



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	12-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 304

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9444

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert

oppgavetittelen på

norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 25

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Livet etter livmorhalskreft

Life after cervical cancer

Kandidatnummer: 304

Sjukepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

22. mai 2020

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

Abstract

Background: Every year, over 300 women are diagnosed with cervical cancer in Norway. Many women who survive the cancer disease experience late effects after treatment. The late effects after cervical cancer can affect the women sexuality and sexual function.

Purpose: The purpose of this thesis is to investigate whether women who survive cervical cancer receive enough information about sexuality after cancer treatment. Do they get the follow-up and support they need about how late effects affect their sexuality and sexual function after treatment for cervical cancer?

Method: I have used literature study as a method. Systematic literature searches have been made in the databases CINAHL, Medline, Embase and Cochrane Library, in addition to relevant academic literature and legislation.

Results: Findings from research articles shows that late effects after cervical cancer treatment is a problem that affects women's sexuality after completing treatment. Cervical cancer survivors need information after treatment. They are seeking more information about sexuality. Women's partners should also be part of receiving information. Both healthcare professionals and patients are reluctant to discuss the subject of sexuality. Cancer survivors want health professionals to address the issue. Health professionals perceive that lack of time, personal barriers and too little education prevents them from addressing the issues women experiences related to sexuality.

Conclusion: Information about sexuality after cervical cancer treatment is something many of the surviving women (and their partners) experience as supportive. Women want health professionals to address issues related to sexuality and their sexual health to a greater extent than they do in today's practice. Health professionals need knowledge about both late effects that affects sexuality, as well as communication skills to discuss sexuality with their patients.

Keyword: Cervical cancer, survivors, late effects, information, sexuality, sexual health

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	1
1.1	Hensikt	2
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensning av oppgaven.....	2
2.0	Teori.....	3
2.1	Livmorhalskreft.....	3
2.2	Senskader	3
2.3	Seksualitet	4
2.4	Kommunikasjon	5
2.4.1	Joyce Travelbee	6
3.0	Metode.....	7
3.1	Litteraturstudie.....	7
3.2	PICO og søkeord	7
3.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	8
3.4	Litteratursøk	9
3.5	Analyse.....	10
3.6	Kildekritikk	10
3.7	Etiske overveielser	11
4.0	Resultat.....	12
4.1	Senskader og seksualitet etter kreftbehandling	13
4.2	Informasjonsbehov	14
4.3	Helsepersonells rolle	16
4.4	Barrierer.....	16
5.0	Diskusjon	17
5.1	Informasjon om senskader og seksualitet.....	17
5.2	Å kommunisere om seksualitet	19
5.3	Barrierer.....	21
5.4	Tilrettelegging av informasjon og oppfølging.....	23
5.5	Deltakelse av partner.....	25
6.0	Konklusjon	26
7.0	Referanseliste.....	28
8.0	Vedlegg.....	32

Kandidatnummer: 304

8.1	Vedlegg I – Søkehistorikk.....	32-34
8.2	Vedlegg II – Litteratormatrise.....	34-36

Tabell I - PICO	7
------------------------------	----------

Tabell II - Inklusjons- og eksklusjonskriterier	8
--	----------

1.0 Innledning

Livmorhalskreft er den tredje største kreftformen som rammer kvinner på verdensbasis (Kreftregisteret, 2019). Det er den vanligste kreftformen for kvinner under 35 år. Ifølge Kreftregisteret (2019) fikk 355 kvinner i Norge livmorhalskreft i 2018. Av de som rammes av sykdommen er 82 % i live etter 5 år (Kreftregisteret, 2019). Dette tallet sier ingenting om hvordan livet som kreftfri vil bli for de overlevende. En del av kvinnene kan oppleve at de må leve med senskader i kortere eller lengre tid etter endt behandling. Senskadene kan påvirke hverdagen i varierende grad, og hemme kvinnenes livskvalitet og evne til mestring (Wang, 2009).

Kreftforeningen arrangerer en årlig innsamlingsaksjon som kalles «Krafttak mot kreft». Temaet for aksjonen i 2018 var «senskader etter kreftbehandling» (Kreftforeningen, 2019). Aksjonen satt søkelys på at «kreftfri» ikke er ensbetydende med «frisk». For mange av de som overlever sin kreftsykdom gjenstår fremdeles kampen om å bli frisk. I dag overlever to av tre kreftpasienter. Av disse lever en av tre med senskader i varierende grad (Kreftforeningen, 2019). Senskadene i etterkant av behandling kan gå hardt utover livskvaliteten til de overlevende (Kreftforeningen, 2019). Behandlingen for livmorhalskreft fører ofte til senskader som blant annet påvirker kvinnenes seksualitet og seksualfunksjon. Mange av kvinnene med livmorhalskreft blir nødt til å fjerne både livmoren og livmorhalsen (Jerpseth, 2016, s. 153). Som følge av dette kan kvinnene blant annet oppleve å komme i en kunstig overgangsalder. Omliggende lymfeknuter blir som regel også fjernet under operasjonen, noe som kan føre til lymfødem. Dette er plager som kan gi redusert livskvalitet for de som rammes (Jerpseth, 2016, s. 153). Behandlingen kan også medføre psykososiale konsekvenser, som endret selvbilde og nedsatt følelse av kvinnelighet (Jerpseth, 2016, s. 154).

Selv ble jeg oppmerksom på problematikken rundt senskader etter å ha lest en kronikk i Aftenposten, skrevet av Elena Aronsen (Aronsen, 2017). Etter å ha lest Aronsens kronikk satt jeg igjen med et inntrykk av at kvinnene som overlever livmorhalskreft ikke er godt nok «rustet» til å ta fatt på sitt nye liv etter å ha blitt friskmeldt fra kreftsykdommen. Aronsen ble selv diagnostisert med en sjelden svulst i livmorhalsen (Kvitrud, 2017). Hun opplevde at det psykiske aspektet ved det hele ble neglisjert, og savnet informasjon om sex, samliv og barnløshet i etterkant av fullført behandling.

1.1 Hensikt

Oppgavens hensikt er å belyse hvordan informasjon kan bidra som støtte for kvinner i etterkant av kreftbehandling. Her vil det være snakk om informasjon om senskader som påvirker kvinnes seksualitet og seksualfunksjon. Ettersom at stadig flere overlever kreftsykdom grunnet forbedringer i behandling og forebygging, øker viktigheten av å følge opp de overlevende. Temaet er av sykepleiefaglig relevans siden sykepleiere har ansvar for å ivareta pasientens rett til informasjon. Det står nedfelt i Helsepersonelloven (1999, § 10) at *«den som yter helse- og omsorgstjenester skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-2 til 3-4»*. Det står også skrevet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) at *«pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger»*. Etter å ha lest om Aronsens erfaring med manglende informasjon rundt seksualitet, ønsker jeg å se nærmere på om kvinnene får den informasjonen, støtten og oppfølgingen de har behov for i etterkant av behandling for livmorhalskreft. Videre vil jeg se på hvordan informasjonen kan tilrettelegges og kommuniseres slik at kvinnene føler seg ivaretatt på en best mulig måte.

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av nevnte argumenter er følgende problemstilling utarbeidet:

"Hvordan kan sykepleier ivareta kvinners behov for informasjon om seksualitet i etterkant av behandling for livmorhalskreft?"

1.3 Avgrensning av oppgaven

Fokuset i oppgaven vil være på pasienter som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft, uavhengig av hvilken type behandling de har fått. Jeg vil ta for meg kvinner som har fullført behandlingen og er erklært kreftfrie. Når jeg snakker om senskader mener jeg både psykiske og fysiske senskader som kan påvirke kvinnes seksualitet og seksualfunksjon.

2.0 Teori

2.1 Livmorhalskreft

Livmorhalskreft er kreft i livmorhalsen som primært utvikles grunnet infeksjon av Humant Papillomavirus (HPV) (Folkehelseinstituttet, 2019). Det finnes mange ulike typer av dette viruset, hvorav type 16 og 18 er årsaken til 71 % av alle tilfellene av livmorhalskreft (Folkehelseinstituttet, 2019). Livmorhalskreft kan behandles med kjemoterapi, stråleterapi og kirurgi (Helsedirektoratet, 2016). Valg av behandlingsmetode avhenger av kreftens stadieinndeling (Kristoff, 2016, s. 410). The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) deler livmorhalskreft inn i ulike stadier, basert på funn ved gynekologisk undersøkelse, cystoskopi, rektoskopi, urografi samt røntgen thorax (Helsedirektoratet, 2016). Ved lokalavansert cancer fjernes kun uterus (livmor) med cervix (livmorhals) (Kristoff, 2016, s. 410). Ifølge Kreftforeningen (2020a) er «Wertheims operasjon» det vanligste kirurgiske inngrepet når svulsten er begrenset til livmorhalsen. Dersom kreften har vokst inn i omliggende vev, blir det gjort omfattende kirurgi hvor både uterus, cervix, ovarier og lymfeknuter fjernes (Kristoff, 2016, s. 410). Det kan også være aktuelt at pasienten får strålebehandling og cytostatika i etterkant av det kirurgiske inngrepet (Kristoff, 2016, s. 410; Kreftforeningen, 2020a). Fertilitetsbevarende kirurgi tilbys unge kvinner hvor svulsten er under 2 cm og begrenset til cervix. Dette gjør at kvinnene fremdeles kan få barn i etterkant av behandlingen (Kreftforeningen, 2020a). Er derimot ikke kirurgi mulig vil alternativet være cytostatika og stråling (Kristoff, 2016, s. 410). Cytostatika kan krympe svulsten slik at den kan opereres bort (Kreftforeningen, 2020a). Ved omfattende kirurgi kan mye vev i bekkenet være fjernet, nerver kan ha blitt skadet og man kan ha en redusert lymfedrenasje (Kristoff, 2016, s. 410). Strålebehandling vil ødelegge kreftceller uten å påvirke friske celler i for stor grad, men kan likevel føre til en rekke problemer både underveis og i etterkant av behandlingen (Kreftforeningen, 2020a).

