



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	03-05-2023 12:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	12-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	234
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7940
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	77
Andre medlemmer i gruppen:	327

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven 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

Seksuell helse etter gjennomgått
behandling av livmorhalskreft

Cervical cancer treatment and its
consequence for sexual health.

Kandidatnummer: 234 & 327

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialfag

12.mai 2023

Antall ord: 7940

Tør(r) å spørre!

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, § 12-1.

Abstract

Background: In 2021, 345 women were diagnosed with cervical cancer in Norway. The women who survived after having gone through cancer treatment, often experienced late effects on their sexuality, both mentally and physically. Sexuality is a basic need to ensure good life quality but it is also a sensitive topic that can be difficult to address, both for the patient and the nurse. A part of being a nurse is to take care of a woman's health, including their sexual health.

Aim: The purpose of this assignment is to recognise that (a woman's) sexual health is affected by cervical cancer treatment and with this in mind, discuss how you as a nurse can guide women on their sexual health after treatment. Do the patients receive the information and support they need to be able to face these challenges?

Method: We have used literature study as method. Vi har gjennomført et systematisk litteratursøk i databasene Medline, PubMed og Science direct. Vi har også tatt i bruk relevant akademisk litteratur og lovverk.

Results: Our research shows that there are several reported cases of late effects on sexual health after cervical cancer treatment. Findings in literature also show that there is little information about sexuality in this respect, and that women are searching for guidance and information about this topic after treatment. There are several factors that affect to which extent the patients are searching for help and how they would like to receive this help. Some of the articles reveal that the patients experienced improved sexual health by guidance through the use of the PLISSIT model. Both patients and partners report that involving the partner in this guidance has a significant effect on the recovery.

Conclusion: Cervical cancer treatment often causes several side effects that can affect the patient's sexual health. Sexual dysfunction is a common consequence of cancer treatment and this is not well enough communicated to the patients. The need for more information and guidance on this topic is evident. It is recommended to implement the PLISSIT model as a tool for nurses to improve the guidance on sexual health after cancer treatment. Our health care workers need to prioritize to give more and better guidance and information on the topic of sexual health for patients and their partners.

Innholdsfortegnelse

Abstract	2
Oversikt over tabeller og figurer	4
1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Problemstilling	6
1.3 Avgrensning av oppgaven.....	7
1.4 Begrepsavklaring:	7
2.0 Bakgrunn med teoretisk perspektiv	8
2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv.....	8
2.2 Årsak til livmorhalskreft.....	9
2.3 Behandling av livmorhalskreft	10
2.4 Seksualitet og seksuell helse i forhold til livmorhalskreft	11
2.5 Seksuelle utfordringer som en senskade av behandling	11
2.6 Sykepleieren veiledende og undervisende funksjon.....	12
2.6.1 PLISSIT-modellen	13
3.0 Metode	14
3.1 Design	14
3.2 Søkeprosessen	15
3.2.1 Litteratursøk	15
3.2.2 Inklusjons -og eksklusjonskriterier	16
3.3 Kritisk vurdering av kilder	16
3.4 Analyse og syntese.....	16
3.5 Ethiske vurderinger	17
4.0 Resultater	17
4.1 Seksuell dysfunksjon	17
4.2 Partner	19
4.3 Veiledning	20
5.0 Diskusjon	21
5.1 Diskusjon resultat	21
5.2.1 Seksuell dysfunksjon	22
5.2.2 Partner	23
5.2.3 Veiledning.....	24
5.2 Diskusjon metode	26
6.0 Oppsummering og implikasjoner fra praksis	27

Litteraturliste	28
Vedlegg	34
<i>Vedlegg I: PLISST-modellen.....</i>	<i>34</i>
<i>Vedlegg II: PICO-skjema.....</i>	<i>34</i>
<i>Vedlegg III: Søkehistorikk.....</i>	<i>35</i>
<i>Vedlegg IV: Litteraturmatrise</i>	<i>41</i>

Oversikt over tabeller og figurer

Vedlegg I: PLISSIT-modellen

Vedlegg II: PICO-skjema

Vedlegg III: Søkehistorikk

Vedlegg IV: Litteraturmatrise

1.0 Innledning

Livet endrer seg når kreft blir en del av det. De fleste som får påvist en alvorlig kreftsykdom vil oppleve at livet endrer seg som en følge av sykdommen, men også av gjennomgått behandling. Kreft, kreftbehandling, og senskader kan påvirke en persons seksualitet. Uansett alder, partner, og seksuell legning vil det være normalt å bekymre seg for hvordan seksualiteten påvirkes. Forskning viser at seksualiteten hos kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft, i større grad påvirkes enn hos kvinner som har gjennomgått andre krefttyper (Corrêa et al., 2015, s.1054).

