



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

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

Deltaker

Kandidatnr.: 389

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 10231

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: 91

Andre medlemmer i gruppen: 390

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

Livmorhalskreft, seksualitet og behov for informasjon

Cervical cancer, sexuality and the need for information

Kandidatnummer: 389 og 390

Veileder: Marit Hegg Reime

Sykepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 24.05.2019

Antall ord: 10 231

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

Title: Cervical cancer, sexuality and the need for information.

Background: Cervical cancer is the third most common type of cancer in the world affecting women. In 2017, 316 new cases of cervical cancer were registered in Norway. The treatment of cervical cancer can for many women lead to complications that affect their sexuality.

Question: After treatment for cervical cancer, what information guidance does women need in relation to their sexuality?

Will information and guidance help improve their quality of life?

Aim: The purpose of this study was to explore challenges associated with sexuality that cervical cancer survivors experience. We wanted to identify the lack of information and guidance given to the patients and find out what nurses can do to help patients to improve their association to sexuality after cervical cancer treatment.

Method: Literature study, where relevant research and articles is presented to answer our question.

Findings: The study shows a lack of information about how cervical cancer could affect women's sexuality. Patients reported a shortage of guidance when it comes to side-effects and remedies after cervical cancer treatment. It is important for nurses to initiate a conversation about sexuality, and therefore, is it crucial to have sufficient knowledge about the subject.

Conclusion: Women experience many challenges due to cervical cancer treatment, like pain during intercourse, vaginal dryness and changed body image. It is important for nurses and other healthcare professionals to provide patients with information about sexuality during and after treatment. It is crucial that we acknowledge their challenges on sexuality, give them information in a comprehensible language and show them empathy.

Keywords: Cervical Cancer, sexuality, treatment, information, quality of life

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	7
1.2 Problemstilling	7
1.3 Begrepsavklaringer.....	7
1.4 Avgrensning av oppgaven	8
2.0 Teoretisk rammeverk	9
2.1 Livmorhalskreft	9
2.2 Behandling	9
2.3 Seksualitet.....	10
2.4 Seksualitet med senskader	11
2.5 Helsepedagogikk.....	12
2.5.1 Seksuell veiledning – Sykepleierens rolle	13
2.5.2 Kommunikasjon	13
2.6 PLISSIT-modellen.....	14
2.7 Kroppsbilde	15
2.8 Sykepleieteori.....	16
2.9 Livskvalitet	17
3.0 Metode	19
3.1 Litteraturstudie som metode.....	19
3.2 Søkestrategi.....	19
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	20
3.4 Analyse og syntese.....	21
3.5 Metode- og kildekritikk.....	22
3.6 Etske overveielser.....	22
4.0 Resultat	24
4.1 Seksualitet og kroppsbilde.....	24
4.2 Behov for informasjon	26
4.3 Helsepedagogisk rolle.....	27
4.4 Inkludere partneren i veiledningen	28
5.0 Diskusjon	30
5.1 Informasjon og seksualitet.....	30
5.2 Et tabubelagt tema.....	34
5.3 Pasientens behov for informasjon og veiledning	36
5.4 Implikasjoner for praksis	38
6.0 Konklusjon	39
Referanseliste	40

- Vedlegg I** – PLISSIT-modellen
- Vedlegg II** – Søkehistorikk
- Vedlegg III** – PIO-skjema
- Vedlegg IV** – Litteraturmatrise
- Vedlegg V** – Eksempel på sjekkliste

1.0 Innledning

Ifølge Kreftregisteret var det 316 kvinner i Norge som fikk livmorhalskreft i 2017. Livmorhalskreft er kreft som oppstår i overgangssonen rundt mormunnåpningen og som går over til livmorhalskanalen (Jerpseth, 2010, s. 37). Kreftformen opptrer hyppigst blant kvinner mellom 30 og 40 år, men opptrer også i senere alder. På verdensbasis er livmorhalskreft den tredje hyppigste kreftformen som rammer kvinner (Kreftregisteret, 2018). Årsaken til livmorhalskreft skyldes primært smitte av visse typer HPV (Humant Papillomsvirus) (Kristoff, 2016, s. 402). Alle kvinner i Norge mellom 25 og 49 år får tilbud om screening med celleprøve av livmorhalsen hvert tredje år (Kristoff, 2016, s. 402). Til tross for at forekomsten av livmorhalskreft er redusert med 40% i Norge siden 1950-tallet med hjelp av effektivt screeningtilbud, er den fortsatt den vanligste kreftformen hos kvinner under 35 år (Kreftregisteret, 2018). Livmorhalskreft behandles med kirurgi, strålebehandling og cytostatika, ofte i en kombinasjon med hverandre. Utfra hvilket stadium livmorhalskreften er i vil det velges forskjellig behandling. Ved disse behandlingene vil ofte komplikasjoner opptre avhengig av hva som er gjort (Kristoff, 2016, s. 402).

Behandling for livmorhalskreft kan føre til seksuelle utfordringer grunnet forkortet skjede, tørrhet, sammenvoksinger, nedsatt følsomhet i klitoris, inkontinens og dislokasjon av skjeden. Dette kan gjøre samleie smertefullt for mange (Kristensen, 2017, s. 596). Infertilitet er også en vanlig komplikasjon som kan oppstå etter behandling. Det kan være et tap for både kvinnen og partneren da fremtiden kan bli annerledes enn forventet. (Jacobsen, 2017 s. 607). En kvantitativ studie av Vermeer, Kenter, Kroon, Stiggelbout & Kuile (2014, s. 461) om seksuelle utfordringer hos livmorhalskreftoverlevende, viser at halvparten av de 541 deltakerne hadde behov for veiledning fra helsepersonell for tidligere og nåværende utfordringer knyttet til seksuelle bekymringer. Funnene i studien tilsier at flere kvinner og partnere har behov for mer informasjon om seksualitet og seksuelle utfordringer. Sykepleierens pedagogiske funksjon er sentral for å innrette seg etter Pasient- og brukerrettighetsloven (2011, § 3-2), som tilsier at pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin egen helsetilstand. Helsepedagogikk kan anvendes som et hjelpemiddel for å tilrettelegge for veiledning, informasjon og

undervisning for å utvikle pasientens kunnskap om sin sykdom (Tveiten, 2016, s.12). Ifølge de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleiere ivareta den enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg. Sykepleiere skal bidra til at pasienten selv tar avgjørelsene ved å gi avpasset og tilstrekkelig informasjon, og bekrefte at pasienten har forstått informasjonen (Norges Sykepleierforbund, 2016).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

De siste årene har livmorhalskreft vært et aktuelt tema i mediene. Thea Steen var en av de som startet å snakke åpent om sine erfaringer med livmorhalskreft og viktigheten av å informere om sykdommen. Hun frontet Kreftforeningens «sjekk deg – kampanje», og brukte sosiale medier for å dele sin historie, spre kunnskap om livmorhalskreft og HPV-vaksinen (Kreftforeningen, 2018). I 2016 ble det gratis for kvinner født fra 1991 eller senere å vaksinere seg (Folkehelseinstituttet, 2016). Livmorhalskreft kom derfor frem i søkelyset, og vi ønsket mer kunnskap om temaet. Som snart ferdigutdannede sykepleiere ønsket vi å undersøke hvilket behov pasienter som har gjennomgått livmorhalskreftbehandling har for informasjon og veiledning, relatert til seksualitet og livskvalitet som kan oppstå i etterkant av behandling.

1.2 Problemstilling

Hvilket behov for informasjon og veiledning relatert til seksuelle utfordringer har kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft?
Kan informasjon og veiledning bidra til bedre livskvalitet?

1.3 Begrepsavklaringer

Seksualitet: World Health Organization har definert seksualitet slik:

«Seksualitet er en integrert del av ethvert menneskes personlighet, noe som ikke kan skilles fra andre sider av livet. Seksualiteten er ikke det samme som

samleie eller evnen til å få orgasme – seksualitet er mye mer. Den finnes i den energien som driver oss mot å søke kjærlighet, varme og nærhet» (World Health Organization, u.å).

Livskvalitet: Ferrans referert i Reitan & Schjølberg (2017, s. 54) definerer livskvalitet knyttet til pasientens opplevelse av sykdom og behandling. «Helserelatert livskvalitet defineres som den enkeltes overordnede sammenfatning av positive og negative aspekter ved sitt psykiske, fysiske, sosiale og åndelige velvære på et tidspunkt der helse, sykdom og behandling er relevant.»

Helsepedagogikk:

Helsepedagogikk blir forklart som det å bruke pedagogiske prinsipper og verktøy for å fremme læring, mestring og helse til pasienter som har helseutfordringer, og deres pårørende (Vågen & Olsson, 2015).

1.4 Avgrensning av oppgaven

Oppgaven omhandler pasienter som har overlevd kurativ og adjuvant behandling for livmorhalskreft, som stråling, kirurgi og cellegift. Andre gynekologiske krefttyper ekskluderes ikke på grunn av lignende behandling og komplikasjoner. Oppgaven er basert på tiden etter endt behandling. Kvinnene i oppgaven er i aldersgruppen mellom 25 og 70 år. En vil søke etter studier som belyser pasientenes og partnernes behov for informasjon og veiledning knyttet til seksualitet og livskvalitet.

2.0 Teoretisk rammeverk

2.1 Livmorhalskreft

I Norge får ca. 300 kvinner livmorhalskreft hvert år og i underkant av 100 kvinner dør av sykdommen hvert år (Jerpseth, 2010, s. 37). Hovedårsaken for utvikling av livmorhalskreft skyldes stort sett infeksjon av HPV (Humant Papillomavirus). Viruset smitter ved seksuell kontakt og utarter seg i det kvinnelige kjønnsorgan. Det finnes flere typer HPV, men det er type 16,18,31 og 33 som anses som svultsfremkallende og blir omtalt som høyrisikovirus (Kreftlex, 2019). Vedvarende infeksjon grunnet HPV over flere år kan føre til forstyrrelser i celledelingen og videre resultere i alvorlige celleforandringer, som ubehandlet kan føre til kreft. Disse celleforandringene deles inn i tre stadier, CIN I-III (Kristoff, 2016 s. 402). CIN I vil ofte gå tilbake av seg selv, mens CIN III kjennetegner de mest alvorlige celleforandringene (Kreftlex, 2019). Noen av celleforandringene vil bli grovere med tiden, deretter utvikle seg til forstadier av kreft og til slutt kreft. Av alle kvinner som er seksuelt aktiv vil kun 10% av disse få en langvarig infeksjon, og bare 1% vil utvikle livmorhalskreft (Gynkreftforeningen, u.a). Livmorhalskreft kan ha svært få symptomer på et tidlig stadium, og hver enkeltperson kan erfare forskjellige symptomer. De første symptomene på livmorhalskreft er blødning, utflod, blødning ved samleie og smerter i korsrygg (Jerpseth, 2010, s. 37).

2.2 Behandling

Livmorhalskreft kan behandles med radioaktive stråler, kirurgisk behandling og cytostatikabehandling, ofte kombineres behandlingstypene. I et tidlig stadium utføres et enkelt inngrep som kalles konisering, som innebærer at slimhinnene på livmortappen skjæres vekk. Intrakavitær (i vagina) stråleterapi etterfulgt av radikal hysterektomi (fjerning av livmor) brukes i et senere stadium. Ved spredning utenfor livmorhalsen vil en ofte kombinere strålebehandling med cytostatikabehandling. (Kreftforeningen, 2019).

