ivaretatt. Etersom det er et sårbart tema som blir tatt opp i alle artiklene, er det vesentlig at anonymisering er ivaretatt.

### 3.4 Kildekritikk

Kildekritikk er de metodene som fastslår om en kilde er sann. Det betyr at de kildene som benyttes må karakteriseres og vurderes (Dalland, 2012, s. 67). Kildekritikk skal vise at du er i stand til å forholde deg kritisk til hvilke kriterier du har benyttet under utvelgelsen, og til det kildematerialet du bruker i oppgaven. Hensikten er at leseren skal ta del i de refleksjonene du har gjort deg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen (Dalland, 2012, s. 72). For å vurdere holdbarheten til artiklene jeg valgte, brukte jeg sjekklister av forskningsartikler fra kunnskapssenteret. Se vedlegg 4.

Boken til Trulte Konsmo "En hatt med slør..." er basert på Benner og Wrubels egen bok "The primacy of caring". I og med at boken ikke er primærlitteratur, kan det være at forfatter har tolket teorien til Benner og Wrubel på en annen måte. Dette kan påvirke gyldigheten til kilden. Likevel skriver Konsmo i sin bok at det er Benner og Wrubels tanker og teorier, men at hun har tatt mønstereksempler fra den nordiske kulturen for å få oss til å se sammenhengen. Ut over det har jeg brukt mye pensumlitteratur som er kvalitetssikret gjennom studieplanen.

Jeg har tatt med fem artikler, hvor to av de er litteraturstudier, mens tre av de er kvantitative. I tillegg til at de er kvantitativ, er to av de tverrsnittstudier. En tverrsnittstudie smaler informasjon på en planlagt måte i en definert populasjon (utvalg) på et gitt tidspunkt. Metoden brukes mest når en skal beskrive forekomst (prevalens), men kan også utforske sammenhenger (Kunnskapsbasert praksis, u.å.). Jeg hadde litt problemer med å finne ut hvilke metode som ble brukt på den ene artikkelen, men kom frem til at det var en litteratur/teoretiskstudie. Kvantitativ metode er en forklarende kunnskapstradisjon hvor det i prinsippet er to kilder til kunnskap; det vi kan observere, og det vi kan regne ut med våre logiske sanser (Thidemann, 2015, s. 77). Det positive ved en kvantitativ studie, er at den tar befolkningen som en helhet ved å ta for seg bredden. Det negative er da at hver kvinne med livmorhalskreft vil ha forskjellig behov for sykepleie, ettersom utfallet blir forskjellig. Det positive ved en litteraturstudie, er at all forskning på temaet er samlet i en artikkel. Det negative er at det ikke er gjort egen forskning, men forskning basert på andres resultat.

### 3.5 Metodekritikk

I utgangspunktet hadde jeg ikke tenkt å ta med forskningsartikler som var eldre enn fem år, men under søkeprosessen viste dette seg å være en utfordring. Temaet i oppgaven er dårlig belyst i nyere tider, så jeg valgte å utvide til ti år. Fire av fem artikler er publisert mellom 2010 – 2013, mens den siste er publisert i år 2000. I og med at artikkelen er publisert i år 2000, vet jeg at den egentlig stiller svakere på grunn av nyere forskning som kan ha blitt gjort. Det kan igjen påvirke gyldigheten til kilden. Men, ettersom at denne artikkelen var svært relevant til min oppgave, valgte jeg å ta den med likevel. Tre av artiklene har bakgrunn i forskjellige kulturer: Kina, Irland og Brasil. Hvilke kultur eller religion man tilhører, har betydning for måten man er kvinne på (Ingstad, 2014, s. 91). Cleary et al. (2011) skriver i sin artikkel at på grunn av irsk kultur og religiøs tro, har seksualitet vært tabubelagt i Irland over lang tid. I tillegg skriver hun at etter midten av 1990-tallet har påvirkningen av den katolske kirken avtatt, og seksualitet kan lettere bli omtalt. Tian (2013) har i sin studie skrevet at i den kinesiske kulturen, er pasientene tilbakeholden når det kommer til seksualitet. Leger og sykepleiere er heller ikke pågående når det gjelder seksualitet, og pasienter sier de ikke får informasjon eller veiledning om det. Til tross for kulturforskjellene fra vår egen vestlige kultur, valgte jeg å ta de med, da budskapet og temaet er veldig relevant til min oppgave.



## 4.0 Resultat

### 4.1 Sammendrag av hver artikkel

Her presenteres de ulike forskningsartiklene som er med på å belyse problemstillingen. Se vedlegg 2.

#### 4.1.1 Women's poorer satisfaction with their sex lives following gynecologic cancer treatment.

**(Lara, Andrade, Consolo og Romao, 2011)**

##### *Hensikt*

Behandling mot gynekologisk kreft kan føre til anatomiske forandringer i genitaliene som kan svekke seksualresponsen. Forfatterne har forsøkt å finne ut hvordan kvinnenes selvoppfatning av sexlivet deres er etter behandling mot gynekologisk kreft, og om hvordan behandlingen påvirket den seksuelle funksjonen. Å bli diagnostisert med gynekologisk kreft kan ha en negativ psykologisk effekt og føre til redusert selvfølelse, negative følelser om ens egen kropp, problemer med forhold, opplevd tap av seksuell attraksjon, og andre problemer. Behandling mot gynekologisk kreft kan forstyrre syntesen og produksjon av kjønnshormoner, neurotransmittere og neuropeptider som kan svekke den seksuelle funksjonen.

##### *Metode*

Dette er en kvantitativ tverrsnittstudie hvor data ble hentet fra 30 ulike kvinner med gynekologisk kreft. Alle kvinnene var i stabile forhold med mannlige partnere og var seksuelt aktive. Alle kvinnene som deltok gjennomgikk radikal hysterektomi. En gynekolog som har spesialisert seg innenfor sexterapi, administrerte omsorg til kvinnene. Behandlingen innebar pedagogisk intervensjon for å hindre smerte, med informasjon om bruk av kremer og oljer og ved bruk av vaginal dilatasjon for å forhindre vaginal stenose.

##### *Resultat*

Alle de 30 kvinnene rapporterte frykt for smerte ved vaginal inntrengning, og en kvinne rapporterte om at det var blitt forbedring i hennes sexliv. Kvinnene rapporterte at de også var usikker på hvilke følelser partnerne deres hadde for dem. Fem av kvinnene hadde problemer med å gjenoppta de seksuelle relasjonene som de hadde før behandlingen.

### *Konklusjon*

Hovedfunnet er at kvinner som er behandlet for gynekologisk kreft har dårligere sexliv etter behandling. Dette bekrefter resultater fra tidligere studier av kvinner i denne populasjonen. Tidligere studier rapporterte at smerter, følelse av skam, frykt for blødning, manglende forspill, seksuelle fantasier og onanering er hovedfaktorene for at sexlivet er dårligere.

