



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	16-05-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	24-05-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 415

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 9182

**Egenerklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har** Ja

**registrert oppgavetittelen**

**på norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 107

**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min \*

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Seksuell helse etter livmorhalskreft

Sexual health after cervical cancer

**Kandidatnummer 415**

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato 24.05.2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

## Abstract

**Background:** Women often experience late complications after cancer treatment that has an impact on sexual life. Nevertheless, patient's experience that nurses and other healthcare professionals do not address the issue of sexuality. There is a need for knowledge about how nurses can help women who have had cervical cancer to maintain their sexual health after ending cancer treatment.

**Method:** This is a literature study based on research already done on the subject. Systematic literature searches have been made in the databases CHINAL, Epistemonikos, Chochrane library, Ovid Medlilne and Oria, in addition to relevant academic literature.

**Results:** 8 articles were analyzed. Key points that were drawn out were; which experiences did the women (and their partners) have, which information and follow-up they wanted and the nurses' perspective on psychosexual care. Nurses can help patients achieve a better sexual health by starting a dialog about sexual health. It is also important to provide information on bodily changes and what impact the treatment may have on sexual function.

**Conclusion:** Women and the nurses described barriers that made it difficult to take initiative to talk about sexuality. The ability to form a trusting relationship is important for giving the women the opportunity to talk about the topic. Education and routines can give the nurses more confidence to address the topic. Little faith in own knowledge and expertise, uncertainty and embarrassment are reasons why nurses are reluctant to address sexuality with patients. While the nurses who feel confident about themselves and their own skills, have less difficulty in addressing the topic.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 OPPGAVENS HENSIKT .....	2
<b>2.0 TEORI .....</b>	<b>2</b>
2.1 LIVMORHALSKREFT .....	2
2.2 BEHANDLING .....	3
2.3 KOMPLIKASJONER OG SENKOMPLIKASJONER VED BEHANDLING .....	4
2.4 SEKSUALITET OG SEKSUELL HELSE .....	5
2.4.1 <i>Seksualitet og seksuell helse ved kreftsykdom</i> .....	6
2.5 SYKEPLEIETEORI: JOYCE TRAVELBEE .....	6
2.7 KOMMUNIKASJON .....	8
2.7.1 <i>PLISSIT-modellen</i> .....	8
<b>3.0 METODE .....</b>	<b>9</b>
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE .....	9
3.2 ANALYSE AV KILDENE .....	9
3.2.1 <i>PICO</i> .....	11
3.3 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER .....	11
3.6 METODEKRITIKK .....	11
3.7 KILDEKRITIKK .....	12
<b>4.0 RESULTAT .....</b>	<b>14</b>
4.1 BEHANDLINGENS KONSEKVENSER FOR SEKSUALLIVET .....	14
4.2 BEHOV FOR INFORMASJON OG STØTTE .....	16
4.4 UTFORDRINGER SOM VANSKELIGJØR SAMTALEN OM SEKSUALITET .....	19
<b>5.0 DISKUSJON .....</b>	<b>20</b>
5.1 SYKEPLEIERENS ROLLE VED IVARETAGELSE AV SEKSUELL HELSE .....	20
5.2 VIKTIGHETEN AV Å DANNE EN GOD RELASJON .....	22
5.3 TILRETTELEGGE FOR SAMTALE OM SEKSUALITET OG SEKSUELL HELSE .....	23
<b>6.0 KONKLUSJON .....</b>	<b>25</b>
<b>VEDLEGG .....</b>	<b>29</b>
A: OVERSIKT OVER INKLUDERTE ARTIKLER .....	29
B: PICO .....	33
C: SØKEHISTORIKK .....	34
D: FLYTDIAGRAM .....	36
<b>REFERANSELISTE .....</b>	<b>26</b>
FIGURER	
1 FLYTDIAGRAM OVER SØK .....	34
TABELLER	
1 OVERSIKT OVER INKLUDERTE ARTIKLER .....	27
2 PICO .....	31
3 SØKEHISTORIKK .....	32

## 1.0 Innledning

Sykepleiere eller annet helsepersonell tar sjelden initiativ til å snakke med pasienter eller pasientens seksualpartnere om seksualitet eller seksuell helse (Helland, 2015, s. 862) og (Borg, 2017, s. 126).

I løpet av mine praksisperioder har jeg heller ikke opplevd at spørsmål relatert til seksualitet blir tatt opp. Jeg antar at det er fordi det kan være et såpass intimt og personlig emne og ofte har det ikke direkte relevans til skaden eller sykdommen pasienten er innlagt for. I følge Borg, kan det også være at helsepersonell føler det er mer respektfullt å ikke ta opp temaet, eller at de stiller for høye krav til kunnskap og profesjonalitet (Borg, 2017, s. 126).

Livmorhalskreft er den tredje vanligste kreftformen, i verden, for kvinner de siste tre årene (Kreftregisteret, 2018). I Norge ble 316 kvinner diagnostisert med livmorhalskreft i 2017. I perioden 2013-2017 var dette den tredje vanligste kreftformen for kvinner i alderen 25-49 år. Gjennomsnittsalderen for nye tilfeller i 2017, var på 45 år (Cancer Registry of Norway, 2018). Behandlingen for livmorhalskreft kan føre til seneffekter som kan påvirke seksualiteten og den seksuelle helsen.

Ifølge Helland, er det ingen retningslinjer for hvordan helsepersonell skal forholde seg til seksuelle spørsmål. Det fins heller ingen krav til helseinstitusjoner om å ivareta dette området (2015, s. 870). I en brukerundersøkelse gjort av kreftforeningen kommer det frem at kreft rammer seksuallivet, flere rapporterer at de ikke har fått informasjon om hvordan behandling eller senvirkninger kan ramme seksualiteten eller seksuallivet. Flere oppgir at de ikke fikk tilbud om rådgivning, selv om dette var noe de kunne hatt behov for.

Undersøkelsen viser at seksualitet og seksuell helse ikke blir tatt opp i behandling eller rehabilitering, selv om dette er et viktig tema for pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 46-47). I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 står det at «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger». Det er helsepersonell sin plikt å gi informasjon, men er ikke avhengig av om pasienten spør etter informasjonen. I følge Molven er det i prinsippet helsepersonell som vurderer hvor mye, og hvilken informasjon som gis (Molven, 2017, s. 162-163). Dette stadfestes også i yrkesetiske retningslinjer «Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å

ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått». (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8)

I 2016 kom regjeringens strategi for seksuell helse «Snakk om det!». Denne skal være med på «...å sikre god seksuell helse i hele befolkningen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 8). Strategien slår fast at det er en del av helse- og omsorgstjenesten sitt ansvar å bidra til at mennesker med sykdom eller funksjonshemming skal ha god livskvalitet, noe som også inkluderer god seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 43). Noen av delmålene i denne strategien handler om å sikre at enkeltpersoner har kunnskap og kompetanse til å ta vare på egen seksuelle helse. Sikre at helse- og omsorgstjenester og helsepersonell har kunnskap om, ivaretar og respekterer brukere og pasienter sin seksuelle helse. Noen av tiltakene som blir nevnt for å nå målene dreier seg om å få frem behovet for å ta opp seksuell helse, inkludere seksuell helse i behandlingsplaner og prosedyrer og sikre at helsepersonell får tilstrekkelig kunnskap om seksuell helse gjennom utdanning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 50)

## 1.1 Oppgavens hensikt

Jeg ønsker å finne ut hvilken kunnskap sykepleiere trenger om innvirkning behandling for livmorhalskreft har på kvinners seksualitet og hvordan sykepleier kan ivareta kvinnens behov for informasjon. Dette har ført frem til følgende problemstilling: «Hvordan kan sykepleier fremme ivaretagelse av seksuell helse i møte med kvinner som er i et behandlingsforløp for livmorhalskreft?»

## 2.0 Teori

### 2.1 Livmorhalskreft

Cancer cervix uteri. En viktig årsak til utviklingen av livmorhalskreft er infeksjon med HPV, humant papillomavirus, i de fleste tilfellene er det type 16 og 18. Disse variantene kan føre til en malign svulst i slimhinneepitelet i livmorhalsen. Vaksinasjon mot HPV, ble innført i barnevaksinasjonsprogrammet i 2009 (Kristensen, Dørum, Lie & Fiane, 2016, s. 48-49). Utviklingen ved livmorhalskreft skjer veldig langsomt, siden de ondartede cellene er i epitelet i flere år før det invaderer dypere vev og danner en svulst. Det tidlige stadiet kalles cervikal intraepitelial neoplasia, CIN (Jerpseth, 2017, s. 158). CIN 1, 2 og 3 er forskjellige grader av celleforandring. CIN 1 og 2 går ofte tilbake av seg selv, mens CIN 3 går sjelden

tilbake og kan utvikle seg til kreft (Kreftlex, 2018a). Det er gode prognoser hvis sykdommen oppdages tidlig. Derfor anbefales kvinner i alderen 25-69 år å ta celleprøve hvert tredje år for å tidlig oppdage celleforandringer (Kreftforeningen, 2018a) og (Kristensen et al., 2016, s. 49). Livmorhalskreft deles inn i stadier basert på størrelsen på svulsten og hvor mye den har spred seg. Her følger en forkortet oversikt over stadiene.

Stadium I: Svulsten er begrenset til livmorhalsen. Stadium II: Svulsten har spred seg til vev rundt livmorhalsen eller øvre del av skjeden. Stadium III: Svulsten har vokst fast til bekkenveggen eller nedre del av skjeden eller påvirker nyrene. Stadium IV: Svulsten har vokst inn i urinblæren, endetarmen eller den har spred seg til andre steder i kroppen (Kristensen et al., 2016, s. 53-54) og (Kreftlex, 2018a).

## 2.2 Behandling

Behandling ved livmorhalskreft kan være kirurgi, stråling, cellegift eller en kombinasjon av to eller tre typer av disse behandlingene (Jerpseth, 2017, s. 158).

Kirurgisk behandling, når svulsten kun er lokalisert til livmorhalsen. Hvor mye som må fjernes er avhengig av størrelsen på svulsten og eventuelle metastaser til blod og eller lymfeknuter. Fjerning av uterus og lymfeknuter på bekkenveggen, kan være anbefalt avhengig av størrelsen i Stadium I. Fertilitetsbevarende kirurgi kan utføres på unge kvinner hvor svulsten er mindre enn 2 cm og lokalisert kun til livmorhalsen. Ved denne operasjonen fjernes lymfeknutene i bekkenet ved en laparoskopi. Deretter fjernes det meste av livmorhalsen. Hvis svulsten har vokst utenfor livmorhalsen er stråling den vanligste behandlingsmåten. Da benyttes både utvendig og innvendig stråling i kombinasjon (Kristensen, 2017, s. 595). Brachyterapi, er innvendig strålebehandling. Behandlingen forgår ved å føre behandlingsutstyr inn i skjeden, mens pasienten ligger i gynekologisk leie. Til utstyret er det festet et tynt rør som leder strålekilden til området som skal stråles (Haukeland Universitetssjukehus, 2019). Cytostatika kan brukes samtidig med strålebehandling, dette kan gjøre svulsten mer følsom for stråling (Kristensen, 2017, s. 595). Cytostatika kan også brukes når svulsten er stor eller ved spredning i kombinasjon med strålebehandling (Kristensen et al., 2016, s. 54-55).



