



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9

### Predefinert informasjon

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

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 410

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 9998

**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:** 4

**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



# BACHELOROPPGAVE

Seksualitet etter livmorhalskreft; behovet  
for informasjon

Sexuality after cancer cervicis uteri; the  
need for information

**Kandidatnummer: 410**

Sykepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

22.05.2020

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:** Cervical cancer is the third most prevalent type of cancer in the world affecting women. The treatment of cervical cancer can lead to a variety of late complications, affecting female sexual health such as pain during intercourse, vaginal dryness and shortening, low libido and a changed body image. Despite the knowledge of the late complications and its effect on sexuality, many women experience that healthcare professionals don't address the issue of sexuality.

**Aim:** The purpose of the literature study was to investigate how nurses can support and inform women living and dealing with late complications after cervical cancer, related to sexuality and sexual health. Secondly the thesis explored how nurses, with the help of information and guidance, can strengthen women's sexual health after treatment for cervical cancer.

**Method:** Literature study, based on existing research on the subject. A systematic literature search was conducted, with the use of the databases such as CINAHL, Ovid, Medline and Oria, in addition to relevant academic literature.

**Results:** The literature study revealed that patients want and need information about late complications after cervical cancer and its effect on their sexuality. Women experience complications like pain during intercourse, vaginal dryness and shortening, low libido and a changed body image, and the lack of information from healthcare professionals regarding sexuality and sexual health was considered a major problem for the women in the studies.

**Conclusion:** Information regarding personal health, treatment and late complications is something patients are entitled to, and it's something nurses are ethically and legally obliged to provide. It is important that nurses and other relevant healthcare professionals provide woman with information regarding sexuality and sexual health, during and after the treatment. Women want and need guidance in terms of how to deal with bodily changes and sexual problems, and it's crucial that nurse acknowledge their need for information and the positive effect this information has on the women's sexual health.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	s. 4
1.1 Problemstilling.....	s. 5
1.2 Bakgrunn for valg av problemstilling.....	s. 5
1.3 Begrensing av oppgaven.....	s. 6
1.4 Begrepsavklaringer.....	s. 6
<b>2.0 Teori</b> .....	s. 7
2.1 Livmorhalskreft.....	s. 7
2.2 Seksualitet.....	s. 8
2.2.1 Seksuelle problemer knyttet til sykdom og behandling.....	s. 8
2.3 Kroppsbilde.....	s. 10
2.4 Pasientundervisning og veiledning.....	s. 11
2.4.1 Pasientundervisning.....	s. 11
2.4.2 Seksuell veiledning.....	s. 12
2.5 PLISSIT-modellen.....	s. 13
<b>3.0 Metode</b> .....	s. 15
3.1 Litteraturstudie.....	s. 15
3.2 Søkeprosessen.....	s. 15
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	s. 16
3.3 Kildekritikk.....	s. 16
3.4 Analyse.....	s. 17
3.5 Etske perspektiver.....	s. 18
3.6 Metodekritikk.....	s.18
<b>4.0 Resultatsyntese</b> .....	s. 19
4.1 Sex, kropp og samliv.....	s. 19
4.2 Behov for informasjon.....	s. 21
4.3 Utfordringer med den seksuelle samtalen.....	s. 23
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	s.25
5.1 Metodediskusjon.....	s. 25
5.2 Resultatdiskusjon.....	s. 26
5.2.1 Senskaders konsekvenser på kroppsbilde og livskvalitet.....	s. 26
5.2.2 Behov for informasjon, rett på informasjon.....	s. 29
5.2.3 Hvordan veilede og informere?.....	s. 31
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	s. 34
<b>Referanseliste</b> .....	s. 35

**Vedlegg I** – PLISSIT-modellen

**Vedlegg II** - Søkehistorikk

**Vedlegg III** – PIO-skjema

**Vedlegg IV** – Litteraturmatrise

# 1.0 Innledning

På verdensbasis er livmorhalskreft den fjerde største kreftformen som rammer kvinner, og i 2018 var det 355 kvinner i Norge som fikk denne kreftformen (Kreftregisteret, 2020). Livmorhalskreft er den vanligste kreftformen for kvinner under 35 år, skyldes hovedsakelig infeksjon med Humant Papillomavirus (Kreftregisteret, 2020). Behandling av livmorhalskreft kan føre til senskader og komplikasjoner som kan påvirke kvinners seksualitet og seksuelle helse (Borg, 2017, s.122), som for eksempel tørr og forkortet skjede, sammenvoksinger og infertilitet (Kreftforeningen, 2020). I en brukerundersøkelse gjennomført av Kreftforeningen i 2014, kommer det frem at kreft rammer den seksuelle helsen. I tillegg rapporterer kvinner at de ikke ble informert om hvordan kreftbehandlingen eller senskader kan påvirke seksualiteten og samlivet (HOD, 2016, s.46-47). En kvalitativ studie i Irland gjennomført av Cleary & McCarthy (2013), som undersøkte hvordan gynekologisk kreft påvirket seksualitet, støtter dette. Alle deltagerne rapporterte at de ikke hadde fått noen informasjon om hvordan behandlingen av gynekologisk kreft kunne påvirke seksualiteten i etterkant. Funnene i studien påpeker et behov for bedre informasjon og veiledning av kvinner og partnere i forbindelse med behandling av gynekologisk kreft. Sexolog og onkologisk sykepleier Randi Gjessing skriver i en artikkel i tidskriften Sykepleien (2018) at «sykepleiere har alle muligheter til å være gode rådgivere og samtalepartnere om veien tilbake til et seksualliv etter kreftbehandlingen». Ifølge Johansen & Gamnes (2019) vil mange spørsmål og bekymringer rundt seksualitet la seg besvare og løse gjennom en samtale om emnet. I møte med pasienten har sykepleiere et ansvar for at pasienten får helhetlig og omsorgsfull hjelp, samt at de utøver en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (NSF, 2019). Sykepleiere bør tilstrebe å arbeide ut ifra et holistisk perspektiv og være med på å minimere de negative konsekvensene av sykdom og behandling, innbefattet konsekvenser for seksualiteten (Borg, 2017, s.129). Det kan være vanskelig for pasienter å ta opp med helsepersonell at de for eksempel har problemer med tørre slimhinner eller at skjeden oppleves for kort og trang, og ofte hjelper det at sykepleier oppmuntrer til en slik samtale ved å sette ord på situasjoner og følelser som pasienten kan oppleve som pinlig.

For at helsepersonell skal kunne oppmuntre pasienter til å ha en samtale om seksualitet, fordrer det at helsepersonell ikke er redd for å ta opp slike tema med pasienten, og tørr å ta imot det pasienten presenterer (Almås, 2017, s.70). Seksualitet er både et viktig helseaspekt, men det er også det en

menneskerett å kunne ivareta sin seksuelle helse. I strategi for seksuell helse (2016) kan man lese at det skal være et mål for helsepersonell å «sikre at seksuell helse integreres i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid i alle nivåer av helse- og omsorgstjenester. Ifølge Borg (2017) referert i Reitan & Schjøberg (2017) er ingen holistisk tilnærming komplett før seksualitet er tematisert. Ignorerer dette temaet, kan det føre til redusert livskvalitet om pasientene ikke får den hjelpen og veiledningen de har behov for (Bal, Yilmaz & Beji, 2013, s. 88).

## 1.1 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere veilede kvinner til å styrke sin seksuelle helse etter behandling for livmorhalskreft?

## 1.2 Bakgrunn for valg av problemstilling

I løpet av de siste årene har Kreftforeningens kampanje «Sjekk deg» preget sosiale medier og nyhetsbildet. Thea Steen er en sentral skikkelse i kampen mot livmorhalskreft, og hun snakket åpent om sine erfaringer med denne kreftformen og viktigheten av å informere om sykdommen. Livmorhalskreft kom på denne måten frem i søkelyset, og jeg har gjennom sykepleierstudiet kjent på et voksende engasjement for kvinnehelsen og helsefremmende arbeid rettet mot seksuell helse. Ifølge de Yrkesetiske Retningslinjer for Sykepleiere (2019) har sykepleieren ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom. I Helse- og Omsorgsdepartementets Strategi for seksuell helse (2017-2022) kan man lese at seksualitet er en helsefremmende ressurs gjennom hele livet, og at *individets handlingskompetanse for å ivareta god helse bidrar til god livskvalitet og god helse for den enkelte*. Jeg ønsker med dette litteraturstudiet 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.

### 1.2.1 Begrensning av oppgaven

Oppgaven vil omhandle pasienter som har overlevd kurativ og adjuvant behandling for livmorhalskreft, som for eksempel cytostatika, kirurgi og strålebehandling. Andre gynekologiske kreftformer vil ikke bli ekskludert, ettersom det innebærer lignende behandling og komplikasjoner for kvinnen. Oppgavens fokus vil være perioden før og etter behandling. Målgruppen vil være kvinner i aldersgruppen 23-70 år. Partere (menn og kvinner) vil inkluderes, ettersom de også kan påvirkes av kreftdiagnosene og kan

være en ressurs for kvinnen. Det vil søkes etter studier som belyser kvinners behov for informasjon og veiledning relatert til seksualitet og livskvalitet.

### 1.3 Begrepsavklaring

**Seksualitet:** Verdens helseorganisasjons arbeidsdefinisjon om seksualitet lyder i skrivende stund slik:

...a central aspect of being human throughout life encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, legal, historical, religious and spiritual factors. (WHO, 2006a, referert i WHO, u.å).

**Seksuell helse:** Verdens helseorganisasjon sin arbeidsdefinisjon for seksuell helse lyder slik:

...a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled. (WHO, 2006a, referert i WHO, u.å).

**Helsepedagogikk:** Begrepet kan forklares som en type pedagogisk aktivitet som tar sikte på å fremme læring og mestring, der målet er bedre helse for pasienten (Kristoffersen, 2011, s. 345).

**Veiledning:** Veiledning av pasienter blir av Tveiten (2006) referert i Tveiten (2016) definert som «en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier». Formålet er at helsepersonell skal legge til rette for at pasienter blir i stand til å kontrollere ulike aspekter av eget liv og egen helse (Tveiten, 2016, s. 89).



## 2.0 Teori

### 2.1 Livmorhalskreft

I Norge får over 300 kvinner livmorhalskreft hvert år, og mellom 70 og 90 av dem dør av sykdommen (Kreftregisteret, 2019). Livmorhalskreft, cervix cancer, er en kreftform som utvikler seg i livmorhalsen i overgangen mellom plateepitel og sylinderepitel (Jerpseth, 2016, s. 153). Svulsten oppstår vanligvis i overgangssonen rundt mormunnåpningen, og går over til cervikalkanalen. Årsaken til livmorhalskreft skyldes primært en infeksjon med humant papillomavirus (HPV). HPV overføres ved seksuell kontakt, og opp mot 80 % av alle seksuelt aktive vil på et tidspunkt i livet være smittet (Felleskatalogen, 2016). Det finnes over 100 forskjellige typer HPV, men HPV 16 og HPV 18 er til sammen årsak til ca. 70 % av alle tilfeller av livmorhalskreft, mens HPV 31, 33, 45, 52 og 58 er ansvarlig for cirka 20 % av tilfellene (FHI, 2019). Utviklingen av livmorhalskreft skjer over flere år. Prosessen vil i mange tilfeller stroppe opp eller gå tilbake av seg selv til normaltstanden, særlig ved de tidlige stadiene av celleforandringer (Kristensen, 2017, s.593). Forstadiene til livmorhalskreft kalles cervical intraepitelial neoplasi (CIN), og deles vanligvis inn i tre alvorlighetsgrader. CIN 3 forekommer sjeldnere enn CIN 1-2, og det er langt fra alle tilfeller av CIN 3 som progredierer til kreft (Kristensen, 2017). Man har likevel ingen mulighet til å predikere hvilke pasienter som vil utvikle livmorhalskreft, og man velger derfor å behandle alle tilfeller av CIN 3 (Kristensen, 2017). Forstadier til livmorhalskreft gir ingen symptomer (Kristensen, 2017, s.593). Norske kvinner i alderen 25-69 år anbefales derfor å ta celleprøve av cervix hvert tredje år, slik at forstadier med celleforandring kan oppdages på et tidlig stadium (Kreftregisteret, 2019).

Livmorhalskreft kan behandles kirurgisk, med radioaktive stråler og cytostatika, og ofte kombineres de ulike behandlingstypene (Jerpseth, 2016, s. 153). Behandlingsvalget avhenger av hvilket stadium sykdommen befinner seg på, og størrelsen på svulsten (Kreftforeningen, 2020). Oppdages sykdommen på et tidlig stadium utføres konisering, et enkelt inngrep som innebærer at affiserte del av livmorhalsen skjæres vekk, gjerne ved bruk av laser eller elektrosløyge (Kristensen, 2017, s.595). I senere stadium brukes blant annet intrakavitær stråleterapi, etterfulgt av radikal hysterektomi (fjerning av livmor). Finner man spredning utenfor livmorhalsen vil en ofte kombinere strålebehandling med cytostatika, ettersom behandling med cytostatika samtidig med strålebehandling øker svulstcellenes følsomhet for stråling og reduserer senere residiver og fjernmetastaser (Kristensen, 2017, s.595). Behandling av

livmorhalskreft, er som all annen kreft, personavhengig og individualisert, men overordnet er det nevnte retningslinjer som preger behandlingen i Norge.