Det er flere komplikasjoner som følge av livmorhalskreftbehandling. Disse kan oppstå både under behandling og etter at pasienten er ferdigbehandlet. Strålebehandling vil få kvinner til å komme i en kunstig fremstilt overgangsalder (Kristensen, 2017, s. 596). Strålingen mot eggstokkene vil stoppe produksjonen av hormon, for eksempel østrogen (Kreftforeningen, u.å.). Østrogen fremmer flere sider av seksualitet i kvinnekroppen inkludert lyst, orgasme, lubrikasjon og attraksjon (Almås & Benestad, 2017, s. 105). Mangel på østrogen kan være psykisk belastende for pasienten, selv om hormonbehandling kan hjelpe med de fysiske plagene. Strålebehandling fører også til at skjeden kan bli mindre følsom og trangere. Småblødninger, tørrhet i skjeden, lite elastisitet i skjeden, sammenvoksinger og smerter kan være utfordrende ved samleie (Kreftforeningen, 2019).

Et tilfredsstillende genitalt seksualliv forutsetter at det er god blodforsyning og fysiologiske prosesser som hormonproduksjon og nerveforsyning. Pasienter som går gjennom strålebehandling, kirurgiske inngrep, hormonbehandling eller kombinerte behandlinger, vil kunne oppleve fysiologiske endringer. Kreftsykdommer lokalisert til genitalområdet, slik som livmorhalskreft, vil i særlig grad være utsatt for påvirkning på den seksuelle helsen (Kreftforeningen, 2019).

Mange kvinner opplever også en livsendring i forbindelse med diagnosen og behandlingen. Det er en stor psykisk påkjenning og mange opplever å ha mindre energi og yteevne. Kreftpasienter kan ha en følelse å være unormalt trøtt, det kalles fatigue. Dette kan også vedvare lenge etter avsluttet behandling (Kreftforeningen, 2019).

2.3 Seksualitet

Seksualiteten uttrykkes i hva vi føler, hvordan vi beveger oss og hvordan vi berøres av andre. Seksualiteten påvirker våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker (Gjessing, 2019). Seksualitet knyttes ikke bare til de erotiske aktivitetene vi mennesker utfører, men det beskrives som alle aspekter med det å være en seksuell person (Gamnes, 2014, s. 72).

Seksualitet er et begrep som omfatter kjønslivet, forplantning, tiltrekning, lyst, fantasier, moral og kulturelle normer. Seksualiteten preger og gjennomsyrrer personligheten på en grunnleggende måte. Seksualiteten følger mennesket gjennom hele livet (World Health Organization u.å).

2.4 Seksualitet med senskader

Den seksuelle responssyklusen beskrevet av Almås referert i Borg (2017, s. 122) har fire faser. Lyst, opphisselse, orgasme og avslapningsfasen. Behandlingsformene som blir bruk ved livmorhalskreft vil virke negativt inn på de ulike fasene, og få konsekvenser for pasientens seksuelle helse (Borg, 2017, s. 122). Dislokasjon av skjeden, forkortet skjede, nedsatt følsomhet i klitoris og inkontinens er komplikasjoner er følger av livmorhalskreftbehandling som gjør seksuallivet vanskelig. Komplikasjonene kan gi kvinnen smerter ved samleie, nedsatt libido og illeluktende væskeansamlinger i skjeden (Borg, 2017, s. 124)

Ved fjerning av livmorhalsen og livmoren blir skjeden noen centimeter kortere og pasienten vil få en sårflate øverst i skjeden (Kristensen, 2017, s. 596). Ved kirurgi og strålebehandling kan det oppstå arrdanninger, tørr skjede og sammenvoksninger, som kan gi en sår og mindre elastisk skjede. Dette kan være svært smertefullt ved vaginalt samleie (Kristensen, 2017, s. 596). Behandlingen kan også føre til nedsatt følsomhet i klitoris (Schjølberg, 2013, s. 140).

De fleste kreftpasienter opplever fatigue etter gjennomgått behandling. Partneren kan oppleve kvinnen som for svak for å utføre seksuell aktivitet. Det som kan være utfordringen ved kreftsyke pasienter er å innse at den syke ikke nødvendigvis har mistet seksuell evne eller seksuelle behov (Almås og Benestad, 2017, s.133). Sykepleie til kvinner med kreft i kjønnsorganene må være preget av omsorg og emosjonell-, praktisk- og sosial støtte (Jerpseth, 2010, s. 38).

Skader i kjønnsorganene i forbindelse med behandling påvirker kvinnen og hennes seksualitet. Det er nødvendig at sykepleieren åpner opp for samtale om hvordan pasienten opplever seksualitet. En kan informere om ulike praktiske hjelpemidler som

glidemiddel og vaginale dilatorer. Ved tørrhet i skjeden er det viktig å bruke rikelig med skånsomt glidemiddel. (Hatlebrekke, u.å). Sykepleiere må veilede pasient og partner om hvordan seksualitet dekker nærhet og intimitet uten å ha samleie. Dette kan være viktig for kvinnens helbredelse i en svært sårbar situasjon (Jerpseth, 2010, s. 39).

2.5 Helsepedagogikk

Helsepedagogikk innebærer veiledning, undervisning, lære og utvikling (Tveiten, 2016, s.12). Helsepersonell skal bidra med å endre pasienter og pårørendes forhold til helse og samtidig utvikle pasientkompetanse (Holman & Lorig, referert i Tveiten, 2016, s. 12). Helsepedagogikk fokuserer på hvordan helsepersonell formidler kunnskapen, samhandlingen mellom helsepersonell, pasient og pårørende, og hva pasienten vil oppnå (Oyetunde & Akinmeye, referert i Tveiten, 2016, s. 12).

Veiledning blir beskrevet i fire deler. Informasjon, undervisning, instruksjon og råd er faktorer som en pasient trenger for å øke selvbevissthet og mestringskompetanse (Tveiten, 2016, s. 90). Helsepersonell har kunnskap som pasienter trenger for å bedre egen helse og livsstil (Tveiten, 2016, s. 91). Det er viktig å vise respekt, oppleve at pasienten har tillit til deg og vise likeverdighet til pasient ved veiledning (Tveiten, 2016, s. 92). Gjennom undervisning kan pasienter få forståelse for sin sykdom og symptomer tilknyttet sykdommen. Å definere hensikten med undervisningen er viktig for at pasienten kan ha realistiske mål. Det er viktig at pasientene får god undervisning om sin sykdom. Forståelse av sin egen sykdom, hva den innebærer og hvordan den påvirker kroppen er hensiktsmessig når en skal gi råd til pasienten. Pasienten kan få en mer meningsfylt erfaring med veiledningen når en formidler konkrete mål til en pasient som forstår hvorfor rådene kan være hjelpsomme (Tveiten, 2016, s. 145).

Pasienten har rett til informasjon om egen helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2, Molven 2009, s. 106). Kvaliteten på veiledningen er avhengig av relasjonen mellom pasient og fagutøver. Tillit, selvforståelse og vilje er

ord som beskriver en god samarbeidspartner for helsepersonell (Walseth & Malterud, referert i Tveiten, 2016, s. 193). Som helsepersonell må en møte mennesker i deres forståelser, erfaringer og opplevelse, samtidig som å forholde seg til helsetjenesten som system (Thornquist, referert i Tveiten, 2016, s. 193). Som fagutøver må en reflektere over egen rolle, funksjon og egne erfaringer for kunne utvikle kompetansen sin (Tveiten, 2016, s. 146).

2.5.1 Seksuell veiledning – Sykepleierens rolle

Å bevare pasientens og partnerens seksuelle helse, uansett hvilken problemstilling de kommer med er et mål for sykepleieren ved veiledning (Borg, 2017, s. 127). Det kan være flere grunner til at helsepersonell ikke tar opp temaet om seksualitet med pasientene og deres partner. Mange blant helsepersonell later som om seksualitet ikke eksisterer og noen mener de har for stor respekt for å ta opp den delen av et menneskets liv (Borg, 2017, s. 126). I en dansk undersøkelse av Agger referert i Borg (2017, s. 126) forteller flere sykepleiere at de enten var for sjenert til å ta opp temaet om seksualitet eller at de ikke hadde tid og kunnskap. Det styrker fordommene rundt seksualitet når sykepleiere ikke åpner opp for samtale om temaet og det kan opprettes myter om kreft og seksualitet. Når sykepleier skal veilede må en ikke bare ha kunnskap om de fysiske og psykiske utfordringene, men også vise empati og medfølelse. Det er viktig at samtalen er preget av respekt og nærhet. Dette kan skape trygghet for pasienten og partneren til å snakke om seksualitet. (Borg, 2017, s.126). Informasjon om sykdom og behandling som en antar pasienten ikke vet, skal gis uten at pasienten tar eget initiativ (Borg, 2017, s. 128). Det er essensielt at sykepleierne kan tydeliggjøre sin rolle og dyktiggjøre seg i kommunikasjon, for å kunne gi og tilrettelegge et omsorgstilbud som samsvarer med pasientenes behov (Haugstlett, 2009).

2.5.2 Kommunikasjon

Eide og Eide (2008, s. 17) definerer kommunikasjon som «utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter.» Det vil si at en person har et ønske om å formidle sine tanker til minst en annen. Det kan utføres med ord, handlinger eller en kombinasjon av disse for å frem budskapet (Hagemann, 2018). Altså kan kommunikasjon være verbal og non verbal. Kroppsspråk er tegn og signaler som er en stor og viktig del av kommunikasjonen. Ord kan uttrykke en ting, mens

kroppsspråket sier noe helt annet. Kroppsspråk kan også tolkes på en annen måte av en part enn det som var den andre parts intensjon, noe som kan føre til misforståelser (Eide og Eide, 2008, s. 17-18). Da er det inkongruens (ikke samsvar) mellom det som blir sagt og det som blir vist med kroppsspråket (Eide & Eide, 2008, s. 200).

Som sykepleier er det nødvendig å ha gode kommunikasjonsferdigheter. Kommunikasjonsmodeller, relasjonsteorier og drøftelser kan brukes for å trene opp disse ferdighetene i praksis (Eide og Eide, 2008, s. 13). Kommunikasjon er grunnleggende for sykepleiere. Vi skiller mellom kommunikasjon i dagliglivet og profesjonell kommunikasjon. Ved profesjonell kommunikasjon kommuniserer en som yrkesutøver, ikke privatperson. Det innebærer at kommunikasjonen skal ha en hjelpende funksjon og et helsefaglig formål (Eide og Eide, 2008, s.18).

2.6 PLISSIT-modellen

PLISSIT-modellen (vedlegg I) er en modell som kan bli brukt som et hjelpemiddel når en skal forholde seg til eller behandle seksuelle problemer (Gamnes, 2014, s. 87). Modellen er opprinnelig utviklet av den amerikanske psykologen Jack Annon (Annon & Robinson, referert i Almås & Benestad, 2017, s. 70). Når den først ble presentert, så modellen ut som en traktform. Den har senere blitt snudd på hodet og ses nå som en pyramide (Gamnes, 2014, s. 87). Ved seksuelle problemer kan PLISSIT-modellen være til hjelp både for seksualopplysning, behandling og spesialbehandling.