2.2 Senskader

Kreftforeningen definerer senskader som «... *bivirkninger eller komplikasjoner som varer i mer enn ett år etter avsluttet kreftbehandling, eller bivirkninger og helseplager som sannsynligvis skyldes kreftsykdommen eller behandlingen, og som opptrer ett år eller mer etter avsluttet behandling*» (Kreftforeningen, 2020b). Senskader kan påvirke livskvaliteten, være plagsomme

og ta stor plass i hverdagen. Vanlige senskader som kan oppstå etter kreftsykdom generelt er fatigue (tretthet/utmattelse), tarmproblemer, urinveisproblemer, lymfødem, kognitiv svikt, nerveskade (polynevropati), nedsatt muskelkraft og bevegelighet, hetetokter, psykiske reaksjoner og redusert energi og yteevne (Kreftforeningen, 2020b). Det finnes også en rekke senskader som kan ha direkte påvirkning på seksualfunksjonen. Senskadene kan føre til situasjoner som oppleves som psykisk belastende for kvinnen (Kreftforeningen, 2020a). Kirurgi med fjerning av uterus og cervix innebærer at skjeden blir noen centimeter kortere og kan føles annerledes (Jerpseth, 2016, s. 154). Strålebehandling i bekkenområdet kan føre til en kunstig fremstilt overgangsalder som følge av stans i hormonproduksjonen (Jerpseth, 2016, s. 154). Dette kan blant annet gjøre at skjeden blir trangere, mindre elastisk, sår og tørr (Jerpseth, 2016, s. 154). Ved stråling kan det oppstå arrdannelse og sammenvoksninger i skjeden, som kan medføre problemer ved samleie (Jerpseth, 2016, s. 154). Kvinnene kan også oppleve smerter og blødninger ved samleie, samt manglende lyst og interesse (Kreftforeningen, 2020a).

2.3 Seksualitet

Seksualitet er et grunnleggende behov som er integrert i personligheten som en del av det å være menneske (Jerpseth, 2016, s. 140). Det er noe som angår alle mennesker, uansett alder og livssituasjon (Aars, 2011, s. 6). Seksualitet er et vidt begrep som favner mange ulike aspekter, noe som gjør det vanskelig å komme med en dekkende definisjon. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer seksualitet som «... *et sentralt aspekt ved det å være menneske gjennom hele livsløpet. Det omfatter kjønnsidentitet og kjønnsroller, seksuell orientering, erotisme, nytelse, intimitet og reproduksjon*» (WHO, referert i Jerpseth, 2016, s. 140). Seksualitet kan inkludere alle disse dimensjonene, men ikke alle blir nødvendigvis opplevd eller uttrykt til enhver tid (Jerpseth, 2016, s. 140). Ifølge WHO påvirkes seksualitet «... *av samspillet mellom biologiske, psykologiske, sosiale, økonomiske, politiske, kulturelle, juridiske, historiske, religiøse og åndelige faktorer*» (WHO, referert i Jerpseth, 2016, s. 140). Seksualitet har en bredere mening enn sex, og handler om både fysisk, følelsesmessig og intellektuell nærhet, nytelse og lyst (Aars, 2011, s. 7). Det kan sees på som en drift til å søke nærhet til oss selv, og til å finne nærhet og kjærlighet til en annen person. Seksualiteten er en

del av menneskers samspill med andre, og påvirkes av samfunnet, kulturen og omgivelsene (Aars, 2011, s. 8).

I denne oppgaven blir det brukt flere begreper som omhandler seksualitet. Jeg skal komme med en kort forklaring av begrepene som kan gå inn under det overordnede begrepet *seksualitet*;

Seksuell helse er et produkt av både somatiske, psykiske og samfunnsmessige faktorer (Jerpseth, 2016, s. 140).

Seksuelle problemer eller *seksuell dysfunksjon* vil si opplevde problemer som manglende interesse eller lyst, mangelfull opphisselse, smerter, problemer med å få orgasme og prestasjonsangst (Gjessing, Borg & Dahl, 2013, s. 88). Både fysiske og psykiske faktorer kan lede til seksuelle problemer, og kan gjensidig påvirke hverandre (Gjessing et al., 2013, s. 92).

2.4 Kommunikasjon

Begrepet kommunikasjon kommer av ordet *communicare*, som på latinsk betyr «å gjøre noe felles» (Eide & Eide, 2017, s. 17). Kommunikasjon kan defineres som «*det å formidle og dele ideer og informasjon, for eksempel ved hjelp av språk*» (Allott, 2019). Kommunikasjon er en komplisert og tosidig prosess (Eide & Eide, 2017, s. 366). Kommunikasjonsprosessen består av utveksling av meninger eller budskap, og krever at det foreligger en avsender, en mottaker og en mening som forstås av de involverte partene (Travelbee, 1999, s. 137).

Det finnes flere ulike måter å kommunisere på. *Profesjonell kommunikasjon* har et helsefremmende formål om å styrke og motivere den andre (Eide & Eide, 2017, s. 18). Dette kan blant annet innebære å motivere pasienten til å ta tak i sin egen situasjon eller styrke den andre til å ta i bruk sine egne ressurser. Ved profesjonell kommunikasjon forholder man seg til helheten i det som blir kommunisert, og responderer ut ifra sin fagkunnskap på det sentrale i det den andre formidler (Eide & Eide, 2017, s. 22). *Kommunikasjon i relasjoner* er utveksling av verbale og nonverbale tegn og signaler mellom to eller flere personer (Eide & Eide, 2017, s. 17). *Verbal kommunikasjon* vil si kommunikasjon ved hjelp av ord, enten skriftlig eller muntlig, mens man ved *non-verbal kommunikasjon* overfører et budskap ved bruk av gester, ansiktsuttrykk eller kroppsbevegelser (Travelbee, 1999, s. 138). *Personorientert kommunikasjon* vil si at man ikke ser den andre utelukkende som en pasient, men som en hel

person (Eide & Eide, 2017, s. 16). En person med iboende ressurser og muligheter, egne verdier og prioriteringer, og individuelle ønsker og mål når det gjelder egen helse og livssituasjon (Eide & Eide, 2017, s. 16). For å oppnå dette må man være åpen og anerkjennende til den andre som en unik person. Man må være oppmerksomt til stede og lytte aktivt til det som blir uttrykt, både verbalt og non-verbalt (Eide & Eide, 2017, s. 17). Som helsepersonell skal man fylle en hjelpende, støttende og motiverende funksjon for andre - i kraft av faglig kompetanse og rolle (Eide & Eide, 2017, s. 32). Gode kommunikasjonsferdigheter er et hjelpemiddel til å forstå pasienten som person og skape en relasjon. Dette kan bidra til å gi pasienten bedre hjelp og støtte, føre til at man tar gode beslutninger sammen, styrke motivasjon, utvikling og følelsen av trygghet (Eide & Eide, 2017, s. 39).

2.4.1 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee er en sentral sykepleieteoretiker når det er snakk om kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient. Travelbee så på kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient som nødvendig for å bli kjent med pasienten, og til å forstå og møte pasientens behov (Eide & Eide, 2017, s. 365). Kommunikasjon skal ifølge Travelbee hjelpe pasienten til å mestre sykdom, lidelse og ensomhet (Eide & Eide, 2017, s. 366). Videre hevdet Travelbee at kommunikasjon er en kontinuerlig prosess, hvor meninger eller budskap blir overført mellom individer gjennom verbale og non-verbale uttrykksmidler (Travelbee, 1999, s. 138). Dersom budskapet blir oppfattet og tolket korrekt av mottakeren, kan man si at det har foregått kommunikasjon (Travelbee, 1999, s. 139). Travelbee så på kommunikasjon som en gjensidig prosess som sykepleieren bruker for å både samle inn og gi informasjon, og det midlet pasienten bruker for å få hjelp. I interaksjonen mellom sykepleier og pasient observerer man hverandre og utveksler tanker, følelser og holdninger (Travelbee, 1999, s. 137). Kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient er en viktig del av sykepleieprosessen, som sykepleieren kan bruke for å finne frem til pasientens individuelle behov (Travelbee, 1999, s. 141). Travelbee beskrev kommunikasjon som en pendelbevegelse, hvor påvirkning og motpåvirkning går gjensidig fram og tilbake i interaksjonen mellom sykepleieren og pasienten (Travelbee, 1999, s. 139). Hva som kommuniseres i den mellommenneskelige prosessen og innholdet i kommunikasjonen er avgjørende for effektiv kommunikasjon (Travelbee, 1999, s. 136).

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie

Metoden i denne bacheloroppgaven er litteraturstudie. I en litteraturstudie finner man relevant og allerede eksisterende kunnskap, såkalt *sekundærdata*, innenfor et bestemt forskningsområde (Tiedemann, 2015, s. 81). En litteraturstudie systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Dette innebærer å samle inn litteratur gjennom en søkeprosess og gjøre en kritisk vurdering, analyse og tolkning av litteraturen. Til slutt kommer man med en sammenfatning av resultatene (Thiedemann, 2015, s. 79).

3.2 PICO og søkeord

Jeg brukte PICO for å finne forskningslitteratur som omhandler problemstillingen min (Tabell I). PICO er et hjelpemiddel som skal gjøre problemstillingen mer presis og søkbar, og står for «patient/problem», «intervention», «comparison og «outcome» (Thiedemann, 2015, s. 86).

Tabell I - PICO

P	I	C	O
Kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft	Informasjon som omhandler seksualitet	Ingen sammenligningsgruppe	Seksualfunksjon
Cervical cancer (survivors)	Information/ Informational needs		Sexual function
Gynecological cancer (survivors)	Support/supportive care		Sexual health
			Sexuality

For hvert element i PICO satt jeg opp en liste med søkeord, for å finne relevant litteratur til min problemstilling. For å finne ulike søkeord eller Medical Subject headings (MeSH), brukte jeg MeSH-ordboken på Helsebibliotekets nettsider (Helsebiblioteket, 2020). MeSH-ordboken er et verktøy for å øke begrepsforståelsen av medisinske og helsefaglige termer på norsk og

engelsk, som kan bidra til mer presise søk for å finne litteratur i internasjonale databaser (Helsebiblioteket, 2020).