I helse- og omsorgsdepartementets strategi for seksuell helse, får man opplyst at seksualitet er en helsefremmende ressurs gjennom livet, og at seksuell helse er en del av både fysisk og psykisk helse. God seksuell helse vil være med å holde oss friske og gi trivsel, mens dårlig seksuell helse gjør oss mer utsatt for sykdommer og mistrivsel (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s.7). På verdensbasis regnes livmorhalskreft som den tredje mest utbredte kreftformen blant kvinner (kreftregisteret, 2023a), og ifølge kreftregisteret var det i 2022, 302 kvinner i Norge som fikk påvist livmorhalskreft (kreftregisteret, 2023b).

Seksualitet har i lang tid vært preget av å være tabubelagt i form av fornektelse og undertrykkelse. På 1900-tallet ble synet på seksualitet gradvis endret, og på 1950-tallet opplevde man noe man kan kalle “den seksuelle revolusjonen”. Fra nå av skulle det åpnes opp for å prate om kropp, seksualitet, og seksuell helse (Gamnes, 2016, 375-376). Til tross for at seksualitet ikke lenger skal være tabulagt, er det likevel mangelfull tilgang på informasjon og veiledning om seksuelle problemer i helsetjenesten. Seksuelle problemer som en senskade av kreftbehandlingen oppleves sjelden å bli tatt opp som samtaletema. Seksualitet oppleves å være et underkommunisert tema, som kan komme av manglende kunnskap, og at man som sykepleier kan føle at man går utenfor eget kompetanseområde (Borg, 2017, s.126).

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere beskriver at sykepleiere har et ansvar i å utøve sykepleiepraksis som fremmer helse, og forebygger sykdom (Norsk Sykepleierforbund, 2019, 2:1). I og med at seksualitet er en del av pasientens helse og livskvalitet, har man derfor som sykepleier et ansvar for å ivareta og følge opp pasientens seksuelle helse. Til tross for dette er det fortsatt i 2023 slik at seksualitet er et tema som snakkes lite om (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s.7). Rollen som sykepleier omhandler et ansvar i å informere, undervise, og veilede pasienter med formål om at pasienten skal oppleve trygghet og hjelp til å forstå, for i større grad mestre konsekvensene av både sykdom og behandling, også da i seksualitet (Kristoffersen, 2016, s.356-358).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt å fordype oss i temaet seksualitet og livmorhalskreft fordi det er et dagsaktuelt emne som sirkulerer i norske medier, og et tema vi som studenter i 20-årene opplever at står oss nært, og som vi av den grunn mener er viktig å sette fokus på. Vår inspirasjon til å skrive om temaet, ble tydelig da vi så dokumentaren om Thea Steen, som fikk diagnosen livmorhalskreft da hun kun var 25 år. Steen var opptatt av åpenheten rundt livmorhalskreft, og delte erfaringer og opplevelser med det formål å påpeke viktigheten av god informasjon og trygghet rundt utfordringer (kreftforeningen, 2020). Gjennom vår praksisperiode ved kreftpost på Haukeland Universitetssykehus, økte vår interesse for gynekologisk kreft og seksualitet. I tillegg opplevde vi at seksualitet ofte blir nedprioritert i behandling, kartlegging, og i samtale med pasienten.

1.2 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier veilede kvinner om seksuell helse etter gjennomgått behandling for livmorhalskreft?»