#### **4.1.2 Sexual well-being of cervical cancer survivors under 50 years old and the factors affecting their libido.**

**(Tian, 2013)**

##### *Hensikt*

De siste årene har forekomsten av livmorhalskreft hos unge kvinner økt. For reproduktive livmorhalskreftpasienter, kan kirurgiske inngrep eller strålebehandling forårsake problemer som tap av fruktbarhet, tidlig overgangsalder og seksuell misnøye. Disse problemene påvirker kvinners familieliv og deres seksuelle velvære. Dette kan igjen påvirke deres livskvalitet.

##### *Metode*

Dette er en kvantitativ studie og data som ble hentet fra 106 kvinner fra Kina som hadde gjennomgått behandling mot livmorhalskreft. Alle var gift og var 50 år eller yngre. Intervjuene ble gjort i kvinnenes eget hjem. Kvinnenes seksuelle velvære ble kartlagt ved hjelp av to spørsmål ”Er du fornøyd med sexlivet ditt?” og ”Vil du ha et sexliv?”. Om svaret var nei, måtte kvinnene skrive ned hvorfor.

##### *Resultat*

Blant de 106 kvinnene som deltok var det 37 som var fornøyd med sexlivet sitt, og 69 kvinner ikke fornøyd. 43 kvinner ønsket å ha et seksualliv, og 63 ønsket ikke. Av de 63 kvinnene som ikke ønsket å ha et sexliv, var bivirkninger som ubehag, vaginal blødning, forkortet skjede, sammenvokst skjede, tørrhet og smerter. Andre grunner var at de fryktet at samleie skulle skade operasjonsområde, at samleie ville gjøre forholdene verre og de fryktet at de kunne overføre sykdommen til ektefellene.

### *Konklusjon*

Studien konkluderer med at en må tilfredsstille kvinnenes kunnskap om seksualitet, for å forbedre livskvaliteten til livmorhalskreftpasienter. Helsepersonell kan ikke bare hjelpe

kvinnene med de dagligdagse gjøremål og rehabilitering, men også møte kvinnenes psykososiale behov etter behandling mot livmorhalskreft.

#### **4.1.3 Coping with sexual concerns after cancer: the use of flexible coping**

**(Reese, Keefe, Somers og Abernethy, 2010)**

##### *Hensikt*

Kreftbehandlinger har som oftest negativ innvirkning på den seksuelle funksjonen. Pasienter og deres partnere rapporterer bekymringer for deres seksuelle livskvalitet, og endringer ved den seksuelle funksjonen. Modellen de bruker ved seksuell omsorg ved kreft i dag, håndterer ikke de viktige behovene til pasienter tilstrekkelig nok.

##### *Metode*

Artikkelen er en litteraturstudie hvor de beskriver en bredere tilnærming til forståelse og behandling av seksuelle bekymringer ved kreft, som fokuserer på atferdsmessige og kognitive mestringsstrategier. Først lagde de en analyse av dagens status ved forskning på forståelse ved seksualitet hos kreftoverlevede, deretter presenterte de en modell som kan være til hjelp for å forstå hvordan kreftoverlevede og partnerne deres håndterer sine seksuelle bekymringer, både klinisk og i form av forskning på mestring ved seksuelle problemer.

##### *Resultat*

Forskning tyder på at for mange kreftpasienter har seksuelle bekymringer. Likevel er ikke de seksuelle bekymringene adressert som rutine i kreftomsorgen, og når de er begrenset en medisinsk tilnærming det reelle innholdet av disse interaksjoner for pasientene.

##### *Konklusjon*

Det blir presentert en fleksibel mestringsmodell som har en bredere tilnærming til å håndtere de seksuelle bekymringene til pasienter i kreftomsorgen, og som kan være mer aktuell for pasientens viktige behov. Å adressere seksualitet i kreftbehandlingen er helt nødvendig for å sikre fullstendig pasientsentrert omsorg.

#### 4.1.4 Sexuality in irish women with gynecologic cancer

(Cleary, Hegarty og McCarthy, 2011)

##### *Hensikt*

Fremskritt innen kreftutvikling har gjort at flere pasienter overlever. Men å overleve en kreftform er assosiert med plagsomme langsiktige bivirkninger. Dette påvirker pasientens seksuelle helse på en negativ måte. Hensikten med studien er å undersøke selvbilde, seksuelle relasjoner og seksuell funksjon etter å ha blitt diagnostisert med gynekologisk kreft. I tillegg vil de undersøke forholdet mellom disse og demografiske variabler.

##### *Metode*

Artikkelen er en kvantitativ tverrsnittstudie. Det ble utsendt spørreskjema til 136 irske kvinner fra 24 – 79 år som hadde fått kreftdiagnosen for over seks uker siden. 106 kvinner svarte som igjen ga svarprosent på 78%. Spørreskjema inneholdt ulike skala som kunne måle kvinnenes selvbilde, seksuelle relasjoner og seksuell funksjon; Body Image Scale, Sexual Esteem Scale, Sexual Self – Schema Scale, Intimate Relationship Scale og Arizona Sexual Experience Scale.

##### *Resultat*

Deltakerne rapporterte om negative endringer i forhold til selvbilde (51%), seksuelle forhold (30.3%), og seksuell funksjon (20.1%). De rapporterte om negative endringer i forhold til alle de forskjellige fasene ved seksuell helse.

##### *Konklusjon*

Gynekologisk kreft har potensialet til å påvirke kvinnes seksuelle selvbilde, seksuelle forhold og seksuelle funksjon negativt. Hovedfunn i artikkelen var at flere kvinner slet med fysiske endringer. De følte seg mindre hel og mindre seksuelt attraktive.

#### 4.1.5 Informational needs about the effects of gynaecological cancer on sexuality: a review of the literature

(Gamel, Hengeveld & Davis, 2000)

##### *Hensikt*

Hensikten med studien er å utvikle en sykepleieintervensjon for å gi støtte og informasjon om sykdommens effekt på seksualitet. Gynekologisk kreft kan føre til spesifikke endringer i seksualiteten, og informasjon om dette må derfor gis. En viktig del av prosjektet var å finne informasjon som kvinner kan bruke når de skal tilpasse seg de endringene ved seksualitet som gynekologisk kreft kan gi.

##### *Metode*

En bred definisjon av seksualitet ble brukt for å søke etter relevante emner å inkludere i diskusjonen om seksualitet og gynekologisk kreft. Fire forskjellige emner om seksualitet ble formulert i dette prosjektet; seksuell respons og seksuell atferd, kroppsbilde og utseende, intimitet inkludert uttrykte følelser, fertilitet og hormon funksjon. To hovedspørsmål var grunnlaget i prosjektet: Hvilke effekt har gynekologisk kreft på alle de fire sidene ved seksualitet? Og hvilke støtte og informasjon angående seksualitet vil kvinner med gynekologisk kreft ha?.