Jeg brukte søkeordene *cervical cancer* eller *gynecological cancer, survivors, information* og *support*. Jeg har brukt trunkering, som betyr å søke på et avkortet ord eller en *ordstamme* (Thidemann, 2015, s. 88). Dette har jeg gjort med ordet *sexual*. Ved å bruke «*» i slutten, vil jeg få opp alle ord som starter med «sexual», men som har ulike endinger. Det vil si at jeg får opp både *sexuality, sexual function, sexual dysfunction, sexual health* osv. Jeg har brukt AND eller OR for å kombinere søkeordene.

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Jeg satt opp en tabell med inklusjon- og eksklusjonskriterier, som jeg har brukt som grunnlag for å velge ut artikler.

Tabell II - Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Kvinner over 18 år	Kvinner under 18 år
Kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft og er erklært friske for kreftsykdommen	Kvinner som er under pågående behandling for livmorhalskreft/kvinner som ikke er erklært friske for kreftsykdommen
Publiseringsdato 2014-2020	Artikler publisert før 2014
Engelsk/norsk språk	Andre språk enn engelsk/norsk
Kvalitative og kvantitative artikler	Uten IMRAD-struktur
Etisk godkjent	Ikke gjennomgått etisk komite

Inklusjonskriterier for artiklene som er inkludert i oppgaven min er kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft, enten kjemoterapi, strålebehandling eller kirurgi. Kvinnene må være ferdigbehandlet for kreftsykdommen. Andre inklusjonskriterier er artikler publisert på engelsk- eller norsk språk, i perioden 2014-2020.

Medianalderen for livmorhalskreft er 45 år (Kreftregisteret, 2019). Det vil si at halvparten av de som rammes er under 45 år. Sykdommen er sjelden hos kvinner under 25 år (Kreftregisteret, 2019). Jeg har ingen avgrensninger på alder, annet enn at kvinnene må være voksne (over 18 år). For at artiklene jeg velger ut skal treffe min problemstilling må de omhandle senskader som påvirker kvinnenens seksualitet og seksualfunksjon. De må også ta for seg hvordan informasjon om senskader og seksualitet kan fungere som støtte for kvinnene.

Jeg har valgt å søke etter både kvalitative og kvantitative studier. Jeg ønsker å få frem enkeltpersoners opplevelser og erfaringer rundt informasjon- og støttetilbudet i etterkant av behandling for livmorhalskreft. Dette vil jeg oppnå gjennom å inkludere kvalitative studier. Kvalitativ metode kjennetegnes av dybdekunnskap og mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015, s. 77). Hensikten med denne metoden er å få frem kunnskap om menneskelige egenskaper, som for eksempel erfaringer, opplevelser, meninger og tanker (Thidemann, 2015, s. 77). Denne måten å samle inn data på, vil gi svar på spørsmål om hvordan pasienten opplever en gitt situasjon (Thidemann, 2015, s. 78). Dette er noe som passer godt til min problemstilling.

Jeg vil også inkludere kvantitative studier. Kvantitativ metode kjennetegnes av breddekunnskap, som vil si å få opplysninger fra mange undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015, s. 77). Kvantitative studier vil dermed få frem informasjonsbehovet hos en større gruppe kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft. Data til kvantitative studier samles ofte inn gjennom spørreundersøkelser med svaralternativer og vises med statistikk. Opplysningene vil ofte formidles i form av tabeller, gi målbare enheter og eksakt faktakunnskap i form av objektive data (Thidemann, 2015, s. 78). Ved å inkludere kvantitative artikler, vil jeg dermed få med en større gruppes erfaringer innenfor samme tema.

3.4 Litteratursøk

Basert på utarbeidet PICO og tilhørende søkeord, begynte jeg søkingen etter artikler. Jeg ønsket å finne både systematiske oversiktsartikler og primærstudier. Jeg brukte databasene som er tilgjengelige via Høgskulen på Vestlandet (Høgskulen på Vestlandet, 2019) for å gjøre systematiske søk.

Jeg har gjennomført søk i databasene MEDLINE, Embase, Cinahl og Cochrane Library. Søkehistorikken er vist i eget vedlegg (Vedlegg I - Søkehistorikk). Jeg gjorde først et systematisk søk i november 2019, deretter et oppdatert søk i mars 2020. Jeg startet søket i MEDLINE. Dette er den mest brukte databasen for helsepersonell, særlig innenfor sykepleie (Thidemann, 2015, s. 85). Jeg har også brukt Embase, som er et supplement til MEDLINE (Thidemann, 2015, s. 85). Videre gjorde jeg et søk i Cinahl, en database som inneholder forskningsartikler med en del kvalitativ forskning og pasienterfaringer (Høgskulen på Vestlandet, 2019). Cochrane Library inneholder mange randomiserte kontrollerte studier og systematiske litteraturoversikter innenfor behandlinger og forebyggende tiltak (Thidemann, 2015, s. 85).

Etter å ha lest overskriften på artiklene i trefflisten, valgte jeg ut de artiklene som var relevante for min problemstilling. Videre ble artiklenes abstrakt lest, og en ny vurdering ble tatt på om artikkelen skulle inkluderes eller ikke. Dersom artiklene innfridde de bestemte inklusjonskriteriene, ble de inkludert i oppgaven.

3.5 Analyse

Jeg har gjennomført en tematisk analyse av resultatene i de ulike artiklene, hvor jeg har merket meg de sentrale temaene som går igjen i de ulike artiklene (Thidemann, 2015, s. 91). Samtidig som jeg har analysert resultatene har jeg hatt problemstillingen min foran meg. Dette for å forsikre meg om at jeg holder meg innenfor oppgavens relevans. Etter gransking, vurderinger og eventuelle endringer kom jeg frem til de temaene som viste seg som gjengående i flere av artiklene (Thidemann, 2015, s. 92). Resultatene fra alle artiklene er tematisk fremstilt under ulike overskrifter i resultatkapittelet. Hovedresultatene, som jeg har tolket som mest relevante for min problemstilling, blir presentert først (Thidemann, 2015, s. 97).

3.6 Kildekritikk

Kildekritikk vil si å vurdere og kritisere kildene som benyttes i litteraturen for å fastslå om en kilde er sann (Dalland, 2012, s. 67). Hensikten med å gjøre en kildekritisk vurdering er å reflektere rundt litteraturens holdbarhet, relevans og gyldighet når det gjelder å belyse problemstillingen (Dalland, 2012, s. 72). Jeg har kritisk vurdert litteraturen som er inkludert i

oppgaven min gjennom å analysere, tolke og kritisk vurdere innholdet og argumentene som blir fremstilt i artikkelen (Thidemann, 2015, s. 34).

Jeg har valgt å inkludere litteratur som omhandler både livmorhalskreft og gynekologisk kreft. Man kan stille spørsmål om «gynekologisk kreft» blir for generelt når denne oppgaven omhandler kvinner som har overlevd livmorhalskreft. Jeg anser informasjonsbehovet hos kvinner som har overlevd livmorhalskreft sammenlignet med kreft i andre kvinnelige genitalier som tilnærmet det samme. Derfor har jeg valgt å inkludere artikler som tar for seg kvinner som har overlevd gynekologisk kreft.

Flere av artiklene jeg har inkludert er litteraturstudier, som vil si at teksten er bearbeidet og presentert av andre enn den opprinnelige forfatteren. På grunn av dette kan det opprinnelige perspektivet ha endret seg i løpet av prosessen (Dalland, 2012, s. 73). Det må også tas i betraktning at min oversettelse fra engelsk til norsk kan ha ført til fortolkninger som ikke er de samme som de opprinnelige forfatterne sine.

For å gjøre kvalitetsvurdering av litteraturen har jeg sett på hvem som har skrevet artikkelen, når den er skrevet og formålet med artikkelen (Dalland, 2012, s. 76). Den utvalgte litteraturen er skrevet av fagfolk som jobber innenfor fagfeltet. Samtlige artikler er publisert i et anerkjent tidsskrift. Innenfor fagområder som er i stadig utvikling, kan kunnskap fort bli utdatert (Dalland, 2012, s. 76). For å få aktuell og oppdatert kunnskap har jeg derfor avgrenset søket slik at utgivelsesdato på artiklene er 2014 eller senere.

3.7 Ethiske overveielser

Siden oppgaven baseres på litteraturstudie som metode, samles informasjon fra studier som allerede er gjennomført. Det er viktig å ikke stole blindt på forskningen som ligger ute, samt stille kritiske spørsmål ved artiklens troverdighet og kvalitet (Søk og Skriv, 2019). God og riktig kildereferering er også vesentlig for oppgaven, da mye av innholdet er basert på kunnskap og forskning skrevet av andre forfattere. Jeg har forsøkt å referere til den eksisterende kunnskapen og kildene jeg har brukt på en tydelig og nøyaktig måte. Dette for å vise redelighet ovenfor andres arbeid, samt gjøre det mulig å finne tilbake til hvor informasjonen er funnet for å kontrollere fakta og etterprøve resultatene (Søk og Skriv, 2019).

Jeg har også vurdert om de inkluderte studiene har gjennomført forskningen på en forsvarlig måte for de som har deltatt. Forskningsetikk er den delen av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre (Nylenna & Torp, 2017). Medisinsk forskning handler i stor grad om å ikke påføre skade eller unødvendig belastning på deltakerne, beskytte personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatene (Nylenna & Torp, 2017). Det er viktig at de inkluderte artiklene har ivaretatt de etiske prinsippene om frivillighet, anonymitet og informert samtykke (Thidemann, 2015, s. 12). Dersom det er forskningsetiske overveielser knyttet til studien skal dette stå anmerket i de inkluderte artiklene (Thidemann, 2015, s. 101).

4.0 Resultat

Litteratursøket ga treff på 107 studier (Vedlegg I - Søkehistorikk). Noen artikler ble ekskludert fordi de ikke omhandlet kvinner som var ferdig med kreftbehandlingen. Andre ble ekskludert siden de ikke fokuserte på senskader relatert til seksualitet eller tok for seg kvinnenes behov for informasjon. Til slutt satt jeg igjen med fem artikler som både innfridde inkluderingskriteriene og var relevante for problemstillingen. Jeg har inkludert en kvalitativ og en kvantitativ studie, samt tre oversiktsartikler. De inkluderte artiklene er satt inn i en litteraturmatrise (Vedlegg II), for å gi en oversikt over de viktigste elementene i de ulike artiklene (Thidemann, 2015, s. 89).