Pyramidemodellen er delt på fire nivå som representerer ulike ansvarsfordelinger. De forskjellige nivåene inneholder problemstillinger og metoder som skal løse dem. (Almås & Benestad, 2017, s. 70). P står for Permisssion, som betyr tillatelse. Nivået er for alle som har seksuelle problemstillinger, det skal være et sted der seksualitet kan snakkes åpent om i all alminnelighet. Det er ikke nødvendig med noe utdanning for å samtale på dette nivået, bare en person som kan gi trygghet, vise respekt og forståelse. Det skal være tillatt å snakke om seksualitet når en kommer i møte med velferdssystemet vårt, hvor de fleste kommer i kontakt med fagpersoner. Dette bør

informeres om både verbalt og visuelt (Gamnes, 2017, s. 87). LI står for Limited information, som betyr begrenset informasjon. Et nivå som gir enkel og saklig informasjon om seksualitet på generell basis (Gamnes, 2014, s. 87). En kan for eksempel komme med informasjon om kondomtyper, penisring, vaginalvekter, dysfunksjoner (endret kroppsfunksjon), tenningsmønstre og kjønnssykdommer. Det hender at pasienter kommer tilbake etter de har hatt litt tenketid med tydeligere problemstillinger (Almås & Benestad, 2014, s. 71). SS står for Specific suggestions, som betyr spesifikke forslag. Et nivå der pasienter kan stille mer spesifikke spørsmål om sin situasjon, og få konkrete forslag til løsninger. Forslag om behandling hos urolog, hormonbehandling og andre utredninger kan gis av allmennpraktiker (Gamnes, 2014, s. 87). IT står for Intensive therapy, som betyr intensiv terapi. Nivået er for det fåtall av pasienter som har behov for spesialisert behandling. Psykoterapi og kjønnsidentitetsproblematikk er eksempel på behandlingstilbud på dette nivået. Det kreves spesialkompetanse i psykoterapi og sexologi (Gamnes, 2011, s. 87).

PLISSIT-modellen kan brukes blant sykepleiere for å veilede og informere i både grupper og i individuell samtale med pasient og partner (Almås & Benestad, 2017, s. 70). Sykepleiere kan gi begrenset informasjon ved veiledning og samtale for å åpne opp for seksuelle temaer, samtidig som en gir tillatelse til å snakke om seksualitet (Gamnes, 2011, s. 88).

2.7 Kroppsbilde

Stuart, referert i Solvoll (2014, s. 17) beskriver kroppsbilde som menneskets opplevelse av seg selv, blant annet utseende sitt og ens kroppsfunksjon. Det er sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten til å akseptere og forstå hvordan kreftbehandling har endret kroppsbildet (Schjølberg, 2013, s. 143). Sykdom er oftest relatert til kroppen og sykepleie handler om å forholde seg til kropp. Det er derfor kroppsbildet er interessant for sykepleiere (Solvoll, 2014, s. 18). Pasienten kan oppleve kroppsendringer av et indre eller ytre miljø. Kroppslige endringer som er synlige, kan skyldes et kirurgisk inngrep, cytostaticabehandling eller strålebehandling. Endringer kan også skyldes et indre miljø som for eksempel hormonell behandling eller en malign tumor (Schjølberg, 2013, s. 143). Smerter kan

gi en følelse av at kroppen motarbeider pasienten selv, og selv om ikke smertene er synlig så har de en påvirkning på livet (Solvoll, 2014, s. 21). Problemer relatert til kroppsbilde kan oppstå når kreftpasienten opplever kroppsforandringer, og pasienten kan sammenligne kroppen sin med en frisk kropp. Pasienten kan ende opp med å føle seg sårbar og isolert (White & Hood, 2011, s. 338).

Kroppsbildet utvikles over tid. Arv, etnisitet, kultur og sosialisering er noen av de faktorene som bidrar til at kroppsbildet endrer seg. Det er tre viktige komponenter ved kroppsbilde. Mennesker prøver gjennom hele livet å balansere disse tre komponentene som definerer kroppsbildet. Det skjer ofte ved å kompensere hvis en av komponentene endrer seg. Første komponent er kroppsidealet, som innebærer måten en oppfatter og føler kroppen på. Den andre komponenten ved kroppsbilde er kroppspresentasjon som omfatter hvordan en viser frem kroppen sin på, ved hjelp av kroppsspråk, klær og sminke. Kroppsidealet er den siste komponenten som er menneskets indre standard for bedømmelse (Schjølberg, 2013, s. 143). Gitt den nære kontakten sykepleiere har til kreftpasienter, vil sykepleiere ha en fordel med å prøve å forstå kroppsbilde til kreftpasienter etter behandling (White & Hood, 2011, s. 338).

2.8 Sykepleieteori

Joyce Travelbee sin teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter

Joyce Travelbee var en eksistensialistisk filosof. Hennes hovedtanke er at sykepleierens formål oppnås gjennom et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2010, s. 38). Mennesket som individ, lidelse, mening, menneske-til-menneskeforhold og kommunikasjon er viktige begreper i Travelbee sin teori (Kirkevold, 1992, s.101). Travelbee fremstiller et menneske-til-menneskeforhold som en eller flere erfaringer mellom sykepleier og pasient som har behov for sykepleierens tjenesteytelser. Sykepleieres hovedegenskap er at pasienten blir møtt som et medmenneske. Sykepleieren har ansvar for å opprette og ivareta et menneske-til-menneskeforhold ved å anvende forsvarlig kommunikasjon (Travelbee, 2010, s. 38). Kommunikasjon er et viktig redskap der en overfører tanker og følelser. Travelbee hevder at sykepleierens hensikt er å hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse og finne

mening i disse erfaringene. Kommunikasjon er en forutsetning for å kunne oppnå det. Travelbee hevder kommunikasjon er en komplisert prosess som involverer forskjellige evner, som kunnskap, evne til å anvende denne, sensitivitet, mestring av ulike kommunikasjonsteknikker og en velutviklet sans for timing (Kirkevold, 1992, s.106). Sykepleieprosessen omfatter, ifølge Travelbee:

1. Observere om en pasient har sykepleiebehov.
2. Bekrefte/avkrefte antagelsene med pasienten selv.
3. Ta en avgjørelse om en kan møte pasientens behov, eventuelt referere til andre helsearbeidere om det er nødvendig.
4. Planlegge hvordan sykepleiebehovene skal ivaretas (Kirkevold, 1992, s. 107).

2.9 Livskvalitet

Det finnes flere definisjoner på livskvalitet, men det er samsvar mellom definisjonene at livskvalitet omhandler det enkelte menneskets subjektive opplevelse av å ha det godt eller dårlig (Næss, 1986, s. 18).

Livskvalitet ifølge Spilker referert i Rustøen (2001, s. 15) kan vurderes utfra tre forskjellige nivåer. Nivå en er hvor fornøyd en person er med livet på et globalt nivå. På nivå to blir livskvalitet beskrevet som et flerdimensjonalt begrep som omfatter flere felt, for eksempel et fysisk, et psykologisk, og et sosialt felt. Livskvalitet kan vurderes utfra hvor fornøyd en person er innenfor de forskjellige feltene. På det tredje nivået går man innpå hvert enkelt felt og definerer hva det omfatter, eksempelvis hva det psykologiske feltet rommer (Rustøen, 2001, s. 15).

Næss (1986, s. 19) hevder at en person har det godt og har høy livskvalitet i den grad personen

- 1 er aktiv, har appetitt og livslyst.
- 2 har samhørighet, har gode interpersonlige forhold.
- 3 har selvfølelse, altså selvsikkerhet.
- 4 har en grunnstemning av glede og har rike og intense opplevelser av skjønnhet.

Disse punktene til sammen representerer livskvalitet og alle skal vektlegges likt (Næss, 1986, s. 21). Begrepet livskvalitet brukes mye innenfor sykepleieryrket og spesielt innenfor kreftsykepleie hvor livssituasjonen blir delvis eller fullstendig endret.

Å kartlegge og ivareta livskvaliteten hos pasienter er vesentlig for at hun skal ha det godt (Rustøen, 2001, s. 33-34).

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

«Metode er den systematiske fremgangsmåten en benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling.» (Thidemann, 2017, s. 76). Denne bacheloroppgaven benytter litteraturstudie som metode. En benytter seg da av eksisterende forskning og litteratur om et valgt tema. En av utfordringene ved litteraturstudier kan være å finne relevant og nyere forskning. I en litteraturstudie systematiserer en ulike studier, går igjennom dem for å finne essensen og til slutt sammenfatte det hele (Thidemann, 2017, s. 76-80). I dette litteraturstudiet vil en benytte seg av kvalitative studier og oppsummert forskning for å besvare problemstillingen. Kvalitative studier får frem meninger, opplevelser og erfaringer som ikke lar seg tallfeste. Kvalitative studier kan oppsummeres i metasynteser. En metasyntese vil si at forskere har samlet informasjon fra forskjellige kvalitative studier innenfor samme område og utviklet nye tolkninger basert på analysing og sammenligning (Reinar & Jamtvedt, referert i Thidemann, 2017, s. 98).

3.2 Søkestrategi

Det ble utført søk i databasene Cinahl, PubMed, Medline, Cochrane Library, British Nursing Index, PsychINFO og Oria for å finne relevant litteratur i form av fag- og forskningsartikler. De mest relevante treffene ble funnet på databasen Cinahl. Cinahl (Cumulative Index of Nursing and Allied Health) er en database som dekker sykepleie og tilgrensede fag (Thidemann, 2017, s. 85). PubMed og Medline er de mest brukte databasene for helsepersonell og dekker fagene medisin, sykepleie og odontologi (Thidemann, 2017, s. 85). Cochrane Library er hovedkilde for randomiserte kontrollerte studier og for systematiske litteraturoversikter innen behandlinger og forebyggende tiltak (Thidemann, 2017, s. 85). British Nursing Index er en spesialdatabase for sykepleie og jordmorfag og har et europeisk perspektiv på sykepleie (Thidemann, 2017, s. 85). PsychINFO dekker psykologisk forskning og psykologiske aspekter innenfor blant annet medisin, sykepleie og psykiatri. Oria er

biblioteket ved Høgskulen på Vestlandets søkemotor og fungerer på samme måte som Google Scholar, hvor man kan søke i mange akademiske tidsskriftbaser samtidig (vedlegg II).

Et PIO-skjema (vedlegg III) ble brukt som verktøy for å strukturere søket.

Søkeordene som ble benyttet var cervical cancer OR gynecological cancer, sexuality, coping, cancer survivors, body image, nurs*, PLISSIT model, sexual health, information, patient education og communication. For å kombinere søkeordene, ble AND brukt. Søket ble da mer spesialisert og en fikk færre, men relevante treff. I tillegg har anerkjente nettsider som Kreftregisteret, Kreftforeningen og World Health Organization blitt brukt som kilder.

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I oppgaven inkluderes artikler med kvinner mellom 25 og 70 år. Livmorhalskreft forekommer oftest hos kvinner i 30-40-årsalderen (Kreftregisteret, 2018), men seksualitet er et aktuelt tema for kvinner i alle aldre og det vil da være naivt å ekskludere kvinner over denne aldersgruppen. Det er også viktig å innhente erfaringer fra kvinners partnere da de også er en stor del av kvinnens seksualitet. I dette litteraturstudiet vil en hovedsakelig benytte seg av kvalitative studier og oppsummert forskning for å besvare problemstillingen. Kvalitative studier får frem meninger, opplevelser og erfaringer. Der kvantitativ metode ofte bruker spørreskjemaer med konkrete svaralternativer, er kvalitativ metode mer dyptgående og individualisert (Thidemann, 2015, s. 77-78). Studier som ble publisert før 2008 ble ekskludert. Studier som ikke var skrevet på norsk eller engelsk ble heller ikke inkludert i oppgaven. En ønsket studier i fulltekst, så dette var en begrensning som ble lagt inn ved søk i databasene.

3.4 Analyse og syntese

Ved analysering gjennomgår en nøye hva som står i teksten, prøver å tolke hva forfatteren vil si med sin tekst og hva som er hensikten med studien. En må også se etter likheter og forskjeller i artiklene for å finne sammenhenger i temaene.

(Thidemann, 2017, s. 91). En skal formidle hvordan analysen gjennomføres for at leseren skal forstå hvordan en har kommet frem til aktuelle temaer for oppgaven. I resultatkapittelet får en frem pasientens individuelle erfaring og opplevelse som kan bli brukt til å innhente kunnskap som gjelder for flere (Malterud, 2002, s. 2470).