##### *Resultat*

Resultatet i denne litteraturstudien er at kvinner med ulik gynekologisk kreft trenger lik mengde informasjon. Informasjonen bør gis tre ganger i løpet av sykdomsperioden; diagnose og behandlingsfasen, oppbyggingsfasen og første samleie og i perioden hvor man skal bygge opp igjen seksuallivet.

##### *Konklusjon*

Informasjon om seksualitet hos kvinner med gynekologisk kreft er relatert til spesifikke seksuelle hendelser som oppstår ved tre tidsperioder. Etersom det er forskjellig helsepersonell som gir informasjonen, må det være en klar avtale om hvem som skal gi hvilken informasjon i hver tidsperiode. Prosjektet og statistikk om kjente komplikasjoner som omhandler seksualitet er nødvendig å gi informasjon om ved diagnosetidspunkt.

## 4.2 Oppsummering av hovedfunn

Oppsummert skiller artiklene mellom fysiske og psykiske problemer knyttet til seksualiteten. Hovedfunnene er at kvinner som er behandlet for gynekologisk kreft har dårligere sexliv etter behandling. Studiene viser at for å forbedre livskvaliteten til livmorhalskreftpasienter, kan ikke helsepersonell bare hjelpe kvinnene med de dagligdagse gjøremål og rehabilitering, men også tilfredsstille kvinnenes kunnskap om seksualitet og møte kvinnenes psykososiale behov etter behandling mot livmorhalskreft. Kvinnene i studiene savnet informasjon fra helsepersonell som følte de unngikk dette tema. Gynekologisk kreft har potensialet til å påvirke kvinnes seksuelle selvbilde, seksuelle forhold og seksuelle funksjon i negativ forstand.

## 5.0 Drøfting

*Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere ivareta kvinner som opplever fysiske og psykiske problemer ved sin seksualitet etter behandling mot livmorhalskreft?*

I oppgaven velger jeg å fokusere på kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft og som nå lever med seksuelle komplikasjoner av det. Oppsummert skiller studiene mellom fysiske og psykiske problemer knyttet til seksualitet. Med fysiske problem menes seksualitet og samliv, mens psykiske problem kobles til kvinners selvbilde. Livmorhalskreft påvirker kvinners seksuelle selvbilde, seksuelle forhold og den seksuelle funksjonen negativt (Cleary, et.al. 2011). Helsepersonell kan ikke bare hjelpe kvinnene med de dagligdagse gjøremål, men også gi de kunnskap om seksualitet og møte kvinnenes psykososiale behov etter behandling mot livmorhalskreft (Tian, 2013). Totalbilde blir også en endring av livskvaliteten til kvinnene.

### 5.1 Fysiske problemer

Flere studier viser at kvinnene har fått fysiske problemer knyttet til seksualitet etter behandling mot livmorhalskreft (Lara et al. 2011, Cleary et al. 2011 & Tian, 2013). Behandlingsformene som blir brukt til en slik kreftform er cellegift, strålebehandling og kirurgi (Kreftforeningen, 2017).

I følge Tian (2013) sin studie var over 52% av kvinnene redd for å ha et sexliv på grunn av bivirkningene til behandlingen mot livmorhalskreft. Videre skriver han at senkomplikasjoner som problemer med blære og tarm, vaginal stenose, skjedetørrhet og smerter ved samleie har stor påvirkning på kvinnenes seksuelle funksjon. Cleary et al. (2011) skriver også i hennes artikkel at kvinnene som var deltakende i studien, hadde en generell dårligere seksuell funksjon etter behandlingen.

Strålebehandling kan gjøre at kvinnen kommer i kunstig fremkalt overgangsalder, noe som kan gi infertilitet. I tillegg ødelegger strålene den naturlige elastisiteten som kan gi kvinnene kort og trang vagina (Kristensen, 2000, s. 387). Lara et al. (2011) skriver at kvinnene kan få nedsatt følelse i området som er bestrålt som igjen resulterer i redusert nytelse og smerter ved penetrering. Videre skriver Lara et al. (2011) at alle behandlingene ga like dårlig effekt på den seksuelle funksjonen, der hun mener at behandlingen du får har ikke en vesentlig betydning når det kommer til komplikasjoner ved seksualitet. Tian (2013) skriver derimot i sin studie at kvinner som hadde gjennomgått strålebehandling hadde mer komplikasjoner angående seksualitet enn de som fikk cellegift eller kirurgi. Som sykepleier har du mulighet til å belyse pasienten om ulike hjelpemidler som kan være til nytte for å bedre de fysiske plagene. Kreftforeningen (u.å.) har skrevet en liste over seksualtekniske hjelpemidler for kvinner.

Ved kirurgi, er det vanligste inngrepet wertheims operasjon. Da operer de bort livmoren, livmorhalsen og støttevev omkring, samt øvre del av skjeden og lymfeknuter i bekkenområdet (Kreftforeningen, 2017). Det vil si at kvinnene som gjennomgår denne type operasjon, mister sin fertilitet. En slik påkjenning går ikke bare på det fysiske. Påkjenningen går også på det psykiske, der en føler at en mister en del av seg og får følelsen av at noe mangler.

## 5.2 Psykiske problemer

Livmorhalskreft har epidemiologisk sammenheng med tidlig seksuell debutalder samt stort antall seksualpartnere (Agger, 2006, s. 267). Det å få en slik kreftdiagnose kan da gi følelse av skam og mindre verd. Emosjonelt, kan en kreft diagnose føre til stress, angst, depresjon, endringer ved kroppsbilde på grunn av arr etter operasjon, eller ved fjernelse/ødeleggelse av seksuelle organ og andre kroppsdeler (Reese et al., 2010). Å fjerne livmoren betyr mer enn det at menstruasjon og fertilitet opphører. Følelse av mindreverd og skyld er vanlig, og det

kan overføres på omgivelsene i form av anklager (Tropé & Onsrud, 2000, s. 171). Cleary et al. (2011) påpeker også at kvinner som må operere ut livmoren, opplever å miste deler av sin femininitet. Gjennom Tian (2013) sin artikkel ser man at kvinnene han har fokusert på er under 50 år, men en andel er også under 30 år. Det er en stor belastning å få erkjent at man aldri kan kunne bære frem et barn, slik kvinner er laget for å gjøre. Dette har gjort at mange unge kvinner har blitt deprimert, etter å sørge over et slik tap. Et slik tap kan være med på å påvirke kvinnenens seksualitet i negativ retning.