1.3 Avgrensning av oppgaven

Oppgaven vår omhandler kvinner over 18 år som har fått påvist livmorhalskreft, og som har overlevd kurativ behandling for kreften. Fokuset vil legges på senskadene og dysfunksjonen som medfølger behandlingen, og hvordan disse ettervirkningene kan påvirke seksualiteten. Vi vil fokusere på sykepleierens veiledende og undervisende funksjon. Pasienten kan være innlagt på sykehus i behandlingsperioden, eller få oppfølging på poliklinikk (Oslo universitetssykehus, 2022). Seksualiteten endres ulikt ut fra påvirkningen av ulike behandlingsformer og alder. Vårt fokus vil være hvordan man som sykepleier kan sikre at kvinners seksualitet blir ivaretatt etter kreftbehandling, og vi har derfor valgt å ikke gjøre avgrensninger når det gjelder hvilken behandlingsmetode som er brukt. Oppgaven vil inkludere kvinnens partners rolle, dette fordi partner i stor grad kan påvirke tematikken, og også kan være en ressurs for kvinnen (Helsedirektoratet, 2021).

1.4 Begrepsavklaring:

Livmorhals er den nedre delen av livmoren som forbinder skjede og livmor (Kristoffersen, 2016, s.409).

Livmorhalskreft også kalt cervical/cervix cancer er en krefttype som utvikles langsomt i livmorhalsen. (Jerpseth, 2016, s.153).

Gjennomgått behandling for livmorhalskreft er det vi har valgt å avgrense vår oppgave til. Vi har valgt å definere dette som kurativ behandling form av kirurgi, av radikal hysterektomi, kjemoterapi, stråleterapi, og radikal trakelektomi. Behandlingsformene avklares videre i teorien.

Seksualitet omfatter blant annet vår kjønnsidentitet, seksuelle orientering, erotikk, glede, intimitet og reproduksjon (Helsedirektoratet, 2021, kap 4:6).

Seksuell dysfunksjon refererer til et seksuelt problem forbundet med personlig nød. Det kan eksempelvis inkludere mangel på seksuell lyst, manglende evne til å oppnå orgasme eller smerte ved seksuell aktivitet (Shifren, 2022)

Kommunikasjon, har vi valgt å definere ut fra et sykepleiefaglig perspektiv, hvor det handler om å utøve profesjonell helsekommunikasjon (Landsem, 2018).

Profesjonell helsekommunikasjon defineres som *personorientert kommunikasjon*, og innebærer at man som sykepleier skal kommunisere med mennesker om noe mer enn det vi kan se. Det handler om å lytte aktivt, og anerkjenne pasienten som en unik person. Det handler om å gå i samtale med pasienten, i stedet for å samtale til pasienten. Det er også et viktig holdepunkt for at veiledningen til pasienten skal bli så god som mulig (Eide og Eide 2017, s.16).

Veiledning utgår som en prosess hvor mestring styrkes gjennom dialog mellom sykepleier og pasient. Det blir beskrevet i fire deler; informasjon, undervisning, instruksjon, og råd. Som sykepleier sitter man med kunnskap som pasienten trenger for å bedre egen helse og livsstil (Tveiten, 2016, s.92). Videre begreper som aktivt blir brukt i oppgaven vil beskrives fortløpende i teksten.

2.0 Bakgrunn med teoretisk perspektiv

2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv

Joyce Travelbee (f. 1926) var en amerikansk psykiatrisk sykepleier som satt fokus på de mellommenneskelige aspektene ved sykepleie. I boken “mellommenneskelige forhold i sykepleie” utdyper hun begrepet “Menneske til menneske forhold”. Det fremste kjennetegnet på et menneske-til-menneske-forhold er at individets eller dets familie sitt sykepleiebehov blir ivaretatt (Travelbee, 1999, s. 177). Travelbee mener at et slikt forhold mellom sykepleier og pasient er viktig. Forholdet er en gjensidig prosess, der både sykepleier og pasient bidrar til

oppbygningen, gjennom ulike faser. Ansvar for å etablere og opprettholde et slikt forhold ligger allikevel hos sykepleier (Travelbee, 1999, s.177.)

Ved første møte mellom sykepleier og pasient, vil partene ofte begynne ved å se på hverandre som nettopp dette. Først når sykepleieren begynner å oppfatte pasienten som et unikt individ, og den syke begynner å respondere deretter, kan forholdet utvikle seg videre. Etter hvert vil likheter og forskjeller tre frem og bli erkjent, og ulike identiteter vokser frem. På denne måten kan man se det unike ved individet. Sykepleier begynner å fange opp hvordan pasienten som individ føler, tenker og oppfatter ulike situasjoner og motsatt. Videre må sykepleier klare å gå utenfor seg selv for å kunne utvikle empati med vedkommende. Empati vil være en viktig byggestein for evnen til å vise sympati og medfølelse. Da vil sykepleier også føle på den andres følelser og ha et ønske om å hjelpe. For å oppnå gjensidig forståelse og kontakt, må sykepleier gjennom handlinger og iverksettelse av tiltak faktisk bidra til å lindre problemene som er formidlet til henne (Travelbee, 1999, s. 186-218).