## **2.2 Seksualitet**

Seksualitet regnes å være et grunnleggende behov, på samme måte som behov for mat og drikke, og er grunnleggende for selvbildet og oppfatningen av en selv (Jerpseth, 2017, s. 140). Seksualitet angår alle mennesker, uavhengig av alder, kjønn, sykdom og livssituasjon, og det er en drivkraft som er tilstede gjennom hele livsløpet (Borg, 2017, s.120). Behovet, hva som kjennetegner seksualitet, dens uttrykk og innhold vil forandre seg gjennom hele livet, og kvinner i fertil alder vil ha andre behov i forhold til opprettholdelse av sin seksuelle helse enn eldre kvinner som har avtagende genital seksualitet (Borg, 2017, s.121). Seksualitet er ikke nødvendigvis av erotisk art, som for eksempel ereksjon, lubrikasjon, samleie eller orgasme (Borg, 2017, s.125). Ofte handler det også om nærhet, ømhet, hengivenhet og kjærlighet, og for mange pasienter kan det være riktig å snakke om intimitet i stede for seksualitet (S.126). Helse- og omsorgsdepartementet (2016) omtaler god seksuell helse som en ressurs og beskyttelses-faktor, som både fremmer livskvalitet og mestringsferdigheter. HOD (2016) trekker frem viktigheten av positive holdninger og følelser for egen kropp, og at dette, sammen med god kunnskap om kropp og seksualitet, kan bidra til at man får en tryggere seksuell identitet. For å oppnå og opprettholde god seksuell helse, må alle menneskers seksuelle rettigheter respekteres, beskyttes og oppfylles (WHO, u.å).

### **2.2.3 Seksuelle problemer knyttet til sykdom og behandling**

Menneskers seksualitet kan lett bli påvirket under fysisk og psykisk stress forårsaket av sykdom (Borg, 2017, s.120). Kreftbehandling som kjemoterapi, strålebehandling, kirurgi og hormonbehandling etter gynekologisk kreft kan føre til en rekke bivirkninger og senskader. Strålebehandling og operasjon med radikal hysterektomi medfører infertilitet og kunstig overgangsalder, og fjerning av lymfeknuter fra bekkenveggen medfører risiko for lymfeødem (Kristensen, 2017, s.596). Strålebehandlingen kan affisere eggstokkene, noe som vil stanse produksjonen av hormoner, som for eksempel østrogen (Kreftforeningen, 2020). Østrogen er et viktig hormon i forbindelse med kvinners seksualitet, og fremmer lyst, orgasme, lubrikasjon og tilfredshet (Almås & Benestad, 2017, s. 105). Østrogen er seksuelt og mentalt aktiverende, og mangel på dette hormonet kan være psykisk belastende for kvinnen, selv om hormonbehandling kan lette de fysiske plagene. Strålebehandling fører også til at skjeden blir mindre følsom og mindre elastisk. Det kan medføre en kort og trang vagina, noe som kan gi

seksuelle plager (Kristensen, 2017, s. 595). Noen kvinner kan også etter både kirurgi og strålebehandling få fisteldannelser, altså hulrom eller åpninger fra blære, tarmen, eller skjeden til andre organer i bekkenet. Slike fistler kan føre til store problemer med siving av urin og avføring, det gir økt infeksjonsfare, og vanskeliggjør seksuallivet (Jacobsen, 2017, s.605). Infertilitet er også vanlige komplikasjoner som kan oppstå etter behandling, noe som for mange kvinner er en stor påkjenning da en viktig del av mange kvinners kroppsbilde er evnen til å kunne bli mor (Jacobsen, 2017).

Det å ha vært igjennom kreftbehandling er sjeldent et hinder for å kunne fortsette med et normalt seksualliv, og pasienter og pårørende kan trenge støtte og veiledning for å få dette til (Borg, 2017, s.120-122). Hos kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft vil de seksuelle problemene særlig være knyttet til de fysiologiske aspektene ved seksualitet og den seksuelle responssyklusen (Borg, 2017, s.122). Den seksuelle responssyklusen beskrives av Almås referert i Borg (2017, s.122) som fire faser; lyst, opphisselse, orgasme og avslapningsfase. Alle de overnevnte komplikasjonene kan forstyrre de ulike leddene i den seksuelle responssyklusen og følgende gjøre seksuallivet vanskelig. Et tilfredsstillende genitalt seksualliv forutsetter fysiologiske prosesser som hormonproduksjon, nerveforsyning og blodsirkulasjon (Borg, 2017, s.122). Pasienter som har vært igjennom strålebehandling, kirurgiske inngrep, hormonbehandling og lignende, vil dermed kunne oppleve endret seksualitet og seksuell helse, i tillegg til psykiske problemer som angst og depresjon (Jacobsen, 2017, s. 604).

## 2.3 Kroppsbilde

Kroppsbildet er et viktig aspekt ved menneskers opplevelse av seg selv (Stuart, 2008, referert i Solvoll, 2011, s.17), og betyr så mye for selvopplevelsen at Stuart beskriver det som det «livslange ankeret i selvet». Stuart (2008) referert i Solvoll (2011) beskriver kroppsbildet som to deler, den fysiske ytre delen, som man kan se og kjenne på, og den indre deler, som individet bare kan oppleve. For sykepleiere er kroppsbildet til pasientene av særlig interesse fordi sykdom og lidelse ofte relaterer seg til kroppen (Solvoll, 2011, s.18), og det å hjelpe pasienten til å forstå og akseptere at kreft og dens behandling kan påvirke kroppsbildet er da en viktig oppgave for sykepleiere som jobber med kreftpasienter (Schjølberg, 2017, s.132).

Strålebehandling, hormonbehandling, kirurgi og kjemoterapi fører til kroppslige endringer som både kan sees (ytre del) og oppleves av pasienten (indre del), som for eksempel hårtap, vekttap, arr etter operasjon og stråling, hetetokter, nedsatt libido, humørsvingninger, angst og depresjon. Forandringer i kroppens funksjon og utseende kan påvirke pasientens tilvante kroppsbilde, og kan på denne måten medføre konsekvenser for identitet og egenverd (Solvoll, 2011, s.20). For tidlig menopause kan være traumatisk fordi det gir plagsomme symptomer, og fordi det forbindes med aldring og redusert kvinnelighet (Jacobsen, 2017, s.607). For mange er den største sorgen at de ikke kan få barn. Livmoren og eggstokkene er for mange ikke bare forbundet med evnen til å få barn, men også med helhet, friskhet og kvinnelighet (s. 607). For en del kvinner er det å miste håret også en trussel mot kvinneligheten, i tillegg til at det er en svært synlig endring, både for kvinnen selv og for andre (s.607). For kvinner som har gjennomgått kreftbehandling kan kroppen oppfattes som mer sårbar, fremmed og problematisk, og den kan objektiviseres på en annen måte enn tidligere (Jacobsen, 2017, s.607). I følge Lindwall (2004), referert i Jacobsen (2017, s.610), kan denne objektiveringen lede til en følelse av krenkelse og en opplevelse av ikke å bli sett som et helt menneske.

Selvbildet er viktig for seksualiteten. Det at pasienten ikke kan gi seksualiteten det samme uttrykk som tidligere, på grunn av de fysiske forandringene som sykdom og behandling fører med seg, kan bli en trussel mot selvbildet (Borg, 2017, s.125). Opplevelsen av at både kropp og sinn blir forandret på en måte som gjør det vanskelig for pasienten å forstå at andre fremdeles kan finne han eller henne attraktiv og verd å elske (s.125). Kvinners opplevelse av seksuell identitet og femininitet kan bli endret, og for mange kan tapet av den seksuelle helsen føre til sorgreaksjoner (s.125).

## 2.4 Pasientundervisning og veiledning

Sykepleiere har et faglig ansvar og funksjonsområde som skal styre hvordan man tilnærmer seg og ivaretar pasienter og pårørende. Sykepleierens undervisende funksjonen innebærer at sykepleieren skal informere, undervise og veilede pasienter og pårørende, og hjelpe pasienten med å få økt kunnskap om egen sykdom og å mestre konsekvensene av behandling (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22-23). Den veiledende og undervisende funksjonen til sykepleiere er lovfestet, og sier at sykepleiere har et ansvar for å sørge for at pasienter får informasjon om egen helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2, Molven, 2009, s. 106). Videre sier de Yrkesetiske Retningslinjene for Sykepleiere (2019) at sykepleiere skal sikre at pasientene får nødvendig informasjon, at denne informasjonen er forstått, og sykepleiere skal følge opp med informasjon innenfor sykepleie og omsorg. Informasjonsarbeid og veiledning er dermed ikke en prosess sykepleiere kan velge bort.

Sykepleiere må sørge for å ta seg tid til at tema som seksualitet og seksuell helse blir tatt opp med pasientene og deres partnere, og ikke unngå å snakke om dette fordi det er et ømfintlig tema og mangel på tid. Når man unngår å diskutere seksuelle problemer med pasientene, vil det styrke fordommene om at seksualitet er et avsluttet kapittel for denne pasientgruppen (Borg, 2017, s.126). Mangel på informasjon kan også gi utrygghet, usikkerhet og økt lidelse (Tveiten, 2016, s. 122). Når helsepersonell åpner opp for å snakke om seksualitet med pasientene, åpner det opp et nytt tilfang av viktig informasjon om menneskers levetilstand (Almås & Benestad, 2006, s. 61). Seksuelle lengsler, traumer, hemmelige lyster og egenskaper opptar mennesker på en måte som bidrar til å hemme eller fremme helse og velvære (s. 61).

### 2.4.1 Pasientundervisning

Helsepedagogikk handler ifølge Tveiten (2016) om det teoretiske grunnlaget og om hva som kan iverksettes for å legge til rette for at pasienter og pårørende skal mestre utfordringer knyttet til helse, om samhandling og aktiv medvirkning. Hensikten med helsepedagogikk er blant annet å bidra til utvikling av pasientkompetanse og mestring (Tveiten, 2012, ref. i Tveiten, 2016, s.12). På engelsk brukes begrepet «patient education» eller «pasientundervisning» når utviklingen av pasientkompetanse blir beskrevet (s.12). Prosessen bidrar til de forandringer i kunnskap, holdninger og ferdigheter som er nødvendig for å opprettholde eller bedre helsen (Oyetunde & Akinmeye, 2015, ref. i Tveiten, 2016, s.12). Målet med pasientundervisning er ikke bare at pasienten skal forstå sin nåværende helsetilstand, men også å kunne ta passende beslutninger om helsetjenester og foreta

nødvendige endringer for å oppnå optimal helse (Redmon, 2001, ref. i Syx, 2008). Fordelen med god pasientundervisning er økt pasienttilfredshet, økt livskvalitet, bedre etterlevelse av helsehjelp og pleieplan, mindre angst, redusert sannsynlighet for komplikasjoner og økt uavhengighet (Bastable, 2006, ref. i Syx, 2008).

#### **2.4.2 Seksuell veiledning**

Å bevare pasientens seksuelle helse, uavhengig av hvilke problemer de har, bør være hovedmålsettingen for sykepleieren ved veiledning (Borg, 2017, s. 127). Når sykepleiere skal veilede pasienter om seksualitet, kreves det at sykepleier har kunnskap om fysiske og psykiske utfordringer som disse kvinnene står ovenfor (s.126). Ifølge Christiansen (2013) kan sykepleiere ved hjelp av helseveiledningens pedagogiske, faglige og kommunikative prosess, øke pasienter og pårørendes læring og mestring. Hans definisjon av veiledning, en lyttende, spørrende, motiverende, støttende, informerende og undervisende prosess, får frem hvor aktiv man som sykepleier må være for å støtte og styrke pasienten. Man må altså være nysgjerrig, og undersøke hvem pasienten er og hvilke behov hen har for å sikre at veiledningen går på pasientens premisser og dekker pasientens behov. Empati er essensielt i møte med kvinner som trenger veiledning. Ved å vise medfølelse kan pasienten bli tryggere, og en samtale om følelser og seksualitet kan gå lettere (Borg, 2017, s.126).

Språket i seksuell veiledning kan være utfordrende for mange, og sykepleiere hevder de ikke har et språk de er komfortabel med å bruke (Borg, 2017, s. 126). Det essensielle i møte med pasienter er å bruke et språk som begge parter er komfortabel med, og respektere pasientens personlige grenser (s.126). Ord som for eksempel fertilitet, libido, masturbasjon og vagina kan være fjerne konsept og ord for som er vanskelig å forstå for flere pasienter, og sykepleier bør tilstrebe å finne ord og begreper som passer til hver enkelt pasient (s.126).