Analysearbeidet av artiklene ble gjort ved å bruke Thematic analysis: a simplified approach, utarbeidet av Aveyard referert i Thidemann (2017, s. 94-96). Den består av ti trinn som strukturerer analysearbeidet. Første trinn dreier seg om å lese gjennom artiklene grundig og kritisk slik at en får en detaljert oversikt over hva studiene kommer frem til. I andre trinn leser man hva som står i resultatkapittelet for å identifisere temaene i hver av artiklene. Videre bruker man kunnskapen man har innhentet seg så langt til å lage egne tema til ens oppgave. Neste trinn er å kvalitetssikre studiene og vurdere deres evidens. I trinn nummer fem ser man på hvordan å navngi temaene. De endres hyppig for å få en forståelse av innholdet. I neste trinn er vil en se på temaene igjen og fokusere på to ting:

- Har man det beste navnet på temaet?
- Passer temaene til problemstillingen?

Når en har kommet frem til temaene, må en i neste trinn begynne å se etter likheter og forskjeller i og hvordan de kan sammenlignes. I trinn åtte ser man om det er noen av temaene som ikke passer inn blant de andre. Mulige forskjeller og hvordan de individuelle studiene er gjennomført kan skyldes kvaliteten på studiene. Videre forklarer Aveyard referert i Thidemann (2017, s. 94-96) at en sjeldent vil klare å produsere temaer hvor innholdet i artiklene er konstant og at en ikke kan forklare hvorfor. I siste trinnet oppfordres det til å være kreativ, men forsikre seg om at en kan forsvare tematitlene.

Det ble fokusert på hvilke behov pasientene hadde for informasjon angående pasientens seksualitet med senskader, pasientens erfaring av endret kroppsbilde og

hvordan opplevelsen av seksualitet etter livmorkreftbehandling påvirket livskvaliteten. For å skille de ulike temaene i artiklene, ble de markert med forskjellige farger for å få god oversikt. Dermed kunne en tematisk presentere funnene i artiklene (Thidemann, 2017, s. 91-96). Videre ble hovedfunnene sammenfattet til en syntese i resultatkapittelet. I syntesen presenterer man funnene i studiene og sammenfører enkelthetene til en helhet slik at en kan sammenligne en artikkel med de andre (Persvold, 2019). Relevante opplysninger om artiklene blir presentert i en litteraturmatrise (vedlegg IV).

3.5 Metode- og kildekritikk

Det er viktig å kritisk vurdere artiklene som blir brukt, da subjektivitet kan ha en innvirkning på resultatet som presenteres. Kilder skal velges ut fra gyldighet, holdbarhet og relevans for problemstilling. For å vurdere gyldighet og holdbarhet kan en stille spørsmål som hvilken type tekst det er, hvem som har skrevet teksten, hva er formålet med teksten er og når er teksten skrevet. Å bruke anerkjente forfattere med kjente navn innenfor faget kan ha en stor fordel på grunn av bakgrunn og autoritet forfatteren har i henhold til emnet (Dalland, 2012, s. 74). Relevans for problemstilling er vesentlig for å finne gode kilder. Man leter etter studier hvor problemstillingen blyses i den aktuelle kilden og hvordan en kan bruke kilden i oppgaven (Dalland, 2012, s. 74).

Kildene som er inkludert i oppgaven er nøye gjennomgått og kvalitetsvurdert. Den metodiske kvaliteten er undersøkt ved bruk av sjekkpunktene i en sjekklister inspirert av CASP (Critical Appraisal Skills Programme)-checklist (vedlegg V) for å systematisk vurdere artikler som er potensielle kandidater til oppgaven.

3.6 Etske overveielser

Forskningsetikk har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre. En vil undersøke at de inkluderte artiklene har fulgt forskningsetiske retningslinjer i tråd med Helsinkideklarasjonen. Helsinkideklarasjonen er eksempel på veiledende etiske retningslinjer. De er utviklet av World Medical Association

(WMA) for å verne pasienter som inkluderes i studier (Førde, 2014). Personvernet ovenfor forskningsdeltakere skal ivaretas og sikre forskningsresultatenes troverdighet. Forskningsdeltakerne i medisinsk forskning skal ikke bli påført skader eller unødvendige belastninger (Dalland, 2012, s. 96). For litteraturstudier må en forholde seg til de akademiske normene for korrekt sitering av kilder, slik at plagiering ikke er et problem (Thidemann, 2017, s. 12).

4.0 Resultat

Ved søk i databasene fikk en mange treff på artikler som var relevant til problemstillingen. Når søket ble mer spisset av søkeordene i PIO-skjemaet og av avgrensningene i databasene ble det utfordrerne å finne relevante artikler. Det ble brukt ulike kombinasjoner av søkeordene i PIO-skjemaet i ulike databaser. En fant flest relevante treff i Cinahl og Oria, deriblant de inkluderte artiklene. En så etter kvalitative artikler da det samsvarte med problemstillingen, men kvantitative artikler ble ikke utelatt da det var relevant til innledningen til oppgaven. Den tematiske analysen resulterte i de følgende temaene.

4.1 Seksualitet og kroppsbilde

To begreper som hyppig fremtrer i artiklene er seksualitet og kroppsbilde. Pasienter i Vermeer, Bakker, Kenter, Stiggelbout & Kuile (2015, s.1682) sin studie forteller hvordan den ytre delen av kroppsbildet, som endring av utseende og de fysiologiske endringene har påvirket deres seksualitet og livskvalitet. Kvinnene i denne studien opplevde fysiske senskader som vaginal tørrhet, inkontinens, lymfødem, forkortet skjede, arrvev, dyspareuni (smerte under samleie) og nedsatt libido (kjønnsdrift). Kvinnene uttrykte også psykiske plager som infertilitet, og redsel for å ta initiativ til samleie. For halvparten av deltakerne hadde kreftbehandlingen en negativ påvirkning på det tidligere eller nåværende (seksuelle) forholdet.

Behandling av livmorhalskreft kan gi senskader og komplikasjoner som kan påvirke en kvinnes kroppsbilde. En kvinne hadde en følelse av tomhet etter fjerning av livmoren på grunn av livmorhalskreft, det skapte en følelse av tap (Vermeer et al., 2015, s.1682). I studien til Bal, Yilmaz & Beji (2012 s. 88) nevnte kvinnene alopesi (hårtap), hysterektomi og arr etter operasjon, endringer som påvirket deres kroppsbilde. Stans i produksjon av østrogen kan føre til vaginal tørrhet, urininkontinens, redusert libido og depresjon. Det var faktorer som flere deltakere mente ofte var grunnen til at de ikke ønsket å ha samleie (Bal et al., 2012, s. 89).

Flere kvinner i Sekse, Gjengedal & Råheim (2011, s. 20) sin studie fant det utfordrende å gjenvinne kjennskap til sin forandrede kropp etter å ha overlevd gynekologisk kreft. Kroppslig tomhet, endret temperaturregulering, endret seksualliv, og en sårbar og uforutsigbar kropp var utfordringer for kvinnene etter gynekologisk kreft.

Kvinner som deltok i studien til Cleary, Hegarty & McCarthy (2012, s. 32) fikk spørsmål om sin oppfatning av seksualitet og hvordan gynekologisk kreft og behandling hadde påvirkning på denne oppfatningen. De fikk også spørsmål om sin erfaring ved informasjon om seksualitet. Alle deltakerne identifiserte seksualitet som mer enn samleie. Det inkluderte også holdning, feminitet, utseende og forhold. Noen deltakere meddelte at deres oppfatning av seksualitet etter diagnostisering av gynekologisk kreft, hadde endret seg (Cleary et al., 2012, s. 34). Det presiseres i studien at deltakerne mente at seksualitet er en stor del av kvinners liv, men ved diagnostisering av gynekologisk kreft var problemstillinger som liv og død viktigere. Problemstillinger relatert til seksualitet kom først etter behandling og økte da betraktelig (Cleary et al., 2012, s. 35). Psykoseksuelle og fysiske utfordringer som å ikke stole på sin egen kropp, nedsatt libido, vaginal tørrhet og følelsen av at noen hadde fjernet de seksuelle følelsene etter hysterektomi, påvirket kvinnenes liv. Flere av pasientene i studien til Vermeer et al. (2015, s. 1682 og 1684) uttrykte at seksuell funksjon ikke var første prioritet under behandling og rett etter behandling. De ønsket psykoseksuell støtte 6-12 måneder etter behandling. For halvparten av deltakerne i denne studien førte kreftbehandlingen til negativt kroppsbilde og usikkerhet.

Flere kvinner i Sekse et al. (2011, s. 20) sin studie uttrykte ubehag under samleie og nedsatt libido. Dette hadde ført til at de lenger ikke hadde et seksuelt forhold. Tørrhet og såre slimhinner i skjeden hadde gitt en kvinne dårlig seksuell erfaring, og var grunnen til at samleie ikke var fristende. En kvinne beskrev det å ikke kunne uttrykke følelsene sine til partneren, som en seksuell utfordring.

«Det å være kvinne innebærer å bære et barn», sa en kvinne (Cleary et al., 2012, s. 35). Flere av kvinnene i studien synes tanken på å ikke kunne få barn var grusom. Alle kvinnene i studien til Cleary et al. (2012, s. 35) erfarte forandring av sitt kroppsbilde. Cytostatikabehandlingen førte til hårtap og for kvinnene var hårtap et

stort nederlag i livet som førte en tristhetsfølelse, fortvilelse og sinne. Selvsikkerheten var redusert betraktelig, som kvinne og som menneske.

Noen kvinner i studien til Stilos, Doyle & Daines (2008, s. 459) klaget på følelsen av tomhet etter operasjon. I studien til Bal et al. (2013, s. 86) fra Tyrkia beskriver kvinnene livmoren som et viktig organ. For kvinnene var livmoren symbol på det å være kvinne og morskap, og uten livmoren følte de seg kun som en seksuell enhet. En kvinne i studien beskrev seg selv som «en ufullstendig kvinne». Det var 11 deltakere i Bal et al. (2013, s. 90) sin studie. Alle de 11 kvinnene rapporterte i intervjuene at de ikke hadde noen ønsker om samleie. En kvinne beskrev smertene ved samleie som en følelse av at organene ble revet ut av henne og hun følte hun ble voldtatt. I studien til Vermeer et al. (2015, s. 1683) forklarte en kvinne hvordan livmorhalskreft hadde påvirket feminiteten hennes. Hun følte seg ikke lenger attraktiv fordi hun ikke hadde barn og kunne heller aldri få barn.

4.2 Behov for informasjon

Halvparten av kvinnene i Vermeer sin studie (2016, s. 1682) fortalte at de ikke husket om de i det hele tatt fikk noe informasjon. Både kvinnene i studiene og partneren deres mente at undervisning om aktuelle temaer rundt livmorhalskreft var viktig, så de var bedre forberedt på det som kunne bli eventuelle problemer og utfordringer. Informasjon er meget viktig for at pasienten skal føle seg trygg, og en studie viser at oppfølging og informasjon kan bidra til at pasienter føler seg ivaretatt (Haugstlett, 2009). I de inkluderte studiene kommer det frem at kvinnene ønsker kunnskap og forståelse for konsekvensene av sine kroppslige endringer. I en studie (Sekse et al., 2011, s. 28) uttalte noen av deltakerne at de ikke var forberedt på de kroppslige endringene og understrekte mangel på informasjon og veiledning fra helsepersonell. Noen uttrykte også frustrasjon og sinne rettet mot helsepersonell fordi de ignorerte de aktuelle problemstillingene (Cleary et al., 2012, s. 35). En annen problemstilling når det gjelder fravær av informasjon under oppfølging, er at pasienter er feilinformerte. I en av studiene (Bal et al., 2012, s. 89) kom det frem at samleie med partneren ble unngått da en kvinne antok at sykdommen kunne komme tilbake når kroppen ble kontaminert med sperm. En kvinne fra samme studien var redd for å

smitte sin mann med sykdommen ved samleie. Flere av kvinnene i denne studien unngikk også samleie på grunn av tørrhet i skjeden. Studiene viser at en årsak til utelatt informasjon er at seksualitet er et tabubelagt emne å snakke om. Dette kommer spesielt godt frem i en studie som er gjennomført i Tyrkia (Bal et al., 2012, s. 91). Likevel følte kvinnene i studien seg avslappet da de snakket med helsepersonell om seksualitet.