## 2.3 Komplikasjoner og senkomplikasjoner ved behandling

Bivirkninger ved behandling, kan være både forbigående og komplikasjoner som pasienten må leve med resten av livet.

### *Psykiske senvirkninger*

Nedstemthet og depresjon, nedsatt konsentrasjonsevne, manglende tålmodighet og angst for tilbakefall av sykdom (Kreftlex, 2018b, c).

### *Tretthet/fatigue*

Strålebehandling og cellegift kan føre til tretthet og mangel på energi. Flere kan også oppleve konsentrasjonsvansker og problemer med hukommelsen. Dette kalles for fatigue eller kronisk tretthet og er ofte det som plager kreftpasienter mest etter behandling (Kreftlex, 2018b, c).

### *Eliminasjon*

Strålebehandling og cellegift kan føre til endringer i tarmens slimhinne som fører til løs avføring og diare. Ved strålebehandling blir slimhinnen tynnere og kan føre til skrumpning av urinblæren, dette kan føre til hyppig behov for vannlating, svie, smerte og småblødning. Ved fjerning av livmoren kan pasienten få problemer med å tømme blæren på grunn av at nerver har blitt skadet (Kreftlex, 2018b, c).

### *Overgangsalder*

Strålebehandling mot eggstokker eller hvis eggstokkene blir operert bort, fører til en kunstig fremkalt overgangsalder. Symptomer som hetetokter og tørrhet i skjeden kommer mye raskere og mer intenst enn ved naturlig overgangsalder (Kreftlex, 2018b, c) og (Kreftforeningen, 2018b).

### *Seksualitet*

Fysiske, hormonelle og psykiske faktorer ved kreftbehandling kan virke negativt inn på interessen og lyst på sex. Strålebehandling mot bekkenet fører til atrofi av slimhinnene i skjeden og det kan utvikles fibrose av skjedeveggen, slik at elastisiteten ødelegges og pasienten kan oppleve tørrhet og sårhet og sammenvoksinger i skjeden. Etter behandling skal pasienten få utdelt en plaststav og glidekrem for å tøye skjedeveggen og forhindre sammenvoksing (Kreftlex, 2018b, c). Trykk på nerver, blodkar og lymfekar kan være konsekvenser etter strålebehandling som kan gi smerter, sensitivitetsforstyrrelse og

lymfødem rund kjønnsorganene. Cellegift kan også påvirke eggstokkene og produksjonen av kjønnshormoner, som kan nedsette sexlysten (Kreftforeningen, 2018b).

#### *Bruk av dilatator etter strålebehandling*

Strålebehandling kan føre til utvikling av arrdannelse i skjeden. Dette kan bety at skjeden blir forkortet og at slimhinnene kan vokse sammen. Dette kan gi problemer ved etterkontroller, ved gynekologisk undersøkelse og ha innvirkning på seksuallivet. Bruk av dilatator kan redusere risiko for disse bivirkningene. Dilatatorsett består av flere plast- eller silikonstaver med gradvis økende diameter og lengde som etter avsluttet strålebehandling skal brukes en gang daglig i skjeden. Det anbefales å bruke dilatator frem til første kontroll etter strålebehandling (Haukeland Universitetssjukehus, 2019).

## 2.4 Seksualitet og seksuell helse

Seksualitet er en viktig del av det å være menneske, og kan ha påvirkning på livskvaliteten (Helland, 2015, s. 861). Helsepersonell bør ha en bred forståelse for hva seksualitet er, og at seksualitet er mer enn reproduktiv helse. Vi må anerkjenne at uavhengig av alder, sykdom eller livssituasjon er alle mennesker seksuelle individer (Borg, 2017, s. 120).

World Health Organization har utarbeidet arbeidsdefinisjoner på seksualitet og seksuell helse. Arbeidsdefinisjoner trenger vi fordi seksualitet og seksuell helse ikke kan defineres en gang for alle, men må utvikles etterhvert som man får mer forståelse og kunnskap (Borg, 2017, s. 120). I følge WHO's arbeidsdefinisjon er seksualitet; et sentralt aspekt ved å være menneske og omfavner kjønn, kjønnsidentiteter og roller, seksuell orientering, erotikk, nytelse, intimitet og reproduksjon. Seksualitet oppleves og uttrykkes i tanker, fantasier, ønsker, tro, holdninger, verdier, atferd, praksis, roller og forhold. Selv om seksualitet kan inkludere alle disse dimensjonene, er ikke alle alltid opplevd eller uttrykt. Seksualitet påvirkes av samspillet mellom biologiske, psykologiske, sosiale, økonomiske, politiske, kulturelle, etiske, juridiske, historiske, religiøse og åndelige faktorer (World Health Organization, 2006, s. 5) (oversatt av undertegnede). Det er enkeltmenneske som kjenner og bestemmer hva som er viktig når det kommer til ens egen seksualitet. Seksualitet begrenser seg ikke til kun samleie eller det å oppnå orgasme, men det kan være en del av seksualiteten. Seksualiteten er en del av enkeltpersoners liv og ikke kun viktig når det gjelder personer som er del av et par.

Seksuell helse er ifølge WHO sin arbeidsdefinisjon; en tilstand av fysisk, emosjonelt, mentalt og sosialt velvære relatert til seksualitet; det er ikke bare fraværet av sykdom, dysfunksjon eller svakhet. Seksuell helse krever en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle forhold, samt muligheten for å ha behagelige og trygge seksuelle opplevelser, uten tvang, diskriminering og vold. For at seksuell helse skal oppnås og opprettholdes, må alle menneskers seksuelle rettigheter respekteres, beskyttes og oppfylle (World Health Organization, 2006, s. 5) (oversatt av undertegnede). Seksuell helse er et resultat av samspillet mellom biologiske, psykologiske og sosiale elementer (Helland, 2015, s. 863).

#### 2.4.1 Seksualitet og seksuell helse ved kreftsykdom

Både fysiske og psykiske forandringer kan føre til negative endringer på seksuallivet. En kreftsvulst som er lokalisert til kjønnsorganene kan påvirke seksualiteten på grunn av smerter, funksjons- og hormonsvikt eller ved innvekst i nerver eller blodårer. Behandlingen kan også skape endringer ved for eksempel kirurgi når hele eller deler av kjønnsorganet blir fjernet eller hvis nerver og blodforsyning blir skadet. Strålebehandling kan føre til redusert blodforsyning, skrumpning, stivhet og sammenvoksing. Cellegift kan gi nerveskader, karskader og endring i hormonproduksjonen som kan føre til nedsatt funksjon og følsomhet. Andre symptomer på grunn av behandling, som smerte, kvalme, dårlig almenntilstand, fatigue og dårligere kondisjon kan også være årsaker til at den seksuelle interessen og lysten blir mindre. Engstelse, uro, bekymring, nedstemthet, frykt for tilbakefall, endret kropp og kroppsbilde er ikke uvanlig i løpet av, og etter kreftbehandling. Dette kan påvirke både lysten og evnen til å ha sex (Gjessing, Borg & Dahl, 2013, s. 92-94).

#### 2.5 Sykepleieteori: Joyce Travelbee

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening med disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s. 29). Joyce Travelbees teori om menneske-til-menneske-forholdet er relevant på grunn av at en god relasjon mellom sykepleier og pasient er nødvendig for å kunne ha en samtale om det følsomme og intime emne som seksualitet er. Sykepleiere er også den største profesjonsgruppen og de som bruker mest tid på direkte pasientrettet arbeid, og er

derfor viktige støttespillere for å oppdage og møte pasienters behov for samtale og veiledning (Helland, 2015, s. 871). I følge Travelbee (1999)

Et menneske-til-menneske-forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt av en sykepleier som har evne til disiplinert intellektuell problemløsning i kombinasjon med sin evne til å bruke seg selv terapeutisk (s. 177).

Grunntanken med et slikt forhold er at sykepleieren og den som er syk, forholder seg til hverandre som unike mennesker. Dette forholdet bygges daglig opp gjennom måten sykepleieren samhandler med pasienten og pårørende.

Travelbee er kritisk til de stereotype rollene som «sykepleier» og «pasient», siden det skaper fordommer som står i veien for etablering av et menneske-til-menneske-forhold. (Travelbee, 1999, s. 171), jeg vil allikevel bruke sykepleier og pasient i denne teksten for enkelthetsskyld. I følge Travelbee (1999) er målet for sykepleie, etableringen av et menneske-til-menneske-forhold og opplevelsen av gjensidig forståelse og kontakt. Dette bygges opp gjennom ulike faser; *det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse*, som til slutt fører til den siste fasen, *gjensidig forståelse og kontakt*. En sykepleier vil i det innledende møtet, observere, anta og skape meninger om personen, og vice versa. Førsteintrykket kan dannes av tidligere erfaringer, det kan være noe sannhet i det, men det kan også være feil. Ved dette første møtet ser man vanligvis på hverandre som «sykepleier» og «pasient» og i liten grad som individuelle personer (Travelbee, 1999, s. 187). Det er opp til sykepleieren å bryte disse rollene. Når sykepleieren begynner å se pasienten som et individuelt menneske og pasienten responderer på dette, vokser identiteter frem som danner grunnlaget for et menneske-til-menneske-forhold. Denne fasen har Travelbee kalt for fremvekst av identiteter. Likheter og ulikheter blir mer tydelig, dette legger grunnlag for empatifasen. Empati vil si å leve seg inn i eller forstå en annens følelser eller psykiske tilstand (Travelbee, 1999, s. 193). Empati er basert på bruken av egne erfaringer for å forstå den andre. I følge Travelbee er det nødvendig med tillit når en føler empati for noen, dette på grunn av at den syke kan føle at han eller hun har avslørt for mye eller vist seg for sårbar. Den neste fasen handler om sympati og medfølelse, i denne fasen vil sykepleieren kjenne et ønske om å hjelpe den som har det vondt. De fire fasene føret til det siste som er gjensidig forståelse og kontakt, termen forhold, er også brukt. Her er rollene som «pasient» og

«sykepleier» opphørt og de kan forholde seg til og sette pris på hverandres individuelle personligheter (Travelbee, 1999, s. 213).

Et menneske-til-menneske-forhold og et vennskapsforhold kan ligne på hverandre, men forskjellen er at i et menneske-til-menneske-forhold, ligger fokuset på sykepleiebehovene hos den syke (Travelbee, 1999, s. 184). I følge Travelbee, er sykepleiebehov; behov hos den som er syk eller pårørende, som sykepleieren kan hjelpe eller lindre og dersom det blir oppfylt, kan være med på å forebygge eller mestre sykdom og lidelse (1999, s. 179).