De to enkeltstudiene er gjennomført i Nederland (Vermeer, Bakker, Kenter, Stiggelbout & Kuile, 2015; Vermeer et al., 2014). En systematisk oversikt er skrevet av forfattere fra United Kingdom (Maguire, Kotronoulas, Simpson & Paterson, 2015). Oversiktsartikkelen av Huffman, Hartenbach, Carter, Rash & Kushner (2016) er skrevet i USA. Den siste inkluderte artikkelen er FIGO Cancer Report fra 2018, skrevet av to forfattere fra henholdsvis «University of Cape Town» i Sør-Afrika og «University of Turku» i Finland (Boa & Grénman, 2018). Artiklene har samlet data gjennom halvstrukturerte intervjuer (Vermeer et al., 2015) og tverrsnittstudie (Vermeer et al., 2014). Oversiktsartiklene har benyttet litteraturstudie som metode (Boa & Grénman, 2018; Huffman et al., 2016; Maguire et al., 2015).

Den tematiske analysen viste at bestemte temaer gikk igjen; kvinnes opplevelse av senskader, kvinnes og deres eventuelle partners behov for informasjon og støtte etter behandlingen, kvinnes erfaringer rundt oppfølging fra helsepersonell og barrierer rundt seksualitet. Jeg har systematisk delt inn resultatene fra de ulike studiene i ulike kategorier for å gjøre det mer oversiktlig for leseren.

4.1 Senskader og seksualitet etter kreftbehandling

Flere studier viste at kvinner som hadde gjennomgått behandling for gynekologisk kreft opplevde seksuell dysfunksjon etter avsluttet behandling (Boa & Grénman, 2018; Huffman et al. 2016; Vermeer et al., 2015). I studien til Boa og Grénman (2018) rapporterte opptil 90 % blant de gynekologiske kreftpasientene at de hadde opplevd seksuell dysfunksjon umiddelbart etter, og/eller i lang tid etter avsluttet behandling. Blant kvinnene som hadde gjennomgått livmorhalskreft i Vermeer et al. sin studie (2014) hadde 23-70 % opplevd en eller flere seksuelle dysfunksjoner i etterkant av behandling.

Flere av studiene viste at senskader som påvirket seksualfunksjonen i kortere tid etter behandlingen inkluderte orgasmeproblemer, vaginal forkortelse, smerter ved samleie, lymfødem, nummenhet i underlivet og seksuell misnøye (Huffman et al., 2016; Boa & Grénman, 2018). Blant kvinnene som opplevde vedvarende senskader var mangel på seksuell interesse, lymfødem, nummenhet i underlivet og tørrhet i skjeden de vanligste problemene (Huffman et al., 2016; Boa & Grénman, 2018). I Vermeer et al. (2015) sin studie rapporterte to tredjedeler av kvinnene at de opplevde inkontinens, tarmproblemer eller fysiske forandringer i vagina. De hyppigst forekommende forandringene var tørrhet eller sammenvoksninger i vagina, vaginal forkortelse, smerter, blødninger eller urinlekkasje under samleie. De fysiske forandringene førte til at mange av kvinnene unngikk seksuell aktivitet (Vermeer et al., 2015).

Halvparten av kvinnene i Vermeer et al. (2015) sin studie opplevde at de fysiske forandringene påvirket deres psykiske helse. I samme studie hadde halvparten av kvinnene blitt infertile etter behandlingen. For mange hadde dette påvirket deres følelse av kvinnelighet i negativ grad og

skapt følelser av sorg (Vermeer et al., 2015). Av kvinnene i Maguire et al. (2015) sin studie oppga 42 % at de hadde mangel på seksuell lyst etter behandling. I studien til Vermeer et al. (2014) opplevde over 50 % av kvinnene en redusert interesse for seksuell aktivitet, og 36 % følte på en seksuell bekymring. Det var mange kvinner som opplevde usikkerhet rundt eget kroppsbilde og hadde et negativt syn på sitt eget utseende (Vermeer et al., 2015; Maguire et al., 2015). Kvinnene slet med en rekke psykiske faktorer som ofte bidro til en unngåelsestendens til seksuell aktivitet (Maguire et al., 2015; Vermeer et al., 2015). De vanligste faktorene var frykt for seksuell aktivitet grunnet negative tanker og følelser, frykt for å skade eller forverre det affekterte området i underlivet, frykt for smerter under samleie eller frykt for tilbakefall av kreftsykdom (Maguire et al., 2015; Vermeer et al., 2015).

4.2 Informasjonsbehov

De fleste kvinnene rapporterte et behov for eller et ønske om mer informasjon om seksualitet i etterkant av kreftbehandlingen (Maguire et al., 2015; Boa & Grénman, 2018; Huffman et al., 2016; Vermeer et al., 2014; Vermeer et al., 2015). I Vermeer et al. (2014) sin studie sa 83 % av kvinnene at de ville satt pris på å motta mer informasjon relatert til seksualitet. I de ulike studiene oppga kvinnene at de ønsket informasjon om seksualitet på grunn av bekymringer rundt seksualitet (Vermeer et al., 2014) og individuelle behov (Maguire et al., 2015). Vermeer et al. (2014) sin studie viste at 61 % av kvinnene opplevde at de ikke hadde mottatt tilstrekkelig med informasjon om mulige konsekvenser kreftbehandlingen kunne ha på deres seksuelle funksjon. Blant kvinnene som ønsket hjelp, hadde 63 % hatt en samtale med helsepersonell om seksualitet. Av disse hadde 35 % tatt initiativ til samtalen på egenhånd (Vermeer et al., 2014). I en av studiene opplevde kvinnene at informasjonen som ble gitt rundt seksualitet var begrenset og utilstrekkelig (Vermeer et al., 2015). Blant de som mottok informasjon rapporterte noen at informasjonen var for medisinsk rettet, at den ble kommunisert på en så teknisk måte at den var vanskelig å forstå, eller at den ikke var tilpasset kvinnens individuelle behov (Vermeer et al., 2015). Noen av kvinnene mente at for mye informasjon førte til fortvilelse (Maguire et al., 2015).

Av de kvinnene som var i et forhold før kreftsykdommen oppstod, rapporterte seks av syv problemer knyttet til deres seksuelle forhold i etterkant av behandling (Vermeer et al., 2015). Omtrent 50 % av kvinnene i Vermeer et al. (2015) sin studie rapporterte at problemer med seksualitet hadde hatt negativ påvirkning på deres tidligere eller daværende forhold. Mange opplevde også kommunikasjonsproblemer i forholdet (Vermeer et al., 2015). Av kvinnene i Maguire et al. (2015) sin studie rapporterte 25 % at de slet med vansker i parforholdet, og 16 % uttrykte et spesifikt behov for seksuell parrådgivning (Maguire et al., 2015). De fleste kvinnene som var i et forhold ønsket at partneren skulle involveres i oppfølgingen etter kreftbehandlingen (Vermeer et al., 2015). Kvinnene ønsket at partneren skulle motta informasjon, lære hvordan de kunne møte kvinnenes bekymringer og behov for støtte, samt uttrykke deres eget perspektiv rundt temaet (Vermeer et al., 2015). Mange av partnerne oppga at de ville bli involvert i informasjon- og omsorgstilbudet. Partnerne ønsket å motta praktiske råd om seksuell dysfunksjon, kommunikasjon og støtte (Vermeer et al., 2015).

Som foretrukket måte å motta informasjon på, oppga 78 % av kvinnene i Vermeer et al. (2014) sin studie at skriftlig kommunikasjon var det beste alternativet. Omtrent like mange (77 %) ønsket muntlig kommunikasjon for å motta informasjonen. Mange av kvinnene i Vermeer et al. (2015) sin studie oppga internett som en oversiktlig, nyttig og tilgjengelig måte å motta skriftlig informasjon på. Andre mente at dette var for generelt og ikke tilstrekkelig for å dekke informasjonsbehovet. Disse nevnte «ansikt-til-ansikt kontakt» med kyndig helsepersonell som mer hjelpelig. Spesielt i de tilfellene hvor kvinnene opplevde mer komplekse problemer (Vermeer et al., 2015). Noen mente at støttegrupper med andre kvinner i samme situasjon kunne være til hjelp. Enten nettbaserte støttegrupper eller som fysisk deltakelse. Andre ønsket at kvinner som tidligere hadde opplevd det samme som en selv delte sine erfaringer rundt temaet (Vermeer et al., 2015).

Kvinnene oppga ulike tidspunkt for når informasjon om seksualitet var mest ønsket i etterkant av behandling. Halvparten foretrakk å motta støtte et sted mellom seks til 12 måneder etter behandling, men alt mellom tre måneder til over et år etter behandling ble nevnt (Vermeer et al., 2015; Vermeer et al., 2014). Omtrent halvparten av kvinnene i Vermeer et al. (2015) sin

studie rapporterte at de ikke hadde overskudd til å fokusere på deres seksualfunksjon under behandling og recovery. De var ikke mottakelig for informasjon rundt seksualitet i denne perioden (Vermeer et al., 2015).

4.3 Helsepersonells rolle

Av kvinnene i Boa & Grénman (2018) sin studie rapporterte 74 % at seksualitet burde vært et tema man diskuterte med helsepersonell. I den samme studien mente 62 % at de aldri hadde diskutert kreftbehandlingens påvirkning på seksualfunksjonen med helsepersonell gjennom behandlingsløpet (Boa & Grénman, 2018). Kvinnene i Huffman et al. (2015) sin studie etterlyste informasjon og rådgivning relatert til seksualitet i forkant av behandlingen, samt regelmessig oppfølging i etterkant. Mange av kvinnene forventet at helsepersonell skulle ta opp problemer relatert til seksualitet, men de fleste hadde aldri diskutert slike problemer med lege eller annet helsepersonell (Huffman et al., 2015). Kvinnene ville at helsepersonell tok mer initiativ til å adressere seksuelle problemer, og ønsket å snakke mer utdypende med helsepersonell om disse problemene (Vermeer et al., 2015; Maguire et al., 2015). Av kvinnene i Vermeer et al. (2014) sin studie rapporterte 25 % at de opplevde at helsepersonell hadde nok tid til å ha samtale om deres seksualfunksjon. Omtrent 40 % mente at helsepersonell tilbød nok «privacy» til å diskutere et slikt personlig tema (Vermeer et al., 2014). Boa & Grénman (2018) sin studie viste at under 50 % av gynekologiske onkologer spurte pasientene rutinemessig om deres seksuelle helse. I den samme studien rapporterte 80 % av onkologene at de hadde utilstrekkelig med tid til å møte pasientenes seksuelle bekymringer (Boa & Grénman, 2018).