Studien til Barbera, Fitch, Adams, Doyle, DasGupta & Blake (2011, s. 1331) viser at informasjon har en virkning når det gjelder seksualitet og andre utfordringer rundt livmorhalskreft. I studien (Barbera et al. 2011, s. 1328) var det en kreftlege og en gynekolog som startet en klinikk for pasienter som har overlevd gynekologisk kreft. De inviterte blant annet sykepleiere, psykologer, sexologer og administrative arbeidere med. Kvinnene rapporterte at samtalen med helsepersonellet på klinikken var en behagelig prosess. De følte de ble ivaretatt av helsepersonell ved klinikken og at de viste omsorg og forståelse for den enkelte pasient. Kvinnene beskrev at undervisningen på klinikken var svært hjelpsom. Noen få kvinner ønsket i etterkant av samtalen informasjon om fatigue og muligheten for å delta i samtalegrupper i deres omkrets.

4.3 Helsepedagogisk rolle

I samtlige av studiene inkludert i oppgaven ønsket mange av pasientene informasjon av helsepersonell. En av grunnene til at dette ikke ble gjort, var at helsepersonell unngikk å ta opp tema som seksualitet og kroppsforandringer. Flere kreftsykepleiere uttrykte vanskeligheter med å ta initiativ og unngikk dermed å starte en samtale om seksualitet. Pasientene satt da igjen med mange ubesvarte spørsmål (Bal et al., 2012, s. 91).

Det kommer frem i to av studiene at sykepleiere bør ta en ledende rolle og føle seg komfortable med å stille spørsmål om alle perspektiver innen helse, inkludert seksualitet (Stilos et al., 2008, s. 461 & Sekse et al., 2011, s. 29-30). I studiene påpekes det at konkret informasjon, både skriftlig og muntlig, bør formidles til kvinner med seksuelle utfordringer som følge av gynekologisk kreft og behandling. I studien

til Barbera et al. (2012, s. 1331) svarte 60% av de 67 kvinnene på et spørreskjema i etterkant av samtale de hadde utført ved klinikken. Resultatene av svarene var svært gunstig. Kvinnene følte at behovet for informasjon var dekket. Det var bare noen få kvinner som ønsket tilleggsinformasjon etter samtalen.

4.4 Inkludere partneren i veiledningen

Flere deltakere i Vermeer et al. (2015, s. 1682) sin studie opplevde vanskeligheter med å kommunisere med partneren. Ifølge noen av dem unngikk partnere seksuell kontakt og/eller hadde mistet interessen. Noen kvinner følte seg pliktet til å være seksuelt aktiv for å ikke miste partneren sin. Partnere hadde også vanskeligheter med å forstå de seksuelle begrensningene. Noen kvinner erfarte skyldfølelse ovenfor partneren for sin nedsatte sexlyst. Til tross for store problemer relatert til sin seksuelle funksjon, fortsatte kvinnene i studien til Bal et al. (2012, s. 90) sitt seksuelle liv for å tilfredsstille ektefellen.

Kvinnene i Cleary et al. (2012, s. 35) sin studie understrekte skuffelsen over de seksuelle problemene de opplevde, som de ikke delte med partnerne og helsepersonell. De var også skuffet over mangelen på hjelp og støtte. Kvinnene påpekte at avholdenhet fra samleie skapte negativ spenning i forholdet. Noen følte seg presset til å ha samleie med partneren. To kvinner poengterte hvordan endring av den seksuelle funksjonen påvirket kommunikasjonen i forholdet. Kyssing, holde hender, føle nærhet og kos var noe som deltakere og partnere mistet på grunn av diagnosen og behandlingen av gynekologisk kreft. Intimitet var en viktig del av forholdet, dette trengte ikke være samleie. To av kvinnene i studien opplevde skilsmisse etter behandling av gynekologisk kreft (Cleary et al., 2012, s. 35).

I studien til Barbera et al. (2011, s. 1328) ble kvinner som hadde gjennomgått gynekologisk kreft invitert til en klinikk for samtale. Klinikken inviterte også partnerne. Kvinnene beskrev i ettertid at klinikken måtte formidle viktigheten rundt det at partneren bør delta i møte med de profesjonelle. I studien til Vermeer et al. (2015, s. 1683) beskrev en singel kvinne vanskeligheten hun hadde med å finne seg en

partner. Hun påpekte hvor vanskelig det var å måtte forklare hvorfor skjeden var forkortet og det faktumet at hun trengte glidemiddel for å ha samleie.

5.0 Diskusjon

Kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft har ofte vansker med kroppslige endringer og seksualitet. Det er derfor viktig at helsepersonell har kunnskaper om temaet og våger å ta det opp med pasienten. I den følgende delen av oppgaven vil teori, resultat og egne erfaringer bli drøftet for å besvare problemstillingen.

Problemstilling: Hvilket behov for informasjon og veiledning relatert til seksuelle utfordringer har kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft?

Kan informasjon og veiledning bidra til bedre livskvalitet?

5.1 Informasjon og seksualitet

Fysiologiske senskader og bivirkninger av livmorhalskreftbehandling, som forkortet skjede, vaginal tørrhet, dyspareuni, og nedsatt libido, er noen av de skadene som påvirket kroppsbildet til pasientene i studiene. Kvinnene i studien til Vermeer et al. (2015, s. 1682) fortalte om sine erfaringer der de fysiologiske endringene påvirket seksualiteten og livskvaliteten. Behandling av livmorhalskreft, som kirurgi, cytostatika og stråling, kan gi forstyrrelser i de fysiologiske prosessene og hormonproduksjonen som er viktige faktorer for et tilfredsstillende genitalt seksualliv (Kreftforeningen, 2018).

Ifølge World Health Organization (u.å) er seksualitet ikke bare samleie, men et begrep som omfatter kjønnslivet, forplantning, tiltrekning, lyst, fantasier, moral og kulturelle normer. En kan se i Bal et al. (2013, s. 86) sin studie at kulturelle normer og forplantning har en stor innvirkning på kroppsbildet til de tyrkiske deltakerne. Flere av kvinnene i Bal et al. (2013, s. 85-91) sin studie beskrev at de hadde store problemer grunnet den gynekologiske diagnosen og kreftbehandlingen. Mangel på østrogen førte til at flere kvinner i studien hadde nedsatt libido og en kvinne fortalte at hun ikke følte noe som helst da mannen tok på henne. Dette er i samsvar hva Kreftforeningen (u.å) skriver om stråling mot eggstokkene og hvordan det vil stoppe produksjon av hormonet østrogen. Østrogen fremmer kvinnens seksualitet i kvinnekroppen inkludert

lyst, orgasme, lubrikasjon, og attraksjon (Almås & Benestad, 2017 s. 105). Tørrhet i skjeden førte for flere kvinner vanskeligheter ved samleie og at de ikke ønsket å ha samleie lengre. En kvinne forklarte samleie som en følelse av at organer ble revet ut av henne og voldtekt (Bal et al. 2013, s. 89-90). Alle 11 deltakerne i Bal et al. (2013, s. 90) sin studie rapporterte ingen ønsker om samleie. Utfra disse beskrivelsene forstår en hvor viktig et godt seksualliv er for en kvinne og hvordan det påvirker livskvaliteten deres.

Å kartlegge og ivareta livskvaliteten hos pasienter er vesentlig for at han eller hun skal ha det godt (Rustøen, 2001, s. 33-34). Seksualitet blir regnet som en privatsak, men når sykdom har medført forandringer som endrer seksuallivet og påvirker helse og livskvalitet, har sykepleiere et ansvar å fokusere på pasientens seksuelle behov (Gamnes, 2014, s. 71). Som sykepleiere må en ivareta pasientens livskvalitet og da er det viktig å kartlegge hvilke behov ens pasienter har. I Vermeer et al. (2015, s. 1683) sin studie forklarer en kvinne hvordan livmorhalskreft hadde påvirket feminiteten hennes. Hun følte seg ikke lenger attraktiv. Det kan også være en faktor som påvirker livskvaliteten. Kvinnene i Bal et al. sin studie (2013, s. 86) var fra Tyrkia. I Tyrkia er livmoren et viktig organ, det er symbolet på å være kvinne. «En ufullstendig kvinne» uttrykket en av deltakerne seg som. Selv om de fortsatt var en seksuell enhet, ble livmoren sett på som et symbol på morskap. Det at kvinnene i denne studien ser seg selv som en «seksuell enhet», kan være på grunn av kulturforskjellen i Tyrkia og Norge. Utfra den erfaringen vi har om å snakke åpent rundt seksualitet i Norge, ville ikke vi ha identifisert oss selv som en seksuell enhet, men som et individ som har en egen seksualitet. To av kvinnene i studien opplevde skilsmisse etter kreftbehandling (Cleary et al., 2012, s. 35). Selv om livmorhalskreft og problemer det medfører er en stor påkjenning på et forhold, trenger det ikke nødvendigvis være hovedgrunnen til skilsmisse. Det kan diskuteres om andre faktorer supplerte til at forholdene ble avsluttet.

I studien til Bal et al. (2013, s. 85) forklares det at gynekologisk kreft fører til endringer i oppfatning av kroppsbildet. Kroppsbilde har en stor innvirkning på livskvaliteten. Studien beskriver pasientenes kreftdiagnose som et stort problem for kroppsbilde, fordi tumor og behandling har en stor innvirkning på de feminine og seksuelle sidene deres. I tillegg påvirker problemene forholdet mellom kvinnen og

deres partner. Ved veiledning og informasjon om seksualitet fra sykepleiere i samarbeid med lege og sexolog, kan flere av årsakene til redusert livskvalitet avverges.

Flere pasienter mistet kjennskap til kroppen sin etter overlevelse av gynekologisk kreft. Kvinnene erfarte utfordringer som kroppslig tomhet, en uforutsigbar kropp og endret seksualliv. Halvparten av kvinnene i studien til Vermeer et al. (2015, s.1682) beskrev at kreftbehandlingen førte til usikkerhet og et negativt kroppsbilde. Utfra studiene ser en redusert seksuell aktivitet blant kvinnene fordi kreftbehandlingen har ført til et negativt kroppsbilde. De fysiologiske endringene i kvinnekroppen som følge av senskader og komplikasjoner etter kreftbehandlingen, har stor påvirkning på deres seksualitet. Ved strålebehandling og hysterektomi kan skjeden bli trangere, lage arrdanninger og sammenvoksinger og gi tørrhet i skjeden. Disse forandringene kan gi smerter og blødninger i skjeden ved samleie (Kreftforeningen, 2019).

Halvparten av kvinnene i studien til Vermeer et al. (2015, s. 1682) uttrykte engstelse angående seksualitet. Seksualitet følger oss hele livet og mennesker med god seksualitet lever lenger (World Health Organization, u.å). Det tyder på at det er mangel på informasjon om hjelpemidler som kan hjelpe kvinner for å bedre eller opprettholde seksual aktivitet. Det finnes hjelpemidler som vaginale dilatorer, som skal hjelpe å strekke vaginalt vev i skjeden for å danne nytt vev. Å bruke rikelig glidemiddel som er skånsomt anbefales sammen med vaginale dilatorer og ved samleie (Hatlebrekke, u.å). Sykepleiere må veilede pasient og partner om seksualitet og hvordan det dekker nærhet og intimitet uten å ha samleie. Dette kan være viktig for kvinnens helbredelse i en svært sårbar situasjon (Jerpseth, 2010, s. 39).