2.2 Årsak til livmorhalskreft

Blant risikofaktorene for utvikling av livmorhalskreft finner vi blant annet det å ha flere seksualpartnere samt tidlig seksualdebut (Kristensen, 2017, s.592). Primært kan man si at Humant Papillomavirus (HPV) er årsaken til utviklingen av livmorhalskreft, og da er det gjerne HPV type 16 og 18 som er forbundet med 60% av tilfellene med livmorhalskreft (Kristensen, 2017, s.593). Funksjonen til viruset er å forstyrre den normale celledelingen, som kan føre til celleforandringer i livmorhalsen. De fleste celleforandringer går tilbake til normal av seg selv, men noen utvikler seg til noe mer alvorlig, hvor celleforandringene kan utvikle seg til forstadier til kreft, og senere kreft (Kristoff, 2016, s.409). På et tidlig stadium av livmorhalskreften ser man gjerne diffuse symptomer, men blant symptomene som gjerne gjør kvinnene oppmerksomme på at noe ikke er slik det bør være er blødningsforstyrrelser, blødning i forbindelse med samleie, eller blodtilblandet utflod. Ved livmorhalskreft på et mer fremskredent stadium kommer også symptomer som appetittløshet, smerter, uremi, tretthet, anemi, og vekttap (Kristensen, 2017, s.593).

2.3 Behandling av livmorhalskreft

Livmorhalskreft behandles kirurgisk, med kjemoterapi, eller med strålebehandling, avhengig av hvilket stadium av kreften det er snakk om, hvilken type svulst det er og dens utbredelse. Ofte kombineres også to eller tre behandlingstyper (Jerpseth, 2016, s.153). Ved celleforandringer der cellene ikke har utviklet seg til kreft enda er konisering behandlingen som benyttes. Konisering innebærer at den ytre delen av livmorhalsen blir fjernet kirurgisk, dette for å stoppe videre utvikling av celleforandringene. Ved de tilfellene der celleforandringene har utviklet seg til kreft, er behandlingen avhengig av hvilket stadium kreften er på (Kreftforeningen, 2023).

Dersom det er lokalavansert kreft kan det være tilstrekkelig å fjerne livmor og livmorhalsen kirurgisk, men dersom det i tillegg er innvekst i omkringliggende vev vil inngrepet bli utvidet, hvor da lymfeknuter og ovariene også kan bli fjernet i form av radikal hysterektomi. I etterkant er det vanlig med strålebehandling og cytostatika (Kristoff, 2016, s.410). Radikal hysterektomi er det vanligste kirurgiske inngrepet ved livmorhalskreft. Da blir livmoren, livmorhalsen og støttevevet omkring, samt øvre del av skjeden, operert bort. I tillegg fjernes lymfeknuter i bekkenet (kreftforeningen, 2023a).

Kjemoterapi, bedre kjent som cellegift er medisiner som brukes for å svekke og drepe kreftceller. Denne behandlingsmetoden har ulike formål som helbredelse, minske svulsten før en eventuell operasjon eller strålebehandling, eller at medisinerne skal drepe kreftceller som finnes resterende andre steder i kroppen (kreftforeningen, 2023b). Stråleterapi har som formål å ødelegge kreftceller uten å påvirke friske celler i for høy grad. Behandlingen kan gis i form av radioaktive kilder, som i kortvarige perioder plasseres i livmorhalsen, eller livmoren kan bestråles fra utsiden (kreftforeningen, 2023).

Radikal trakelektomi gjøres i de tilfellene der kvinner ønsker å bevare sin evne til å få barn, sin fertilitet, der det er medisinsk forsvarlig. I dette tilfelle ønsker man å bevare livmoren, og da vil kun livmorhalsen, samt fjerning av lymfeknuter være tilstrekkelig behandling (kreftlex, u.å).