## 2.7 Kommunikasjon

Kommunikasjon er et viktig redskap for sykepleiere. I situasjonene sykepleiere møter pasienter, kan pasienten ofte føle seg sårbar. Måten sykepleiere kommuniserer med pasienten, kan gjøre situasjonen lettere å håndtere. Kommunikasjon er også en måte å skape en relasjon med pasienten bli kjent, forstå og møte hennes behov og hjelpe henne til mestring (L. Heyn, 2015, s. 363-364). . Kommunikasjon er både verbal og nonverbal, en gjensidig prosess der informasjon blir overført eller formidlet, fra budbringer til mottaker. Dette virker veldig enkelt, men når for eksempel sykepleier informerer en pasient, blir det sykepleieren sier tolket ut ifra oppfattelsen og erfaringen til pasienten. Dette kan føre til misforståelser, i tillegg til at situasjonen til pasienten som for eksempel sjokk, bekymringer, smerte og lignende kan ha innvirkning på konsentrasjonsevnen og hukommelsen (L. Heyn, 2015, s. 364-365). I følge Heyn, er det viktig å få frem pasientens perspektiver. Det er pasient og eventuelt pårørende som kjenner sin situasjon og kan gi den informasjonen som er nødvendig for riktig behandling. Sykepleier kan få frem pasientens perspektiv ved å danne en relasjon basert på tillit, dette gir større mulighet for at pasienten føler seg trygg nok til å snakke fritt. Bruk av både åpne og lukkede spørsmål kan være hensiktsmessig, for å få frem pasientens opplevelse. Åpne spørsmål gjør at pasienten kan være mer ufullende, mens lukkede spørsmål kan være en god kilde til konkret informasjon. I tillegg må sykepleieren være aktiv lyttende og vise empati (L. G. Heyn, 2018, s. 16-24).

### 2.7.1 PLISSIT-modellen

PLISSIT-modellen er et verktøy som kan hjelpe til med å starte en samtale om seksualitet. Denne ble utviklet av psykoterapeuten Jack Annon i 1976. Tanken bak modellen er at den

kan brukes både til seksuell opplysning, rådgivning og behandling. PLISSIT er en forkortelse for fire nivåer som står for:

1. *Permission/tillatelse*. Det vil si å ta initiativ til å starte samtalen eller gi pasienten mulighet til å ta opp, spørre og diskutere seksuelle spørsmål. For mange vil problemene løses på dette nivået.
2. *Limited information/ begrenset informasjon*. På dette nivået kan pasienten få generell informasjon om seksualitet i forbindelse med sykdom og behandling. For sykepleiere kan dette gjelde hvordan en sykdom vanligvis kan påvirke seksuallivet, eller bivirkninger av medisinsk behandling.
3. *Specific suggestions- spesifikke forslag*. Her gis informasjon til pasient og eventuelt partner om deres situasjon. Dette kan gjelde rådgivning og seksuelle hjelpemidler.
4. *Intensive therapy- intensiv terapi*. Dette krever mer spesialisert kunnskap og ligger som oftest utenfor sykepleiers kompetanse. Da har sykepleier ansvar for å henvise videre til riktig fagperson. Samtidig er det et mindretall som har behov for det. (Borg, 2017, s. 127-130; Gjessing et al., 2013, s. 102-103; Helland, 2015, s. 877-878)

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudie som metode

Metode er den fremgangsmåten man bruker for å samle inn relevant informasjon og kunnskap for å kunne drøfte problemstillingen. Metoden som er brukt i denne bacheloroppgaven er litteraturstudie. Ved litteraturstudie samler man inn litteratur fra skriftlige kilder, vurderer disse kritisk, for deretter sette det sammen. Hensikten ved denne metoden er å gi en oppdatert og god forståelse for kunnskapen relatert til problemstillingen (Thidemann, 2017, s. 79).

### 3.2 Analyse av kildene

Jeg har brukt pensumlitteratur og fagbøker innen kreftsykepleie, seksualitet, kommunikasjon, klinisk sykepleie, og juss for å danne meg et teoretisk grunnlag for videre søk i databaser. Jeg har også brukt offentlige dokumenter, statistikk og ulike nettressurser som supplement til kunnskap fra fagbøkene. Denne litteraturen har jeg brukt i teoridelen av

oppgaven. Utfordringen ved å bruke nettsider er at man må vurdere om kildene er seriøse og kvalitetssikret (Dalland, 2017, s. 152). I teoridelen har jeg brukt informasjon som jeg har funnet på ulike nettsider, men jeg har samtidig brukt fagbøker og offentlige publikasjoner for å underbygge informasjonen. Jeg har vurdert disse nettsidene som relevante og pålitelige siden det er kjente nettsider tilknyttet større foreninger eller større foreninger eller direktorater. Et eksempel er kreftlex som er tilknyttet Oslo universitetssykehus. Jeg gjorde søk på helsebiblioteket for å finne retningslinjer på norsk som omhandlet temaet. I tillegg har jeg gjort søk på sykepleien forskning ved å bruke søkeordene livmorhalskreft og seksualitet, jeg fant ingen artikler som jeg har brukt i denne oppgaven. Jeg har gjort søk i anerkjente databaser som CHINAL, Epistemonikos, Chocrane library, Ovid Medilne og Oria (vedlegg C ). Både kvalitative og kvantitative studier er inkludert. Kvalitative artikler er foretrukket, siden jeg ønsker å få kunnskap om helsepersonell og pasienters egenskaper, meninger, erfaringer og holdninger (Thidemann, 2017, s. 78).

Jeg startet med søk i Chocrane Library, for å finne frem til systematiske oversikter. Jeg fant kun en som virket relevant for min oppgave, men denne ble deretter forkastet etter gjennomlesning. Jeg søk i databasen Chinal, siden dette er en database rettet mot sykepleiefaglig stoff. Her fant jeg flere artikler jeg anså som relevant for oppgaven. Jeg gjorde søk i de forskjellige databasene, ved å kombinere søkeordene med OR og AND, og hadde kommet frem til et overkommelig antall artikler, gikk jeg igjennom og valgte artikler basert på overskrift og eventuelt abstrakt. Deretter leste jeg abstraktet på artiklene og ekskluderte artikler som ikke var relevant, før jeg gikk videre til mer systematisk gjennomgang av hele teksten, flytskjema er vedlagt (vedlegg D). Jeg har tatt stilling til følgende spørsmål ved utvelgelse av forskningsartikler; er problemstillingen i artikkelen klart formulert og er forskningsdesignet artikkelen baserer seg på egnet til å svare på artikkelen. Andre spørsmål jeg har tatt stilling til er; kan jeg stole på resultatene? Hva er resultatene? Kan resultatene brukes i min praksis eller oppgave? (Helsebiblioteket, 2016). Jeg har deretter kritisk vurdert artiklene ved hjelp av sjekklister fra helsebiblioteket.

### 3.2.1 PICO

PICO Er et verktøy som kan hjelpe til å strukturere og klargjøre problemstillingen for litteratursøket, utvelgelsen og den kritiske vurderingen av litteraturen.

PICO Står for P- population/patient/problem, hvilken pasient, pasientgruppe eller sykdom skal undersøkes i problemstillingen. I- intervensjon- hva er det med denne gruppen som skal undersøkes, er det tiltak som er igangsatt. C- compariso: Hvis to typer tiltak skal sammenlignes, så skal det andre stå her. O- outcome: Utfallet, det som man ønsker ny kunnskap om (Søk og skriv, 2018). Vedlagt ligger mitt PICO skjema (vedlegg A). For å forberede meg til søk i databaser laget jeg forslag til søkeord i PICO skjemaet, jeg brukte kun PIO, på grunn av at jeg ikke hadde tenkt å sammenligne tiltak. Videre undersøkte jeg hvilke Mesh termer jeg kunne bruke (vedlegg A). Deretter gjorde jeg søk, ved å kombinere søkeord i databasene Chinal, Chocrane library, Ovid medline og gjennom Oria, se vedlegg C, tabell for søkehistorikk

### 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Jeg har satt opp en liste med inklusjons- og eksklusjonskriterier for å stramme inn søket.

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene er med på å tydeliggjøre og avgrense litteraturen og gjør søket mer hensiktsmessig (Thidemann, 2017, s. 84).

Artiklene jeg søkte etter måtte være relatert til kvinner som har eller blir behandlet for livmorhalskreft, derfor er også artikler som omhandler gynekologisk kreft inkludert. Jeg har utelatt artikler som omhandlet hpv, screening, eller forebyggende behandling.

Artiklene måtte ta for seg seksuell helse og/eller seksualitet relatert til livmorhalskreft.

Inkluderte artikler er på skandinavisk eller engelsk språk, vitenskapelige, fagfelleverdert og ikke eldre enn 10 år. Deltakerne i studiene måtte være over 18 år, men jeg satt ikke noen øvre aldersgrense. Jeg har ekskludert studier som kun fokuserte intervensjoner for en spesifikk faggruppe, for eksempel psykologer. Jeg har inkludert studier som er gjort innenfor Europa, Nord-Amerika, Europa og Oseania, fordi dette er områder som omtales som den vestlige verden og derfor større mulighet for å overføres til det norske helsevesen.

### 3.6 Metodekritikk

En svakhet med denne litteraturstudien er at det kan være relevant litteratur jeg ikke har inkludert på grunn av søkeord og kombinasjoner. Jeg vet at for eksempel at det fins artikler



som tar for seg seksualitet og intervensjoner hos pasienter, men dette har falt utenfor i mitt søk innen livmorhalskreft. Dette har også vært et bevisst valg, for å kunne avgrense mine søk.

Det at jeg har flest kvalitative forskningsartikler i oppgaven, kan være en svakhet på grunn av tolkningen av de innsamlede dataene. Dataene har blitt tolket av forfatterne av artiklene, og jeg tolket artikler som ikke er skrevet på mitt morsmål, dette kan være en kilde til feiltolkning. Derfor er det ikke nødvendigvis fullt samsvar mellom hva intervjupersonen har sagt og det som er gjengitt (Dalland, 2017, s. 230). I tillegg har man også «forskningseffekten», som gjør at personer oppfører seg annerledes når de blir observert. Intervjupersonen kan også svare det de tror intervjueren ønsker at de skal svare (Dalland, 2017, s. 230)

### 3.7 Kildekritikk

1. Abbott-Anderson, K. & Kwekkeboom, K. L. (2011). A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. Jeg mener denne er relevant på grunn av at det er en systematisk oversikt som viser seksuelle problemer kvinner med gynekologisk kreft har opplevd. Kritikkk mot denne er at, de utvalgte artiklene i oversikten strekker seg fra 1988-2011, men jeg mener den allikevel er relevant, i tillegg til at den underbygger de andre artiklene jeg har brukt.
2. Bilodeau, K. & Bouchard, L. (2011). "The sexuality of Quebec women with cervical cancer: looking for love despite radiotherapy's trauma to their sexual body» Jeg valgte denne artikkelen fordi den fokuserer opplevelsene til kvinner etter livmorhalskreft og konsekvensene for seksuallivet etter stråleterapi. Kritikkk til denne artikkelen er at det er få deltakere, kun 10, og 9 av dem har partner som de har vært sammen med lenge. Derfor viser det lite om opplevelsen til kvinner som ikke har partner.
3. Cullen, K., Fergus, K., DasGupta, T., Fitch, M., Doyle, C. & Adams, L. (2012). "From "sex toy" to intrusive imposition: a qualitative examination of women's experiences with vaginal dilator use following treatment for gynecological cancer"

Jeg anser denne artikkelen for relevant fordi den undersøker kvinners opplevelser til bruk av dilatator etter stråleterapi, dette er en av få studier om dette emnet og veldig relevant for min oppgave. Kritikken til denne er at det også er et lite utvalg av deltakere med, kun 10. Det er også en overvekt av hvite kvinner, men det er ikke beskrevet om dette er representativt for befolkningen i området. I tillegg er det ansatte på en klinikk som gjør utvelgelsen, blant de som blir ekskludert er kvinner som ikke snakker engelsk flytende, opplevde stort ubehag i forbindelse med behandling. Andre som takket nei, til deltakelse, gjorde det på grunn av at de opplevde det som ubehagelig å snakke om erfaringene sine.