## 2.5 PLISSIT-modellen

PLISSIT-modellen er en behandlingsmodell innenfor sexologifaget, utviklet av psykologen Jack Annon på 1970-tallet. Modellen er et nyttig redskap når sykepleiere skal hjelpe og veilede kvinner og partnere med seksuelle problemer. Modellen er utformet som en pyramide (se vedlegg I), hvor de enkleste problemene kan løses på første nivå, mens de mer utfordrende problemene må håndteres på et av de høyere nivåene (Pedersen, 2018). Begrepene i modellen kan på norsk oversettes til tillatelse, begrenset informasjon, konkrete forslag og intensiv terapi (**p**ermission, **l**imited **i**nformation, **s**pecific **s**uggestions and **i**ntensive **t**herapy (Jerpseth, 2016, s.141).

«Tillatelse» utgjør det første trinnet i modellen. Målet er at pasienten skal få mulighet til å sette ord på tanker rundt seksualitet (Borg, 2017, s.127). Det innebærer at sykepleiere er villig til å snakke om seksualitet, lytte til pasienten og gjøre det klart for pasienten at det er OK å være seksuell og snakke om det (Almås, 2004, s.136).

Det andre nivået i modellen er begrenset informasjon. Her får pasienten og partner informasjon om sykdom, behandling og eventuelle konsekvenser for seksuell helse (Almås, 2004, s.136). Informasjonen kan være med på å rydde opp i misforståelser rundt kreftsykdommen og behandlingen (Borg, 2017, s.128). Sykepleier kan for eksempel fortelle kvinnen om hvor lenge hun må vente med samleie etter å ha fjernet livmoren, gi informasjon om vaginalvekter og vaginale dilatorer.

Det tredje nivået er «konkrete forslag». Her er målet å gi råd for å gjøre pasientene i stand til å mestre konkrete situasjoner, og finne løsninger som fremmer seksuell helse (Borg, 2017, s. 128). Det innebærer konkrete forslag på hvordan et godt seksualliv kan opprettholdes og utvikles, som for eksempel å endre samleiestilling hvis kvinnen opplever smerte i forbindelse med avkortet vagina.

Det fjerde nivået, intensiv terapi, krever ofte spesialisert kunnskap som ligger utenfor kompetansenivået til sykepleier. Har pasienten behov for hjelp på dette nivået må sykepleier henvise videre til riktig fagperson, som for eksempel sexolog, gynekolog eller psykolog. (Borg, 2017, s. 130).

PLISSIT-modellen kan brukes blant sykepleiere for å veilede og informere i både grupper og i individuell samtale med pasient og partner (Gamnes, 2011, s. 88). Ved å gi begrenset informasjon (samtale og veiledning) om seksuelle temaer gir en pasienten samtidig tillatelse til å snakke om seksualitet (Gamnes, 2011, s.88) Sykepleiere kan for eksempel gi kvinnen som kommer til samtale på kreftpoliklinikken tillatelse til å snakke om seksualitet når hun informerer om cytostatika-kuren sine bivirkninger i forhold til seksualitet. Sykepleieren kan senere i behandlingsløpet gi spesifikke forslag om hvordan kvinnen kan bruke glidekrem ved samleie hvis hun opplever vaginal tørrhet og smerter.



# 3.0 Metode

## 3.1 Litteraturstudie

Denne Bacheloroppgaven benytter litteraturstudie som metode, noe som vil si at en systematiserer kunnskap fra skiftelige kilder (Thidemann, 2017, s. 79). Systematiseringen innebærer at man systematisk søker, samler, vurderer og sammenfatter allerede eksisterende kunnskap som er presentert i artikler (Støre, 2018, s. 17). Formålet med en litteraturstudie er altså å lage et sammendrag av tilgjengelige empiriske studier. Fokuset i oppgaven skal være rettet mot relevant forskning innenfor valgt problemområde og har som formål å finne et svar som kan overføres til klinisk praksis (Thidemann, 2017, s. 81). I dette litteraturstudiet vil det brukes kvalitative studier for å få frem objektenes meninger, opplevelser og personlige erfaringer som ikke klar seg kvantifisere.

## 3.2 Søkeprosessen

Det ble gjennomført søk i databasene Cinahl, Medline, British Nursing Index, PsychINFO og Oria for å finne relevant litteratur i form av fag- og forskningsartikler. Det ble gjort flest relevante funn i databasen Cinahl. Cinahl (Cumulative Index of Nursing and Allied Health) er en database som dekker sykepleie og tilgrensende fag (Thidemann, 2017, s. 85). Medline er den mest brukte databasen for helsepersonell, og har hovedsakelig forskningsartikler som dekker medisin, sykepleie og odontologi (Thidemann, 2017, s. 85). British Nursing Index er en spesialdatabase for sykepleie og jordmorfag som har et europeisk perspektiv på sykepleiefaget (Thidemann, 2017, s. 85). PsychINFO er en database som dekker psykologisk forskning og psykologiske aspekter innenfor blant annet medisin, sykepleie og psykiatri (Thidemann, 2017, s.85). Oria er en felles portal til det samlede materialet som finnes ved de fleste norske fag- og forskningsbibliotek (UNIT, 2020), og Høgskulen på Vestlandet gir brukere tilgang til fag- og forskningsartikler spesialtilpasset studentmassen ved denne høyskolen gjennom sin egen variant av Oria.

Et PIO-skjema (vedlegg I) ble benyttet som verktøy for å strukturere søket. Søkeord som ble brukt var blant annet Cervical cancer, Gynaecological cancer, Genital neoplasms, female, sexuality, PLISSIT model, information, patient education og Quality of Life. For utfyllende søkehistorikk se vedlegg II. Andre nettsider som ble brukt i søk etter informasjon var Helsebiblioteket.no, Helsenorge.no, Kreftregisteret, Kreftforeningen og World Health Organization.

### 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I oppgaven inkluderes artikler med kvinner mellom 25 og 70. Livmorhalskreft forekommer oftest hos kvinner i aldersgruppen 30-40 år (Kreftregisteret, 2018), men ettersom seksualitet er relevant uavhengig av alder, ønsket jeg å inkludere kvinner over og under dette aldersspennet. Det ble hovedsakelig søkt etter kvalitative studier for å belyse individenes meninger, opplevelser og erfaringer. På denne måten blir det mer dyptgående og individualisert enn kvantitativ forskningsmetode, som benytter seg av harde og objektive data (Thidemann, 2015, s. 77-78). Artikler som omhandlet Humant Papillomavirus (HPV), screening eller forebyggende kreftbehandling ble ekskludert. Inkluderte artikler måtte ta for seg seksuell helse og/eller seksualitet knyttet til livmorhalskreft eller annen gynekologisk kreft. Studier som ikke var skrevet på norsk eller engelsk ble ekskludert. Det samme gjaldt artikler som ikke var fagfellevurdert og som var eldre enn 10 år. Studier for spesifikke faggrupper ikke relatert til sykepleiepraksis blir ekskludert.

Søk ble gjennomført i ulike databaser, og ved å kombinere søkeordene med OR og AND, AND dette for å få mer spesialiserte og relevante treff i forhold til oppgavens fokus. Når jeg hadde fått en rekke artikler, gikk jeg igjennom søkene og valgte ut artikler basert på overskrift og sammendrag. Artikler som ikke var relevant ble ekskludert før jeg fikk videre med mer systematisk analyse av teksten. Artikler som jeg følte passet til oppgaven ble kritisk vurdert ved bruk av sjekklister.

### 3.3 Kildekritikk

Kildene som ble inkludert i oppgaven er nøye gjennomgått og kvalitetsvurdert. Kilder skal velges ut fra gyldighet, holdbarhet og relevans for problemstillingen (Thidemann, 2017). Når relevans og faglig kvalitet ble vurdert, ble det tatt utgangspunkt følgende spørsmål presentert i Thidemann (2017, s 89); Er informasjonen relevant for min problemstilling? Hvilke tidsskrift er artikkelen publisert i? Er dette et tidsskrift med fagfellevurdering? Er informasjonen i artikkelen av ny dato? Hvilke utgivelsesår har publikasjonen? Er forfatterne anerkjente fagfolk eller forskere innen feltet? Hvem er artikkelen skrevet for? En litteratormatrise (vedlegg VI) ble brukt for å lage en oversikt over de inkluderte artiklene. I litteratormatrisen finner man en kolonne som kommenterer artiklenes styrker og svakheter. Kritikken som går igjen er at flere av artiklene har lite utvalg, og at flesteparten av kvinnene er fra vestlige samfunn. Noen av artiklene begynner å bli gammel, og hvis studiene hadde blitt gjennomført i dag så kunne man kanskje fått et annet resultat. Noe som også kan påvirke resultatene er at noen kvinner

av slo å delta i studiene fordi temaet var for intimt og personlig, de hadde ikke tid til å bli intervjuet, og de var i for dårlig form. Hvis disse personene hadde fått mulighet til å delta på en annen måte, kunne resultatene kanskje sett annerledes ut.

Helsebiblioteket.no finner man en rekke sjekklister for ulike typer forskningsdesign, og disse er praktisk når man skal kritisk vurdere artikler. Dette litteraturstudiet undersøkte den metodiske kvaliteten til artikler som var potensielle kandidater til oppgaven ved hjelp av sjekkpunktene i en sjekkliste inspirert av CASP-modellen (Critical Appraisal Skills Programme) (Helsebiblioteket, 2016).

### 3.4 Analyse

Analysearbeidet er inspirert av Thematic analysis: a simplified approach, utarbeidet av Aveyard (2014) referert i Thidemann (2017, s. 94-96). Jeg startet analysen med å lese de inkluderte artiklene kritisk og grundig for å få en detaljert oversikt av artiklene og resultatene deres. Kolonnen *styrker og begrensinger* i litteratormatrisen (vedlegg IV) ble resultatet av den kritiske analysen. I neste steg ble de ulike resultatdelene lest, og jeg forsøkte å identifisere tema fra resultatdelene til hver artikkel. Videre forsøkte jeg å finne ulike poeng i resultatdelen som kunne knyttes til relevant fagteori, og lage egne tema som passet til problemstillingen (Averyard, 2014, ref. i Thidemann (2017, s. 94-96). Studiene blir kvalitetssikret og vurdert underveis i prosessen.

Det gjennomgående temaet i de utvalgte artiklene var pasientens behov for informasjon knyttet til seksualitet og senskader, pasientens erfaring med endret kropp og seksualliv, og hvordan ulike faktorer hindret den seksuelle samtalen mellom helsepersonell og pasientene. Hovedfunnene ble sammenfattet i en syntese i resultatkapitlet, og sammenlignet og vurdert opp mot relevant teori i diskusjonsdelen. Resultatsyntesen presenteres under kapitlene *Kropp, sex og samliv, Behov for informasjon, og Utfordringer med den seksuelle samtalen*.

### 3.5 Ethiske perspektiver

Forskningsetikk omhandler planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning (Dalland, 2012, s. 94). For et litteraturstudium er det relevant å undersøke om de inkluderte artiklene har fulgt forskningsetiske retningslinjer i tråd med Helsinkideklarasjonen, ett sett med veiledende etiske retningslinjer utviklet av World Medical Association for å verne pasienter som inkluderes i studier (Førde, 2014). Videre er det med litteraturstudium viktig at man forholder seg til de akademiske normene for korrekt sitering av kilder, slik at plagiering ikke er et problem (Thidemann, 2017, s. 12). Man må derfor sikre at når en selv sammenstiller resultatene, så kommer det tydelig frem gjennom oppgaven at meningene som representeres ikke er egne meninger, men har sin opprinnelse fra teori og empiri av høy kvalitet og troverdighet.

### 3.6 Metodekritikk

En svakhet med dette litteraturstudiet kan være at annen relevant litteratur og forskning ikke har blitt inkludert på grunn av valgte søkeord og kombinasjonen av disse. Det er hovedsakelig valgt kvalitative artikler, noe som kan være en svakhet på grunn av måten data er samlet inn på og analysert. Innsamlet data har blitt tolket og vurdert av artikkelforfatterne, og jeg har vurdert de inkluderte artiklene som er skrevet på et annet morsmål enn mitt eget. Dette kan da være en kilde til feiltolkning. At data tolkes og analyseres av andre gir rom for at det ikke er fullstendig samsvar mellom hva intervjuobjektene faktisk har sagt og ment, og det som blir gjengitt i artikkelen (Dalland, 2017, s.144). I tillegg kan forskereffekten være et problem, som går ut på at personer oppfører seg annerledes når de blir observert (Dalland, 2017, s. 207). Bekreftelsestendens omhandler det samme. Artikkelforfatterne, og jeg som forfatter litteraturstudiet, kan legge merke til eller søke etter det som bekrefter noe man tror (Svartdal, 2019). Man kan da ende opp med å overse informasjon som tilsier at vi burde endre oppfatning. Dette kan gi problemer med studiets validitet, altså i hvilken grad man ut fra resultatene fra en studie kan trekke fylldige slutninger om det man har satt seg som formål å undersøke (Dahlum, 2018). Et problem er også at intervjupersonene kan svare det de tror intervjueren ønsker å høre (Dalland, 2017, s. 230).