2.4 Seksualitet og seksuell helse i forhold til livmorhalskreft

Dersom man hadde forklart seksualitet med forplantningsteorien som eneste mål, så ville den vært rimelig irrelevant for de fleste kreftpasienter. Derfor er det som helsepersonell viktig å ha en utvidet forståelse av seksualitet med fokus på at alle er seksuelle individer uavhengig av alder og livssituasjon (Borg, 2017, s.120). Det er også viktig å være klar over at seksualitet er et grunnleggende behov. Seksuell lyst, også kalt libido, er for mange en høyt prioritert verdi, (Gamnes, 2016, s.374-378)

I en undersøkelse som ble gjort av Randi Gjessig, en onkologisk sykepleier ved Ahus, kommer det frem at både gynekologiske kreftformer og hysterektomi kan være en årsak til hvorfor kvinner opplever nedsatt seksuallyst (Hoffman, R., f.fl, 2021). Libido er individueltanliggende og oppleves og håndteres forskjellig fra person til person og fra én livsfase til en annen (Gamnes, 2016, s.374).

2.5 Seksuelle utfordringer som en senskade av behandling

Alle typer behandling for livmorhalskreft kan påvirke kvinners seksuelle funksjon, enten det gjelder libido, opphisselse, orgasme eller smerte. Med dette kan seksuell dysfunksjon påvirke kroppsbildet, gi svekket selvfølelse, og gi et mindre tilfredsstilt seksualbehov. Disse faktorene kan resultere i psykisk stress og gi svekket livskvalitet (Bober & Krapf, 2022).

Kirurgi som behandlingsmetode kan påvirke seksualfunksjonen både anatomisk, sensorisk og endokrint. Eksempelvis kan hysterektomi sammen med stråling påvirke lengden, elastisiteten og fuktigheten i vagina (Bober & Krapf, 2022). Strålebehandling mot bekkenområdet kan påvirke seksual funksjonen ved både akutte og senskader på tarm, blære og vagina. Dette kan innebære forkortning av vagina, i tillegg til at den kan bli tørrere og tynnere. Disse skadene kan ha påvirkning på vaginal penetrering (Bober & Krapf, 2022).

Kjemoterapi kan påvirke seksual funksjonen til kvinnen etter behandling, uavhengig av alder. Den mest kjente bivirkningen er tørrhet i skjeden. Kvinnens endokrine funksjon vil også kunne påvirkes, og kan lede til ovariesvikt og gi plutselig mangel på østrogen. Kjemoterapi vil også kunne gi fremskyndet menopause hos yngre kvinner og lede til tørr skjede, og svekket libido. Polynevropati er også en kjent bivirkning av kjemoterapi, og kan føre til nummenhet, prikking og nevrologiske smerter (Bober & Krapf, 2022).

Andre plager som kan forekomme av behandling er blant annet urin og fekalinkontinens. Søvnproblemer og fatigue i forbindelse med behandling, menopause eller psykiske årsaker kan også påvirke kvinnens energinivå og libido. Endret anatomi og seksualfunksjon kan påvirke kroppsbildet til pasienten som rammes. Depresjon i seg selv, samt antidepressive medisiner kan føre til nedsatt libido, og kan også påvirke parforhold. Mange vil i tillegg synes at parholdet blir påvirket grunnet stress, mange forandringer på kort tid og at de finner temaet utfordrende å prate om (Bober & Krapf, 2022).

2.6 Sykepleieren veiledende og undervisende funksjon

I følge pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 (2016) har pasienten rett på den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand. Dette innebærer også at pasienten skal ha tilstrekkelig informasjon om mulige risikoer og bivirkninger (pasient- og brukerrettighetsloven, 2016, §3-2). Man kan derfor ikke velge bort denne oppgaven som sykepleier. I tillegg er det et viktig prinsipp i utøvelsen av sykepleie at pasienten skal føle på rett til medvirkning, og det er også avgjørende at man som sykepleier veileder på en måte som omhandler mer enn å kun ha en samtale, men at man også legger til rette for at pasienten skal få føle, være trygg, og føle seg ivaretatt (pasient- og brukerrettighetsloven, 2016, §3-1).