Studien til Vermeer et al. (2015 s. 1685-1686) avdekker at flere kvinner har mangel på kunnskap om kroppens fysiologiske og psykologiske forandringer etter livmorhalskreftbehandling. Som sykepleier kan en i samarbeid med lege fokusere på den helsepedagogiske tilnærmingen for å formidle kunnskap og hva pasienten vil oppnå (Oyetunde & Akinmeye, referert i Tveiten, 2016, s. 12). En viktig del av helsepedagogikken tilsier at forståelse for sykdom er avgjørende for at pasienten skal få utbytte av informasjon som blir formidlet. Ved bruk av medisinske uttrykk vil mange pasienter være uvitende om hva som blir sagt, og våger ikke å si ifra da hun

kan føle seg uopplyst. Travelbee beskriver i sin teori at sykepleier skal opprette og ivareta et menneske-til-menneskeforhold og møte pasienten som et medmenneske. En må tilnærme seg på en måte som formidler at sykepleier og lege ikke blir for autoritære roller for pasienten. En sykepleier bør være varsom med rådene som gis og ikke gi pasienten urealistiske og uopnåelige mål. En må altså se pasienten som et enkelt individ og lage delmål som er oppnåelige for pasienten. Dette vil gi håp for pasienten og noe hun kan jobbe mot. Likevel må en som sykepleier også være i stand til å ane hva pasienten ønsker å få svar på. Noen emner er veldig sensitive for mange pasienter og en må vurdere hva som er nødvendig å ta opp og hva en eventuelt kan utelate.

I flere av de valgte studiene har kvinnene mistet kjennskap til kroppen sin etter overlevelse av livmorhalskreft (Vermeer et al., 2015, s.1682 & Sekse et al. 2011, s. 20). De uttrykte en kroppslig tomhet, en uforutsigbar kropp og endret seksualliv som utfordringer de erfarte. Halvparten av kvinnene i studien til Vermeer et al. (2015, s.1682) beskrev at kreftbehandlingen førte til usikkerhet og et negativt kroppsbilde.

Sykepleiere til kvinner som har gjennomgått livmorhalskreft må sørge for omsorg, og emosjonell-, praktisk- og sosial støtte (Jerpseth, 2010, s. 38). En kan for eksempel vise empati og prøve å sette seg inn i kvinnens situasjon. Borg (2017, s. 126) forteller at vi som sykepleiere ikke skal unngå å snakke om seksualitet fordi det kan skape fordommer og myter om livmorhalskreftbehandlings påvirkning på seksualitet. En må derfor åpne opp for samtale. En pasients kropp eller kroppsholdning kan si mye om pasientens situasjon og opplevelse. Det handler om hvordan man tolker et ansiktsuttrykk. Man kan finne smerte, engstelighet og se at en pasient er utrygg i ansiktsuttrykket. Derfor er det viktig for sykepleiere å lese kroppsspråket til pasienten for å tolke situasjonen. Det kan hende at pasienten sier noe, men viser på kroppsspråket at hun føler noe annet. Som sykepleiere kan vi bruke et språk som er forståelig for pasienten (Borg, 2017, s.126).

«Det er mange pasienter i din situasjon lurer på» og/eller «Det er ofte forespørslar om seksuelle hjelpemidler etter gjennomført livmorhalskreftbehandling, er dette aktuelt for deg?». Ved å stille spørsmål som starter slik, kan en som sykepleier være med å normalisere temaet seksualitet, uten å fornærme noen. Det kan åpne opp for

videre spørsmål om seksualitet. En kan anta at økt fokus på seksualitet i undervisning på sykepleiestudiet kan forbedre sykepleierens evne til å hjelpe pasienten og hennes partner til å løse deres problemstillinger knyttet til seksualitet. Det er viktig at det er tid og rom for at det blir prioritert, slik at pasientene ikke tror at deres seksuelle liv er over etter livmorhalskreftbehandlingen.

5.2 Et tabubelagt tema

Seksualitet kan være et vanskelig tema å ta opp, også for helsepersonell. Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 (Molven 2009, s. 106) har pasienten rett til å motta informasjon om egen helsetilstand. I tillegg har helsepersonell plikt til å sikre seg at informasjonen er forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven §3-5, Molven, 2009, s.161). Ifølge de yrkesetiske retningslinjene skal sykepleiere ivareta den enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg (Norges Sykepleierforbund, 2016). Likevel hevdes det i samtlige av de inkluderte artiklene at pasientene opplever mangel på informasjon.

Noen pasienter synes det er ubehagelig å ta opp enkelte plager, da de tenker at det er unormalt. De fleste komplikasjonene som oppstår er normale, og det er derfor vesentlig å anerkjenne pasienten, presisere at det er naturlig å lure på dette og at ingen spørsmål er dumme. Det er viktig for sykepleiere og helsepersonell å være åpen og ta initiativ til denne samtalen slik at temaet blir mer normalisert. Pasienten og eventuelt partner kan da føle seg bekvem med å snakke åpent om sine erfaringer og heve grensen for hva som er komfortabelt å dele for dem. Likevel er det en stor andel av sykepleiere som ignorerer behovet for veiledning eller ikke våger å ta det opp da det er usikkert hvordan pasienten og partneren reagerer på tema. Hvis en som sykepleier unngår å snakke om seksualitet med pasientene sine, er en med på å øke fordommene til temaet. Det kan føre til at seksualitet kan være et avsluttende kapittel i livene til denne pasientgruppen (Borg, 2017, s. 126). Seksualitet er preget av tabu fordi det er intimt og personlig, også for helsepersonell. Helsepersonell har også fordommer, mangel på kunnskap og har egne erfaringer som andre folk. Likevel er de vant til å ta ansvar selv om de ikke er hundre prosent sikker i det de gjør, og det er essensielt innenfor temaet seksualitet (Almås & Benestad, 2017, s. 63).

Ifølge kvinnene i Cleary et al. (2012, s. 35) sin studie er det stor mangel på kunnskap om livmorhals kreft. Det virker som om kvinnene ikke helt har forstått hva det vil si å ha kreft, hvordan det oppstår og hva som skjer med kroppen etter behandling. Det er viktig at vi som sykepleiere sprer kunnskap om sykdommen under og etter behandling. Derfor er det avgjørende å invitere kvinner med problem relatert til gynekologisk kreft inn til en samtale med undervisning og veiledning. Det er hensiktsmessig at pasienten forstår sin egen sykdom, hva den innebærer og hvordan den påvirker kroppen. Pasienten vil få en mer meningsfylt erfaring med veiledningen når en formidler konkrete mål til en pasient som forstår hvorfor rådene kan være hjelpsomme (Tveiten, 2016, s. 145). Vår erfaring er at mange pasienter unngår å snakke med helsepersonell om problemstillingene sine og søker heller etter informasjon på internett. I en av studiene (Bal et al., 2012, s. 89) uttrykte en kvinne at hun ikke ønsket samleie med sin partner da en av vennene hennes hadde informert om at sykdommen kunne komme tilbake om kroppen ble kontaminert med sperm. En annen kvinne i denne studien var redd for å smitte sin mann med sykdommen og ville derfor ikke ha samleie. Flere kvinner unngikk også samleie da det var ubehagelig på grunn av skjedetørrhet, som er en vanlig komplikasjon ved livmorhalskreftbehandling (Bal et al., 2012, s. 89). Med riktig veiledning og informasjon trenger ikke dette å være et problem da det finnes råd og hjelpemidler for dette og flere andre komplikasjoner. Sykepleiere har ansvar for å informere, eller sørge for at de blir informert av annet helsepersonell som har mer kunnskap om komplikasjoner og konsekvenser av behandling, slik at pasientene kan leve så normalt som mulig i sin situasjon (Molven, 2009, s. 106 & 161).

I alle de inkluderte artiklene konkluderes det med at det trengs mer informasjon til livmorhalskreftoverlevende og partneren, og det ikke til å legge skjul på at temaet er tabubelagt. I en studie (Vermeer et al., 2015, s. 1685) hevdet to av deltakerne at partnerne ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon fra helsepersonell. I Vermeer et al. (2015, s. 1685) mente likevel mente to tredjedeler av partnerne i studien at de hadde blitt involvert. Det viser at en er på vei i riktig retning når det gjelder å informere, og at seksualitet rommer mer enn bare kvinnen selv, det kan også involvere en partner. I Bal et al. (2012, s. 90) sin studie fortvilte kvinnene over at partneren deres ikke ble involvert i samtalen av helsepersonell. En kan anta at dette kan være på grunn av at

det er en annen kultur i Tyrkia enn i nordligere europeiske land som for eksempel Nederland hvor Vermeer et al. (2015) utførte sin studie.

5.3 Pasientens behov for informasjon og veiledning

Det konkluderes i artiklene med at informasjon og veiledning bør vektlegges mer hos kvinner som har overlevd gynekologisk kreft. Som nevnt mente mange av kvinnene i studiene at da de ble nydiagnostisert var det andre ting i livet som var viktigere, som liv og død. Derfor er tid og sted essensielt for at pasient og pårørende skal forstå det som blir formidlet, samtidig som at en opplyser om at det er mer hjelp å få når pasienten føler seg klar for det. På Kvinneklinikken ved Haukeland Universitetssjukehus har pasienter mulighet for gratis samtale med sexolog. Dette informeres det om på gynekologisk avdeling, slik at pasienten kan ta opp temaer rundt seksualitet når hun selv ønsker. Det som blir informert og veiledet om bør være så fullstendig som mulig, men må likevel være kort og konsist nok til at pasient og pårørende får det viktigste med seg. Deler av informasjonen kan med fordel gis skriftlig (Eide & Eide, 2008, s. 293).

Et viktig aspekt ved informasjon og veiledning er at en må sette av nok tid og planlegge godt. En kommuniserer nonverbalt med kroppsspråket og en kan tydelig se når den andre part ikke har interesse av å være der. Det må være kongruens mellom det verbale og nonverbale for at det en formidler skal være troverdig. Inkongruent kommunikasjon oppleves som ikke bekreftende og kan skape mistillit hos den andre og dermed undergrave relasjonsarbeidet. En må være oppmerksom på inkongruens i egen kommunikasjon og kjenne på om det er overensstemmelse i det verbale og det nonverbale (Eide & Eide, 2008, s. 200). En gylden regel er å møte en pasient slik som en ville blitt møtt selv. Det er også viktig at en forbereder seg til samtalen og temaet, slik at en skaper tillit. Det er vanskelig å tro på noe som blir formidlet med usikkerhet.

To kvinner (Cleary et al., 2012 s. 35) poengterte hvordan endring av den seksuelle funksjonen påvirket kommunikasjonen i forholdet. Dette kan gjøre symptomer og smerter verre for kvinnen. Denne situasjonen er ikke ideell. Å ta opp aktuelle

problemer kan hjelpe pasient og partner med å bedre sitt samliv. Likevel er det ikke gitt at kommunikasjonsproblemene ene og alene skyldes livmorhalskreftdiagnosen, problemene kan også ha opphav et annet sted. I begge tilfellene er det tilrådelig å strukturere en samtale ved hjelp av PLISSIT-modellen.