## 4.0 Resultatsyntese

Søk i de ulike databasene resulterte i mange treff på artikler som kunne være relevant til problemstillingen. Når søket ble mer spisset inn mot problemstillingen, PIO-skjema og av avgrensinger ble det mer vanskelig å finne relevante artikler. Særlig var det vanskelig å finne artikler som var spesielt rettet mot PLISSIT-modellen i kombinasjon med seksualitet etter livmorhalskreft. Det ble funnet flest relevante artikler i Cinahl og Oria, deriblant de inkluderte artiklene. Fokus lå på kvalitative artikler, men en kvantitativ artikkel ble imidlertid funnet relevant for oppgaven. Den tematiske analysen resulterte i de følgende temaene.

### 4.1 Kropp, sex og samliv

I studiet til Vermeer, Bakker, Kenter, Stiggelbout & Kuile (2016, s. 1682) forteller kvinnene om fysiske og psykiske senskader som infertilitet, vaginal tørrhet, inkontinens, tarmproblemer, lymfeødem, forkortet skjede, arvev, smerter under samleie og nedsatt libido. Over halvparten av kvinnene rapporterte om redusert interesse for samleie, og omtrent femti prosent av kvinnene gav uttrykk for å ha seksuelle problemer. Omkring 50% av kvinnene forklarte at de kroppslige endringene hadde ført til et negativt kroppsbilde eller gjort dem mer usikker på seg selv (s.1682). Kvinner rapporterte om økt skyldfølelse ovenfor partner som følge av redusert ønske og interesse av samleie. For omkring halvparten av deltagerne hadde kreftbehandlingen eller de seksuelle problemene negativt påvirket deres nåværende eller tidligere seksuelle forhold (s.1683).

Alle kvinnene i studiet til Cleary, Hegarty & McCarthy (2013, s.35) opplevde endret kroppsbilde i løpet av behandlingen. Femininitet ble trukket frem som et viktig aspekt av kvinnes seksualitet, og evnen til å bære frem barn ble assosiert med kvinnelighet. Fertilitetsproblemer ble trukket frem som et stort problem for kvinnene (s. 35). En kvinne uttrykte: «Oh my god, it's in my ovaries, I can't have children... horrific thought» (Cleary et al., 2013, s. 35). Alle kvinnene rapporterte at kreftdiagnosen hadde endret parforholdet. To kvinner hadde blitt separert fra partneren sin, mens en tredje opplevde store problemer med ekteskapet (s. 35). To kvinner rapporterte om press fra partner til å ha samleie, selv om de selv ikke ønsket det. Syv kvinner hadde gjenopptatt samleie etter diagnosen, hvor fem av dem rapporterte redusert lyst, lubrikasjon og redusert sensasjon i vagina. Redusert ønske om samleie var høyest under behandling, men det var også evident i lang tid etter behandling (Cleary et al., 2013, s.

35). Kvinnene fortalte om problemer som hårtap, smerter under samleie, redusert følsomhet i vagina, redusert glede ved samleie, og psykologiske barrierer som redusert selvfølelse og angst.

Kvinnene i studiet til Bal, Yilmaz & Beji (2013) oppgir at de hadde problemer som redusert ønske om samleie, og oppgir blant annet smerter ved samleie, urininkontinens, tørr og avkortet vagina, redusert evne til å oppnå orgasme, og redusert libido som årsaker til mangel på ønske om å ha sex (Bal et al. 2013, s.90). En kvinne i studiet fortalte om hvordan hun opplevde de kroppslige endringene og samleie:

I feel much pain whenever I have intercourse and want to scream; I feel some of my organs inside are being torn, it's unlikely to describe the feeling. Sometimes I feel as if I was raped, and I have the same pain and emotions whenever I have intercourse. (Bal et al, 2013, s. 89-90).

I studien til Bal et al. (2013) blir det beskrevet hvordan behandlingen av livmorhalskreft har endret kvinnenes kroppsbilde og følelse av kvinnelighet (s.86). Kvinnene nevner hårtap, hysterektomi og arr etter operasjon som faktorer som har vært med på å endre kroppsbildet. En kvinne fortalte at hun følte seg som en «ufullstendig kvinne»:

All organs related to my femininity were lost. I feel no longer as a woman. Anyone without womb cannot be seen as a woman. I feel myself to be tortured. I even avoid talking about femininity. It seems to me as if everyone watches me due to my incompleteness and so I always want to be alone (Bal et al, 2013, s. 86).

Kvinnene i studiet til Sekse, Gjengedal & Råheim (2013), hvor hensikten var å utdype hvordan det oppleves å leve med en kropp forandret av gynekologisk kreft, 5-6 år etter endt behandling, beskrev hvordan kroppen kjentes rar og fremmed, og at det var vanskelig å akseptere de endringene den gynekologiske kreften hadde før til (s.20) En følelse av tomhet, endringer i kroppstemperatur, endret seksualliv og en sårbar og uforutsigbar kropp var utfordringer mange kvinner opplevde. Hysterektomi resulterte i følelser som sorg, tap og fremmedgjøring. Kvinnene i studiet hadde problemer med tørr og trang vagina, manglende lyst på samleie og problemer med smerte under samleie. Mange kvinner uttrykte en følelse av sorg i forhold til det tapte seksuallivet. En kvinne fortalte at hun før kreften hadde hatt et fantastisk seksualliv sammen med partneren, og at det derfor følte som et stort tap å ikke ha det samme seksuallivet etter kreften (Sekse et al, 2013, s. 23).

## 4.2 Behov for informasjon

Halvparten av kvinnene i studiet til Vermeer et al. (2015) hadde problemer med å huske hva de ble informert om i forhold til seksualitet, og noen av kvinnene kunne ikke huske å ha fått noe informasjon om temaet. Halvparten av deltagerne fortalte at de ikke var fokusert på seksualfunksjonen i løpet av behandlingsperioden og tiden etterpå, og at de først ønsket psykoseksuell støtte 6-12 måneder etter endt behandling (s.1684). Noen av kvinnene var ikke fornøyd med informasjonen, og anså den som ufullstendig, motstridende, dårlig formidlet, og ikke tilpasset deres individuelle behov (s.1684). Over halvparten av kvinnene fortalte at de hadde blitt spurt om seksualitet på etterkontroller, men at dette var korte spørsmål med fokus på det fysiske aspektet med seksualitet.

I Sekse, Råheim & Gjengedal (2015) sitt studie gav kvinnene uttrykk for at samtaler om erfaringer og fremtidige utfordringer knyttet til seksualitet manglet i samspill med helsepersonell. En kvinne fortalte at hun, etter gjentatte forsøk med å få i gang en samtale om intimitet og seksualitet med helsepersonell, til slutt hadde spurt om råd i en butikk som selger sexleketøy (Sekse et al., 2015, s.1262-1263). De fleste kvinnene ønsket at helsepersonell skulle ta initiativ til samtaler om seksualitet, at de aktivt skulle ta opp problemet og være gode lyttere (s. 1264).

I Cleary et al. (2013) sitt studie rapporterte alle deltagerne at de ikke hadde fått noen informasjon om hvordan behandlingen av gynekologisk kreft kunne påvirke seksualiteten i etterkant. Noen av kvinnene uttrykte frustrasjon og sinne over at helsepersonell ikke hadde tatt opp dette viktige temaet. For kvinnene var det mange fordeler med å motta informasjon om seksualitet, blant annet å være tilstrekkelig forberedt på tiden som lå foran dem og gi trygghet (Cleary et al., 2013, s. 36).

Kvinnene i Sekse et al. (2013) sitt studie fortalte at mangel på informasjon og veiledning gjorde at de ikke var forberedt på de kroppslige endringene etter kreftsykdommen. De uttrykte at det var vanskelig å ta opp problemer med helsepersonell (s. 28). En av kvinnene i studiet forklarte at hun i løpet av 5 år ikke hadde klart å snakke med helsepersonell om problemene sine, og helsepersonell hadde heller ikke adressert dette viktige aspektet av livet hennes (Sekse et al., 2013, s.23).

I Bal et al. (2013) sitt studie kom det frem misinformasjon om kreftsykdom. En kvinne var redd for å ha samleie fordi hun fryktet kreftsykdommen ville komme tilbake når hun ble forurenset med mannens sæd, mens en annen fortalte at hun var redd for å smitte mannen med kreft, og at hun derfor nektet å ha samleie med han (Bal et al., 2013, s. 89). En tredje kvinnene fortalte at mannen var redd for å skade henne under samleie, og at han derfor ikke turte å ha samleie med henne selv om hun oppmuntret han til det (s.89).

I studiet til Vermeer, Bakke, Kanter, Kroon, Stiggelbout, & Kulie (2015) fant de at 51% av deltagerne hadde opplevd et behov for informasjon og/eller profesjonell hjelp for deres seksuelle bekymringer. Det var ingen forskjell i prevalensen mellom kvinner med og uten partner. Omtrent 80% av mennene og kvinnene i studien hadde satt pris på informasjon om seksualitet og livmorhalskreft, og bare 39% av kvinnene mente de var tilstrekkelig informert om kreftbehandlingens konsekvenser vedrørende seksualiteten (s.462). Kvinnene og partnerne uttrykte et ønske og behov for informasjon om behandlingen, vaginale endringer, og lignende, etterfulgt av et behov for å motta praktiske råd om hvordan de kunne håndtere seksuelle problemer.

I studiet til Williams, Hauck & Bosco (2017), som fokuserte på sykepleiernes perspektiv på psykoseksuell omsorg, kommer det frem hvordan sykepleierne hadde ulike strategier for å få i gang en samtale om psykoseksuelle problemer med pasienten. Sykepleierne tilpasset seg kvinnens behov, personlige egenskaper og respons, og nesten alle sykepleierne vektla å skape et tillitsfullt og terapeutisk forhold til kvinnen. Sykepleierne forklarte hvordan de tilstrebet å normalisere temaet, og forsøkte å innlemme samtalen inn i andre deler av deres omsorg, og brukte brosjyrer og instruksjoner for å lette samtalen med kvinnen (s.38).



### 4.3 utfordringer med den seksuelle samtalen

I Sekse et al. (2015) sitt studie forteller en av kvinnene om sitt problematiske møte med helsepersonell i forhold til intimitet og seksualitet;

I felt that there was such a distance between us, the doctor and me.... He didn't really say anything, and then I lost courage and didn't say anything either... or ... if I did say something... he gave me the shortest possible answer. I just couldn't find the confidence.... The distance was too great. (Sekse et al. 2015, s. 1263).

For mange kvinner i studiet til Sekse et al. (2015) var det uaktuelt å ta initiativ til en samtale om seksualitet med helsepersonell, selv om de hadde behov for dette, på grunn av dårlige erfaringer med slike samtaler tidligere (s. 1262). Flere kvinner opplevde å bli møtt av helsepersonell på en dårlig måte når de tok opp intime problemer, noe som resulterte med at de ble mer sjenert, følte mer skam, og følte mer ensomhet i forhold til egne seksuelle og intime problemer (s.1263).

Omtrent en tredjedel av kvinnene i Vermeer et al. (2016) sitt studie gav uttrykk for at de ikke opplevde noe hindre for å søke hjelp, eller at de anså disse hindrene som mindre viktig en fordelene med å søke hjelp for sine seksuelle problemer. Andre deltagere verget seg fra å søke hjelp fordi de følte at de burde løse de seksuelle problemene på egenhånd, eller anså det som tabu å snakke om seksuelle problemer (s. 1685). Enkelte pasienter gav uttrykk for at det var vanskelig å oppsøke hjelp fra en sexolog, og syntes det var for konfronterende, mens andre nevnte praktiske problemer som at de måtte booke en egen time til sexolog, transport, tid og kostnader knyttet til rådgivning. Pasientene synes det var praktisk å snakke med sykepleiere eller en allmennlege ettersom de var empatiske og tilgjengelige, men stilte samtidig spørsmål vedrørende deres kompetanse i forhold til seksualitet (s.1685-1686).

I studiet til Bal et al. (2013) forteller kvinnene at de ikke hadde hatt noe problem med å snakke om seksualitet med helsepersonell når de hadde blitt behandlet for kreft, og understreket at en samtale med (kvinnelig) helsepersonell om seksualitet var uvurderlig (s.91). Kvinnene forklarte imidlertid at de ikke hadde klart å snakke tydelig med helsepersonell om problemene sine, og at de hadde behov for informasjon.