4.4 Barrierer

Av kvinnene i Vermeer et al. (2015) sin studie rapporterte to tredjedeler at de hadde barrierer for å søke hjelp. Noen var motvillige til å søke hjelp fordi de anså seksualitet som et tabubelagt tema eller følte at de burde løse sine seksuelle problemer på egenhånd. Andre nevnte en kombinasjon av tid, transport og kostnader som praktiske barrierer til å søke hjelp (Vermeer et al., 2015). Ifølge Boa & Grénman (2018) rapporterte mange kvinner at de følte skam og flauhet rundt det å diskutere seksuelle problemer med helsepersonell. Mange kvinner

opplevde barrierene som større og viktigere enn fordelene ved å søke hjelp (Vermeer et al., 2015). De kvinnene i Vermeer et al. (2014) sin studie som mente det var flaut å diskutere seksuelle problemer med helsepersonell var mindre sannsynlig til å søke hjelp på egen. Det gjaldt også de som ikke anså seksualfunksjon som viktig, eller ikke hadde støtte fra partneren til å kontakte helsepersonell på grunn av seksuell dysfunksjon. De kvinnene som hadde høyere sannsynlighet for å søke hjelp på egenhånd var de som anså seksualfunksjonen som viktig og hadde sosial støtte fra partner eller venner. De som forventet forbedring ved å søke hjelp og var positive til kvaliteten på støtten fra helsepersonell hadde også høyere sannsynlighet for å søke hjelp (Vermeer et al., 2014).

5.0 Diskusjon

5.1 Informasjon om senskader og seksualitet

Stadig flere mennesker lever med senskader etter kreftsykdom, på grunn av forbedringer i kreftbehandlingen samt en aldrende befolkning (Boa & Grénman, 2018). Behandlingen, enten det er stråleterapi, kjemoterapi eller kirurgi, kan føre til kortvarige eller langvarige senskader som kan påvirke kvinnes seksualliv (Huffman et al., 2016; Boa & Grénman, 2018). At kvinner som har gjennomgått livmorhalskreft opplever seksuell dysfunksjon i etterkant av behandling (Vermeer et al., 2014; Vermeer et al., 2015) er en utfordring helsepersonell må ta på alvor. Det kan være utfordrende for sykepleiere å kartlegge pasientenes behov for informasjon om seksualitet (Lorentsen & Grov, 2016, s. 422). Som nevnt innledningsvis, etterlyser Elena Aronsen en samtale dedikert utelukkende til sex og samliv som en obligatorisk del av pakkeforløpet (Kvitrud, 2017). Aronsen, som selv har gjennomgått behandling for livmorhalskreft, opplevde informasjonen som ble gitt rundt seksualitet som mangelfull. Hun savnet at helsepersonell tok opp vanskelige temaer som sexliv (Kvitrud, 2017). Resultatet i flere av de inkluderte studiene viser at seksualitet er et tema som sjeldent blir tatt opp med de overlevende kvinnene (Boa & Grénman, 2018; Vermeer et al., 2014). Dette til tross for at de fleste rapporterer et behov for informasjon om seksualitet i etterkant av kreftbehandlingen. Resultatene er i tråd med studien til Huffman et al. (2016) som viser at helsepersonell generelt retter for lite oppmerksomhet mot seksuelle helseproblemer. Tore Borg støtter Aronsens forslag om at samtale rundt sex og samliv er temaer som bør være en

obligatorisk del av pakkeforløpet ved gynekologisk kreft (Kvitrud, 2017). Borg er kreftsykepleier og spesialist i sexologisk rådgivning ved Radiumhospitalet. Han synes det er pussig at samtaler om sex og samliv ikke er integrert i pakkeforløpet for kreft, da han hevder all kreft som regel vil få konsekvenser for seksualitet (Kvitrud, 2017).

Informasjon og praktiske råd er ifølge Vermeer et al. (2015), den viktigste formen for støtte som kvinnene har behov for. Som nevnt innledningsvis hevdes det i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) at *«pasienter skal få den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, samt informeres om mulige risikoer og bivirkninger»*. Dette vil si at pasientene har en lovpålagt rett til å motta informasjon om bivirkninger kreftbehandlingen kan føre med seg. Siden senskadene etter livmorhalskreft ofte har negativ påvirkning på kvinnes seksualliv, det viktig at helsepersonell tar opp problemer som omhandler seksualitet med pasientene. Som sykepleier har man et ansvar for å ivareta pasientens behov for informasjon. Dette støttes av profesjonens yrkesetiske retningslinjer; *«sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått»* (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Mange av kvinnene som har mottatt informasjon opplever denne som begrenset og utilstrekkelig, for medisinsk rettet, kommunisert på en for teknisk måte eller at den ikke er tilpasset kvinnens individuelle behov (Vermeer et al., 2015). Andre kvinner hevder at de har mottatt for mye informasjon, noe som har ført til fortvilelse (Maguire et al., 2015). Dette er erfaringer som strider mot Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-5), hvor det hevdes at *«informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn, og personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen»*. Hvordan kan helsepersonell tilpasse informasjonen slik at den passer til pasientens forutsetninger?

Kvinnene ønsker informasjon om senskadene som påvirker deres seksualitet i etterkant av kreftbehandling. Her nevnes konsekvenser som vaginale forandringer, endret selvbilde og nedsatt lyst, bekreftelse på at det er normalt å oppleve seksuell dysfunksjon i etterkant av

behandling, samt praktiske råd om hvordan håndtere disse problemene (Vermeer et al., 2015). Da vi vet at kvinnene oppgir et behov for å motta informasjon om seksualitet, er det nødvendig å diskutere hvordan man kan tilrettelegge hvordan informasjonen blir gitt. Den må gis på en slik måte at kvinnene får dekket sitt informasjonsbehov, samt forstår innholdet i informasjonen som blir formidlet. Det å gi informasjon på en god og tilpasset måte handler om å formidle kunnskap som pasienten har behov for. Informasjonen må formidles på en slik måte at pasienten er i stand til å ta imot og nyttiggjøre seg av den (Eide & Eide, 2017, s. 217). Informasjonen som gis bør være så fullstendig som mulig, samtidig som man ikke overlesser pasienten med informasjon hun ikke evner å forholde seg til eller klarer å huske (Eide & Eide, 2017, s. 219). Sykepleieren må derfor gjøre en individuell vurdering av hver enkelt pasient (Lorentsen & Grov, 2016, s. 417). I vurderingen må man kartlegge hvilket informasjonsbehov vedkommende har og vurdere hvor mye informasjon hun er i stand til å motta. Helsepersonell må gi informasjon om det mottakeren er opptatt av og opplever som relevant (Lorentsen & Grov, 2016, s. 418). Pasienter mener ofte at de ikke har blitt informert, selv om helsepersonell oppgir å ha gitt informasjonen (Eide & Eide, 2017, s. 219). En grunnregel er at informasjonen ikke er kommunisert før den er oppfattet og forstått av den andre (Eide & Eide, 2017, s. 219). Så hvordan kan man kommunisere på en slik måte at informasjonen som gis blir forstått og mottatt hos pasienten?

5.2 Å kommunisere om seksualitet

Det kan oppleves vanskelig å kommunisere rundt seksualitet, som er et privat tema for de fleste mennesker. Noen kvinner oppgir at informasjonen de fikk fra helsepersonell ble kommunisert på en for komplisert og teknisk måte, slik at den var vanskelig å forstå (Vermeer et al., 2015). Som helsepersonell er man gjerne vant til å kommunisere med kollegaer gjennom medisinske fagtermer, men for at pasienten skal forstå det som blir sagt er det en fordel å unngå «sykehusslang» (Eide & Eide, 2017, s. 220). Det kan være unaturlig og lite forståelig for pasienten at man bruker latinske uttrykk når man snakker om seksualitet. På samme måte kan det oppleves vanskelig og intimt å bruke folkelige uttrykk på kjønnsorganer og seksuelle handlinger (Gamnes, 2011, s. 99). Det er viktig at man finner ord som ikke kan misforstås og som man selv er komfortabel med å bruke (Gamnes, 2011, s. 99). Dersom man forsøker å fange opp hvilke ord pasienten selv bruker når hun snakker om

seksualitet, kan man «herme» etter disse ordene for å skape forståelse mellom pasienten og en selv som sykepleier.

En forutsetning for å formidle informasjonen på en god måte er at helsepersonell setter av nok tid til samtale med pasientene (Eide & Eide, 2017, s. 219). Mange av kvinnene opplever at helsepersonell har for dårlig tid til å ha samtale om deres seksualfunksjon (Vermeer et al., 2014). I helsevesenet generelt er mangel på tid en utfordring som kan påvirke både helsepersonell og pasientene. Mange gynekologiske onkologer rapporterer at de har utilstrekkelig med tid til å møte pasientenes seksuelle bekymringer (Boa & Grénman, 2018). For at kvinnene skal åpne opp og kommunisere med helsepersonell om deres seksualitet, er det viktig at de føler at den de snakker med er til stede og har tid til samtale. Noen kvinner opplever at helsepersonell ikke tilbyr nok «privacy» til å diskutere seksualitet (Vermeer et al., 2014). For å unngå dette bør samtalen finne sted på et lukket rom hvor man ikke blir forstyrret av kollegaer eller andre som går inn og ut. På denne måten legger man til rette for at pasienten skal føle seg trygg nok til å åpne opp om sine personlige problemer. Huffman et al. (2016) hevder at helsepersonell kan gjøre en betydelig innvirkning på livskvaliteten til pasientene, kun ved å spørre om seksuelle bekymringer. At kvinnene med jevne mellomrom blir spurt om deres seksuelle funksjon, vil kunne bidra til å minske engstelse og bekymring, samt føre til forbedring av seksualfunksjon og livskvalitet (Huffman et al., 2016). I løpet av samtalen bør helsepersonell kartlegge kvinnens seksualfunksjon forut for kreftsykdommen, hvordan hun opplever sitt nåværende seksualliv og hvordan kreftbehandlingen har påvirket hennes egen seksuelle helse og eventuelt hennes seksuelle forhold med partneren (Huffman et al., 2016).