En rolle defineres som summen av normer og forventinger (Ingstad, 2014, s. 136), og det å være kvinne er en rolle i seg selv. Som liten blir du fortalt at gutter skal leke med biler, mens jenter er omsorgsfull og empatisk (Ingstad, 2014, s. 84). Som kvinne har en visse forventinger til reproduksjon og til å være mor. Cleary et al. (2011) skriver at kirurgisk behandling mot gynekologisk kreft kan føre til tap av livmoren, livmorhalsen og eggstokker. Dette kan igjen føre til at kvinnenens selvbilde blir svekket, på grunn av deres rolle som kvinne ikke lengre lever opp til forventingene. Forventingene til de ulike roller og kjønn er forskjellig fra hvilke kultur man tilhører (Ingstad, 2014, s. 91). Theophilakis (1980, s. 27) skriver at individ bygger opp sitt bilde av seg selv gjennom erfaringer, atferd og hvordan det med sine ulike behov og handling blir møtt og bekreftet av sine omgivelser, særlig sine nærmeste. Man kan dermed se en tydelig sammenheng mellom rolle og selvbildet.

I studien til Lara et al. (2011) viser hun at flere av kvinnenens partnere hadde problemer med å gjenoppta den normale seksuelle relasjonen mellom de. Noen av partnerne hadde negativ holdning til kvinnenens kroppsforandringer som gjorde at kvinnen fikk dårligere selvbilde, som igjen ga konsekvenser for seksualiteten. Dette kan sammenlignes med det Reese et al. (2010) har skrevet i sin studie om at partnere kunne få et mer pasient/omsorgsforhold til kvinnen, etter en slik kreftdiagnose. Samtidig legger hun vekt på at de parene som unngår seksuell aktivitet under behandlinger, kan få det vanskeligere med å gjenoppta seksuell aktivitet når behandlingen er over.



### 5.3 Forholdet mellom de fysiske og psykiske problemene

Når det kommer til seksualitet er det ofte slik at de fysiske og de psykiske problemene henger sammen. Både strålebehandling, kjemoterapi, hormonbehandling og kirurgisk behandling kan gi omfattende fysiske og psykiske plager og funksjonsforandringer (Schjøberg, 2000, s. 91). Fysiske problemer etter behandling mot livmorhalskreft kan være med på å redusere kvinners selvbilde (Cleary et al., 2011). Studier har vist at det er et forhold mellom seksuell dysfunksjon og dårlig fysisk helse, emosjonell helse og livskvalitet. Seksuell velværet hos unge kvinner med livmorhalskreft er sterkt relatert til deres livskvalitet (Tian, 2013).

Livskvaliteten henger sammen med den seksuelle helsen. Om kvinnene har dårlig selvbilde, kroppsbilde, fysiske problemer som smerte ved samleie, skjedetørrhet og arrdannelse, vil dette gå ut over den generelle livskvaliteten til kvinnen. Flere studier rapporterer om denne sammenhengen, noe som vil si at det er et omfattende problem. Dette går også utover parforholdet og den andre partneren. Lara et al. (2011) skriver at kvinnenes libido (seksuell lyst) ble svekket på grunn av komplikasjoner fra behandling mot livmorhalskreft. Seksuell lyst er et resultat av et komplekst samspill mellom fysiologiske og psykologiske faktorer (Grünfeld, 2000, s. 241). I følge Grünfeld (2000, s. 241) er manglende lyst et normalt fenomen, og uproblematisk så lenge det ikke blir kronisk.

Selvbilde til kvinnene blir påvirket både av de fysiske og de psykiske problemene ved seksualitet. Selvbilde omhandler hvordan en ser seg selv på, men også selvtillit og selvfølelse (Renolen, 2015, s. 146). Cleary et al. (2011) skriver at seksuelt selvbilde omhandler hvordan en ser på seg selv som et seksuelt vesen. Flere kvinner i studien forteller at de føler seg mindre som et seksuelt vesen etter behandlingen. Dette skyldes de fysiske og psykiske problemene til seksualitet.

Åpenhet, trygghet og tillit er avgjørende for å komme frem til best mulig resultat (Grünfeld, 2000, s. 241). Dermed kan man si at sykepleiers rolle er vesentlig i en slik sammenheng. Kvinner kan for lite om seksualitet og eget kjønnsorgan. Det er grunnleggende at sykepleier hjelper kvinnene med den informasjon og veiledning de måtte trenge, i tillegg hevdes det at det å være en støttespiller for å kvinnene er med på å hjelpe de til å mestre de problemene som har oppstått (Gamel et al., 2000).

## 5.4 Sykepleiers rolle

For at pasienter skal føle seg ivaretatt, viser studier at sykepleiers rolle er grunnleggende når det kommer til problemer knyttet til seksualitet. Pasienter er ofte misfornøyd med helsepersonellens unnvikende holdning til å ta opp seksuelle problemer (Cleary et al., 2011, Lara et al., 2011, Reese et al., 2010 & Tian, 2013). Men når sykepleier vet at en behandling eller sykdom kan påvirke pasientens seksualliv, har de en plikt til å informere pasienten om problemer angående seksualitet som kan oppstå (Laursen, 2011, s. 714). Som sykepleier vil en være spørrende, åpen og tilgjengelig. For at kvinnene skal føle seg trygg er det vesentlig at kvinnen selv får være med på å bestemme hvor mye hun vil åpne seg, og om hun vil ha følge med til samtalen (Jerpseth, 2011, s. 25). Reese et al. (2010) bekrefter det som blir skrevet om helsepersonell manglende informasjon, og skriver selv i sin litteraturstudie at det er for lite oppmerksomhet rundt seksuelle problemer i kreftomsorgen.

### 5.4.1 Mestring

Kvinnene i de forskjellige artiklene som er inkludert, gir uttrykk for at seksualiteten deres er truet, noen mener ødelagt av behandlingen mot livmorhalskreft. For at vi som sykepleiere skal kunne hjelpe disse kvinnene mener Benner og Wrubel (Konsmo, 1995, s. 99) at man må se på hva de bryr seg om og hva som er viktig for de. Reese et al. (2010) har i sin studie undersøkt flere ulike mestringsstrategier. De kom frem til at en ny mestringsstrategi måtte komme frem i lyset for å belyse seksualitet og kreft tilstrekkelig.