4. Hofsjö, A., Bergmark, K., Blomgren, B., Jahren, H. & Bohm-Starke, N. (2018). «Radiotherapy for cervical cancer – impact on the vaginal epithelium and sexual function». Jeg valgte denne studien fordi den undersøker fysiske vaginale endringer hos kvinner som har gjennomgått strålebehandling i tillegg til spørreskjema relatert til seksuell helse og livskvalitet, dette ble sammenlignet med en kontrollgruppe av kvinner. Jeg har ikke noe kritikk til denne.
5. Sekse, R. J. T., Råheim, M. & Gjengedal, E. (2015). «Shyness and Openness— Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer» Jeg anser denne artikkelen som relevant fordi den undersøker kvinners opplevelse med helsepersonel angående seksualitet og intimitet. Svakheter ved denne er at alle deltakerene hadde samme kulturelle og etniske bakgrunn.
6. Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Kroon, C. D., Stiggelbout, A. M. & Kuile, M. M. (2014). «Sexual issues among cervical cancer survivors: how can we help women seek help?» Styrke ved denne artikkelen er at det er en tverrsnittstudie med høyt antall deltakere, som svarer på et spørreskjema. Kritikken mot denne er at kun 45% fullførte spørreskjemaet. Personer som avslo invitasjon til å delta i studien, gjorde dette fordi temaet var for intimt og personlig, dette kan ha innvirkning på resultatene.

7. Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Stiggelbout, A. M. & Kuile, M. M. (2015). «Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support». Denne er relevant fordi den går dypere inn i problemstillingen til den tidligere studien. Svakheter med denne er at personer som avslo invitasjon til å delta i studien, gjorde dette fordi temaet var for intimt og personlig, dette kan ha innvirkning på resultatene.
8. Williams, N. F., Hauck, Y. L. & Bosco, A. M. (2017). "Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer". Denne artikkelen mener jeg er relevant fordi denne undersøker sykepleieres perspektiv på seksuell omsorg. Jeg har ikke noe kritikk til denne.

## 4.0 Resultat

### 4.1 Behandlingens konsekvenser for seksuallivet

I Abbott-Anderson og Kwekkeboom sin systematiske oversikt over seksuelle plager hos overlevende etter gynekologisk kreft, rapporterte overlevende om seksuelle plager både fysiske, psykiske og sosiale. Vanlige fysiske plager som ble rapportert var dyspareuni, endringer i skjeden og nedsatt seksuell aktivitet. De psykiske plagene som ble rapportert gjaldt kvinnenes seksuelle utfordringer, redusert libido, endringer i kroppsbilde og angst relatert til seksuell ytelse. I den sosiale rammen var vanlige bekymringer vanskeligheter med å opprettholde tidligere seksuelle roller, følelsesmessig distansering fra partneren, og opplevelsen av endring i partnerens nivå av seksuell interesse. Tre av de vurderte studiene tok for seg psykopedagogiske intervensjoner. Av de tre intervensjonsstudiene rapporterte to forbedringer i fysiske aspekter ved seksuell funksjon, mens en rapporterte om forbedret kunnskap, men uten endring av seksuelle problemer. (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2011, s. 343)

Vermeer, Bakker, Kenter, Stiggelbout og Kuile sin studie undersøker livmorhalskreft-overlevende og partners opplevelse rundt seksuell funksjon og psykoseksuell støtte. I denne studien oppga nesten halvparten av deltakerne at de hadde blitt infertile etter behandling. Dette hadde for mange av kvinnene ført til sorg og hadde påvirket deres følelse av å være kvinne. Ca. to tredjedeler av deltakerne hadde problemer med inkontinens eller

tarmproblemer. For noen kvinner hadde dette ført til at sex hadde blitt mindre spontan på grunn av bekymring for urinlekkasje under seksuell aktivitet. Omtrent to tredjedeler av deltakerne nevnte at deres vagina hadde blitt tørr siden behandlingen, like mange fortalte at operasjon og/eller strålebehandling hadde forårsaket fysiske endringer i skjeden, for eksempel forkortning eller innsnevring. (Vermeer, Bakker, Kenter, Stiggelbout & Kuile, 2015) Hofsjö, Bergmark, Blomgren, Jahren & Bohm-Starke (2018). Undersøkte morfologien til det vaginale epitelet hos livmorhalskreftoverlevende behandlet med stråleterapi. Undersøkelse av vevet viser endring i det vaginale epitelet og slimhinneatrofi. Kvinnene behandlet med stråleterapi rapporterte også om symptomer som redusert vaginal smøring, reduksjon av vaginal lengde og elastisitet under samleie. Det stråleterapibehandlede rapporterte også om mindre tilfredshet med seksuallivet og sjeldnere oppnådd orgasme, enn kontrollkvinnene (Hofsjö et al., 2018).

I Vermeer et al. sin studie hadde for omtrent halvparten av deltakerne kroppslige endringer ført til et negativt kroppsbilde eller en følelse av usikkerhet. Mer enn halvparten av deltakerne opplevde en redusert interesse for sex etter behandling.

«Well, up to my breasts everything is fine. Everything between my breasts until my knees, that's awful. I consider that sort of a block, and I just don't want to see it or feel it" (Vermeer et al., 2015, s. 1683).

Bilodeau og Bouchard (2011) sin studie undersøkte kvinners opplevelse av seksualitet etter behandling med stråleterapi ved livmorhalskreft, her ble det også rapportert om fysiske endringer, smerter ved samleie og endring av seksuell lyst. I tillegg ble erfaringen med brachyterapi beskrevet som ydmykende, ubehagelig og smertefull, og skadet den delen av kroppen som er symbolsk forbundet med seksualiteten.

Studien til Cullen, Fergus, DasGupta, Fitch, Doyle, og Adams, undersøker 10 kvinners erfaring med rehabiliterende dilatatorbruk etter stråleterapi. Her kom det frem at noen av kvinnene hadde opplevd behandlingen som en inntrengning. I et forsøk på å legge det bak seg, snakket noen kvinner om å avvise "den delen" av kroppen, de ønsket ikke å erkjenne sin egen vagina, hva de hadde vært gjennom, og hva den hadde blitt som følge av behandlingen (Cullen et al., 2012, s. 1167).

I Vermeer et al. (2015) sin studie rapporterte mer enn halvparten av deltakerne, nå eller tidligere, smerte under samleie eller angst for smerte ved penetrering, angsten for smerte hadde ført til at deltakerne hadde unngått samleie (s. 1682) . Bruk av vaginal dilatator er anbefalt som profylakse for å unngå vaginal stenose og for å fremme helbredelsen av

skjedden. I Studien til Cullen et al. (2012) opplyste kvinnene om frykt for smerter eller ubehag ved bruk av dilatator, dette var knyttet til kvinnenes erfaring med smerte og ubehag under behandling. Flere kvinner opplevde smerte og ubehag ved bruk, for noen opplevdes det som tålelig, mens for andre var smerten ekstrem og vanskelig å holde ut (s. 1167-1168)

#### 4.2 Behov for informasjon og støtte

Vermeer et al. (2014) sin studie mente kun 39% av deltakerne at de var tilstrekkelig informert om hvilke konsekvenser kreftbehandlingen kunne ha på deres på deres seksuelle funksjon. (s. 463) Omtrent halvparten av alle deltakerne opplevde et behov for informasjon og/eller profesjonell hjelp til deres seksuelle bekymringer. Det var ikke forskjell i utbredelsen av behov for seksuell helsehjelp mellom kvinner med og uten partner (s. 461). I Sekse et al sin studie, fortalte en kvinne, som i utgangspunktet ikke hadde hatt et seksuelt aktivt liv før sykdommen, at hun allikevel ønsket informasjon om kroppslige og seksuelle endringer «It is my body and my life. At least, I could have been told how it was.» (Sekse, Råheim & Gjengedal, 2015, s. 1262).

Blant kvinnene med behov for hjelp rapporterte 63% (n = 111) at de hadde hatt en samtale med en profesjonell. 61 av kvinnene som snakket om sin seksuelle helse med en profesjonell hadde tatt initiativ til denne samtalen selv, noe som tilsvarer 35% av alle kvinner med behov for hjelp (Vermeer et al., 2014, s. 461). Sekse et al. sin studie viser at kvinner ønsket å snakke med helsepersonell om deres endrede kropp og effekten kreftbehandlingen ville ha på deres seksuelle liv og forhold. De fleste kvinnene ønsket imidlertid at helsepersonell skulle ta initiativ til slike samtaler, aktivt ta opp problemet og være gode lyttere (Sekse et al., 2015, s. 1264).

Williams, Hauck & Bosco sin studie undersøkte sykepleiereres perspektiver på psykoseksuell omsorg. Der ble det å starte samtalen beskrevet som utfordrende også for sykepleiere. En rekke sykepleiere ga uttrykk for at de syns det var lettere når pasienten selv tok initiativ til samtalen. Sykepleierne beskrev også ulike strategier for hvordan de startet en samtale om psykoseksuelle problemer, ved å tilpasse sin tilnærming basert på pasientens individuelle egenskaper, behov og respons. Sykepleiernes egne personlige og faglige egenskaper påvirket også omsorgen de utøver. Sykepleiernes grad av selvtillit knyttet til faglige ferdigheter påvirket evnen til å vise psykoseksuell omsorg. Sykepleiere med mye erfaring og relevant utdanning, følte større grad av selvtillit. Faglige og personlige verdier påvirket deres praksis.

Noen sykepleiere beskrev verdien av psykoseksuell omsorg som viktig og hadde en følelse av faglig ansvar for kvinnene de hadde omsorg for (2017, s. 39).