I Williams et al. (2017) sitt studie kommer det frem at mange av sykepleierne synes det var vanskelig å starte samtalen om seksualitet, og vite hva de skulle si til kvinnen. Flere sykepleiere oppgav at det var lettere når pasientene tok initiativ til å snakke om intimitet og seksualitet (s.38). Sykepleiernes personlige holdninger og selvbevissthet i forhold til seksualitet påvirket dem og hvordan de utøvet psykoseksuell omsorg. (s. 39). En sykepleier beskrev hvordan hennes barndom påvirket henne til å ikke snakke om seksualitet med pasientene, ettersom dette var noen hun hadde lært at man ikke skulle snakke om. Samfunnsfaktorer hadde en innflytelse på sykepleiernes evne til å gi psykoseksuell omsorg. Det kom frem at samfunnets tabu holdning til sex hadde en hemmende effekt på sykepleiernes initiativ til å snakke om seksualitet med kvinner (s.40).

Kulturell bakgrunn, språk, seksuell orientering, alder og seksuell historie ble av Williams et al. (2017) beskrevet som utfordringer i forhold til den seksuelle samtalen med pasienter, særlig når disse egenskapene skilte seg fra sykepleierens personlige egenskaper (s.39). En sykepleier forklarte hvordan det kunne være vanskelig å stille intime spørsmål til pasienten via en tolk, mens en annen forklarte hvordan hun synes det var vanskelig å ta opp seksualitet med Muslimske kvinner, fordi hun ikke kjente til kulturen. I forhold til alder så uttrykte noen sykepleiere at det kunne være vanskelig å snakke med en mye eldre kvinne om seksualitet, og sammenlignet det med å snakke om seksualitet med sin egen mor eller bestemor. Sykepleierne beskrev også systemrelaterte barrierer som hindret dem i å utøve psykoseksuell omsorg, som kort innleggelsestid og lite tid. Williams et al. (2017) beskriver hvordan etablerte systemer kan gjøre det lettere for sykepleiere å gi psykoseksuell omsorg, som for eksempel erfarne mentorer, enkel henvisning til spesialist og riktig bruk av dokumentasjon.

# 5.0 Diskusjon

## 5.1 Metodediskusjon

Et litteraturstudie som metode ble brukt for å svare på problemstillingen Det kan stilles spørsmål ved at jeg inkluderte artikler med relativt små utvalg, men jeg vurderte at den metodiske kvaliteten veiet opp for dette. Alle de valgte artiklene kommer med funn som sammenfaller med hverandre, og gir en god pekepinn på hva sykepleiere må fokusere på i møte med kvinner som behandles eller har blitt behandlet for livmorhalskreft. Oppgaven fokuserer hovedsakelig på de negative aspektene med livmorhalskreft, og hvordan dette negativt påvirker kvinners seksuelle helse. Oppgaven får i mindre grad frem sosiale aspekter rundt pasienten, og fokuserer i liten grad på kultur og religion, og størsteparten av artiklene som er valgt ut er basert på kvinner fra vestlig kultur. Hadde oppgaven inkludert data fra flere verdensdel og kulturer, så kunne kanskje resultatene vært mer generaliserbar til alle kvinner og parforhold. Hovedvekten av kvinnene er i heterofile parforhold. Dette kan også påvirke resultatene.

Jeg har valgt å fokusere på informasjon, veiledning, og bruken av PLISSIT-modellen. Jeg hadde problemer med å finne god forskning på PLISSIT-modellen. Kanskje dette skyldes at modellen ikke er så god som jeg i utgangspunktet trodde, og at det eventuelt finnes en bedre modell for informasjon og veiledning til pasienter som har problemer med seksualiteten. Professor Pål Guldbrandsen har utarbeidet modellen «Fire Gode Vaner for pasientkommunikasjon» basert på Kaiser Permanentes «Four Habits». Dette er et kommunikasjonskurs som mange sykehus i Norge tilbyr sine ansatte. Kanskje disse fire vanene er et godt nok verktøy for å bedre kommunikasjonsarbeid og samhandling med kvinner med livmorhalskreft?

## 5.2 Resultatdiskusjon

### 5.2.1 Sex, kropp og samliv etter kreften

Livmorhalskreft og behandlingen av denne kan medføre senskader som kan oppleves som vanskelig og slitsom for kvinnen, og medføre fysiske, psykiske og sosiale begrensinger som kan påvirke kvinnens seksualitet og livskvalitet (Jacobsen, 2017). I alle de inkluderte studiene rapporterte kvinnene om fysiske og psykiske senskader i etterkant av behandlingen (Bal et al., 2013; Cleary et al., 2013; Sekse et al., 2013; Sekse et al., 2015; Vermeer et al., 2015; Vermeer et al., 2016). Basert på beretningene kvinnene kom med, som frykt, smerte, nedsatt libido, redusert selvfølelse og kroppsbilde, kan det tolkes at både de fysiske og de psykiske aspektene med kvinnens kropp og selvfølelse har en innvirkning på hennes seksualitet og livskvalitet.

Et tilfredsstillende seksualliv genitalt seksualliv forutsetter fysiologiske prosesser som hormonproduksjon, nerveforsyning og blodsirkulasjon (Borg, 2017, s.122). Når kvinner da utsettes for behandlingsformer som påvirker disse prosessene, vil det kunne påvirke kvinnenes seksualitet og kroppsbilde. Kvinnene i Bal et al. (2013) sitt studie hadde problemer med konsekvensene av østrogenmangel. En av kvinnene i studiet beskrev for eksempel hvordan hun ikke følte noe opphisselse eller lyst når ektemannen befølte henne, mens en annen beskrev den ubeskrivelige smerten hun følte under samleie med ektemannen på grunn av mangel på lubrikasjon. Østrogen er et viktig hormon i forbindelse med kvinners seksualitet, og fremmer lyst, orgasme, lubrikasjon og tilfredshet (Almås & Benestad, 2017, s. 105). Østrogen er seksuelt og mentalt aktiverende, og mangel på dette hormonet kan være psykisk belastende for kvinnen.

Når man får en kreftdiagnose vil dette medføre kroppslige endringer, enten man vil det eller ikke. Dette kan tenkes å være vanskelig å oppleve, særlig hvis man ikke var forberedt på de endringene som kunne komme i etterkant av kreftbehandlingen. I studiet til Sekse et al. (2013) fortalte en kvinne at hun ikke lenger var i kontroll over sin egen kropp på grunn av de kroppslige endringene som medfulgte kreftdiagnosen og behandlingen, og følte det var kroppen som kontrollerte henne. (s. 23). Kroppen som før sykdommen hadde gitt glede og nytelse, og som kunne brukes til å vise omsorg og kjærlighet, kunne ikke lenger stoles på. Kvinnene måtte lære å kjenne kroppen på nytt, gjenvinne tillitt til og kontroll over kroppen (Sekse et al, 2013, s. 20). En følelse av tomhet, endringer i kroppstemperatur, endret seksualliv og en sårbar og uforutsigbar kropp var utfordringer mange kvinner opplevde. Ifølge Borg (2017) er seksualitet en vesentlig del av menneskets identitet, og for mange vil det å miste deler

av sin seksualitet føles som et stort tap. Noen av kvinnene i Sekse et al., (2013) hadde klart å samarbeide med partneren sin om problemene de opplevde, mens andre opplevde for mye ubehag under samleie som følge av tørre slimhinner i vagina og arvev, og manglende lyst på samleie, at dette mer eller mindre førte til at den seksuelle biten av forholdet døde hen. Tapet av det seksuallivet de hadde hatt før kreftdiagnosen preget derfor mange av kvinnene (s.23).

I studien av Cleary et al. (2013) og Bal et al. (2013) kom det frem at kvinnene opplevde tidlig menopause og infertilitet etter behandlingen. Når kvinner eksponeres for full strålebehandling mot eggstokkene vil de bli infertil og komme i tidlig overgangsalder (Kristensen, 2017). Menopausen blir av mange assosiert med aldring, redusert kvinnelighet og plagsomme symptomer som tørre slimhinner og hetetokter. Kvinnene i Sekse et al. (2013) hadde problemer med endringer i temperaturregulering, og en kvinne uttrykte at temperaturkontrollen hadde forsvunnet sammen med hysterektomien. Tidlig menopause kan være vanskelig å oppleve for kvinner som før kreftdiagnosen ikke hadde nådd menopausen, men for mange var manglende evne til å få egne barn det vanskeligste å ta inn over seg. Eldre kvinner som allerede har fått barn og som har vært igjennom menopausen vil kanskje ikke anse dette som et stort problem, men for kvinner (og partnere) som ønsker barn kan infertiliteten føre til tap- og sorgreaksjoner (Jacobsen, 2017). I studien til Cleary et al. (2013), Bal et al. (2013) og Vermeer et al. (2015) uttrykte kvinnene at de ikke lenger følte seg som hele kvinner, at de hadde tapt den kvinnelige delen av seg selv. Dette sammenfaller med det Jacobsen (2017) skriver om at evnen til å bli mor er en viktig del av kvinners kroppsbilde. Det kan ta tenkes at særlig yngre kvinner da kan oppleve negative endringer på kroppsbildet og livskvaliteten. Livmorhalskreft er en kreftform som i hovedsak rammer kvinner i fertil alder, og mange har ofte ikke begynt å få barn enda, eller er ferdig med å få barn (Kreftregisteret, 2018).

Det ligger store utfordringer i det å vedlikeholde et parforhold, også på det seksuelle området (Gamnes, 2011, s. 90). Dette kommer frem i de inkluderte artiklene. Kvinnene forteller at for at de mangler lyst og ønske om sex (Cleary et al., 2013, Sekse et al., 2013, Vermeer et al., 2015, Bal et al., 2013). Alle kvinnene i Cleary et al., sitt studie, og omkring femti prosent av kvinnene i studien til Vermeer et al. (2015, s.1682), rapporterte at kreftdiagnosen endret deres parforhold på en eller annen måte, og det fremkommer av studiet at lite eller intet samleie forårsaket uro i parforholdene. Det ble forklart at det var vanskelig å snakke med partneren om seksualitet, og at slike samtaler ofte endte med krangling (Cleary et al., 2013, s.35). Partene i forholdet har ulike behov, ulike holdninger, ønsker og

verdier, og for å få til et godt samliv må man respektere hverandres ønsker og behov. Seksualiteten og kjærligheten trenger næring for å overleve, og den motgangen som en kreftdiagnose medfører må møtes av begge i felleskap. Seksuallivet er sårbart, og problemer og vansker kan fjerne lysten og gleden med å være nær hverandre (s.90). Sykepleiere kan gjerne hjelpe parforholdet hvis partere blir inkludert i samtaler om kreftdiagnosens påvirkning på seksualitet og seksualfunksjonen. Borg (2017) mener at kvinnen og partner sammen bør informeres om sykdom, behandling og konsekvenser for den seksuelle helsen, og mener at dette kan skape mer åpenhet og forståelse dem imellom. Det kan gi rom for begge parter å få frem hvilke behov de har for nærhet og omsorg, og man kan få frem alle aspekter av seksualitet, og at dette ofte handler om bare mer enn samleie. I samtale med kvinnen og deres partner får man mulighet til å formidle at man ikke skal bagatellisere tanker og følelser, og at reaksjoner knyttet til seksualitet etter behandling er naturlig (Jacobsen, 2017).

Sexologisk rådgivning for kreftsyke og/eller dens partner kan bidra positivt til både tilfriskningen og livskvaliteten (Almås & Benestad, 2017, s. 133). Sykepleiere må ha seksualitet i tankene og på dagsorden, slik at vi kan være med på å motvirke eventuell seksuell frustrasjon og manglende tilfredsstillelse hos pasientene (s.133). Sykepleiere har jevnt over liten erfaring med å skaffe data tilknyttet pasientenes seksualitet (Gamnes, 2011, s.99). Dette er problematisk med tanke på at sykepleieren i liten grad kan veilede pasienten om seksuelle problemer, hvis det ikke blir kartlagt hvilke behov og problemer pasienten eventuelt måtte ha i forbindelse med seksualitet og seksuell helse. På samme måte som en sykepleier naturlig samler data om sirkulasjon, respirasjon, eliminasjon væskebalanse, ernæring og fysisk status, bør seksualitet og seksualfunksjonen også bli en naturlig del av datasamlingen, ettersom problemer på dette området har stå store innvirkninger på pasientenes livskvalitet og kroppsbilde. Datasamlingen må tilpasses den enkelte pasient og individuelle behov for veiledning og informasjon (Gamnes, 2011, s. 99), og det er viktig å vite hvilke tanker og forestillinger pasienten og eventuelt partner har om seksualitet og dens funksjon i tiden fremover.