I følge Benner og Wrubel (Konsmo, 1995, s. 89) er en strategi for å mestre stress å bearbeide sine holdninger, verdier og mål på de aktuelle områdene. Reese et al. (2010) peker i sin studie på en fleksibel mestringsstrategi hvor en må prøve å endre oppfatningen av en bestemt ting. De foreslo at en måtte endre den kognitive og affektive definisjonen på seksuell funksjon. Det vil si at kvinnene må endre sin definisjon på seksuell funksjon, fra at det kun har med sex og samleie å gjøre til at det blir et bredere oppfatning av begrepet. Begrepet seksualitet handler om så mye mer enn bare sex og samleie. Det handler om våre følelser, kjærighet, intimitet, nærhet, identitet og det å være sensuell (Jerpseth, 2011, s. 24). Reese et al. (2010) tilbyr også en "top-down" tilnærming for å respondere til usikkerhet for den seksuelle funksjonen, gjennom å forandre sentraliteten av seksuell funksjon og aktivitet. Det vil si at en må se på den seksuelle funksjonen som mer enn bare samleie. Å være åpen til andre seksuelle aktiviteter som ikke omhandler samleie fordi en synes at dette er ubehagelig, eller at en ikke vil ha samleie er målet med en slik tilnærming. En fleksibel mestringsstrategi som Reese et al.

(2010) foreslår, lar kvinnen og partneren kjenne igjen ulike følelser, som lar de utforske det å være intime igjen samt andre seksuelle aktiviteter. Jerpseth (2011, s. 39) skriver at det å være intim og føle nærhet kan være vesentlig for helbredelsen til kvinner som er i en sårbar situasjon.

Mestringsstrategien til Benner og Wrubel kan sammenlignes med den fleksible mestringsstrategien til Reese et al. (2010). Begge strategiene tilbyr en ny måte å tenke på. Benner og Wrubel (Konsmo, 1995, s. 89) mener at mestringsstrategien er en del av utviklingsprosessen, at det handler like mye om personlig utvikling gjennom å innarbeide nye forståelsesmåter som hvordan en takler eller blir påvirket av en endret situasjon. I denne sammenheng kan et eksempel være at kvinner som har blitt infertil etter behandling mot livmorhalskreft sørger over at hun aldri kan oppleve det å bære frem sitt eget barn. En kan da prøve å snu denne tankegangen til at kvinnen fokuserer på den friheten en har om hun ikke får barn. Dette hjelper på stresset kvinnene føler, men man må huske på at verdier og holdninger ikke er noe man bare kan bestemme seg for å endre på (Konsmo, 1995, s. 89).

#### **5.4.2 Informasjon og veiledning**

Det er en rekke forslag i sykepleie og sexologisk litteratur til hvordan helsepersonell kan diskutere seksualitet med pasient, men likevel rapporterer kvinner om manglende informasjon og kunnskap (Gamel et al., 2000). I studien til Tian (2013) viser det seg at kvinnene ikke ville ha et seksualliv på grunn av bivirkningene av behandlingen. I tillegg hadde kvinnene for lite kunnskap som gjorde at lysten ikke var tilstede. Helsepersonell overser pasientens behov for kunnskap om seksualitet og om hvordan behandlingen kan påvirke deres seksualliv.

Som sykepleier har du plikt til å informere om ulike bivirkninger en behandling kan medføre (Pasient – og brukerrettighetsloven, 2016). Likevel rapporterer nesten alle artiklene at helsepersonell ikke har gitt informasjon om mulige bivirkninger som går under seksualiteten til kvinnene (Lara et al. 2011, Tian 2013, Reese et al. 2010 & Cleary et al. 2011). Tian (2013) skriver i sin studie at kvinner fra den kinesiske kulturen er tilbakeholden når det gjelder å snakke om seksuell velværet med helsepersonell. Leger og sykepleiere forklarer ikke de mulige seksuelle utfordringene og komplikasjonene behandlingen kan medføre. Den kinesiske kulturen er i hovedsak ulik vår vestlige kultur, men på akkurat dette området kan de sammenlignes. Langhelle (2014) skriver at kvinnene savnet at helsepersonell informerte de

om endringene i kvinnekroppen, inkludert de seksuelle endringene. Da ville de ha forberedt seg bedre og det kunne hjulpet de til opplevelse av kontroll over egen kropp og liv. Informasjon om seksualitet kan gi bedre behandlingsmotivasjon, avkrefte myter, gi mindre utrygghet og fjerne misforståelser (Agger, 2006, s. 276).

Mange pasienter tenker at seksualiteten er privat, og at en samtale som omhandler det tema ikke hører hjemme på sykehus. Sykepleiere er vitne til et bredt spektrum av menneskelige relasjoner, gode som dårlige. Som sykepleier må du kunne omstille deg til en hver type samtale (Sigaard, 2003, s. 62). Det er likevel ikke meningen at alle sykepleiere skal være eksperter på sexologi, men de må være oppmerksom på pasientens seksualitet og vise gjennom handling og ord at pasienten kan føle seg trygg om de vil fortelle om sine problem knyttet til seksuallivet (Laursen, 2011, s. 714). Inngangen til den seksuelle samtalen kan ofte være vanskelig. Men ved bruk av hjelpemidler, kan samtalen gå lettere. Et hjelpemiddel som er flittig omtalt når det er snakk om informasjon om seksualitet, er PLISSIT – modellen. PLISSIT – modellen angir de fire nivåene som rådgivning omkring seksualitet kan foregå på (Laursen, 2011, s. 714). Det første nivået er tillatelse, da må sykepleier gi kvinnene tillatelse til å snakke om seksualitet og deres problemer omkring tema. Dette gjøres ved å erkjenne seksualitet som noe man kan være åpen med, og som ikke er farlig å snakke om (Laursen, 2011, s. 715). Det andre nivået er begrenset informasjon, som vil si at sykepleier gir den viktigste informasjonen, men begrenser den for at det ikke skal bli for mye for kvinnen å sette seg inn i. Det tredje nivået handler om å gi spesifikke forslag til hvordan kvinnene kan løse problemet. I denne sammenheng kan hjelpemidler for seksuelle problemer være aktuelt å snakke om, samt videresende kvinnene til sexolog eller gynekolog for samtale. Da kommer vi til siste nivå som omhandler intensiv terapi, dette nivået er for eksperter for seksualitet.

Gamel et al. (2000) skriver at pasienten har behov for informasjon tre ganger i løpet av sykdomsperioden. Ved diagnostisering og behandling, ved opptrening og første samleie, samt fasen hvor man skal gjenopprette seksuallivet. Grunnen til dette er for å sikre at pasient har fått med seg informasjonen, slik at de kan stille spørsmål til neste gang.

## 6.0 Konklusjon

Som man kan se har de fysiske problemene som seksualitet påvirkning på de psykiske problemene som omhandler selvbilde. Kvinnene rapporterer om sårhet, skjedetørighet, mindre elastisitet, infertilitet, smerter, tidlig overgangsalder, arrdannelse, dårlig selvtillit, kroppsbilde, problemer med parforhold, følelse av skam og sorg. For å erkjenne de seksuelle problemene til kvinner som gjennomgår behandling mot livmorhalskreft, er man nødt til å ta begge sidene av problemet med i betraktningen. Kvinner har for lite kunnskap om seksuelle komplikasjoner etter behandling og helsepersonell oppleves å snu ryggen til tema.