I Vermeer et al opplyste halvparten av deltakerne at de ikke fokuserte på seksuell funksjon under behandling. Likevel verdsatt de å ha mottatt informasjon om det. Omtrent en tredjedel husket å ha mottatt informasjon om virkning av behandlingen på seksuell funksjon. Noen deltakere var ikke fornøyd med informasjon de hadde mottatt, de mente den var motstridende eller ufullstendig, hadde blitt kommunisert på en for teknisk eller for direkte måte, eller ikke tilpasset deres behov. Mer enn halvparten av deltakerne hadde blitt spurt om seksualitet under oppfølgingskonsultasjon, men i de fleste tilfeller var dette bare et kort spørsmål med fokus på fysiske faktorer (2015, s. 1684). Dette samsvarer med funnene i Sekse et al. (2015, s. 1262), hvor kvinnene følte at samtaler om erfaringer og fremtidige utfordringer knyttet til seksualitet og intimitet manglet i samspillet med helsepersonell. En kvinne forklarte at sykepleier og annet helsepersonell ikke responderte på hennes forsøk på å ta opp intime utfordringer i løpet av de 5 årene hun var til oppfølging (Sekse et al., 2015, s. 1263).

I følge Vermeer et al. (2014) ville et stort flertall av kvinnene (83%) og deres partnere (82%) satt pris på å motta informasjon om seksualitet og livmorhalskreft (s. 462). De psykoseksuelle støttebehovene som kvinnene og partnerne oftest nevnte at de ønsket, var et behov for informasjon om konsekvenser av behandlingen, vaginale endringer, og lignende, etterfulgt av et behov for å motta praktiske råd om å håndtere seksuelle problemer. Deltakere som opplevde seksuelle problemer, uttrykte ofte behov for praktiske råd, og trygging på at det var vanlig å oppleve seksuelle endringer eller problemer, ønske om å snakke mer omfattende med en profesjonell og at helsepersonell skulle ta mer initiativ til å snakke om seksualitet (Vermeer et al., 2015, s. 1685). Sekse et al. fant også at kvinner ønsket å snakke med helsepersonell om de kroppslige endringene og konsekvensene kreft kom til å ha på seksuallivet og forholdene deres (2015, s. 1264).

Williams et al (2017, s. 39) beskriver hvordan tidligere erfaringer påvirket sykepleiernes praksis rundt psykoseksuell omsorg, for eksempel negative konsekvenser kvinnen kan få ved å unnlate å diskutere temaet. Dette påvirket hvordan de skulle veilede nye eller yngre sykepleiere som kanskje var motvillige til å ta opp psykoseksuelle problemer. Sykepleiere beskrev hvordan de tilrettela for å lette diskusjonen. En nøkkelstrategi for nesten alle

sykepleiere var et tillitsfullt og terapeutisk forhold med kvinnene. Det hjalp sykepleiere til få kvinnene til å føle seg komfortabel når de diskuterte intime problemer. Sykepleierne forklarte hvordan de normaliserte en samtale om seksualitet, ved å innlemme den i andre deler av deres omsorg, som en del av en sjekk. De beskrev også bruk av ulike verktøy som en brosjyre og instruksjoner for å engasjere seg med kvinnene. Andre hensyn var å finne riktig tid, bruke humor, ha et privat rom og eventuelt ha en pårørende tilstede eller ikke (s. 39).

I Vermeer et al (2015) kommer det frem at flertallet av deltakerne mener at partnerne bør være involvert, ved å gi dem informasjon, lære dem hvordan de skal støtte sin partner ved seksuelle utfordringer, eller ta opp et mulig behov for støtte. Vanligvis var partnere for å være involvert i informasjons- og omsorgstilbudet og ønsket å motta praktisk råd om hvordan kommunisere om seksuell dysfunksjon og støtte sin partner. Når det gjaldt tidspunktet for når psykoseksuell støtte var ønsket mest, mente omtrent halvparten at dette var mellom 6 og 12 måneder etter behandling (s. 1685). Studien fra 2014, viste forskjeller mellom kvinner som ble behandlet med strålebehandling og kvinner som ikke var. Kvinner behandlet med stråleterapi hadde større behov for informasjon og støtte underveis i behandlingen i forhold til de som ble behandlet på andre måter. (Vermeer et al., 2014, s. 461-462)

Når det gjelder informasjonsmåter, ville kvinnene foretrukket et nettsted (78%) eller verbal informasjon (77%). Mens hos partnerne var verbal (81%) informasjon førstevalget etterfulgt av et nettsted (71%) (Vermeer et al., 2014, s. 463). Nettsteder ble ansett som spesielt nyttige som en første ressurs ved seksuelle problemer. For mer komplekse problemer ble individuell kontakt ansett som mer ønskelig. Mange deltakere hadde positive holdninger til nettsider som tilbyr skreddersydd råd. Deltakere med seksuelle problemer opplyste at en nettside ga informasjon som var for generell og derfor ikke tilstrekkelig nyttig. Omtrent halvparten av deltakerne hadde positive holdninger til skriftlig informasjon. Siden gynekologer generelt hadde hovedansvar under behandling og oppfølging, vurderte deltakerne dem som spesialiserte, kjente og dermed de åpenbare profesjonelle å konsultere for seksuelle dysfunksjoner. Noen få deltakere mente at gynekologer ikke hadde tilstrekkelig kunnskap til å gi støtte ved tilfeller med komplekse og psykologiske seksuelle dysfunksjoner. Den hyppigst nevnte fordelene ved å søke hjelp fra sexologer var at de var spesialisert på dette området og kunne gi støtte til relasjonelle forhold. Noen deltakere med seksuelle plager var motvillige til å søke hjelp fra en sexolog. De hyppigst nevnte fordelene ved å

kontakte en sykepleier eller allmennlege for psykoseksuell støtte var at de ble ansett som tilgjengelige og empatisk. På den annen side spurte deltakerne om de hadde tilstrekkelig kunnskap om seksualitet (Vermeer et al., 2015). I studien til Williams et al. (2017) (s. 38-40) beskrev sykepleierne hvordan de ville starte en samtale om psykoseksuelle problemer, ved å gjøre seg kjent med kvinnens seksuelle historie. Sykepleiere vurderte kvinnens respons når de tok initiativ til samtale om seksualitet, både ved hjelp av verbale og ikke-verbale tegn, hvis kvinnen var komfortabel, ville dette hjelpe sykepleierne til å ta opp seksuelle temaer.

#### 4.4 Utfordringer som vanskeliggjør samtalen om seksualitet

Ifølge Sekse et al. var det, for mange av kvinnene, uaktuelt å ta initiativ til samtale om seksuelle temaer med helsepersonell, selv om de hadde behov for det (2015, s. 1262). Flere kvinner opplevde at den utilstrekkelige måten de ble møtt på av helsepersonell, når det gjaldt seksualitet og intimitet, førte til mer forlegenhet og skam (Sekse et al., 2015, s. 1263). Omtrent en tredjedel av deltakerne i Vermeer et al. (2015) indikerte at de ikke opplevde noen barrierer for å søke hjelp eller vurderte disse barrierene som mindre viktige enn fordelene med å søke hjelp. Andre deltakere var motvillige til å søke hjelp fordi de følte at de burde løse seksuelle problemer alene eller betraktet det som et tabu å snakke om seksuelle dysfunksjoner (s. 1685).

I Williams et al. (2017) sin studie beskrev sykepleierne innflytelsen samfunnsfaktorer har på å gi psykoseksuell omsorg. En sykepleier vurderte at det er noen ganger forvirring rundt å identifisere forskjellen mellom sex og seksualitet, på grunn av at sex fortsatt er et tabu i samfunnet. Seksualiteten er et intimt emne, og samfunnets aksept for å snakke om det, kan påvirke omsorg (s. 40). Studien til Cullen et al. viste at deltakerne opplevde forlegenhet rundt dilatatorbruk etter stråleterapi. De fleste kvinnene omtalte dilatatorene som et sexleketøy, selv om de visste at den var for medisinske formål, men var redd for å bli dømt for bruken på grunn av sosiale stigma forbundet med sexleketøy. Noen få deltakere refererte til deres tradisjonelle syn på sex, kulturelle og religiøse bakgrunn som å ha bidratt til deres uro eller forlegenhet med bruk av vaginale dilatorene (Cullen et al., 2012, s. 1166). I Williams et al. (2017) sin studie kom det frem at sykepleiers personlige overbevisning og selvbevissthet om seksualitet påvirket deres praksis rundt psykoseksuell omsorg, inkludert verdier fått i tidlig alder, som for eksempel erfaring fra egen barndom, hvor det ikke ble snakket om sex. Dette gjorde det derfor vanskelig å snakke med pasientene om det. Kvinner



har ulike egenskaper, som kulturell bakgrunn, språk, seksuell orientering og seksuell historie. Sykepleiere beskrev utfordringer når disse egenskapene skilte seg fra deres egne personlige egenskaper. Språkbarriere var en utfordring hos kvinner med begrensede eller ingen engelskspråklige ferdigheter. En sykepleier forklarte at det kunne være vanskelig å stille intime spørsmål via tolk. Sykepleierne beskrev flere utfordringer som påvirket deres mulighet til å gi psykoseksuell omsorg, for eksempel systemrelaterte barrierer som kort lengde på sykehusopphold og kjønn hos behandlende lege, siden kvinner var mindre tilbøyelige til å diskutere psykoseksuelle problemer med en mann. Noen sykepleiere beskrev at de var for opptatt med andre oppgaver. Etablerte systemer gjorde det lettere for sykepleiere å gi psykoseksuell omsorg. Disse inkluderte å ha lett tilgjengelige mentorer, dokumenterte henvisningsveier, kontinuitet i omsorg og bruk av riktig dokumentasjon. (Williams et al., 2017, s. 39-40)

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Sykepleierens rolle ved ivaretagelse av seksuell helse

Flere studier viser at kvinner behandlet for livmorhalskreft opplever senvirkninger som har innvirkning på deres seksuelle helse, (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2011; Bilodeau & Bouchard, 2011; Cullen et al., 2012; Hofsjö et al., 2018; Vermeer et al., 2014). Allikevel opplever en del kvinner at deres behov for informasjon om deres seksuelle helse ikke blir ivaretatt (Sekse et al., 2015; Vermeer et al., 2014; Vermeer et al., 2015).

For at sykepleiere skal kunne gi helhetlig omsorg er seksualitet et viktig område. Sykepleiere har tett kontakt med pasientene og har derfor god mulighet til å kunne hjelpe pasienter med bekymringer rundt deres seksuelle helse. I Vermeer et al. sin studie kommer det frem at kvinner som mener seksualitet er viktig og føler støtte fra omgivelsene, har lavere terskel for å be om hjelp fra profesjonelle. Samtidig viser, studien at de kvinner som ikke selv har bedt om hjelp ikke blir ivaretatt selv om de hadde hatt behov for det (Vermeer et al., 2014, s. 261). I Sekse et al. og Vermeer et al. sine studier gir kvinnene uttrykk for at de ønsker at helsepersonell skal ta initiativ til å snakke med dem om seksualitet (Sekse et al., 2015; Vermeer et al., 2015). Dette blir også stadfestet i sykepleieres yrkesetiske retningslinjer, som sier at sykepleieren skal gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon (Norsk sykepleierforbund,

2011, s. 8). I tillegg viser pasient- og brukerrettighetsloven til pasientens rett til å få informasjon (1999, s. § 3-2)

En del sykepleiere i Williams et al sitt studie rapporterer at de opplever det som utfordrende å diskutere seksualitet. De trekker fram sin egen opplevelse av mangel på kunnskap og erfaring som viktige elementer som hindrer dem i å gi god psykoseksuell omsorg.