### 5.2.2 Behov for informasjon, rett på informasjon

På bakgrunn av de beskrivelsene kvinnene i de inkluderte studiene kommer med i forhold til endret kroppsbilde og seksualitet, skulle en da tro at seksualitet var noe helsepersonell hadde fokus på i møte med kvinner med gynekologisk kreft. Likevel blir pasienters seksuelle behov i liten grad viet oppmerksomhet av sykepleiere og andre i helsevesenet (Gamnes, 2014, s.71). Almås & Benestad (2006) kommenterer det sammen, og sier at det er vanlig at mennesker som behandles for kreftsykdommer av forskjellige slag ikke spørres om hvordan de har det med seksualiteten og kjærlighetslivet (s. 133). Kvinnene i de utvalgte studiene gav uttrykk for at de savnet informasjon og veiledning i forbindelse med de endringene de kunne forvente å møte etter kreftbehandlingen, og konsekvensene dette kunne ha for kroppsbilde og samliv.

I Sekse et al. (2015) og Vermeer et al. (2015) sine studier gir kvinnene uttrykk for at de skulle ønske at de hadde fått mer informasjon om seksualitet og at helsepersonell skulle tatt initiativ til å snakke med dem om dette temaet. I de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere kommer det tydelig frem at sykepleiere har en plikt til å gi pasienter tilstrekkelig, tilpasset informasjon (NSF, 2019). Dette er også et krav nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 (1999) som sier «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger».

Når sykepleiere er budet av både yrkesetiske retningslinjer og lover, hvorfor finner de det da så problematisk å informere pasienten om en så viktig del av livet deres? Når sykepleiere klarer å spørre en pasient om avføringsmønster, som i utgangspunktet er ganske intimt og privat, hvorfor er seksualitet da så vanskelig å ta opp? I Williams et al. (2017) sitt studie trekkes det blant annet frem at mangel på kunnskap og erfaring hos sykepleiere hindret dem i å gi god psykoseksuell omsorg. De sykepleierne som hadde god kunnskap og erfaring omkring seksualitet, rapporterte større grad av selvtillit i forhold til å prate med pasientene om seksualitet (s.39). Undervisning og relevante kurs ble trukket frem av sykepleierne som noe som økte selvtilliten deres. «Å ikke ha alle svarene» var et konsept som ble trukket frem av mange sykepleiere, og de beskrev at de følte seg lite forberedt i møte med pasienter som hadde spørsmål om seksualitet og intime problemer, og var redd de ikke kunne svare på spørsmålene til pasientene (s. 39). Hvis kvinner skal få hjelp og veiledning i forhold til seksualitet og intime problemer, må konseptet bli ufarliggjort av sykepleiere. De må være trygge på at de har den kompetansen de trenger for å veilede kvinnene og pårørende. Sykepleierne i Williams et al.

(2017) sitt studie trekker frem mentorer og mulighet for henvisning som prosedyrer og systemer som gjorde det lettere for dem å gi psykoseksuell omsorg (s.39-40). Enkelte påpekte likevel at henvisningsmuligheter kunne gjøre at sykepleierne overlot ansvaret for pasientenes psykoseksuelle helse til andre, istedenfor å ta tak i det selv.

Et annet moment i forhold til behovet for informasjon, er hva denne informasjonen kan bidra med. I studiet til Bal et al. (2013) framkom det tanker og oppfatninger om seksualitet som var barest på myter og feilinformasjon. Kvinnene var redd for å ha samleie fordi hun trodde sykdommen ville komme tilbake eller at den ville forverres når kroppen hennes ble «kontaminert» med sæd. Hun hadde fått denne informasjonen fra en venninne. En annen deltager trodde hun kunne smitte mannen sin med kreft, og nektet derfor å ha samleie med han (s.89). Et annet problem var at partner var redd for å skade kvinnen under samleie. Ifølge Jacobsen (2017, s. 610) opplever mange kvinner det belastende å vite at livmorhalskreft som regel skyldes et virus som overføres seksuelt, og som kan ha sammenheng med tidlig seksualdebut og antall seksualpartnere. Opplevelsen av skyld og skam er derfor ikke uvanlig, og mange kan føle seg stigmatisert på bakgrunn av sykdommen er relatert til seksuallivet. Sykepleiere må være bevisst dette problemet i møte med kvinner med livmorhalskreft, og forsøke å være sensitiv, ydmyk og åpen for at kvinnen kan finne det vanskelig å snakke om tema. Sykepleiere kan ifølge Jacobsen (2017) forsøke å spørre kvinnen direkte om hva hun ønsker og trenger. Alle pasienter er ulike, og har forskjellige behov, og man må forsøke å kartlegge hva som er viktig for hver pasient.



### 5.2.3 Hvordan veilede og informere?

Kvinnene i studiet til Sekse et al. (2015) gav uttrykk for at de kroppslige og seksuelle endringene kunne vært lettere å håndtere hvis helsepersonell hadde forsøkt å være med åpen om dem om sensitive tema. En kvinne uttrykte.

If someone (health personnel) had been open and prepared me for the changes, I would have known what was coming. Instead, I was unprepared when the changes came and wondered, "What is this?" That's a big difference, to be prepared to deal with it. (Sekse et al., 2015., s. 1263).

Sexologisk rådgivning og veiledning kan bidra positivt til livskvaliteten til pasienter med kreft (Almås & Benestad, 2006, s.133). Det er derfor viktig at sykepleiere legger til rette for en samtale om seksualitet og seksuell helse. Ved at helsepersonell unnlater å diskutere seksualitet, opprettholder man følelsen av skam og inntrykket av at dette er ikke viktig (Sekse et al., 2015, s. 1263). Selv om pasientene ikke fokuserer på den seksuelle delen av livet sitt når de får kreftdiagnosen, er det funnet at mange likevel setter pris på å ha fått denne informasjonen i tiden etterpå (Vermeer et al., 2015). Kvinner med og uten partner, og kvinner uten et aktivt seksualliv på behandlingstidspunktet, ønsket informasjon om seksualitet og kroppslige endringer (Sekse et al., 2015; Vermeer et al., 2015).

PLISSIT-modellen kan være et nyttig verktøy for sykepleiere som synes det er vanskelig å starte en samtale om seksualitet med pasienter. De tre første nivåene, tillatelse, begrenset informasjon og spesifikke forslag krever ikke spesialkompetansen til en sexolog eller gynekolog, og det kan forventes at en sykepleier har god nok kunnskap til å mestre disse nivåene.

Det første nivået, tillatelse, går ut på å gi pasienten rom og mulighet til å snakke om seksualitet og utfordringer knyttet til seksuell helse. Det fremkommer i studiene til Sekse et al. (2013) og Sekse et al. (2015) at kvinnene ønsker mulighet til å snakke om seksualitet og seksuelle utfordringer, og felles for alle de inkluderte studiene er ønsket om at helsepersonell skal ta initiativ til denne samtalen. I en artikkel av Stilos, Doyle & Daines (2008) blir det med en case-studie illustrert hvordan sykepleier, ved bruk av åpne spørsmål under en samtale om anatomiske endringer etter livmorhalskreft, åpnet opp for at kvinnen og partneren kunne stille spørsmål om seksuelle bekymringer som de kunne ha. Responsen deres gav sykepleieren mulighet til å fortsette med en undersøkelse av deres angst og usikkerhet omkring de seksuelle senskader etter behandlingen for livmorhalskreft (s. 459). Åpne spørsmål er ifølge

Tveiten (2016) en effektiv måte for sykepleiere å kartlegge pasienters tanker, følelser, opplevelser og erfaringer, bidrar til medvirkning og viser at pasientens ekspertkompetanse anerkjennes (s.123-124). Det er imidlertid viktig at sykepleier tar hensyn til pasientens tilstand her og nå, og gi pasienten oppmuntring og mulighet til å ta opp seksuelle problemer på et senere tidspunkt. Hvis pasienten ikke er mottagelig for råd, veiledning eller informasjon her og nå, har det ikke noe for seg at sykepleier presser pasienten til å ha en dialog om seksualitet. Selv om pasienten ikke er klar for å diskutere temaet nå, så vil man ved å ta opp tema og viser at man er åpen for samtaler om seksualitet, kanskje gi pasienten mot til å snakke om problemene sine på et senere tidspunkt (Almås & Benestad, 2006, s. 70).

Begrenset informasjon er det andre nivået i PLISSIT-modellen. I alle de inkluderte studiene kom det frem at kvinnene og deres partnere ønsket informasjon om blant annet kroppslige endringer og konsekvenser disse endringene og kreftbehandlingen kunne ha for kvinnens seksualitet og samliv (Bal et al. 2013; Cleary, et al., 2013; Sekse et al., 2013; Sekse et al., 2015; Vermeer et al., 2015; Vermeer et al., 2016,). Mange kvinner og pårørende kan ha problemer med å forstå informasjonen de får, blant annet fordi de ikke har nok bakgrunnskunnskap om tema (Jacobsen, 2017, s. 604). Sykepleier må derfor forsikre seg om at pasienten (og pårørende) har forstått denne informasjonen. Å bruke bilder og eller anatomiske modeller kan være et nyttig ledd i informasjonen (Jacobsen, 2017, s.694). Stilos et al. (2008) beskriver hvordan en anatomisk modell av kvinners livmor og vagina kan brukes for å gi par en visuell beskrivelse av de anatomiske endringene som kan forekomme etter behandling for livmorhalskreft. Dette gav paret mulighet til å forstå og forberede seg til tiden som ventet dem. Informasjonen kan være med på å rydde opp i misforståelser rundt kreftsykdommen og behandlingen (Borg, 2017, s.128). Kvinnene i Bal et al. (2013) som var redd for å få sykdommen tilbake eller å smitte mannen sin med kreft, kunne hatt nytte av veiledning på dette nivået.

Det tredje nivået i modellen, spesifikke forslag, går ut på å gjøre pasienten i stand til å mestre konkrete situasjoner, og finne løsninger som fremmer seksuell helse (Borg, 2017, s. 128). Det innebærer konkrete forslag på hvordan et godt seksualliv kan opprettholdes og utvikles, som for eksempel å endre samleiestilling hvis kvinnen opplever smerte i forbindelse med avkortet vagina. I alle de inkluderte studiene rapporterte kvinnene om problemer som tørre slimhinner i vagina, manglende sensitivitet, fatigue, smerter i forbindelse med samleie fordi vagina var trang og avkortet, og manglende lyst på samleie (Bal et al. 2013; Cleary, et al., 2013; Sekse et al., 2013; Sekse et al., 2015; Vermeer et al., 2015; Vermeer et al., 2016,). Konkrete forslag på hvordan et seksualliv fortsatt kan opprettholdes, til tross for

nevnte problemer, kunne hjulpet kvinnene til å få et bedre seksualliv og bedre livskvalitet.

Informasjonsbrosjyrer kan være nyttig, i tillegg til nettsider med utdypende informasjon om tema (Stilos et al., 2008).

Det fjerde nivået i PLISSIT-modellen, intensiv terapi, krever ofte spesialisert kunnskap som ligger utenfor kompetansenivået til sykepleier. Har pasienten behov for hjelp på dette nivået må sykepleier henvise videre til riktig fagperson, som for eksempel sexolog, gynekolog eller psykolog.

Informasjon er vesentlig, særlig fordi mange pasienter tror de er aleine om problemene de opplever, og bearbeider seg for at de ikke prøver nok, eller for at de gir opp for lett (Jacobsen, 2017, s. 612). I studiene til Sekse et al. (2013), Bal et al. (2013) og Vermeer et al. (2016) kommer det frem at kvinnene underveis og etter behandling manglet kunnskap og veiledning om sin seksualitet. Halvparten av kvinnene i Vermeer sin studie (2016) fortalte at de ikke husket om de i det hele tatt fikk noe informasjon. Om dette skyldes manglende informasjon fra helsepersonell, eller at det var gått så lang tid etter behandling at kvinnen faktisk ikke husket riktig, framkommer ikke i studiet. Det kan likevel tolkes dit hen at det å ha flere samtaler underveis i forløpet og etter behandling, kan bidra til at pasienten husker informasjonen som gis. Informasjon kan med fordel gis skriftlig til pasienten tidlig i forløpet, slik at hun kan finne tilbake til den når hun har behov for den.

## 6.0 Konklusjon

Informasjon om egen helse, behandling og konsekvenser er noe pasientene har rett på, og er noe sykepleiere etisk og juridisk er pliktig å gi. Gjennom dette litteraturstudiet har det kommet frem at på tross av de juridiske og etiske rammene som omhandler informasjon, så er informasjonspraksisen omkring seksualitet mangelfull. Sykepleiere verger seg i å ta opp tema, og ønsker helst at pasientene skal ta initiativ til en samtale om dette temaet selv. Pasientene forventer det motsatte, at sykepleiere og annet helsepersonell skal gi dem mulighet til å ha en samtale om deres seksualitet og eventuelle problemer. Fordi begge parter forventer at den andre skal ta initiativ, kan situasjonen ende opp med å bli låst, og kvinnen får mangelfull informasjon og veiledning. Temaet seksualitet forsvinner ikke. Det er noe som preger alle pasienter, uavhengig av alder, kjønn og livssyn. For å gi helhetlig omsorg må man inkludere seksualiteten, og for å avdekke seksuelle problemer må man gi pasientene mulighet til å fortelle om det. Sykepleiere jobber tett på pasientene, de får et tillitsforhold til dem, og har derfor en gylden mulighet til å hjelpe pasientene med bekymringer omkring seksualitet og seksuell helse (Gamnes, 2011).