Når et tema oppleves intimt og vanskelig å snakke om, er det desto viktigere at den profesjonelle har nødvendig kunnskap og tillit til egen rolle (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 43). Viktigheten av at sykepleiere utvikler ferdigheter og evner til kommunikasjon, er noe Travelbee var svært opptatt av (Travelbee, 1999, s. 138). Hun hevdet at «*jo mer kunnskapsrik og dyktig sykepleieren er, desto bedre er vedkommende i stand til å øse av kraften og styrken som ligger i kommunikasjonen*» (Travelbee, 1999, s. 138). Helsepersonell vegrer seg for å diskutere seksualitet med pasientene sine. Følelser av utilstrekkelig kunnskap

om seksuell dysfunksjon og mangel på trening til å håndtere seksuelle problemstillinger nevnes som årsaker til at de unngår å ta opp seksualitet med pasientene (Boa & Grénman, 2018; Huffman et al., 2016). Travelbee mente at det er sykepleieutdanningens oppgave å hjelpe studenter til å bruke og videreutvikle kommunikasjonsferdighetene sine (Travelbee, 1999, s. 149). Som sykepleierstudent har jeg selv opplevd undervisningen rundt kommunikasjon og seksualitet til å være svært begrenset. I løpet av det treårige studieløpet har jeg opplevd at mange mangler kunnskap om hvordan man kan kommunisere med pasienter om seksualitet og seksuell helse. Temaet *seksualitet* er noe man helst unngår å snakke om. Dersom det er sannhet i mine påstander, vil man som ferdigutdannet stå uten kompetanse til å ta opp problemer knyttet til seksuell helse i møte med pasienter som har behov for det. Min oppfatning støttes av en undersøkelse blant ansatte ved Sykehuset Innlandet HF i 2014. I denne undersøkelsen oppga 90 % at de hadde manglende grunnlag for å snakke om sykdom og seksualitet fra sin grunnutdanning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 43). For å imøtekomme behovet for kunnskap og kompetanse valgte sykehuset å arrangere fagdager for sine ansatte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 43). Som ferdigutdannet sykepleier har man mye pasientkontakt, og kan godt bli den personen som pasienter velger å spørre om seksuelle problemer (Gamnes, 2011, s. 99). I Helse- og omsorgsdepartementets nasjonale handlingsplan hevdes det at *«seksuell helse bør vektlegges i relevante profesjonsutdanninger som en del av en helhetlig helseforståelse, og inkluderes i faglige retningslinjer i helse- og omsorgstjenesten»* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 44). Videre foreslås det at *«tjenestene må sikre seg at de har personell med nødvendig kunnskap og kompetanse til å ivareta alle pasientens helseproblemer, også problemer relatert til seksuell helse»* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 44). At undervisning om kommunikasjon rundt seksualitet blir innført i studieprogrammet for sykepleierstudenter vil være hensiktsmessig for studentene som kan møte pasientene med større trygghet og kompetanse. Ikke minst vil det være til fordel for pasientene å bli møtt av helsepersonell som innehar kompetansen de har behov for.

5.3 Barrierer

Seksualitet tilhører den mest intime delen av livet. Det er noe man ikke snakker om med hvem som helst, og kan derfor være et vanskelig tema for pasienter å ta opp i møte med helse- og

omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 25). Seksualitet er for de fleste en viktig del av livet, men for mange pasienter er det vanskelig å diskutere seksuelle problemer med helsepersonell (Lorentsen & Grov, 2016, s. 421). Blant kvinnene i Vermeer et al. (2014) sin studie har mange problemer med å snakke om seksualitet med helsepersonell. Selv helsepersonell opplever seksualitet som et vanskelig tema å snakke med pasientene sine om (Huffman et al., 2016). Mange kvinner opplever barrierer som hindrer de i å søke hjelp fra helsepersonell (Vermeer et al., 2015). Til tross for at vi i dagens samfunn kan snakke åpent om de mest private ting, opplever fremdeles kvinnene at seksualitet er et tabubelagt tema (Vermeer et al., 2015). Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet «Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)». Dette er en nasjonal handlingsplan med mål om å tydeliggjøre betydningen av seksuell helse, samt få befolkningen til å snakke mer om seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 7). Seksualitet og seksuell helse er temaer som ofte forbigås ved sykdom eller behandling, og blir nedprioritert til fordel for annen informasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 43).

I et intervju med tidsskriftet «Sykepleien» hevder Randi Gjessing at det ikke er pasienten selv som skal etterlyse informasjon om sex og samliv (Kvitrud, 2017). Gjessing er onkologisk sykepleier og sexologisk rådgiver på Akershus Universitetssykehus. Hun mener at det er viktig at det er lege eller sykepleier som tar opp seksualitet som tema. Som et tips til helsepersonell som vil snakke med kreftpasienter om seksualitet, foreslår Gjessing at man bør informere mer enn man spør. Direkte spørsmål kan virke truende på pasienten, mens gjennom å gi informasjon viser man tillatelse til at pasienten kan snakke om seksuallivet sitt (Kvitrud, 2017). I en undersøkelse blant gynekologiske onkologer oppgir halvparten at de regelmessig spør pasientene om deres seksuelle helse (Boa & Grénman, 2018). Hva er grunnen til at helsepersonell ikke tør å ta opp seksualitet som tema med pasientene en møter? Mulige årsaker til dette kan blant annet være personlig forlegenhet eller at man anser det ukomfortabelt å diskutere seksualitet med pasientene (Boa & Grénman, 2018; Huffman et al., 2016). Helsepersonell kan oppleve å ha utilstrekkelig kunnskap om seksuell dysfunksjon eller føle at de har mangel på trening til å håndtere pasientens problemstillinger. Dette kan gjøre at de unngår å snakke med pasientene om seksuelle problemer. Noen oppgir frykt for å fornærme eller pinliggjøre pasienten som en årsak til at de velger å ikke ta opp seksuelle

problemer. At helsepersonell undervurderer hyppigheten av seksuelle dysfunksjoner hos pasientene kan også være en forklaring, eller at de undervurderer påvirkningen seksuelle plager har på pasientens helse og velvære (Boa & Grénman, 2018; Huffman et al., 2016).

Kvinner sier at de føler skam og flauhet rundt det å diskutere seksuelle problemer med helsepersonell (Boa & Grénman, 2018). Det er viktig at man som sykepleier er klar over ens atferd, holdninger og ordbruk i samtaler og når det gis informasjon er medvirkende til om pasienter opplever mismot eller håp (Lorentsen & Grov, 2016, s. 398). Man trenger kunnskap om sine egne og andres holdninger til seksualitet for å kunne ivareta pasienten på en best mulig måte (Gamnes, 2011, s. 86). Pasientene en møter kan ha andre tanker og syn på seksualitet enn det en selv har, og det er viktig at man som sykepleier er forberedt på. Myter, religion, oppvekstmiljø og gruppetilhørighet setter preg på den enkeltes holdning til seksualitet (Gamnes, 2011, s. 86). Travelbee mente at sykepleierens grunnleggende intensjoner og oppfatning av andre mennesker alltid blir kommunisert til mottakeren (Travelbee, 1999, s. 138). Hun mente at dersom sykepleieren ikke interesserer seg for pasienten vil dette fanges opp gjennom kommunikasjonen og støtte den andre bort (Travelbee, 1999, s. 138). Det er derfor viktig at man møter pasienter med en genuin interesse og et ønske om å forbedre situasjonen til vedkommende.

5.4 Tilrettelegging av informasjon og oppfølging

Under kreftbehandling og recovery kan kvinner mangle overskudd til å fokusere på sin seksualfunksjon (Vermeer et al., 2015). Rett etter at kreftdiagnosen er stillet er de fleste pasienter opptatt av diagnose, behandling og prognose (Gjessing et al., 2013, s. 91). Spørsmål rundt seksualitet kommer ofte senere. Ifølge Gjessing et al. (2013) kan det gjerne ta opptil et år eller mer før pasientene søker rådgivning om dette. Studier viser at kvinnene ønsker å motta informasjon og støtte fra tre måneder til over 12 måneder etter å ha fullført behandling (Vermeer et al., 2015; Vermeer et al., 2014). Siden forskningen viser stor spredning i tidspunktet kvinnene foretrekker å motta informasjon, bør sykepleier kartlegge dette gjennom individuell samtale med kvinnene. Da kan man tilpasse tidspunktet for når informasjonen blir gitt slik at det treffer den enkeltes behov og ønske. Man kan spekulere

rundt hvorfor ingen av kvinnene ønsket informasjon i forbindelse med utskrivelse. Kanskje de var så tilfredse med å ha overvunnet kreftsykdommen, slik at viktigheten av et velfungerende seksualliv ikke ble så stor på akkurat det tidspunktet. Mange hadde kanskje forventninger om at seksualfunksjonen ville bli negativt påvirket av kreftbehandlingen, og så på dette som en naturlig del av forløpet. Etter hvert som hverdagen normaliserte seg oppdaget kanskje kvinnene at problemene var større enn de innså ved utskrivelse. Et forslag kan være å gi informasjon om hvor kvinnene kan henvende seg dersom det oppstår problemer eller bekymringer rundt seksualitet i etterkant av utskrivelse.