Sykepleiernes holdning til seksualitet er ofte farget av deres oppvekst. Hvis seksualitet var tabu i sykepleierens oppvekst er det vanskeligere å initiere gode og trygge samtaler rundt tema. Sykepleierne som hadde god kunnskap og erfaring rundt psykoseksuell omsorg rapporterer at opplevde større grad av selvtillit, og at de derfor går sterkere inn i samtalen og dermed gir bedre støtte for pasientene (Williams et al., 2017, s. 39-40).

Andre utfordringer som var med på påvirke sykepleiernes mulighet til å gi psykoseksuell omsorg var relatert til forhold på arbeidsplassen. Dette innebar for eksempel kort lengde på sykehusopphold og tidspress som gjorde at andre oppgaver ble prioritert. Etablerte prosedyrer og systemer gjorde det lettere for sykepleiere å gi psykoseksuell omsorg. Disse prosedyrene inkluderte å ha lett tilgjengelige mentorer, mulighet for henvisning, kontinuitet i omsorg og bruk av riktig dokumentasjon. På den annen side kunne henvisningsmuligheter gjøre at sykepleierne overlot ansvaret for pasientenes psykoseksuelle helse til andre, istedenfor å ta tak i det selv (Williams et al., 2017, s. 39-40).

Ansvaret for å ivareta den seksuelle helsen til pasientene er basert på den enkelte sykepleiers holdninger og kunnskaper, siden det ikke fins retningslinjer. Dette kan gå ut over kvaliteten på omsorgen, derfor er det viktig at sykepleiere har den nødvendige kompetansen til å ivareta pasienters seksuelle helse (Helland, 2015, s. 870-871). Regjeringens strategi for seksuell helse, «snakk om det!» er en strategi som det skal arbeides med i årene 2017-2022 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Denne inneholder ikke konkrete retningslinjer for hvordan sykepleiere kan jobbe med seksuell helse, men den anerkjenner at seksuell helse er et viktig tema og at helse- og omsorgstjenesten har ansvar for å ivareta pasientenes seksuelle helse og livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 43). Strategien peker på at seksuell helse må synliggjøres og inkluderes i faglige retningslinjer i helse- og omsorgstjenesten og at helsepersonell må få tilstrekkelig opplæring og kunnskap om emnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 50). Forhåpentligvis kan denne strategien være med på å belyse utfordringer knyttet til seksualitet i forbindelse med sykdom og på sikt bidra til å gi sykepleierne bred kompetanse på området. Williams et al (2017) sin studie viser også

til anbefalte tiltak for å forbedre pasienters tilbud om seksuell helsehjelp. Blant forslagene er retningslinjer og dokumentasjon for å integrere vurdering av psykoseksuelle problemer, oppmuntre til felles ansvar for psykoseksuell omsorg blant det tverrfaglige teamet og gjennomføre utdanningsprogrammer med fokus på å forbedre sykepleiernes selvtillit og kommunikasjonsevne (s. 40)

## 5.2 Viktigheten av å danne en god relasjon

Sykepleieren har ansvar for å skape en relasjon som legger til rette for samtale om seksualitet og seksuell helse. Denne relasjonen er avhengig av at pasienten føler seg trygg og har tillitt til sykepleieren. I praksis og jobb har jeg ofte opplevd at pasienter og brukere raskt viser meg tillitt fordi jeg er helsepersonell. Jeg har reflektert rundt dette og hvorfor det er sånn, det kan jo ikke bare være på grunn av arbeidsantrekket? Jeg tror dette handler om hvilke spørsmål jeg stiller og hvordan jeg stiller dem. Jeg har kunnskap og kompetanse på et område, noe som gir meg trygghet og selvtillit. Dette trekker Williams et al. (2017) sin studie fram som viktige egenskaper hos en sykepleier (s. 39). Samtidig har jeg også opplevd situasjoner hvor kommunikasjon med pasient har vært vanskelig. Pasienten har ikke vist meg tillitt og jeg har ikke visst hvordan jeg skal oppnå dette i det innledende møtet. Travelbee beskriver at det kan være utfordrende for sykepleier å oppnå tillitt når relasjonen blir preget av rollene «pasient» og «sykepleier» fordi dette skaper avstand og fremmedgjøring. Sykepleierrollen kan skape visse forventninger basert på erfaringer. Hvis erfaringene til pasienten er dårlige, blir det innledende møtet basert på fordommer som kan skape mistillit (Travelbee, 1999).

Det er sykepleiernes ansvar å ta initiativ til å starte samtale og skape en relasjon og et miljø som skaper trygget. Dette er viktig for at pasienten kan åpne seg og snakke om sin seksuelle helse. Travelbee understreket viktigheten av god kommunikasjon og ha en mellommenneskelig relasjon til pasienten. Et menneske-til-menneske-forhold er blant annet å se hverandre som individer i følge Travelbee (Travelbee, 1999). Sykepleierne i Williams et al. (2017) sin studie understreket også viktigheten av en meningsfylt relasjon. Sykepleierne forklarte hvordan de individualiserte omsorgen ved å tilpasse sin tilnærming til pasientens individuelle egenskaper, behov og respons. Sykepleierne forklarer også at de merket om kvinnen de hadde omsorg for var mottakelig for å ta opp seksuelle og intime temaer eller

ikke, gjennom blant annet kroppsspråk. Sykepleiere beskrev hvordan de tilrettela for samtalen om seksualitet. En nøkkelstrategi for nesten alle sykepleiere var å etablere et tillitsfullt og terapeutisk forhold med kvinnene. Dette gjorde det lettere for pasientene å diskutere intime tema (Williams et al., 2017, s. 39-40).

### 5.3 Tilrettelegge for samtale om seksualitet og seksuell helse

Sykepleier må tilrettelegge for samtale om seksualitet og seksuell helse. Det er flere viktige faktorer som spiller inn for at samtalen skal dekke pasientens ønsker og behov om informasjon. Den aller viktigste faktoren er at samtalen faktisk finner sted. Ved at helsepersonell unnlater å diskutere seksualitet, opprettholder man følelsen av skam og inntrykket av at dette er ikke viktig, eller at sexlivet er et ferdig kapittel for pasienter etter behandling for livmorhalskreft (Sekse et al., 2015, s. 1263). Selv om seksualitet ikke var det pasientene fokuserte på i løpet av behandlingen, satt de pris på den informasjonen de fikk Vermeer et al (Vermeer et al., 2015). Både kvinner med og uten partner og kvinner som ikke hadde et aktivt seksualliv på behandlingstidspunktet, ønsket informasjon om seksualitet og kroppslige endringer (Sekse et al., 2015; Vermeer et al., 2014)

Travelbee (1999) og Heyn (2018) beskriver kommunikasjon som et viktig verktøy for å skape en relasjon til pasienten og relasjonen er en viktig faktor for å tilrettelegge for en god samtale (L. G. Heyn, 2018, s. 18-19). Det foregår kommunikasjon mellom sykepleier og den han eller hun har omsorg for, ved hvert møte. Både når de snakker sammen og når det er taushet. Sykepleieren må forstå hva pasienten kommuniserer og må kunne bruke denne informasjonen til planlegging av sykepleietiltak. Målet med interaksjonen og kommunikasjonen er å bli kjent med pasienten og dermed kunne ivareta pasientens behov og oppfylle sykepleiens mål og hensikt (Travelbee, 1999, s. 135).

PLISSIT-modellen et verktøy som kan være til hjelp for å starte en samtale om seksualitet. Sykepleiere bør ha god nok kunnskap til å benytte de tre første nivåene; tillatelse, begrenset informasjon og spesifikke forslag.

Det første nivået i modellen, tillatelse, handler om å initiativ til samtalen eller gi pasienten mulighet til å ta opp eller diskutere utfordringer knyttet til seksuell helse. I Sekse et al (2015) er det trukket fram et eksempel der en kvinne fortalte at hun har opplevd at helsepersonell ikke responderte på hennes forsøk på å ta opp tema rundt seksuell helse (s. 1263). Vermeer

et al. (2014) viser at et flertall av kvinnene og deres partnere ville ønsket å motta informasjon om seksualitet og livmorhalskreft. Når pasienten selv initierer til en samtale er det svært viktig at sykepleier har følger opp og tilrettelegger for samtale. Det er også viktig at sykepleier er sin rolle bevisst hvis pasienten ikke initierer til en slik samtale. Sykepleier må da på eget initiativ ivareta pasientens behov ved å legge til rette for samtale om seksuell helse. Samtidig må sykepleieren ta hensyn til at tidspunktet for når pasientene ønsker informasjon og hvor mye informasjon hun ønsker, kan være forskjellig.

Det andre nivået, begrenset informasjon, viser til at sykepleiere bør inneha kunnskap om og evnen til å gi relevant informasjon om hvordan sykdom og behandling kan påvirke seksuallivet. I Sekse et al. og Vermeer et al sine studier, kom det frem at kvinnene og deres partnere ønsket informasjon om blant annet, kroppslige endringer og hvilke innvirkninger det og behandling kunne ha på seksuallivet og forholdet deres.

(Sekse et al., 2015, s. 1264; Vermeer et al., 2015, s. 1685). Det tredje nivået, omhandler spesifikke forslag, dette kan være mer utfordrende for sykepleiere. For å gi støtte og råd som er mer spesifikt rettet mot konkrete seksuelle problemer, kan sykepleieren bruke skriftlig materiale og faglitteratur som er tilgjengelig på avdelingen. Å gi spesifikke forslag betyr blant annet å informere om hjelpemidler. Dette kan gjelde informasjon om bruk av dilatator og bruk av glidemidler og vaginalkremer ved tørr skjede (Borg, 2017, s. 129).

Det er viktig at sykepleiere behersker de tre første nivåene i PLISSIT-modellen for å kunne tilrettelegge for samtale rundt seksualitet og helse.