PLISSIT-modellen blir brukt når en skal forholde seg til eller behandle seksuelle problemer (Gamnes, 2014, s. 87). Sykepleiere kan bidra med seksualopplysning, behandling og videre anbefale spesialister som sexologer og gynekologer (Almås & Benestad, 2017, s. 70). Å åpne opp til samtale ved å gi tillatelse om å snakke om seksualitet som tema er første del av PLISSIT-modellen. Begrenset informasjon, er den andre delen av PLISSIT-modellen. Det er viktig at en som sykepleier viser respekt og skaper trygghet for pasientene sine. En kan gi både muntlig og skriftlig informasjon til pasientene, og det er viktig at sykepleierne bekrefter at pasientene har forstått informasjonen. Ved begrenset informasjon om pasientens sykdom, behandling og eventuelle konsekvenser for seksuell sykdom, bør informasjon helst gis til både pasient og partner. Informasjon om sykdom og behandling som en antar pasienten ikke vet, skal gis uten at pasienten tar eget initiativ (Borg, 2017, s. 128). I vonde tider kan dette bidra til åpenhet for pasienten og partneren. Sykepleiere kan skape forståelse for begge at nærhet, varme og ømhet er viktige sider ved seksualitet (Borg, 2017, s. 128). Da kan en som sykepleiere i samarbeid med lege gi saklig og enkel informasjon om livmorhalskreft, behandlingen, bivirkninger og senskader. Kvinner fra studiene til både Stilos et al. (2007, s. 458-459) og Bal et al. (2013, s. 85-91) trengte spesifikke løsninger som fremmer seksualitet. Da er konkrete forslag (Limited Information) trinnet fra PLISSIT-modellen vesentlig å bruke. Her kan sexstillinger, glidemiddel, dilatorer og hormonbehandling være eksempel på hva som kan være til hjelp for pasienten og partnerens problemstillinger. Ved siste punkt finner man intensiv terapi, hvor vi som sykepleiere kan henvise til sexolog, gynekolog eller psykolog for spesial behandling.

I studiene til Sekse et al. (2011, s. 28), Bal et al. (2012, s. 91) og Vermeer et al. (2016, s. 1682) forteller kvinnene at de under og etter behandling manglet kunnskap og veiledning om sin seksualitet. Halvparten av kvinnene i Vermeer sin studie (2016, s. 1682) fortalte at de ikke husket om de i det hele tatt fikk noe informasjon. Dette

kan tyde på at det å ha flere samtaler underveis i forløpet og etter behandling, kan bidra til at pasienten husker informasjonen som gis.

Et godt eksempel på hvordan sykepleiere og annet helsepersonell kan gjøre for å dekke pasientens behov for informasjon etter livmorhalskreftbehandling er undersøkelsen til Barbera et al. (2011). Studien beskriver kvinnenenes opplevelse og erfaring ved å besøke en klinikk for pasienter som har gjennomgått gynekologisk kreft. Det kan bidra med å øke trygghet ved seksualitet hos kvinner som er ferdigbehandlet for livmorhalskreft. Ved hjelp av PLISSIT-modellen kan sykepleierne få et godt hjelpemiddel til å veilede og undervise pasientene. I studien til Barbera et al. (2011, s. 1328) var det en kreftlege og en gynekolog som først startet ideen om klinikken, og de inviterte blant annet sykepleiere, psykologer, sexologer og administrative arbeidere med. Kvinnene i studien beskriver en følelse av redsel og at de gruet seg i forvegen av samtalen, men etter tilbakemeldingene fra kvinnene via telefon, var opplevelsene av klinikken svært positive. En kvinne forteller at det var så godt å komme inn til samtale, og at hun følte at hun ikke trengte å holde noen tanker tilbake, og at hun kunne stille spørsmål om hva enn hun lurte på (Barbera, 2011, s. 1331).

5.4 Implikasjoner for praksis

Ved utførelse av materialet som blir presentert i diskusjonskapittelet kan seksualitet ved livmorhalskreft bli et mer normalisert tema, og kan gjøre at pasienter våger å snakke mer åpent om sine erfaringer. Hvis funnene derimot ikke blir utøvd i praksis, kan det resultere i negative konsekvenser for pasientene som for eksempel nedsatt livskvalitet.

6.0 Konklusjon

Livmorhalskreft har stor innvirkning på en kvinnes liv. Komplikasjoner og utfordringer etter behandling som skjedetørrehet, nedsatt libido, sammenvoksninger, endret kroppsbilde, nedsatt livskvalitet og negativ innvirkning på partnerskap er noe av det som blir nevnt i artiklene som problemområder.

Informasjon er det mest fremtredende behovet som blir tatt opp i artiklene, og der har sykepleiere og helsepersonell fortsatt en lang vei å gå. Seksualitet er et intimt og tabubelagt tema som er utfordrende å ta opp og snakke om. Derfor må helsepersonell våge å ta initiativ til en samtale om temaet uoppfordret. Oppdatert kunnskap rundt konsekvenser av behandling og hvilken effekt det har på kvinnenes seksualitet bør etterstrebes av sykepleiere for å sikre at pasienten får den informasjonen som er nødvendig.

Sykepleieren bør informere pasienten under og etter behandling, men tidspunktet for informasjon er ikke likegyldig. Ved nydiagnostisering er det vanskeligere å ta til seg ny informasjon da andre ting prioriteres først. Derfor bør informasjonen gis muntlig og skriftlig. Ved tilfredsstillende informasjon får pasienten hjelp til å løse aktuelle problemer og øke livskvaliteten.

Klinikken som blir beskrevet i Barbera et al. (2011) sin studie er et godt eksempel på hvordan sykepleiere kan ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg. Vi som snart er ferdigutdannede sykepleiere kan bidra med å rette søkelyset mot seksualitet til kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft. Vi kan også bidra til at det blir økt fokus på seksualitet som et tema i sykepleierutdanningen.

Referanseliste

- Almås, E & Benestad, E.E.P. (2017). *Sexologi i praksis* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (2011). *Klinisk sykepleie 2* (4.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bal, M. D., Yilmaz, S. D. & Beji, N. K. (2012). Sexual health in patients with gynecological cancer: a qualitative study. *Sexuality and Disability*, 31(1), 83–92. DOI: 10.1007/s11195-012-9263-7
- Barbera, L., Fitch, M., Adams, L., Doyle, C., DasGupta, T. & Blake, J. (2011). Improving care for women after gynecological cancer: the development of a sexuality clinic. *Menopause*, 18(12), 1327–1333. DOI: 10.1097/gme.0b013e31821f598c
- Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. M Reitan & T. K. Schølberg (Red.), *Kreftsykepleie, Pasient – Utfordring – Handling* (s. 120-131). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Bro-Jørgensen, T., Diggle, J. A. & Pihl, S. M. (2013). *PLISSIT-modell* [Figur]. Hentet fra https://www.fysio.dk/globalassets/documents/fafo/priser/bachelorprisen/bachelorproje kt_vinder-bachelorpris-2014.pdf
- Cleary, V., Hegarty, J. & McCarthy, G. (2012). How a diagnosis of gynecological cancer affects women's sexuality. *Cancer Nursing Practice*, 12(1), 32–37. <https://journals.rcni.com/cancer-nursing-practice>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H. & Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ferrans, C. E. (2017). Livskvalitet. I A. M Reitan & T. K. Schølberg (Red.), *Kreftsykepleie, Pasient – Utfordring – Handling* (s. 50-64). Oslo: Cappelen Damm AS
- Folkehelseinstituttet. (2016, 2. februar). HPV-vaksine. Hentet fra 20. mai 2019 fra <https://www.fhi.no/sv/vaksine/hpv/hpv-vaksine-til-unge-kvinner/hpv-vaksine/>
- Førde, R. (2014, 10. oktober). Helsinkideklarasjonen. Hentet 11. mai 2019 fra <https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Gamnes, S. (2014). Nærhet og seksualitet. I J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: pasientfenomener og livsutfordringer* (s. 71-102). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S
- Gjessing, R. (2019, 09. mai). Seksualitet etter kreften. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2018/09/seksualiteten-etter-kreften>

Gynkreftforeningen. (u.å). Livmorhalskreft. Hentet 20. april 2019 fra <https://www.gynkreftforeningen.no/livmorhalskreft/>

Hagemann, K. (2018, 9. april) Kommunikasjon. Hentet 3. mai fra <https://snl.no/kommunikasjon>

Hatlebrekke, K. (u.å). Råd og veiledning med bruk av dilatorer. Hentet 14. mai 2019 fra <https://quintet.no/media/fm/7e4b554759.pdf>

Haugsett, J. (2009, 13. mars). Hva informerer vi om – og hvordan gjøres det? *Sykepleien*, 90(12), 44–47. DOI: 10.4220/sykepleiens.2002.0036

Jacobsen, A. M. L. (2017) Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, Pasient – Utfordring – Handling* (s. 575-613). Oslo: Kappelen Damm AS

Jerpseth, H. (2010). Sykepleie med gynekologiske sykdommer. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (s. 17-50) Oslo: Gyldendal Akademisk

Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Aurskog: Ad Notam Gyldendal A/S.

Kreftforeningen. (2019, 29. april). Livmorhalskreft. Hentet 3. april 2019 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/>

Kreftforeningen. (u.å). Senskader. Hentet 3. april 2019 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/senskader/>

Kreftlex. (u.å). Livmorhalskreft. Hentet 3. april 2019 fra <https://kreftlex.no/Gyn-livmorhalskreft>

Kreftregisteret. (2018, 29. oktober). Livmorhalskreft. Hentet 3. april 2019 fra <https://www.kreftregis@teret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Livmorhalskreft/>

Kristensen, G. (2017). Kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, Pasient – Utfordring – Handling* (s. 588-603). Oslo: Cappelen Damm AS

Kristoff, A. (2016). Sykdomer i kvinnelige kjønnsorganer. I S. Ørn, J. Mjeld, E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 393-410) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening* 122(25), 2468-2472. <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>

Molven, O. (2009). *Sykepleie og jus* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Norges sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 10. mai 2019 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Næss, S. (1986). *Yrkeskvinne – husmor?: Gifte kvinners livskvalitet*. Oslo: Institutt for anvendt sosialvitenskapelig forskning.
- Pasientens og brukerens rett til informasjon. (2011). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Hentet 20. mai 2019 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Persvold, A. Z. (2019). Syntese. I *Store Norske Leksikon*. Hentet 20. mai 2019 fra <https://snl.no/syntese>
- Rustøen, T. (2001). *Håp og Livskvalitet – en utfordring til sykepleieren?* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Schjølberg, T. K. (2017). Forebygging av kreft. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, Pasient – Utdanning – Handling* (s. 329-345). Oslo: Cappelen Damm AS
- Sekse, R. J. T., Gjengedal, E. & Råheim, M. (2011). Living in a changed female body after gynecological cancer. *Health Care for Women International*, 34, 14–33. DOI: 10.1080/07399332.2011.645965
- Solvoll, B-A. (2014). Identitet og egenverd. I J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: pasientfenomener og livsutfordringer* (s. 15-36). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S
- Stilos, K., Doyle, C. & Daines, P. (2008). Addressing the sexual health needs of patients with gynecological cancers. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(3), 457-463. <https://cjon.ons.org>
- Thidemann, I-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: F.A. Davids Company.
- Travelbee, J. (2010). *Mellemmenneskelige aspekter i sykepleie* (2. utg.). København: Scandinavian Book a-s.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk pasient og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget
- 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. DOI: 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' experience with sexual dysfunction and

psychosexual support. Supportive Care in Cancer, 24(4), 1679–1687. DOI:
10.1007/s00520-015-2925-0

Vågen, A., Olsson, A.B.S. (2018, 15. November). Helsepedagogikk. Hentet 10. mai fra
<https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/sentrale-begreper/helsepedagogikk-2/>

White, C. A. & Hood, C. (2011). Body Image Issues in Oncology. I T. F. Cash, & L. Smolak.
Body Image A handbook of science, practice and prevention. New York: The
Guildford Press

World Health Organization. (u.å). Sexual and reproductive health. Hentet 28. April 2019 fra
https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

Vedlegg I: PLISSIT-modellen



(Bro-Jørgensen, Diggle & Pihl, 2013)

PLISSIT-modellen er en modell som kan bli brukt som et hjelpemiddel når en skal forholde seg eller behandle seksuelle problemer på (Gamnes, 2014, s. 87). Modellen er opprinnelig utviklet av den amerikanske psykologen Jack Annon (Annon & Robinson, ref. Almås & Benestad, 2017, s. 70).