Noen kvinner ønsket skriftlig informasjon om seksualitet etter behandling for livmorhalskreft, mens andre foretrakk å motta informasjonen gjennom muntlig kommunikasjon (Vermeer et al., 2014). Informasjonen som gis bør gjentas for pasienten (Jerpseth, 2016, s. 155). Ved å gjenta informasjonen er det større sannsynlighet for at kvinnen husker det hun blir fortalt. Det kan derfor være en god løsning å supplere muntlig informasjon med skriftlig informasjonsmaterieell (Lorentsen & Grov, 2016, s. 418). Dersom pasienten først mottar muntlig informasjon i samtale med helsepersonell, kan hun for eksempel få med seg en brosjyre med skriftlig informasjon hjem etter samtalen. Brosjyren bør inneholde den samme informasjonen som kvinnen fikk muntlig, slik at hun kan gjenta det de har snakket om hjemme på et senere tidspunkt. Mange kvinner mangler kunnskap om kjønnsorganenes anatomi og fysiologi (Jerpseth, 2016, s. 155). For at kvinnene skal forstå årsaken til de fysiske forandringene behandlingen kan ha forårsaket, kan det være nyttig å bruke tegninger eller modeller av de kvinnelige kjønnsorganene i informasjonsarbeidet.

For å motta skriftlig informasjon kan nettsider på internett være en oversiktlig, nyttig og tilgjengelig måte å motta informasjonen på (Vermeer et al., 2015). Fordelen med internett er at det er lett tilgjengelig for de fleste, enten på mobil eller datamaskin. Det vil derfor være en enkel måte for helsepersonell å nå ut med informasjonen til kvinnene på. En ulempe med internett er at det er en plattform med uendelige mengder informasjon, hvor kvaliteten og påliteligheten kan variere i stor grad. For mange kan det være vanskelig å være kritisk til informasjonen de kommer over, og gjøre en vurdering av det de leser. De som opplever mer

komplekse problemer oppgir at en internettside ikke er tilstrekkelig for å dekke informasjonsbehovet (Vermeer et al., 2015). Disse kvinnene oppga at de heller ønsker en fysisk samtale med kyndig helsepersonell, enten sexolog, gynekolog, sykepleier eller allmennlege (Vermeer et al., 2015). Med *kyndighet* menes det at den som yter helsehjelpen er kvalifisert til å utføre en bestemt oppgave (Helsedirektoratet, 2018). Hva den enkelte er kvalifisert til er en objektiv vurdering. Til tross for at helsepersonell har autorisasjon eller lisens, er ikke det nødvendigvis tilstrekkelig til at vedkommende er kvalifisert til å utføre oppgaven (Helsedirektoratet, 2018). Dersom kvinnenes problemer er så komplekse at de havner utenfor helsepersonellens kompetanseområde, må de henvises videre til andre fagpersoner (Huffman et al., 2016). Denne påstanden er i tråd med forsvarlighetskravet i Helsepersonelloven (1999, §4) hvor det står skrevet at; «*helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig*». Kravet tilsier at hver enkel helseperson selv må vurdere om det har tilstrekkelige kvalifikasjoner, eller om man må henvise pasienten videre (Helsedirektoratet, 2018). Kvinnene kan for eksempel ha behov for å henvises til fysioterapeut, psykolog eller parterapeut, avhengig av hva slags problemer de trenger hjelp med. Flere av kvinnene i Vermeer et al. (2015) sin studie mente at deltakelse i støttegrupper (enten nettbasert eller som fysisk deltakelse) med andre kvinner i samme situasjon kunne være til hjelp (Vermeer et al., 2015). Kvalifiserte sykepleiere kan lede støttegrupper for kreftrammede (Jerpseth, 2016, s. 155). Noen kvinner ønsket samtale med andre kvinner som tidligere har opplevd det samme som en selv, for å dele sine fortellinger og erfaringer rundt seksualitet etter livmorhalskreft (Vermeer et al., 2015). Studier viser at et skjebnefellesskap der en opplever å være i samme situasjon gir positiv helsegevinst for pasienter (Zabalegui et al. referert i Jerpseth, 2016, s. 155).

5.5 Deltakelse av partner

Problemer rundt seksualitet vil ikke bare påvirke kvinnen, men også hennes eventuelle partner (Boa & Grénman, 2018). Mange kvinner opplever seksuelle dysfunksjoner etter behandling som påvirker deres forhold med partneren i negativ grad (Vermeer et al., 2015). Mange opplevde også kommunikasjonsproblemer i forholdet (Vermeer et al., 2015). God kommunikasjon er et av de viktigste verktøyene for å løse seksuelle problemer (Gjessing et

al., 2013, s. 107). De som har et godt og velfungerende seksualliv når de blir rammet av kreft, er de som er mest opptatt av hvilke konsekvenser sykdom og behandling medfører for deres seksuelle helse (Gjessing et al., 2013, s. 91). Dynamikken mellom kvinnen og partneren er nøkkelen til en optimal seksualfunksjon i et forhold, og det er derfor nødvendig å spørre om hvor tilfreds de to partene er i deres relasjon (Huffman et al., 2016). Seksualitetsproblemer mellom pasienten og partneren kan påvirke forholdet i negativ grad, og skape frykt for å bli avvist eller forlatt (Maguire et al., 2015). Dersom den kreftoverlevende kvinnen er i et forhold, kan det være nyttig å inkludere kvinnens partner i oppfølgingen etter behandlingen. Studien til Vermeer et al. (2015) viser at flesteparten av både kvinnene og partnerne selv ønsker at partneren skal involveres i informasjonstilbudet i etterkant av behandling. Dette for å motta informasjon og lære hvordan de kan møte kvinnens bekymringer og behov for støtte, samt praktiske råd om seksuell dysfunksjon og kommunikasjon (Vermeer et al., 2015). At partneren deltar i informasjonsformidlingen kan også være hjelpelig for kvinnen, i form av at de to kan gjenta informasjonen for hverandre. Dersom det er noe den ene ikke forstår, kan den andre hjelpe til med å oppklare dersom det skulle være tvil om noe.

Enkelte par kan ha behov for å delta på samlivskurs eller for å ha kontakt med psykolog eller sexolog (Lorentsen & Grov, 2016, s. 422). Flere kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft rapporterer at de sliter med vansker i parforholdet, men få av disse oppgir at de har behov for seksuell parrådgivning (Maguire et al., 2015). Problemer med seksualitet i parforholdet kan resultere i spenninger, konfrontasjoner, kompromittert intimitet og et generelt destruktivt forhold, som kan bidra til vanskeligheter med å formidle behov eller ønsker til partneren (Maguire et al., 2015). Dette kan tolkes om en årsak til at ikke flere kvinner ønsker parrådgivning. Det kan også ha sammenheng med at kvinnene ser på problemene rundt sin seksualfunksjon som personlig, og at hun ser på det som sitt eget ansvar å håndtere disse utfordringene.

6.0 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg ved hjelp av relevant teori og forskning forsøkt å besvare problemstillingen om hvordan sykepleier kan ivareta behovet for informasjon om seksualitet

hos kvinner som har overlevd livmorhalskreft. Jeg har drøftet ulike temaer som omhandler kvinnenes seksualitet i etterkant av kreftbehandling, her iblant senskader, behovet for informasjon og støtte, kommunikasjon rundt seksualitet, helsepersonells rolle, deltakelse av eventuelle partnere, samt barrierer for å søke eller motta hjelp.

Forskning viser at kvinner som har overlevd livmorhalskreft både ønsker og trenger informasjon om seksualitet i etterkant av behandling. Kvinnene etterlyser informasjon om senskader som påvirker deres seksualitet i kortere eller lengre tid etter at behandlingen er avsluttet. Det virker som at kvinnene selv forventer at helsepersonell skal ta opp problemer som omhandler seksualitet. Helsepersonell oppgir at de vegrer seg til å ta opp temaet seksualitet med pasientene sine. For at sykepleiere skal klare å ivareta pasientenes behov for informasjon rundt seksualitet, er det vesentlig at de adresserer problemet hos pasientene sine. For å gjøre dette må man tørre å snakke om seksuelle problemer. Det er også viktig at man setter av nok tid til å ha disse private samtaler. Man må tilpasse informasjonen til kvinnens individuelle behov. Helsepersonell må undersøke *når* pasienten ønsker informasjonen, *hvordan* hun foretrekker å motta den, samt *hva* hun har behov for informasjon om. Dersom kvinnen har en partner, kan det være nyttig å inkludere vedkommende i oppfølgingen. Både for at partner kan støtte kvinnen og gjenta informasjonen for henne, men også for at partneren selv skal informeres om vanlige problemer som kan oppstå etter kreftbehandling.

For at sykepleiere skal klare å ivareta kvinnenes behov for informasjon om seksualitet etter behandling for livmorhalskreft, trenger de kunnskap. Kunnskap om seksualitet etter kreftbehandling vil gjøre helsepersonell tryggere i sin rolle, og gjøre det lettere å ta opp seksuelle problemer med pasientene. Helsepersonell trenger også kunnskap om hvordan man kan kommunisere med pasienter om seksualitet. Som et forslag for å oppnå dette, bør seksualitet og kommunikasjon få større plass i studieprogrammet for sykepleierstudenter. Avslutningsvis vil jeg understreke at seksualitet fremdeles er et tema som både helsepersonell og pasienter opplever som vanskelig å snakke om. Som helsepersonell må man kjenne til vanlige barrierer som hindrer kvinnene i å ta opp seksuelle problemer, for å forsøke å «overvinne» disse. Det er viktig at helsepersonell tørr å ta samtaler om seksuell helse. Dette kan bidra til å normalisere seksualitet som er en naturlig del av det å være menneske.