I Vermeer et al. (2015) sin studie kom det frem at hos halvparten av deltakerne hadde kroppslige endringer som førte til et negativt kroppsbilde eller en følelse av usikkerhet. Det er blitt beskrevet at noen kvinner avskrev underlivet sitt som en del av kroppen sin, det «eksisterer ikke etter behandling» (s. 1683). Noen kvinner som ble behandlet med, stråle- og/ eller brachyterapi, uttrykte at de opplevde behandlingen som traumatisk (Bilodeau & Bouchard, 2011, s. 236) og (Cullen et al., 2012, s. 1167). En deltaker i Cullen et al. sin studie ga uttrykk for at hun hatet å bruke dilatoren fordi hun opplevde det som enda en krenkelse av kroppen hennes:

I felt invaded and no matter what it was, it would have been the same thing . . . if you tell me I have to use the dilator, or whatever, the toy, you find, it's still the same thing (. . .) I don't want anything touching me. (Cullen et al., 2012, s. 1167)

Traumene som noen kvinner kan sitte igjen med etter behandling er det viktig for sykepleier å være bevisst. Nivå fire i PLISSIT-modellen, intensiv terapi, krever ofte spesialisert kunnskap som ligger utenfor kompetansenivået til sykepleier, men da har sykepleierne et ansvar for å henvise til riktig fagperson.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke hvordan sykepleier kan hjelpe pasienter med å ivareta sin seksuelle helse etter behandling for livmorhalskreft. Det har blitt beskrevet fysiske, psykiske og sosiale seksuelle plager i etterkant av behandling. Det virker som det er opp til den enkelte sykepleier å ta initiativ til samtale om seksualitet på grunn av mangel på retningslinjer i helse- og omsorgstjenesten. Derfor opplever mange kvinner at deres behov for informasjon og psykoseksuell støtte ikke blir ivaretatt. Både kvinnene og sykepleierne beskrev barrierer som gjør det vanskelig å ta initiativ til å snakke om seksualitet. Evnen til å danne en tillitsfull relasjon er viktig for å gi kvinnene anledning til å snakke om temaet. Kommunikasjon er sykepleiernes viktigste verktøy for å danne denne relasjonen. Opplæring og rutiner kan gjøre sykepleiere tryggere til å ta opp temaet. Som det kommer frem i Williams et al. sin studie, er liten tro på egen kunnskap og kompetanse, usikkerhet og forlegenhet grunner til at sykepleiere kvier seg for å ta opp seksualitet med pasienter. Mens de sykepleierne som føler seg trygg på seg selv og egen kompetanse, har mindre vanskeligheter med å ta det opp. Utrygghet og forlegenhet kan høre sammen, derfor kan det å skape trygghet ved å øke kompetansen kan ha positive effekter.

## Referanseliste

- Abbott-Anderson, K. & Kwekkeboom, K. L. (2011). A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecologic Oncology*, 124(3).  
<https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.11.030>
- Bilodeau, K. & Bouchard, L. (2011). The sexuality of Quebec women with cervical cancer: looking for love despite radiotherapy's trauma to their sexual body. *Canadian oncology nursing journal = Revue canadienne de nursing oncologique*, 21(4), 233.  
<https://doi.org/10.5737/1181912x214233237>
- Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. M. Reitan & T. K. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling* (4. utg. utg., s. 120-131). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Bragstad, L. & Kirkevold, M. (2010). Individualisert musikk for personer med demens. *Sykepleien forskning*, (Issue), s. 110–118. Hentet fra  
<https://sykepleien.no/forskning/2010/06/individualisert-musikk-personer-med-demens>
- Cancer Registry of Norway. (2018). *Cancer in Norway 2017, cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*. Oslo: Cancer Registry of Norway,.
- Cullen, K., Fergus, K., DasGupta, T., Fitch, M., Doyle, C. & Adams, L. (2012). From “sex toy” to intrusive imposition: a qualitative examination of women's experiences with vaginal dilator use following treatment for gynecological cancer. *The journal of sexual medicine*, 9(4), 1162-1173. <https://doi.org/DOI: 10.1111/j.1743-6109.2011.02639>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gjessing, R., Borg, T. & Dahl, A. A. (2013). Problemer med seksualitet. I J. H. Loge, A. A. Dahl, S. D. Fosså & C. E. Kiserud (Red.), *Kreftoverlevende Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (2. utg., s. 87-107). Oslo: Gyldendal Akademisk,.
- Haukeland Universitetssjukehus, a. f. k. o. m. f. (2019). Informasjon til deg som skal få innvendig strålebehandling ved kreft i underlivet. Hentet 2. mars 2019 fra  
<http://ek.helse-bergen.no/docs/pub/dok28198.htm>
- Helland, Y. (2015). Seksualitet. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1, Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 861-882). Oslo: Cappelen Damm AS,.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/snakk-om-det/id2522933/>
- Helsebiblioteket. (2016). Sjekklistor. Hentet 15. november 2018 fra  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Heyn, L. (2015). Kommunikasjon; menneskets grunnleggende behov for å forstå og bli forstått. I *Sykepleieboken : 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg. utg., bd. 1, s. 363-395). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Heyn, L. G. (2018). Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 14-29). Oslo: Gyldendal.
- Hofsjö, A., Bergmark, K., Blomgren, B., Jahren, H. & Bohm-Starke, N. (2018). Radiotherapy for cervical cancer – impact on the vaginal epithelium and sexual function. *Acta Oncologica*, 57(3), 338-345. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2017.1400684>
- Jerpseth, H. (2017). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth & K. C. Toverud (Red.), *Klinisk sykepleie : 2* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kreftforeningen. (2018a, 18. oktober 2018). Livmorhalskreft. Cervixcancer. Hentet 14. november 2018 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/>
- Kreftforeningen. (2018b, 15. september 2018). Senskader. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/senskader/>
- Kreftlex. (2018a). Livmorhalskreft. Hentet 30. november 2018 fra <http://kreftlex.no/Livmorhals.aspx>
- Kreftlex. (2018b). Rehabilitering etter cellegiftbehandling ved gynekologisk kreft. Hentet 5. desember 2018 fra <http://kreftlex.no/Gyn-livmorhalskreft/ProsedyreFolder/OPPFOLGING/Gyn-etter-cellegiftbehandling?lg=ks&CancerType=Livmorhals&containsFaq=False>
- Kreftlex. (2018c). Rehabilitering etter strålebehandling ved gynekologisk kreft. Hentet 5. desember 2018 fra <http://kreftlex.no/Gyn-livmorhalskreft/ProsedyreFolder/OPPFOLGING/EtterStralebehandling?lg=ks&CancerType=Livmorhals&containsFaq=False>
- Kreftregisteret. (2018, 29. oktober 2018). Livmorhalskreft. Hentet 14. november 2018 fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Livmorhalskreft/>
- Kristensen, G. (2017). Kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A. M. Reitan & T. K. Schjøllberg (Red.), *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling* (4. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Kristensen, G., Dørum, A., Lie, A. K. & Fiane, B. (2016). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for gynekologisk kreft. I(s. 48-60). Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/>
- Molven, O. (2017). *Sykepleie og jus* (5. utg. utg.). Oslo: Gyldendal juridisk.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter, (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Sekse, R. J. T., Råheim, M. & Gjengedal, E. (2015). Shyness and Openness— Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer. *Health Care for Women International*, 36(11), 1255-1269. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.989436>
- Søk og skriv. (2018, 10. august 2018). *Systematisk søking*. Hentet fra <https://sokogskriv.no/soking/utdypende-sok/>
- Thidemann, I.-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, Overs.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Kroon, C. D., Stiggelbout, A. M. & Kuile, M. M. (2014). Sexual issues among cervical cancer survivors: how can we help women seek help? *Psycho-Oncology*, 24(4), 458-464. <https://doi.org/10.1002/pon.3663>
- Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Stiggelbout, A. M. & Kuile, M. M. (2015). Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support. *Supportive Care in Cancer*, 24(4), 1679-1687. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2925-0>
- Williams, N. F., Hauck, Y. L. & Bosco, A. M. (2017). Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 30, 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.07.006>



World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*, Hentet fra:  
[https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf)

## Vedlegg

## A: Oversikt over inkluderte artikler

Tabell 1

Tittel, land, år	Forfatter(e)	Formål	Metode	Resultat
1: «A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors» USA 2011	Abbott-Anderson, K., Kwekkeboom, K.L.	Å identifisere fysiske, psykiske og sosiale seksuelle plager rapportert av gynekologisk kreftoverlevende.	Systematisk oversikt	Funnene viste seksuelle fysiske, psykiske og sosiale plager. Vanlige fysiske plager var dyspareuni, endringer i skjeden og nedsatt seksuell aktivitet. Rapporterte psykiske plager var redusert libido, endringer i kroppsbilde og angst relatert til seksuell ytelse. Og i det sosiale aspektet var vanlige bekymringer, vanskeligheter med å opprettholde tidligere seksuelle roller, følelsesmessig distansering fra partneren, og oppfattet endring i partnerens nivå av seksuell interesse. Tre psykopedagogiske intervensjonsstudier rapporterte om forbedringer i fysiske aspekter av seksuell funksjon, og forbedret kunnskap, men uten opphør av seksuelle plager.
2: «The sexuality of Quebec women with cervical cancer: looking for love despite radiotherapy's trauma to their sexual body» 2011 Canada	Bilodeau, K. & Bouchard, L.	Beskrive middelaldrans kvinners opplevelse med seksualitet, i etterkant av behandling for livmorhalskreft.	Kvalitativ, fenomenologisk, intervju. 10 kvinner som oppfylte følgende kriterier: 40 til 60 år; ha gjennomført strålebehandling for livmorhalskreft minst seks måneder før. Alder 40-60 år.	Funnene viste at kvinnene hadde fått et nytt syn på livet etter behandling. Synet på seksualitet og intimitet hadde også endret seg.
3: «From "sex toy" to intrusive	Cullen, K. Fergus, K., DasGupta,	Undersøke kvinners	Et utforskende kvalitativt studie	Funnene kan forbedre måten vaginale dilatatorer blir

<p>imposition: a qualitative examination of women's experiences with vaginal dilator use following treatment for gynecological cancer” Canada 2012</p>	<p>T., Fitch, M., Doyle, C., and Adams, L.,</p>	<p>erfaringer med den vaginale dilatatorene og forstå de psykososiale faktorene som påvirker kvinners adopsjon av rehabiliterende dilatatorbruk etter strålebehandling ved gynekologisk kreft.</p>	<p>som ved hjelp av halvstrukturert intervju med et utvalg med 10 kvinner med en historie med gynekologisk kreft (9 livmorhalskreft) og som ble foreskrevet en vaginal dilator.</p>	<p>introdusert på og hjelpe helsepersonell til å bedre løse kvinners problemer og bekymringer med dilatatorene. Til syvende og sist kan det også føre til bedre opprettholdelse av helse og livskvalitet for kvinner sin bedring etter gynekologisk kreft.</p>
<p>4: “Radiotherapy for cervical cancer – impact on the vaginal epithelium and sexual function” Sverige 2018</p>	<p>Hofsjö, A., Bergmark, K., Blomgren, B., Jahren, H. &amp; Bohm-Starke, N.</p>	<p>Undersøke morfologien til det vaginale epitelet i livmorhalskreftoverlevende behandlet med stråleterapi og sammenhengen med serumnivåer av hormoner og seksuell funksjon.</p>	<p>34 pasienter behandlet for livmorhalskreft med stråling mot en kontrollgruppe med 37 kvinner for en planlagt benign gynekologisk operasjon. Vaginal biopsi tatt og undersøkelser av epitelets strukturer ble gjort. I tillegg til et spørreskjema om seksualitet.</p>	<p>I de livmorhalskreft-overlevende som ble behandlet med strålebehandling, ble vaginaepitelvolumet redusert sammenlignet med kontrollkvinnene. Mukosalatrofi ble observert hos 91% av de overlevende. Det var ingen forskjell i serum østradiol mellom kreftoverlevende og kontrollkvinnene. I tillegg rapporterte de livmorhalskreftoverlevende om flere fysiske seksuelle symptomer</p>
<p>5: «Shyness and Openness-Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After</p>	<p>Sekse, R. J. T., Råheim, M. &amp; Gjengedal, E.</p>	<p>Utforske forlegenhet og åpenhet rundt seksualitet og intimitet hos langtidsoverlevende (&gt;5 år) kvinner etter gynekologisk kreft, og hvordan kvinnene</p>	<p>Kvalitativ, intervju, 16 norske kvinner deltok i studien</p>	<p>Funnene viser at overlevende etter GK og helsepersonell deler forlegenhet og åpenhet som grunnleggende menneskelig fenomen. Helsepersonellens egen erfaring kan være en ressurs for kvinner som har utfordringer med seksualitet og intimitet.</p>