Som sykepleier har du en plikt å informere om mulige bivirkninger en behandling eller sykdom har. Dette gjelder også konsekvenser for seksualiteten. Gjennom artiklene i denne studien kan man se at alle kvinnene savner informasjon og veiledning til tema. Det er flere ulike verktøy en kan benytte seg av, og et veldig enkelt og hjelpsomt verktøy er PLISSIT – modellen. Denne kan hjelpe sykepleierne å få en naturlig samtale i gang i møtet med pasient og eventuelt partner. I tillegg hjelper den sykepleieren med hva innholdet til den seksuelle samtalen skal omhandle. Informasjon og veiledning bør gis minst tre ganger i løpet av sykdomsperioden, slik at spørsmål kan bli besvart ved senere anledninger.

Benner og Wrubels mestringsstrategi kan også være til hjelp i møte med pasienter som har problemer med seksualiteten. Ved nye forståelsesmåter kan pasienten fokusere på bearbeide sine holdninger, verdier og mål på det aktuelle området. I tillegg kan en bruke en fleksibel mestringsstrategi for å få et bredere betegnelse av et begrep.

## Referanseliste

- Agger, N. P (2006). Kræft og seksualitet. I C. Graugaard, B. Møhl & P. Hertoft (red.), *Krop, Sykdom & Seksualitet* (1.utg., s. 261 – 282). København: Hans Reitzels Forlag
- Almås, E., & Benestad, E. E. P. (2006). *Sexologi i praksis* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Borg, T. (2000). Seksualitet. I A. M. Reitan & T. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (1. Utg., s. 82 – 37). Oslo: Akribe
- Cleary, V., Hegarty, J., & McCarthy, G. (2011). Sexuality in Irish women with gynecologic cancer. *Oncology Nursing Forum*, 38(2), E87-E96. Doi: 10.1188/11.ONF.E87-E96
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Forskrift om melding om livmorhalskreft. (2000). *Forskrift om melding fra patologilaboratorier til sentralenheten for masseundersøkelse for livmorhalskreft*. Hentet 9. Mars 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1369?q=livmorhalskreft>
- Gamel, C., Hengeveld, M. & Davis, B. (2000). Informational needs about the effects of gynaecological cancer on sexuality: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 9(5), 678 – 688. Doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.hsh.no/10.1046/j.1365-2702.2000.00416.x>
- Gamnes, S. (2014). Nærhet og Seksualitet. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E.–A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. Utg., s. 71 – 102). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Grünfeld, B. (2000). Seksologi og seksuelle funksjonsforstyrrelser. I P. Bergsjø, J. M. Maltau, K. Molne & B-I. Nesheim (red.), *Gynekologi* (2. Utg., s. 239 – 246). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Gynkreftforeningen (u.å.) *Livmorhalskreft*. Hentet 16. Januar 2017 fra <http://www.gynkreftforeningen.no/kreftformene/livmorhalskreft/>
- Ingstad, K. (2014). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jerpseth, H. (2011). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. Utg., s. 17 – 50). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Konsmo, T. (1995). *En hatt med slør-: om omsorgens forhold til sykepleie : en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Oslo: Tano.
- Kreftregisteret (2014). *Livmorhalskreft*. Hentet 3. Mars 2017 fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Livmorhalskreft/>
- Kreftforeningen (2017). *Livmorhalskreft*. Hentet 12. Januar 17 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/>
- Kreftforeningen (u.å.) *Seksualitet*. Hentet 16. Januar 17 fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/seksualitet/>
- Kristensen, G. (2000). Kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A. M. Reitan & T. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (1. Utg., s. 381 - 393). Oslo: Akribe
- Kristoff, A. (2014). Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 393 – 410). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kunnskapsbasertpraksis. (u.å.). *Tverrsnittstudie*. Hentet 25. April 2017 fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/tverrsnittstudie/>
- Kunnskapssenteret (2017). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 13. Mars 2017 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>

- Langhelle, T. H. (2014). Seksualitet og kroppsbilde – konsekvenser av gynekologisk kreft. *Sykepleien*, 30 (2) 18 – 20. Hentet fra [https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/14kr2\\_konsekvenser\\_gynekologisk\\_kreft\\_for\\_kvinneres\\_seksualitet\\_3201.pdf](https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/14kr2_konsekvenser_gynekologisk_kreft_for_kvinneres_seksualitet_3201.pdf)
- Lara, L. A. S., Andrade, J. M., Consolo, F. D. & Romao, A. P. M. S. (2011). Women's poorer satisfaction with their sex lives following gynecologic cancer treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(3), 273 – 277. Doi: 10.1188/12.CJON.273-377
- Laursen, B. S. (2011). Seksualitet. I I. M. Holter & T. E. Mekki (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4. Utg., s. 704 – 720). Oslo: Akribe.
- Pasient – og brukerrettighetsloven. (2016). *Lov om pasient – og brukerrettigheter*. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_3#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3)
- Reese, J. B., Keefe, F. J., Somers, T. J., & Abernethy, A. P. (2010). Coping with sexual concerns after cancer: the use of flexible coping. *Support Care Cancer*, 18(7), 785 – 800. Doi: 10.1007/s00520-010-0819-8.
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker – innføring av psykologi for helsefag* (2.utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Schjølberg, T. (2000). Endret kroppsbilde. I A. M. Reitan & T. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (1. Utg., s. 88 - 97). Oslo: Akribe
- Sele, E. C. (2000). Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A. M. Reitan & T. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (1. Utg., s. 394 - 399). Oslo: Akribe
- Sigaard, L. (2003). *Seksualitet – en omsorgsdimensjon*. København: Nyt Nordisk Forlag



- Theophilakis, M. (1980). Den vanskelige skylden: om selvbilde, skyld og ansvar i behandlingen. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thidemann, I-J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget
- Tian, J. (2013). Sexual well-being of cervical cancer survivors under 50 years old and the factors affecting their libido. *Gynecologic and Obstetric Invest*, 76(3), 177-181. Doi: 10.1159/000355104
- Tropè, C. & Onsrud, M. (2000) Maligne svulster. I P. Bergsjø, J. M. Maltau, K. Molne & B-I. Nesheim (red.), *Gynekologi* (2. Utg., s. 148 – 173). Oslo: Gyldendal Akademisk.