Vedlegg II: Søkehistorikk

Søkeord	Database	Begrensning	Antall treff	Relevant for oppgaven	Inkludert i oppgaven	Ekskludert fordi
Cervical cancer AND sexuality AND coping	Medline	Årstall 2013-2019	0			
Cervical cancer AND sexuality	Medline	Årstall 2013-2019	69	Impact of cervical cancer on quality of life of women in Hubei, China		Studien er kvantitativ og har et annet fokus enn oppgaven
Cervical cancer AND sexuality	CINAHL	Full text, årstall 2010-2019	38	Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support. The impact of cervical cancer treatment of sexual function and intimate relationships: a crying shame	Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support.	Oppfyller ikke CASP-sjekklistekrav
Cervical cancer AND sexuality AND QOL	CINAHL	Årstall 2010-2019	7	Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study Survey of cervical cancer survivors regarding quality of life and sexual functioning	Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study	Kvantitativ studie
Cervical cancer AND coping	CINAHL	Full text, årstall 2010-2019	2			

Vedlegg II

Cervical cancer AND sexuality AND quality of life	British nursing index	Årstall 2008-d. d, Type dokument: artikkel, emner: samme som søkeord	10	Women's experience after a radical vaginal trachelectomy for early stage cervical cancer. A descriptive phenomenological study Review of psychoeducational intervention to improve sexual function, quality of life and psychological outcome in gynecological cancer patients		Begge disse studiene har et annet fokus enn det oppgaven fokuserer på
Cervical cancer AND sexuality AND quality of life	British nursing index	Årstall 2008-d. d, Type dokument: artikkel	96	Sexual issues among cervical cancer survivors: how can we help women seek help		Inkludert i teori, ikke som artikkel fordi den er kvantitativ
Cervical cancer AND sexuality AND PLISSIT model	Cinahl		1	Addressing the sexual health needs of patients with gynecologic cancers .	Addressing the sexual health needs of patients with gynecologic cancers .	
Cervical cancer AND nurs* AND PLISSIT model	Cinahl		1	Addressing the sexual health needs of patients with gynecologic cancers .	Addressing the sexual health needs of patients with gynecologic cancers .	
Cervical cancer AND sexuality AND communication OR PLISSIT model OR information	PsychINFO		2	Physical sexual and intimate relationship concerns among Indonesian cervical cancer survivors: A phenomenological study		Studien har et annet fokus enn oppgaven
Cervical cancer AND sexuality AND nurs* OR PLISSIT model OR communication OR information	Oria	Artikler, År 2010-2019	4 301 201	Sexual issues among cervical cancer survivors: how can we help women seek help? The Influence on Women's Sexual Functions of Education Given According to the PLISSIT Model after Hysterectomy		Inkludert i teori, ikke som artikkel fordi den er kvantitativ Studien har et annet fokus enn oppgaven
Cervical cancer AND sexuality, AND	British Nursing Index		107	Cancer department nurses' attitudes and practices in response to the	How a diagnosis of gynecological cancer affects women's sexuality	

Vedlegg II

communication AND attitudes				<p>sexual issues of pelvic radiation patients: A survey in Sichuan, China</p> <p>How a diagnosis of gynecological cancer affects women's sexuality</p> <p>Addressing the sexual health needs of patients with gynecologic cancers.</p>	<p>Addressing the sexual health needs of patients with gynecologic cancers.</p>	<p>Studien har et annet fokus enn oppgaven</p>
Gynecological cancer AND cancer survivors AND body image	Cinahl		904	<p>Living in a changed female body after gynecological cancer</p> <p>Sexual Health in Patients with Gynecological Cancer: A Qualitative Study.</p>	<p>Living in a changed female body after gynecological cancer</p>	<p>Studien har et annet fokus enn oppgaven</p>
Gynecological AND sexuality AND education AND cancer survivors	Oria		746	<p>Improving care for women after gynecological cancer: the development of a sexuality clinic</p>	<p>Sexual Health in Patients with Gynecological Cancer: A Qualitative Study.</p>	

Vedlegg III: PIO-skjema

Population/pasient/problem	Intervention	Outcome
<p>Problem: Seksualitet etter behandling Bivirkninger av behandling Påvirket livskvalitet</p> <p>Søkeord: · Cervical cancer · Gynecological cancer · Sexuality · Cancer survivors</p>	<p>Sykepleie</p> <p>Søkeord: · PLISSIT model · Patient education · Communication · Information · <u>Nurs*</u></p>	<p>Fremme fysisk og psykisk helse Fremme seksualliv Økt livskvalitet</p> <p>Søkeord: · Coping · Body image · Sexual health</p>

Vedlegg IV: Litteratormatrise

Forfattere Publiseringsår Tidsskrift Land	Tittel	Hensikten med studien	Metode	Utvalg/populasjon	Hoved-funn/resultater	Kvalitetsvurdering	Redegjort for etiske overveielser
Bal, Yilmaz & Beji, 2012, Sexuality and Disability, Tyrkia	<i>Sexual health in patients with gynecological cancer: a qualitative study</i>	Undersøke kjennetegn som kroppsbilde, seksuell funksjon, fertilitet, seksuell helse og sykdommer påvirker mors-og ekteskapsrollen blant kvinner som har overlevd gynekologisk kreft.	En kvalitativ studie hvor det ble brukt et kvalitativt spørreskjema. 11 kvinner i alderen 30-55 år deltok i studien	Diagnostisert gynekologisk kreft, gjennomført behandling i minst 6 måneder og fast partner.	Diagnose og behandling av gynekologisk kreft påvirker den seksuelle helsen på mange områder. Helsepersonell bør ta hensyn til senvirkninger og komplikasjoner som påvirker kvinner med gynekologisk krefts seksualliv.	Oppfyller CASP-sjekklistekrav og har god metodisk kvalitet	Ja
Barbera, Fitch, Adams, Doyle, DasGupta & Blake, 2011, Menopause, Canada	<i>Improving care for women after gynecological cancer: the development of a sexuality clinic</i>	Belyse behovet for en spesialisert klinikk for kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft for å gi kunnskap, støtte og omsorg.	56 kvinner deltok i studien. Semi-strukturert intervju ble brukt, senere i studien ble telefon-intervjuet byttet ut med en skriftlig undersøkelse	Gjennomført behandling for gynekologisk kreft, kreftfri, gjennomført 6 ukers oppfølging hos onkolog etter behandling og hadde bekymringer relatert til seksuell helse og livskvalitet.	Studien demonstrerer hvordan man med relativt små investeringer kan skape en spesialisert klinikk. Det er imidlertid viktig at personellet er dedikert for en slik bestrebelse.	Oppfyller CASP-sjekklistekrav og har god metodisk kvalitet	Ja
Cleary, Hegarty & McCarthy, 2012, Cancer Nursing Practice, Irland	<i>How a diagnosis of gynecological cancer affects women's sexuality</i>	Å utforske innvirkningen gynekologisk kreft har på seksualitet fra pasientens perspektiv.	Kvalitativ beskrivende struktur, Semi-strukturerte intervjuer. 8 kvinner deltok i studien	Gynekologisk kreftdiagnose. Rekruttert fra et sykehus i Sør-Irland	Skriftlig og muntlig informasjon burde formidles til kvinner med seksuelle utfordringer som følge av gynekologisk kreft og behandling.	Studien er gjort av en sykepleier og to professorer ved et sykehus i Irland.	Ja

Vedlegg IV

Haugsett, 2009, Sykepleien, Norge	<i>Hva informerer vi om - og hvordan gjøres det?</i>	Studien beskriver sykepleieres opplevelse av hvordan de kan ivareta pasientenes behov for informasjon på en «cytostatika-poliklinikk».	Kvalitativ studie. 3 sykepleiere deltok i undersøkelsen	Kriterier for deltakelse var minst tre års erfaring ved denne type praksis	Det er viktig at sykepleierne kan tydeliggjøre sin rolle og dyktiggjøre seg i kommunikasjon, for å kunne gi og tilrettelegge et omsorgstilbud som samsvarer med pasientenes behov.	Oppfyller CASP-sjekklistekrav og har metodisk kvalitet	Ja
Vermeer, Bakker, Kenter, Stiggelbout & Kuile, 2015, Supportive Care in Cancer, Nederland	<i>Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunctions and psychosexual support</i>	Vurdere pasienters erfaring med seksualdysfunksjon, psykoseksuell støtte og helsehjelp blant pasienter som har overlevd livmorhalskreft og deres partner.	Kvalitativ studie. 30 kvinner deltok og ble intervjuet i studien i tillegg til 12 av kvinnenes partnere.	Uttrykt behov for informasjon, behandlet for 1-12 år siden	Mange deltakere ønsket mer informasjon om følger av behandling	Oppfyller CASP-sjekklistekrav og har god metodisk kvalitet studien er gjennomført ved Leiden University Medical Center	Ja
Sekse, Gjengedal & Råheim, 2011, Health Care for Women International, Norge	<i>Living in a changed female body after gynecological cancer</i>	Hvordan det oppleves å leve med en forandret kvinnekropp etter gynekologisk kreft 5-6 år etter endt behandling.	Kvalitativ studie med 16 kvinner i alderen 39-66 år. De ble intervjuet to ganger med omtrent et års mellomrom	Ingen metastaser eller tilbakefall etter behandling, femårig oppfølging, og før den siste kontroll.	Kvinnene i studien var ikke forberedt på de kroppslige endringene. Studien indikerer et behov for informasjon og veiledning om kroppens endringer gjennom behandlingen.	Oppfyller CASP-sjekklistekrav og har metodisk kvalitet. Utført ved Haukeland Universitets-sjukehus	Ja
Stil, Doyle & Daines, 2008, Clinical Journal of Oncology Nursing, Canada	Addressing the sexual health needs of patients with gynecological cancers	Å belyse utfordringer en kvinne med livmorhalskreft står ovenfor og sykepleierens støttende rolle til pasienten og hennes partner ved hjelp av PLISSIT-modellen.	Case-studien tar for seg en kvinnes opplevelse og erfaring med livmorhalskreft.	En kvinne ble intervjuet i studien. PLISSIT-modellen blir brukt for å illustrere en kreftsykepleiers rolle ved å tilnærme seg seksuelle utfordringer blant pasienter.	Ved hjelp av individuelle og strukturerte samtaler basert på PLISSIT-modellen, kan helsepersonell forstå den enkelte pasientens og partnerens erfaringer og utfordringer	Oppfyller CASP-sjekklistekrav og har metodisk kvalitet	Ja

Sjekklister for vurdering av en kvalitativ studie

Cleary et al. 2012

How a diagnosis of gynecological cancer affects women's sexuality

Hvordan bruke sjekklister

Sjekklister består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du spørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklister

Sjekklister er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklister?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Denne sjekklister er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>



(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

JA

UKLART

NEI

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

JA

UKLART

NEI

Tips: Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)

8 kvinner med gynekologisk kreft rekrutert

Fokus var å beskrive erfaringer relatert til seksualitet og informasjon

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

 JA

 UKLART

 NEI

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? *Ja*
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Åpne spørsmål

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

 JA

 UKLART

 NEI

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

7. Er etiske forhold vurdert?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Etisk godkjenning av det lokale forskningskomiteen

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

JA

UKLART

NEI

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)? *Ja*
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til? *Ja*
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? *Ja*
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

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

JA

UKLART

NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

JA

UKLART

NEI

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

Punktvis

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? *Ja*
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter? *Ja*
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Relevant

kvalitativ studie

8 kvinner med gynekologisk kreft

Trenger mer informasjon

Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?