Barton-Burke and Gustason (2007), referert i Sekse et al. (2015), konkluderte i sin litteraturgjennomgang med at det er nødvendig å utdanne sykepleiere for å kunne endre den kommunikasjonspraksisen som eksisterer i forhold til tema som gjør både pasienten og sykepleierne ukomfortable. Ifølge dem forsvinner ikke blygheten man føler ovenfor tema, og det kan tolkes dit hen at sykepleiere må trene og øve på kommunikasjon med pasientene i forhold til sensitive og intime tema, slik at det blir like naturlig som en samtale om ernæring og tarmmønster.

# Referanseliste

- Almås, E. & Benestad, E.E.P. (2017). *Sexologi i praksis* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bal, M. D., Yilmaz, S. D. & Beji, N. K. (2013). Sexual health in patients with gynecological cancer: a qualitative study. *Sexuality and Disability*, 31(1), 83–92. DOI: 10.1007/s11195-012-9263-7
- Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. M Reitan & T. K. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie, Pasient – Utfordring-Handling* (s. 120-131). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Christensen, B. (2013). Helseveiledning - hva menes? I B. Christiansen (Red.). *Helseveiledning*. (s. 13-27). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Cleary, V., Hegarty, J. & McCarthy, G. (2013). How a diagnosis of gynecological cancer affects women's sexuality. *Cancer Nursing Practice*, 12(1), 32–37. DOI: 10.7748/cnp2013.02.12.1.32.e648
- Dahlum, S. (2018, 20. februar). Validitet. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/validitet>
- Dalland, O. (2017). Metode og oppgaveskriving (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Førde, R. (2014, 10. oktober). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra <https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Gamnes, S. (2011). 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 AS
- Gjessing, R. (2018, 5. november). Seksualitet etter kreften. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2018/09/seksualiteten-etter-kreften>
- Helsebiblioteket (2016, 3. juni). Sjekklistene. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>

Helsenorge (2019, 9. mars) Livmorhalskreft. Hentet fra

<https://helsenorge.no/sykdom/kreft/livmorhalskreft>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). Strategi for seksuell helse (2017-2020): Snakk om det!

Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/snakk-om-det/id2522933/>

Jacobsen, A. M. L. (2017) Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A. M.

Reitan & T. K. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie, Pasient – Utfordring – Handling* (s.575-613).

Oslo: Cappelen Damm AS

Jerpseth, H. (2016). Sykepleie med gynekologiske sykdommer. I H. Almås, D-G. Stubberud & R.

Grønseth (Red.). *Klinisk sykepleie 2.* (s. 132-168). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering.* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kreftforeningen. (2020, 13. mars). Livmorhalskreft. Hentet fra

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

Kristensen, G. (2017). Kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A. M Reitan & T. K. Schjøberg (Red.),

*Kreftsykepleie, Pasient – Utfordring – Handling* (s. 588-603). Oslo: Cappelen Damm AS

Kristensen, G. (2017, 23. mars). Årsaker til livmorhalskreft. Hentet fra

<http://oncolex.no/GYN/Diagnoser/Livmorhals/Bakgrunn/Arsaker>

Kristoffersen, N. J., (2011) Den myndige pasienten. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A (Red.),

*Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (s. 337-385). Oslo:

Gyldendal Norske Forlag AS

Kreftregisteret (2020, 3. mars) Livmorhalskreft. Hentet fra

<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Livmorhalskreft/>

Kreftregisteret. (2019, 3. september). Hver tredje kvinne over 55 år sjekker seg ikke. Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/2020/2019/eldre-kvinner-sjekker-seg-ikke/>

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

Norsk Sykepleier Forbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra

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

Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2017). Klinisk sykepleie – funksjon ansvar og kompetanse. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.). *Klinisk sykepleie 1*. (s.17-39). Oslo: Gyldendal Akademisk

Ribu, L. (2017). Livskvalitet. I A. M Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, Pasient – Utfordring – Handling* (s. 50-64). Oslo: Cappelen Damm AS

Schjølberg, T. K. (2017). Endret kroppsbilde. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, Pasient – Utfordring – Handling* (s. 90-99). Oslo: Cappelen Damm AS

Solvoll, B-A. (2011). 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

Sekse, R. J. T., Gjengedal, E. & Råheim, M. (2013). Living in a changed female body after gynecological cancer. *Health Care for Women International*, 34(1), 14–33.  
DOI:10.1080/07399332.2011.645965

Sekse, R. J. T., Råheim, M. & Gjengedal, E. (2015). Shyness and Openness— Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer. *Health Care for Women International*, 36(11), 1255-1269. DOI: 10.1080/07399332.2014.989436

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. DOI: 0.1188/08.CJON.457-463

Svartdal, F. (2019, 17. desember) Bekreftelsestendens. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/bekreftelsestendens>

Syx, R. L., (2008). The practice of patient education: The theoretical perspective. *Orthopaedic Nursing*, 28, 50-54. Hentet fra [https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article\\_ID=775267&Journal\\_ID=403341&Issue\\_ID=775238](https://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=775267&Journal_ID=403341&Issue_ID=775238)

Thideman, I.J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget

Torp, I. & Nylenna, M. (2017, 19. desember). Forskningsetikk. I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/forskningsetikk>

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk - pasient og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget

UNIT (2. mars 2020) Oria søketjeneste. Hentet fra <https://www.unit.no/tjenester/oria-soketjeneste>

Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Kroon, C. D., Stiggelbout, A. M. & Kuile, M. M. (2015). Sexual issues among cervical cancer survivors: how can we help women seek help? *Psycho Oncology*, 24(4), 458–464. DOI: 10.1002/pon.3663

Vemeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Stiggelbout, A. M. & Kuile, M. M. (2016). 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

Williams, N. F., Hauck, Y. L. & Bosco, A. M. (2017). Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 30, 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.07.006>



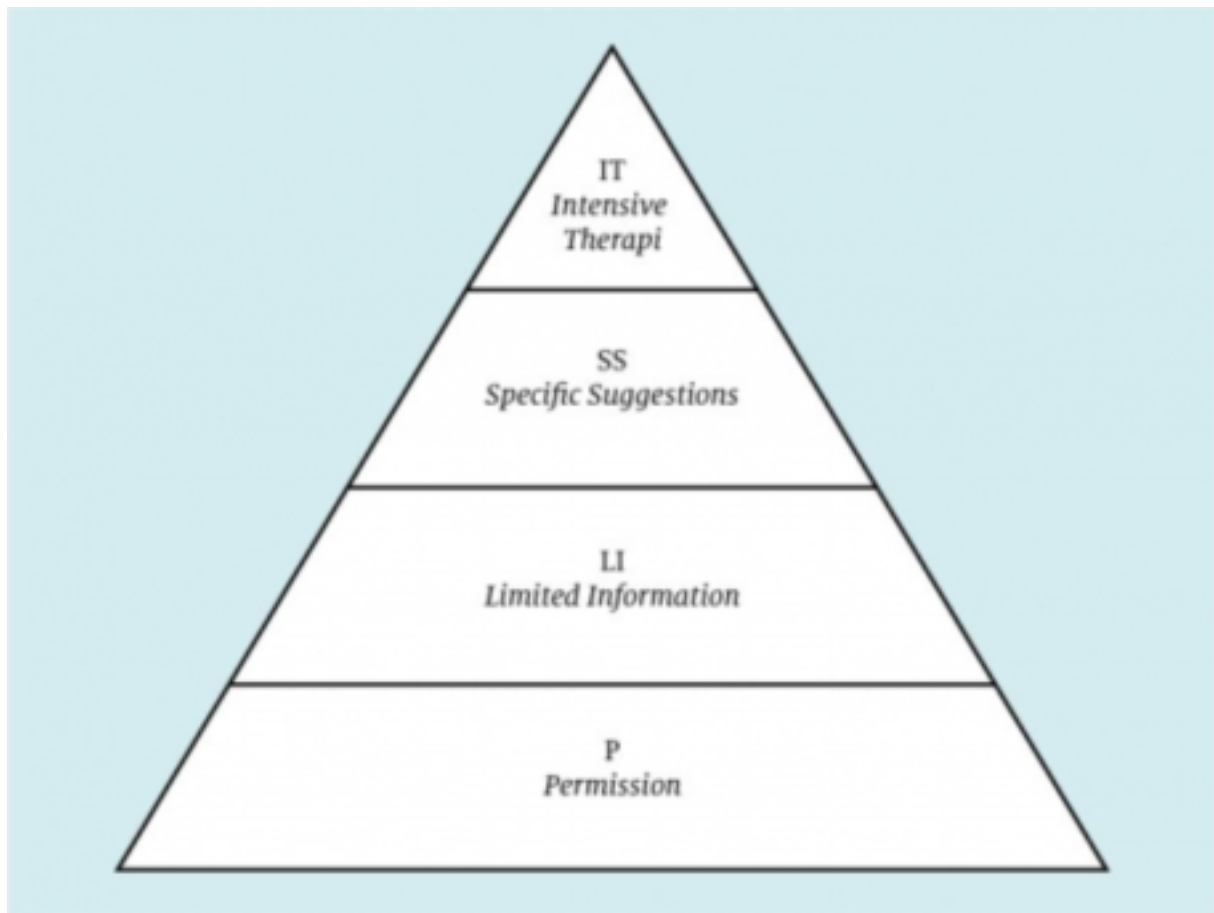
World Health Organization (1998) Health Promotion Glossery. Hentet fra

<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>

World Health Organization. (u.å) Sexual and reproductive health. Hentet fra

[https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)

# Vedlegg I: PLISSIT-modellen



(Krop, sykdom og seksualitet, Graugaard et al.,2006)

Modellen som beskriver ulike nivåer du kan forholde deg til og behandle seksuelle problemer på (Almås & Benestad, 2017, s. 70).

## Vedlegg II: Søkehistorikk

Søkeord	Database	Begrensninger	Antall treff	Relevant for oppgaven	Inkludert i oppgaven	Ekskludert fordi
S1: (MH "Surgery, Gynecologic") OR (MH "Hysterectomy") OR (MH "Trachelectomy") OR (MH "Oophorectomy") S2: (MH «sexuality») S3: (MH "Cervix Neoplasms+") S4: (MH "Genital Neoplasms, Female+") S5: S1 OR S3 OR S4 S6: «Plissit» S7: S2 AND S5 S8: S6 AND S7	CINAHL	S8: Limiters - Published Date: 20100101-20200231; Peer Reviewed; Gender: Female	S1: 11,725 S2: 27,858 S3: 14,347 S4: 35,219 S5: 43,919 S6: 76 S7: 630 S8: 2	1. Effect of the EX-PLISSIT model on sexual function and sexual quality of life among women after hysterectomy: a randomised controlled trial  2. Effectiveness of <b>PLISSIT</b> Model Sexual Program on <b>Female</b> Sexual Function for Women with Gynecologic Cancer.		Språk Koreansk
S1: (MH "Genital Neoplasms, Female+") S2: (MH "Cervix Neoplasms+") S3: (MH "Sexuality") S4: (MH "Quality of Life+") S5: «PLISSIT» keyword S6: S1 og S2 S7: S3 og S6 S8: S5 og S6	CINAHL	Limiters - Published Date: 20100101-20200231; English Language; Peer Reviewed; Gender: Female; Language: English	S1: 35,238 S2: 14,355 S3: 27,862 S4: 108,965 S5: 76 S6: 35,238 S7: 216 S8: 1	Development of an Educational Intervention Focused on Sexuality for Women with Gynecological Cancer		
cancer cervical AND Sexuality AND PLISSIT	British Nursing Index	Limiters - Published Date: 20100101-20200231; Peer Reviewed;		Addressing the Sexual Health Needs of Patients With Gynecologic Cancers	Inkludert i diskusjonen	

gynecological cancer AND Sexuality	British Nursing Index	Limiters - Published Date: 20100101-20200231; Peer Reviewed; English  Filter: sexuality OR cancer OR quality of life OR womens health OR female	71	Sexual activity and functioning in women treated for gynaecological Cancers  Female sexual health after a cancer diagnosis  Sexuality and body image following treatment for early-stage vulvar cancer: a qualitative study  How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality  Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: Results from quantitative and qualitative data	Oppfyller CASP  Oppfyller CASP	
Gynecological AND sexuality AND education AND cancer survivors	ORIA	2010-2020, engelsk	513	The impact of cervical cancer treatment on sexual function and intimate relationships: a crying shame  Sexual quality of life after the treatment of gynecologic cancer: what women want		Ikke relevant  Kvantitativt studie
Cervical cancer AND sexuality AND Communication AND attitudes	British Nursing Index	Limiters - Published Date: 20050101-20201231; Peer Reviewed; Language: English	80	Cancer department nurses' attitudes and practices in response to the sexual issues of pelvic radiation patients: A survey in Sichuan, China  How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality	Oppfyller CASP	Kvantitativt studie
Gynecological cancer AND cancer survivors AND body image	CINAHL		9	Living in a changed female body after gynecological cancer  Sexual Health in Patients with Gynecological Cancer: A Qualitative Study.	Oppfyller CASP  Oppfyller CASP	
Cervical cancer AND sexuality AND quality of life	CINAHL		31	Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study  Survey of <b>cervical cancer</b> survivors regarding <b>quality of life</b> and sexual function.		Ikke relevant  Kvantitativt studie
Gynecological AND sexuality AND education AND cancer survivors	CINAHL		4	Improving care for women after <b>gynecological cancer</b> : the development of a <b>sexuality</b> clinic.	Oppfyller CASP	