## Vedlegg 1: Søketablell

Dato	Søkeord	Database	Begrensninger	Antall	Leste artikler	Inkludert i oppgaven
12.01.17	Cervical cancer	CINAHL		4964		
12.01.17	Sexuality	CINAHL		19159		
12.01.17	Cervical cancer + sexuality	CINAHL		160	2	
12.01.17	Cervical cancer + sexuality	CINAHL	Fagfelleurdert, kvinne, 19-44 år.	72	6	1
13.01.17	Cervical cancer	ProQuest	Fagfelleurdert	91495		
13.01.17	Sexuality	ProQuest	Fagfelleurdert	52641		
13.01.17	Cervical cancer + sexuality	ProQuest	Fagfelleurdert, kvinne, 19 – 44 år, utgivelsesår 2010 – 2019, engelsk, fulltekst, fagtidsskrift og vitenskapelige journaler.	232	10	3
16.01.17	Cervical cancer	PubMed		89836		
16.01.17	Sexuality	PubMed		132910		
16.01.17	Cervical cancer + sexuality	PubMed		1788	2	
16.01.17	Cervical cancer	SveMed		310		
16.01.17	Sexuality	SveMed		1303		
16.01.17	Cervical cancer + sexuality	SveMed		12	1	
13.03.17	Sexual function	CINAHL		1331		
13.03.17	Cervical cancer	CINAHL		5046		
13.03.17	Sexual function + cervical cancer	CINAHL		19		
13.03.17	Sexual function + cervical	CINAHL	Fulltekst + fagfelleurdert	6	3	1

	cancer					
16.03.17	Sexual funcion	CINAHL		1331		
16.03.17	Cervical cancer	CINAHL		5046		
16.03.17	Self Image	CINAHL		1411		
16.03.17	Sexual function + cervical cancer + self image	CINAHL	Full text	1	1	

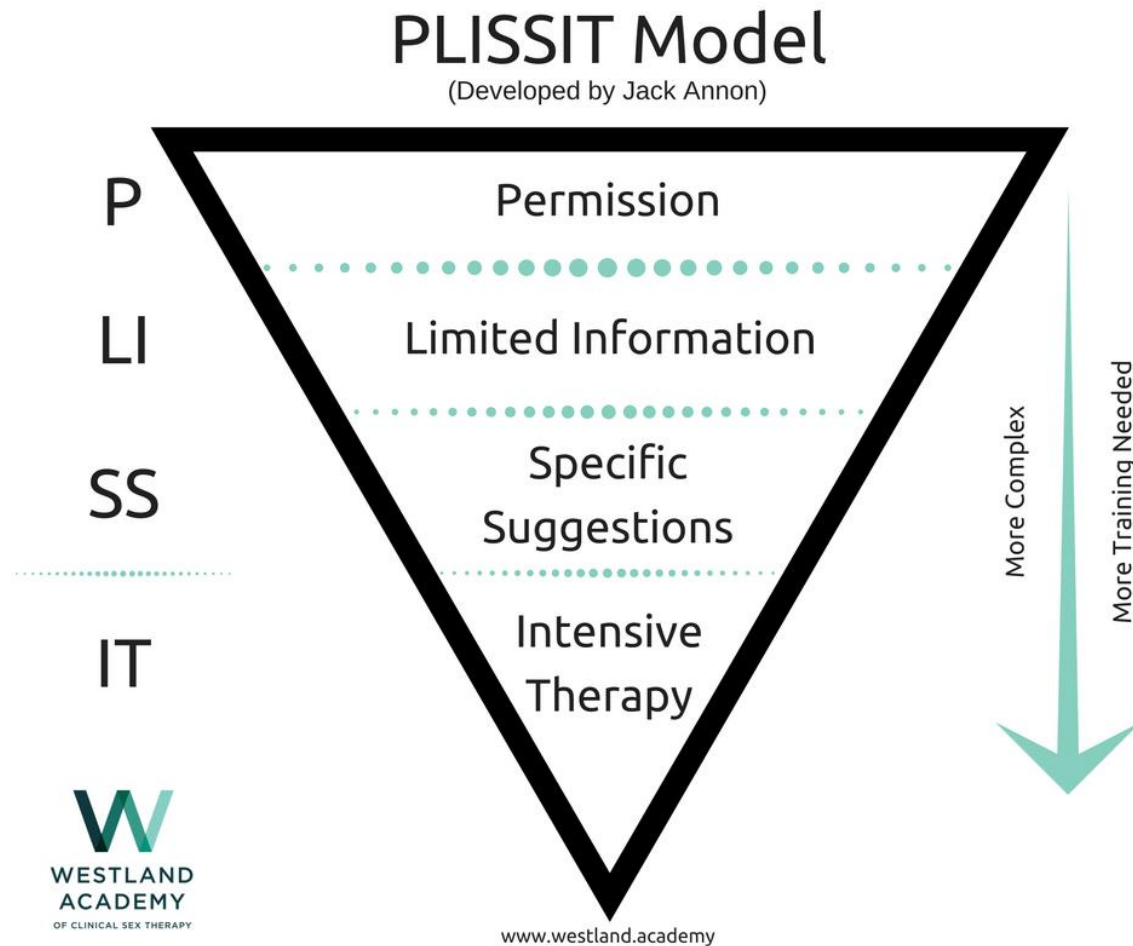
## Vedlegg 2: Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
<p>Cleary, V., Hegarty, J., &amp; McCarthy, G. (2011)  <i>"Sexuality in Irish women with gynecologic cancer"</i></p>	<p>Undersøke selvbilde, seksuelle relasjoner og seksuell funksjon etter å ha blitt diagnostisert med gynekologisk kreft.</p>	<p>Kvantitativ studie.             Tverrsnittstudie. Spørreskjema ble sendt ut, hvor ulike skjema ble brukt: Body Image Scale, Sexual Esteem Scale, Sexual Self – Schema Scale, Intimate Relationship Scale og Arizona Sexual Experience Scale.</p>	<p>Det ble sendt ut 136 spørreskjema, hvor 106 ble returnert.             Kvinnene måtte være minst 6 uker postdiagnostisert.             De hadde forskjellig type kreft: livmorhals (51 stk), eggstokk (36 stk), livmorkreft (16 stk), og ytre kjønnsorgan (3 stk).             Gjennomsnittsalder: 53, 8 år (24-79).             Behandlingsform: Kirurgi, kjemoterapi eller stråling.</p>	<p>Kvinnene rapporterte negative endringer ved selvbilde, seksuelle relasjoner og seksuell funksjon. Kvinnene følte seg mindre hel og seksuelt attraktiv.</p>
<p>Gamel, C., Hengeveld, M., &amp; Davis, B. (2000).  <i>"Informational needs about the effects of gynaecological cancer on sexuality: a review of the literature"</i></p>	<p>Å finne sykepleie intervensjon som gir støtte og informasjon om endringer ved seksualitet etter behandling mot gynekologisk kreft.</p>	<p>Litteraturstudie             For å samle inn nødvendig data har de brukt databasene: CINAHL, MedLine og PsychLit. De tok utgangspunkt i seksuell respons og seksuell atferd, kroppsbilde og utseende, intimitet samt følelser, og fertilitet og hormon produksjon.</p>	<p>54 artikler ble lest og brukt i denne studien, hvor noen var kvalitativ eller kvantitativ, mens andre var litteraturstudie eller kliniske rapporter.</p>	<p>Informasjon bør gis i 3 ulike faser gjennom sykdomsforløpet; diagnose og behandlingsfasen, oppbyggingsfasen og første samleie, og i perioden hvor man skal bygge opp igjen seksuallivet.</p>
Lara, L. A.,	Vurdere	Kvantitativ	30 kvinner	Kvaliteten på