7.0 Referanseliste

- Allott, N. (2019). *Kommunikasjon*. I Store Norske Leksikon. Hentet 22. april 2020 fra <https://snl.no/kommunikasjon>
- Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2006). *Sexologi i praksis*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aronsen, E. (2017). *Når man plutselig får kreft er det enkelt å kødde, men vanskelig å le*. I Aftenposten. Hentet 10.09.19 fra <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/78g1B/naar-man-plutselig-faar-kreft-er-det-enkelt-aa-koedde-men-vanskelig-aa-le-elena-aronsen>
- Boa, R., & Grénman, S. (2018). *Psychosexual health in gynecologic cancer*. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 143(S2), 147-152. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12623>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Folkehelseinstituttet (2019). *Humant papillomavirus (HPV), genitale infeksjoner - veileder for helsepersonell*. Hentet 29.04.20 fra <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/humant-papillomavirus-hpv-genitale/>
- Gamnes, S. (2011). *Nærhet og seksualitet*. I: N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug red., *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (s. 71-104). 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Gjessing, R., Borg, T. & Dahl, A. A. (2013). Problemer med seksualitet. I: J. H. Loge, A. A. Dahl, S. D. Fosså & C. E. Kiserud (Red.), *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. (s. 87–108). 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helsebiblioteket (2020). *Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk*. Hentet 07.05.20 fra <https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk>

Helsedirektoratet (2016). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for gynekologisk kreft* (IS-2462). Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gynekologisk-kreft-handlingsprogram>

Helsedirektoratet (2018). *Krav til helsepersonells yrkesutøvelse*. Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse>

Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra

https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>

Huffman, L. B., Hartenbach, E. M., Carter, J., Rash, J. K., & Kushner, D. M. (2016). *Maintaining sexual health throughout gynecologic cancer survivorship: A comprehensive review and clinical guide*. *Gynecologic Oncology*, 140(2), 359-368.

<https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2015.11.010>

Høgskulen på Vestlandet (2019). *Søk etter fagressursar*. Hentet 22.11.19 fra

<https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/?filters=Sjuepleie>

Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I H. Almås, D. Stubberud, & R. Grønseth, *Klinisk sykepleie 2* (s. 133-165). 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kreftforeningen (2020a). *Livmorhalskreft*. Hentet 13.04.20 fra

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/>

Kreftforeningen (2020b). *Senskader*. Hentet 13.04.20 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/senskader/>

Kreftforeningen (2019) *Storsatsing for å hjelpe kvinner som overlever brystkreft*. Hentet

29.11.19 fra <https://kreftforeningen.no/aktuelt/siste-nyheter/storsatsing-for-a-hjelpe-kvinner-som-overlever-brystkreft/>

Kreftregisteret (2019) *Livmorhalskreft*. Hentet 29.11.19 fra

<https://www.kreftregisteret.no/temasider/kreftformer/livmorhalskreft>

Kristoff, A. (2016). Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (red.), *Sykdom og behandling* (s. 401-417). 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kvitrud, I. (2017). *Etterlyser samtale om sex og samliv etter kreft*. Hentet fra

<https://sykepleien.no/2017/05/etterlyser-samtale-om-sex-og-samliv-etter-kreft>

Lorentsen, J. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D. Stubberud, & R. Grønseth, *Klinisk sykepleie 2* (s. 397-430). 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Maguire, R. Kotronoulas, G., Simpson, M. & Paterson, C. (2015). *A systematic review of the supportive care needs of women living with and beyond cervical cancer*. *Gynecologic Oncology*, 136(3), 478-490. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2014.10.030>

Norsk sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiskeretningslinjer-for-sykepleiere>

Nylenna, M. & Torp, I. (2017). *Forskningsetikk*. I Store medisinske leksikon. Hentet 17.03.20 fra <https://sml.snl.no/forskningsetikk>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Søk og Skriv (2019). *Hvorfor referere?* Hentet (01.12.19) fra <https://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/sitering-og-etikk/>

Thiedemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G.G., Stiggelbout, A. M., & Kuile, M. M. (2015). *Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support*. *Supportive Care in Cancer*, 24(4), 1679-1687.

<https://doi.org/10.1007/s00520-015-2925-0>

Kandidatnummer: 304

Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Stiggelbout, A. M., Kenter, G. G., Kroon, C. D., & Kuile, M. M. (2014). *Sexual Issues Among Cervical Cancer Survivors: How can we Help Women Seek Help?* *Psycho-Oncology*, 22, 96-97. <https://doi.org/10.1002/pon.3663>

Wang, I. L. (2009). *Tilbake til hverdagen*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/tilbake-til-hverdagen>

Aars, Haakon (2011). *Menns seksualitet*. Oslo: Cappelen Damm.

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg I – Søkehistorikk

Database	Søk	Søkeord/meshterms	Antall treff	Begrensninger	Leste artikler	Inkludert i oppgaven
Medline 29.11.19	#1	Cervical cancer OR gynecologic cancer	47 889			
	#2	Sexual*	297 801			
	#3	Supportive care OR information	1 297 609			
	#4	Survivors	96 415			
	#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	11	2014-2019	5	3 Vermeer et al. (2014) Vermeer et al. (2015) Maguire et al. (2015)
CINAHL 27.11.19	#1	Cervical cancer OR gynecologic cancer	18 745			
	#2	Sexual*	112 459			
	#3	Support OR information	911 884			
	#4	Survivors	11 245			
	#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	21	2014-2019	4	(2) Vermeer et al. (2014) Vermeer et al. (2015)
Embase 05.03.20	#1	Cervical cancer OR gynecologic cancer	76 428			
	#2	Sexual*	393 053			
	#3	Information OR support	2 987 710			
	#4	Survivor	129 052			
	#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	16	2014-2020	5	1 (4) Huffman et al. (2014) Maguire et al. (2015)

						Vermeer et al. (2014) Vermeer et al. (2015)
Cochrane 06.03.20	#1	Cervical cancer OR gynecologic cancer				
	#2	Sexuality OR sexual function OR sexual health				
	#3	Information				
	#4	#1 AND #2 AND #3	28	Past 5 years	3	0
CINAHL 20.03.20	#1	Cervical cancer OR gynecologic cancer	19 792			
	#2	Sexual*	114 192			
	#3	Survivors	18 888			
	#4	#1 AND #2 AND #3	31	2014-2020	8	1 (3) Boa & Grénman (2018) Vermeer et al. (2014) Vermeer et al. (2015)

8.2 Vedlegg II – Litteraturmatrise

Forfattere Publiseringsår Tidsskrift Land	Hensikt	Metode	Utvalg/populasjon	Resultater
Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G.G., Stiggelbout, A. M., & Kuile, M. M 2015 Support Care Cancer Nederland	Å vurdere kreftoverlevende og deres partners erfaringer med seksuell dysfunksjon, psykoseksuell støtte og behov for hjelp fra helsepersonell.	Kvalitativ metode: Halvstrukturerte intervjuer	30 pasienter som har overlevd livmorhalskreft og 12 partnere.	Mange av deltakerne opplevde en eller flere seksuelle dysfunksjoner, som ofte forårsaket bekymring og stress. De fleste rapporterte at de har blitt spurt om deres seksualfunksjon, selv om oppmerksomheten ofte var begrenset og medisinsk rettet. At deltakerne betraktet temaet seksualitet som tabu hemmet noen fra å søke hjelp.

<p>Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Stiggelbout, A. M., Kenter, G. G., Kroon, C. D., & Kuile, M. M.</p> <p>2014</p> <p>Wiley Online Library (Psycho-Oncology)</p> <p>Nederland</p>	<p>Å vurdere kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft sitt behov for psykoseksuelle helsetjenester. Samt se på tendensen til at de selv søker den hjelpen de trenger.</p>	<p>Kvantitativ metode: Tverrsnittstudie</p>	<p>343 kvinner som har hatt livmorhalskreft og 154 av deres partnere.</p>	<p>Halvparten av kvinnene rapporterte et behov for informasjon om seksualitet, hvorav 35 % selv hadde tatt initiativ til samtale med en profesjonell om dette temaet. De fleste deltakerne ville sette pris på å motta informasjon om seksualitet og livmorhalskreft.</p>
<p>Boa, R. & Grénman, S.</p> <p>2018</p> <p>FIGO Cancer Report</p> <p>Gynecology Obstetrics</p> <p>Finland</p>	<p>Oversiktsartikkelen tar for seg senskader hos kvinner som har hatt gynekologisk kreft.</p> <p>Kreftsykdom og/eller behandlingen påvirker pasientenes psykiske, fysiske og sosiale faktorer, som kan ha en negativ innvirkning på kvinnenes livskvalitet.</p>	<p>Systematisk oversiktsartikkel</p>		<p>Seksuell helse blir ofte ikke diskutert med pasientene. De fleste pasientene uttrykker at de skulle ønske at de ble informert i større grad om deres seksuelle helse, og ønsker en mulighet til å diskutere problemer rundt dette med helsepersonell.</p>

<p>Huffman, L. B., Hartenbach, E. M., Carter, J., Rash, J. K., & Kushner, D. M.</p> <p>2016</p> <p>Gynecologic Oncology</p> <p>United States of America</p>	<p>Å komme med en oversikt over bekymringer knyttet til seksuell helse hos kvinner som har overlevd gynekologisk kreft. I tillegg diskutere evidens-baserte behandlingsmuligheter for å forbedre problemer kvinner opplever rundt deres seksuelle helse.</p>	<p>Oversiktsartikkel</p> <p>Omfattende litteratursøk i MEDLINE hvor studier med relevant informasjon om seksuell helse blant gynekologiske kreftoverlevende ble inkludert</p>		<p>Resultatet viser at seksuell dysfunksjon er hyppig forekommende hos kvinner som overlever gynekologisk kreft, som følge av kirurgi, stråling og kjemoterapi, som påvirker livskvaliteten i negativ grad. Helsepersonell kan gjøre en betydelig innvirkning på livskvaliteten hos gynekologiske kreftoverlevende ved å møte deres bekymringer knyttet til seksuell helse.</p>
<p>Maguire, R. Kotronoulas, G., Simpson, M. & Paterson, C.</p> <p>2015</p> <p>Gynecologic Oncology</p> <p>United Kingdom</p>	<p>Å undersøke tilgjengelig evidens når det gjelder behovet for støtte rundt seksualitet hos kvinner som lever med, eller som har overlevd livmorhalskreft.</p>	<p>Systematisk oversiktsartikkel med både kvalitative og kvantitative artikler funnet i syv ulike databaser (DARE, Cochrane, MEDLINE, CINAHL, BNI, PsychINFO and EMBASE)</p>	<p>15 artikler</p>	<p>Til tross for at kvinner med livmorhalskreft har en rekke tilleggsbehov, er det et overveiende behov for fokus på seksualitet og informasjon. Støtte rundt intimitet og seksualitet, informasjon fra helsepersonell, emosjonell og fysisk støtte var de mest hyppigste behovene kvinnene oppga. Kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell og sosiale behov var et tema i fire av studiene.</p>