PLISSIT model AND neoplasms AND sexuality	PsycInfo		2	Addressing the sexual health needs of patients with gynecologic cancers.  Development of an Educational Intervention Focused on Sexuality for Women with Gynecological Cancer	Oppfyller CASP	
Cervical cancer AND sexuality	CINHL	Full Text; Published Date: 20100101-20201231; Peer Reviewed	100	The <b>sexuality</b> of Quebec women with <b>cervical cancer</b> : looking for love despite radiotherapy's trauma to their sexual body.  <b>Cervical cancer</b> survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support.	Oppfyller CASP  Oppfyller CASP	
Cervical cancer AND sexuality AND sexual issues	CINAHL		18	Sexual issues among cervical cancer survivors: how can we help women seek help?	Oppgaven er kvantitativ, men ble inkludert som teori fordi den passet til oppgavens fokus	
Sexuality AND cervical neoplasms AND information	Oria	Full Text; Published Date: 20100101-20201231; Peer Reviewed; Language: English, Gender: Female	60	A systematic review of the supportive care needs of women living with and beyond cervical cancer  Sexuality issues in gynaecological oncology patients: post treatment symptoms and therapeutic options		
Sexuality AND gynecological cancer AND information	Oria	Full Text; Published Date: 20100101-20201231; Peer Reviewed; Language: English, Gender: Female	646	Supportive Care Needs After Gynecologic Cancer: Where Does Sexual Health Fit in?		Kvantitativt studie

# Vedlegg III: PIO-skjema

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere hjelpe kvinner til å styrke sin seksuelle helse etter behandling for livmorhalskreft?

	<b>Problem/Patient</b>	<b>Intervention</b>	<b>Outcome</b>
	Kvinner med livmorhalskreft Seksualitet etter behandling for livmorhalskreft	Seksualrådgivning, veiledning	Styrke seksualitet og seksuell helse, økt livskvalitet, økt velvære
<b>MeSh</b>	Cervical cancer, Gynaecological cancer, Genital neoplasms, female	Patient education, sex education, communication	Quality of life, Sexuality, sexual health, self-esteem, body image
<b>Keywords</b>	Cervical tumor, gynecologic* neoplasms	PLISSIT model, ex-plissit model, <a href="#">psychoeducation</a> ,	Sexual quality of life

## Vedlegg IV: Litteratormatrise

Forfatter(e) Publiseringsår Tidsskrift Land	Tittel	Hensikten med studien	Metode	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater	Kvalitetsvurdering	Redegjort for etiske overveielser	Styrker og begrensninger
Bal, Yilmaz & Beji, 2013, Sexuality and Disability, Tyrkia	Sexual health in patients with gynaecological cancer: a qualitative study	Å undersøke karakteristikk som kroppsbilde, seksualfunksjon, fertilitet, seksuell helse, og hvordan kreftsykdom påvirker maternitet og kone-rollen blant kvinner som har overlevd gynekologisk kreft.	En kvalitativ studie. Det ble brukt et semistrukturert dybdeintervju, hvor deltagerne svarte på spørsmål om seksuell helse.	11 kvinner i alderen 30-55 deltok i studien. Kriterier for deltagelse: diagnostisert med gynekologisk kreft, gjennomført behandling for gynekologisk kreft minimum 6 mnd. tidligere, og fast partner.	Deltagerne hadde blitt påvirket av diagnosen og behandlingen i form av redusert kroppsbilde, seksualfunksjon, kone-rollen, maternitet og fertilitet. De fleste deltagerne rapporterte redusert seksuell drift og lyst, mindre samleie og problemer med å oppnå orgasme. Alle deltagerne rapporterte at de ønsket informasjon fra helsepersonell (helst kvinner) og ønsket å dele problemene sine med dem. Seksualitet er et problem ignorert av helsepersonell i Tyrkia. Seksualitet er en viktig del av kvinners livskvalitet., og helsepersonell bør være mer sensitiv og ha en personlig tilnærming til pasienters seksualitet.	Oppfyller CASP-kriteriene og har metodisk kvalitet	Ja	Lite utvalg. De ble bare rekruttert fra ett sykehus, i en storby. Mangler da perspektivet til kvinner fra andre deler av landet. Positivt at det får frem kulturelle aspekter.
Cleary, Hegarty & McCarthy, 2013, Cancer Nursing Practice, Irland	How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality	Å utforske innvirkningen gynekologisk kreft har på seksuall, fra pasientens perspektiv. Håpet var å bruke resultatene til å utforme informasjonsmateriale omkring tema	Et kvalitativt, deskriptivt, design ble brukt. Semistrukturerte intervjuer. Data ble analysert ved bruk av manifest innholdsanalyse.	8 kvinner med en gynekologisk kreftdiagnose ble intervjuet. Kvinnene ble rekruttert fra et stort sykehus i Sør-Irland.	Kvinnene rapporterte om plagsomme endringer i alle aspekter av deres seksualitet etter diagnostisering og behandling. De understrekte behovet for muntlig og skriftlig informasjon, og støtte fra helsepersonell relatert til seksualitet. Deltagerne ønsket at denne informasjonen skulle komme i behandlingsperioden, og ikke på diagnostidspunktet.	Oppfyller CASP-kriteriene og har metodisk kvalitet.	Ja	Lite utvalg kvinner. De beskriver heller ikke hvorfor det bare var 8 kvinner med i studiet, og jeg savner mer informasjon om rekruttering av deltagerne.

Vermeer, Bakker, Kenter, Stiggelbout & Kuile, 2016 Supportive Care in Cancer, Nederland	Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support	Hensikten med studiet var å vurdere erfaringer med seksuell dysfunksjon, psykoseksuell støtte og psykoseksuell helsehjelp blant overlevende av livmorhalskreft og deres partnere.	Kvalitativ studie. Kvinnene og partnene ble intervjuet hver for seg.	30 kvinner (34-68 år) og 12 partnere (31-54 år, 11 menn og 1 kvinne). Tidligere deltatt i et annet studie (spørreskjema). Hadde blitt behandlet på Leiden University Medical Center eller The Academic Medical Center Amsterdam de siste 1-12 årene, og de hadde indikert et behov for informasjon eller hjelp.	Mange deltakere opplevde en eller flere seksuelle dysfunksjoner. De fleste deltakere rapporterte å ha blitt spurt om deres seksuelle funksjon, selv om oppmerksomheten på for tema ofte var begrenset og medisinsk orientert. Å betrakte seksualitet som tabu noen av deltakere i å øke hjelp. Mange deltakere ønsket informasjon om behandlingsmessige konsekvenser for seksualfunksjonen, praktiske råd for å håndtere dysfunksjoner, og forsikring om at det er vanlig å oppleve seksuell dysfunksjon.	Oppfyller CASP-kriteriene og har metodisk kvalitet.		Lite utvalg. Ekskluderer synspunktet til kvinner som ikke hadde vært med på den innledende spørreundersøkelsen.
Vermeer, Bakker, Kenter, Kroon, Stiggelbout & Kuile, 2015, Psycho-Oncology, Nederland	Sexual issues among cervical cancer survivors: how can we help women seek help?	Undersøke oppkomsten av psykoseksuelle helsebehov og hjelpesøkende adferd, identifisere sammenhengen mellom psykososiale variabler og hjelpesøkende intensjoner, og vurdere overlevende og partners preferanser angående psykoseksuelle helsetjenester.	Kvantitativ studie. Tverrsnittsundersøkelse, med spørreskjema. Data ble analysert med multivariat regresjonsanalyse.	343 kvinner som har overlevd livmorhalskreft, og deres partnere (154). Inklusjonskriterier: gjennomgått radikal hysterektomi med bekkenlymfadenektomi med eller uten adjuvant (cellegift) strålebehandling, eller en behandling bestående av strålebehandling og cellegift.	Over 50 % meldte om behov for informasjon og/eller profesjonell hjelp, men bare 35% hadde tatt initiativ til samtale med helsepersonell om seksualitet. Kvinner som anså seksualitet som viktig, som hadde tro på profesjonell hjelp og opplevde støtte i samfunnet til å søke hjelp, og som ikke opplevde det som flaut å søke hjelp, oppsøkte mer hjelp enn dem som hadde motsatte holdninger. De fleste deltakere ville satt pris på å motta informasjon om seksualitet og livmorhalskreft.	Oppfyller CASP-kriteriene og har metodisk kvalitet.		Negativt: studiet er basert på deltagere i et parforhold, og kan ikke direkte overføres til alle kvinner med livmorhalskreft. Svarprosenten for dem som fullførte spørreskjema var bare 45 %. Positivt at utvalget var så stort.
Sekse, Gjengedal & Råheim, 2013, Health Care for Women International, Norge	Living in a changed female body after gynaecological cancer	Hensikten med studien var å utdype hvordan det oppleves å leve med en kropp forandret av gynekologisk kreft, 5-6 år etter endt behandling.	Kvalitativ studie. Kvinnene ble intervjuet to ganger med omtrent et års mellomrom	16 kvinner i alderen 39-66 år. Utvalgs-kriterier: 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. De fleste av kvinnene ønsket at helsepersonell aktivt skulle ta opp temaet seksualitet, og videre lytte til det kvinnene hadde å si.	Oppfyller CASP-kriteriene og har metodisk kvalitet.	Ja	Lite utvalg. Svakheter ved denne er at alle deltakeren hadde samme kulturelle og etniske bakgrunn. Mangler perspektivet til yngre kvinner



Sekse, Råheim & Gjengedal, 2015, Health Care for Women International, Norge	Shyness and Openness – Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer	Utforske blyghet og åpenhet relatert til seksualitet og intimitet hos langtidsoverlevende kvinner etter gynekologisk kreft, og hvordan de opplevde dialog med helsepersonell angående disse temaene	Kvalitativt studie. Kvinnene ble intervjuet to ganger med omtrent ett års mellomrom.	16 kvinner i alderen 39-66 år. Utvalgsriterier: behandlet for gynekologisk kreft fem år tidligere, ingen metastaser eller tilbakefall etter behandling, mellom 30-70 år.	Gynekologisk kreft førte til dyptgripende kroppslige endringer, som påvirket kvinnene sitt seksualliv og intimitet. På tross av at kvinnene hadde behov for informasjon og forståelse for egne kroppslige endringer, ble problemet mer eller mindre oversett. Helsepersonell må finne en veil mellom blyghet og åpenhet, helsepersonells egne erfaringer kan være en ressurs for kvinner som har utfordringer med seksualitet og intimitet.	Oppfyller CASP-kriteriene og har metodisk kvalitet.		Svakhet ved denne er at alle deltakeren hadde samme kulturelle og etniske bakgrunn. Lite utvalg, og mangler perspektivet til yngre kvinner.
Williams, Hauck, Bosco, 2017, European Journal of Oncology Nursing, Australia.	Nurses' perceptions of providing psychosexual care for women experiencing gynaecological cancer	Formålet med studiet var å få innsikt i hvordan sykepleiere i Vest-Australia konseptualiserer tilbudet om psykoseksuell omsorg for kvinner som gjennomgår behandling for gynekologisk kreft, og hvordan dette samstemmer med sykepleiere globalt.	Kvalitativt, deskriptivt design, med intervju.	17 sykepleiere som jobbet på et tertiært kvinnesykehus i Vest-Australia ble rekruttert og intervjuet.	Studiet fant fem tema som påvirket psykoseksuell omsorg: 1) Sykepleiere bruker strategier for å hjelpe samtalen. 2) Kvinner har unike psykoseksuelle behov. 3) Sykepleiere påvirkes av personlige og profesjonelle erfaringer og verdier. 4) Systemer i helsetjenesten påvirker helsehjelpen. 5) Samfunnet påvirker holdninger rundt seksualitet. Sykepleierne hadde forskjellig på hvorvidt disse faktorene hadde en positiv eller negativ innvirkning på samtalen som kreves for å gi psykoseksuell omsorg.	Oppfyller CASP-kriteriene og har metodisk kvalitet.	JA	Lite utvalg, men ellers ikke noe negativt å påpeke med studiet.