<p>Andrade, J. M., Consolo, F. D., &amp; Romao, A. P. (2011). " <i>Women's poorer satisfaction with their sex lives following gynecologic cancer treatment</i> "</p>	<p>kvinner selvopfatning av deres sexliv etter behandling mot gynekologisk kreft, og vurdere effekten av behandlingen på deres seksuelle funksjon.</p>	<p>studie.  Beskrivende tverrsnittstudie hvor de hadde intervju med lege/seksuell terapeut.</p>	<p>inkludert i studien, 7 kvinner ekskludert.  Behandlingsform: Kirurgi og kjemoterapi, eller strålebehandling.</p>	<p>kvinnenes sexliv var dårligere etter behandling. De fryktet smerter ved samleie og følte en usikkerhet ovenfor partneren sin. I tillegg savnet de informasjon fra helsepersonell</p>
<p>Reese, J. B., Keefe, F. J., Somers, T. J., &amp; Abernerthy, A. P. (2010). " <i>Coping with sexual concerns after cancer: the use of flexible coping</i> "</p>	<p>Å vise hvordan man kan forstå de seksuelle bekymringene til kreft overlevde og deres partnere ved bruk av fleksibel mestrings modell.</p>	<p>Litteraturstudie  Teoretisk studie.</p>	<p>97 artikler ble brukt i denne litteraturstudien.</p>	<p>En fleksibel mestringsstrategi ble oppdaget, hvor en måtte snu betydningen av seksuell funksjon til noe mer bredspektret enn noen antar. Dette gjorde at kvinnene og deres partner kunne utforske seksualitet på andre måter enn sex og samliv.</p>
<p>Tian, J. (2013). " <i>Sexual well-being of cervical cancer survivors under 50 years old and the factors affecting their libido</i> "</p>	<p>Studere relasjonen mellom seksuell velværet og livskvalitet hos kvinner med livmorhalskreft, og analysere faktorer som kan påvirke seksuell velværet negativt.</p>	<p>Kvantitativ studie.  Intervjuene ble gjort i kvinnenes eget hjem.</p>	<p>106 kvinner deltok i studien.  Vært behandlet for livmorhalskreft i mer den 6 måneder.  Behandlingsmåte: Kirurgi, kjemoterapi, kirurgi og kjemoterapi eller stråling.  24 – 49 år.</p>	<p>Kvinnene hadde en rekke bivirkninger av behandling som gjorde at de ikke ville ha et seksualliv. Kvinnene var ikke fornøyd med sitt sexliv etter behandling av livmorhalskreft. For lite informasjon og kunnskap fra helsepersonell.</p>

### Vedlegg 3: PLISSIT-Modellen

Modellen er utviklet i 1976 av den amerikanske psykologen Jack Annon. Den ble utviklet som en støtte for helsepersonell når de skal hjelpe pasienter i forbindelse med seksuelle problemstillinger (Laursen, 2011, s. 715).



P. - Permission	Tillatelse – Pasienten får tillatelse til å snakke om seksualitet ved at sykepleier, direkte eller indirekte, tilkjenner sin vilje til å snakke om pasientens seksualitet.
L.I. – Limited Information	Begrenset Informasjon – Sykepleier gir begrenset informasjon til pasient. Informasjonen er enkel og har et bredt siktemål.
S.S. – Specific Suggestions	Spesifikke Forslag – Sykepleier gir spesifikke forslag som kan hjelpe problemet. Mer detaljert informasjon.
I.T. – Intensive Therapy	Intensiv Terapi – Problemer som ikke er avhjulpet av tidligere nivå. Dette trinnet er for spesialister og sexologer.

(Laursen, 2011, s. 715-716).

## Vedlegg 4: Eksempel på kildekritikk

Kritisk vurdering - prevalensstudie

### SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?*

*Hva forteller resultatene?*

*Kan resultatene være til hjelp i praksis?*

#### EKSEMPEL PÅ KILDEKRITIKK

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

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL: [http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.



INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja <input checked="" type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja <input checked="" type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<p>3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold?</li> <li>- Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien?</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p> <p>Uklart <input type="radio"/></p> <p>Nei <input type="radio"/></p> <p>Utvalget er beskrevet godt. 136 kvinner frakina fra alderen 28-49 år. vært behandlet for livmorhalskreft i mer enn 6 måneder.</p>
<p>4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika</li> <li>- Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe?</li> </ul>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p> <p>Uklart <input type="radio"/></p> <p>Nei <input type="radio"/></p> <p>Eget avsnitt hvor statistisk analyse er beskrevet.</p>



<p><b>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</b></p> <p>TIPS: Ikke-respondenter er frafall i utvalget.</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Uklart</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>18 kvinner kunne ikke delta på grunn av sykdom. 15 kvinner ville ikke være med på grunn av sex relaterte tema.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p><b>6. Er svarprosenten høy nok?</b></p> <p>TIPS: I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på &gt;70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Uklart</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Svarprosent på 76,26%</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p><b>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</b></p> <p>TIPS: Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Uklart</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>De brukte FACT-CX som er validert.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p><b>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</b></p> <p>TIPS: Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn. (F.eks intervjuetoder og personer) Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc) Standardiserte og valide målemetoder ved tester</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Uklart</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Avkryssingsskjema hvor 42 spørsmål ble delt inn i 5 grupper.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p><b>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</b></p> <p>TIPS: Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige. Se på hvordan "åpne spørsmål" er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Uklart</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

## HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p><b>10. Hva er resultatet i denne studien?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Hva er hovedkonklusjonen? Kan du oppsummere resultatene i én setning?</p> <p><b>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter?</b> Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater? Er det oppgitt p-verdier?</p>	<p>Kvinnene var IKKE fornøyd med sitt sexliv etter behandling mot livmorhalskreft. Fikk tillegg for lite informasjon fra helsepersonell.</p> <p>P-verdier er oppgitt!</p>
--	---

## KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p><b>11. Kan resultatene overføres til praksis?</b></p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p><b>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</b></p> <p><i>TIPS:</i> Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>