Gynecological Cancer» Norge 2015		opplevde dialog med helsepersonell		
6: «Sexual issues among cervical cancer survivors: how can we help women seek help?» Nederland 2015	Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Stiggelbout, A. M. & Ter Kuile, M. M.	Undersøke forekomsten av psykoseksuelle helsebehov og hjelpesøkende adferd, finne sammenhengen mellom psykososiale variabler og hjelpesøkende intensjoner og vurdere overlevende og partners preferanser angående psykoseksuelle helsetjenester.	Tverrsnittsun dersøkelse, med spørreskjema. Kvinner med en historie med livmorhalskreft (n = 343, gj.alder = 48,7) og deres partnere (n = 154) alder = 50,8).	Over halvparten meldte om behov for informasjon og/eller profesjonell hjelp, men bare 35% hadde initiert samtaler med profesjonelle. Holdning til viktighet av seksuell funksjon, forventninger til helsepersonell, sosial støtte for å søke hjelp og hvorvidt kvinnene følte forlegenhet var faktorer som spilte inn for om kvinnene søkte hjelp eller ikke. De fleste deltakere vil sette pris på å motta informasjon om seksualitet og livmorhalskreft.
7: «Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support» Nederland 2016	Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Stiggelbout, A. M. & Ter Kuile, M. M.	Å utforske erfaringer om seksuell dysfunksjon, psykoseksuelle støtte, og psykoseksuelle omsorgsbehov blant pasienter som har vært gjennom behandling for livmorhalskreft og deres partnere	Kvalitativ, intervju. Kvinner med en historie med livmorhalskreft (n = 30) og deres partnere (n = 12).	Helsepersonells fokus på deltakerne sin seksuelle funksjon var ofte begrenset og medisinsk orientert. Tabu ble beskrevet som et hinder for å søke hjelp, av noen deltakere. Allikevel ønsker mange informasjon om hvilke konsekvenser behandlingen kan ha for seksuell funksjon, praktiske råd og beroligelser. En nettside ble sett på som en ressurs for noen av deltakerne
8: "Nurses' perceptions of providing	Williams, N. F., Hauck, Y. L.,	Å få innblikk i hvordan australske sykepleiere	Sytten sykepleiere som arbeidet på et kvinnesykehus i	Funnene viste fem temaer som påvirker den psykoseksuelle omsorgen: 1) Sykepleiere bruker strategier for å hjelpe samtalen.

<p>psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer” 2017 Australia</p>	<p>Bosco, A. M.</p>	<p>tilrettelegger for psykoseksuell omsorg for kvinner som gjennomgår gynekologisk kreftbehandling.</p>	<p>Vest-Australia deltok i intervjuer og ble bedt om å beskrive deres oppfatninger og identifisere faktorer som letter eller utfordrer psykoseksuell omsorg.</p>	<p>2) Kvinner har unike psykoseksuelle behov. 3) Sykepleiere er påvirket av personlig og faglig erfaring og verdier. 4) Systemer i helsetjenesten påvirker omsorgen. 5) samfunnet påvirker holdninger rundt seksualitet. Sykepleierne hadde forskjellig syn på om disse faktorene hadde en positiv eller negativ innvirkning på samtalen som kreves for å gi psykoseksuell omsorg.</p>
---	---------------------	---	--	--

## B: PICO

Hvordan kan sykepleier fremme ivaretagelse av seksuell helse i møte med kvinner som er i et behandlingsforløp for livmorhalskreft

P- kvinner med livmorhalskreft

I- Kommunikasjon, rådgivning, veiledning

O- Seksuell helse, seksualitet

Tabell 2

Søkeord	P= kvinner med livmorhalskreft, neoplasmer	I= Kommunikasjon, rådgivning, veiledning, seksualrådgivning	O= Seksuell helse, seksualitet, livskvalitet, livskvalitet, egenmestring
Emneord (MeSH)	Uterine Cervical Neoplasms Women,	Communication, Sex counseling, directive counseling	Sexuality, sexual health, sex education, quality of life,
	Cervikal intraepitelial neoplasm, Cervix Cancer, radiotherapy, chemotherapy	Sex counseling, counselingf, psychosexual care	Quality of life, sex, sexual function

## C: Søkehistorikk

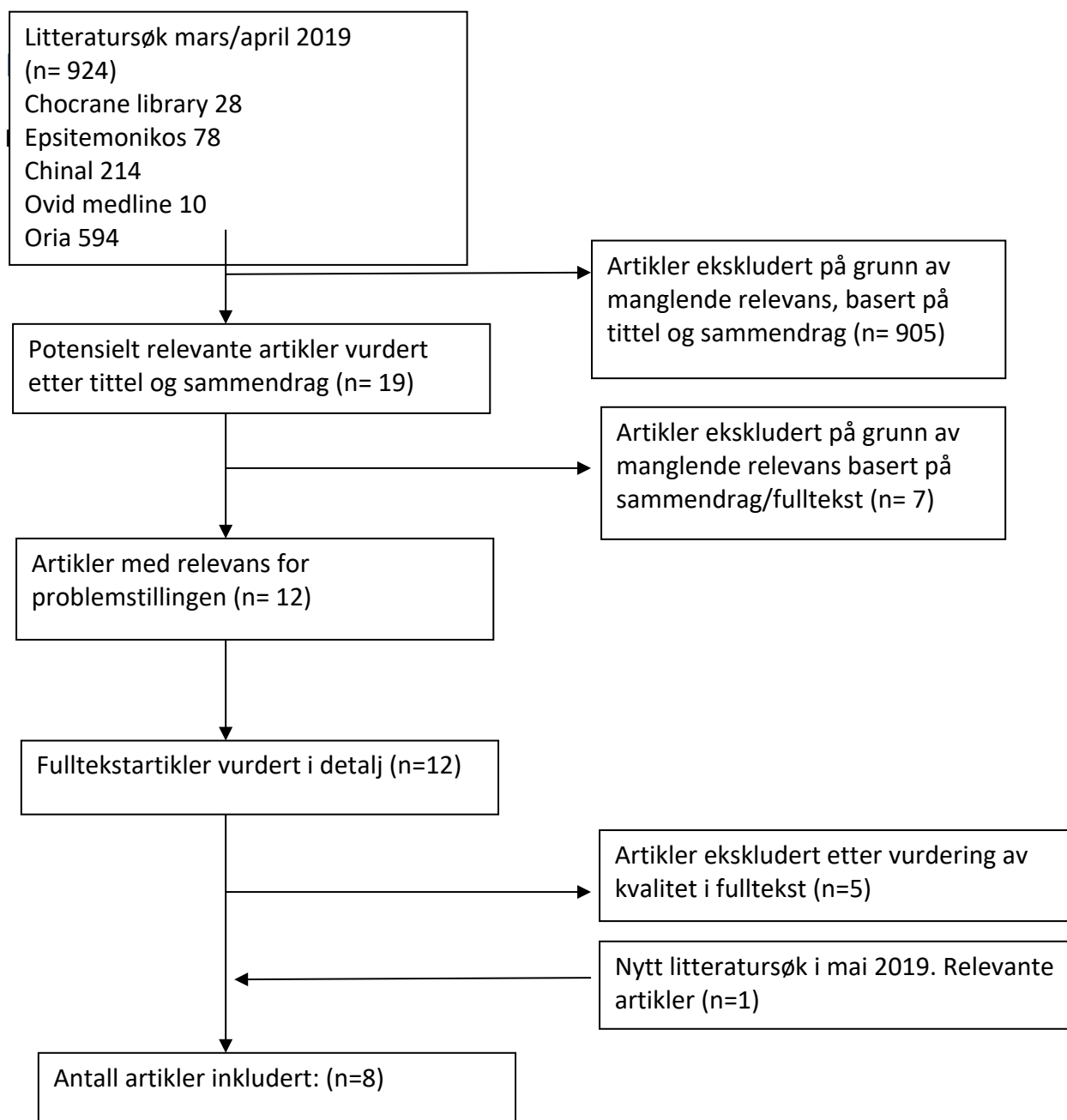
Tabell 3

Database	Søk nummer	Søkeord/ emneord/ søkekombinasjoner	Avgrensning	Antall treff	Kommentar til søket/treffliste
CHINAL  Totalt 9 utvalgt	1	Cervix Neoplasms OR Uterine Neoplasms OR Cervical Intraepithelial Neoplasia OR "uterine cervical neoplasms" OR "cervical cancer" AND "Communication") OR OR "counseling" OR (MH "Sexual Counseling") OR directive counseling" AND "sexual health" OR "sexuality"	2009-2019, research article, female	19	Ingen relevante
	2	Cervix Neoplasms OR Uterine Neoplasms OR Cervical Intraepithelial Neoplasia OR uterine cervical neoplasms AND sexual function	2009-2019, research article, Peer Reviewed, female	195	
Epistemonikos	1	Cervix Neoplasms OR Uterine Neoplasms OR Cervical Intraepithelial Neoplasia OR uterine cervical neoplasms AND sexual function	Published Date: 20090101-20190231; Research Article, Female, english language, peer reviewed	78	

Chocrane library	1	Cervix Neoplasms OR Uterine Neoplasms OR Cervical Intraepithelial Neoplasia OR uterine cervical neoplasms AND sexual health OR sexual* OR sexual function AND communication OR counseling OR education	2009-2019, fagfelleverdert, engelsk språk,	28	
Oria	2	Sexuality OG Cervical cancer IKKE hpv	2009-2019, fagfelleverdert, engelsk språk, sortert etter relevans, artikkel, female	336	
Oria	3	Sexuality OG Cervical cancer OG nurse IKKE hpv	2009-2019, fagfelleverdert, engelsk språk, sortert etter relevans,	258	
Ovid Medline	1	Neoplasms AND Sex Counseling AND PLISSIT AND Sexuality		0	
	3	Plissit AND cancer	2009-2019, review articles, engelsk språk,	0	
	4	Plissit AND cancer	2009-2019, engelsk språk,	10	



## D: Flyttdiagram



Flyttdiagrammet, er laget med inspirasjon fra (Bragstad & Kirkevold, 2010)