Undervisning gir pasienten god forståelse for kreftformen, og senskadene etter behandlingen. Det er viktig at man underviser pasienten godt om sin sykdom, og at pasienten får god innsikt i hele forløpet, også seksualitet, som kan være vanskelig for pasienten å ta opp, men noe man kan bekymre seg mye over. Dette gjør det mer meningsfylt for både sykepleier og pasient å gi råd til pasienten, i den grad at pasienten kan forstå hva som er realistisk, og være mer forberedt på livet etter livmorhalskreften (Tveiten, 2016, s.145).

For å sikre god veiledning må man som sykepleier bruke kommunikasjonsferdigheter for å legge til rette for tillit og trygghet. Det handler om å aktivt lytte til pasienten ved å la pasienten snakke, og at man som veileder legger til rette for utdypning der det er relevant. Empati er en annen vesentlig egenskap man må ta med inn i den veiledende rollen, dette for å gi pasienten opplevelsen av å føle seg respektert, verdsatt, og tatt alvorlig. En veiledende funksjon som dette er spesielt avgjørende i samtale om seksualitet, som er et såpass tabubelagt og sårt tema å prate om. Når man møter pasienten med empati, gir man også pasienten en form for aksept for egne opplevelser og følelser. Det er viktig å få frem til pasienten at seksuelle endringer, og dysfunksjon er helt normalt etter behandling for livmorhalskreft (Tveiten, 2016, s.97).

2.6.1 PLISSIT-modellen

Ut av de yrkesetiske retningslinjene kommer det frem at man som sykepleier skal erkjenne egne grenser når det gjelder ens kompetanse, og at man skal praktisere innenfor disse og søke veiledning i vanskelige situasjoner (Norsk Sykepleierforbund, 2019, 1:7). PLISSIT-modellen (vedlegg I), er utviklet av den amerikanske psykologen Jack Annon på 1970-tallet og blir fortsatt brukt for å hjelpe helsepersonell med å starte og strukturere samtalen om seksuell helse med pasienter. Modellen kan sees på som en pyramide, der trinn 1 danner grunnlaget for trinn 2, og så videre. Oversatt til norsk er de 4 ulike trinnene; «tillatelse», «begrenset informasjon», «spesifikke forslag», og «intensiv terapi» (Gamnes, 2016, s.399-400).

Trinn 1, «tillatelse», handler om at pasienten gis tillatelse til å snakke om temaet. Dette innebærer at pasienten får en opplevelse av at seksuell helse er et naturlig samtaleemne i forbindelse med behandlingen (Gamnes, 2016, s.399-400). Trinn 2, «begrenset informasjon», forutsetter at helsepersonell har tilegnet seg basal kunnskap om mulige konsekvenser av behandlingen for pasientens seksuelle helse, slik at man kan gi konkret og relevant informasjon (Gamnes, 2016, s.399-400). Trinn 3, «spesifikke forslag», innebærer at behandleren skal komme med spesifikk rådgivning og behandlingstiltak basert på de individuelle utfordringene til den enkelte pasienten (Gamnes, 2016, s.399-400). Trinn 4, «intensiv terapi», gjelder dem som har behov for et spesialisert behandlingstilbud, der det kreves at behandleren har spesial kompetanse (Gamnes, 2016, s.399-400).

3.0 Metode

«Metode er den systematiske fremgangsmåten en benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling.» (Thidemann, 2019, s. 74).

3.1 Design

Oppgaven benytter litteraturstudie, basert på retningslinjer utgitt av Høyskolen på Vestlandet. Litteraturstudie som metode er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2019, s.77). Dette gjennomføres ved at vi søker etter litteratur, som vi kritisk gjennomgår, for så å sammenfatte denne allerede eksisterende kunnskapen. Dette bidrar til at man sikrer seg oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det vår problemstilling etterspør. Litteraturstudie som metode sikrer også at man på en grundig og oversiktlig måte kan beskrive hvordan man har kommet frem til kunnskapen man presenterer i bacheloroppgaven (Thidemann, 2019, s.78).

Vi har valgt å bruke litteratur som er hentet fra både kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode blir brukt for å samle inn objektiv, målbar data som gir oversikter, fordelinger, frekvenser, eller for å teste hypoteser og teorier. Metoden er kjent for breddekunnskap, som handler om at man får et lite antall opplysninger fra mange undersøkelser (Thidemann, 2019, s.76). I tillegg valgte vi å søke etter kvalitative studier for å belyse individets meninger, opplevelser, og erfaringer. Dette bidrar også til søket vårt blir mer individuelt og dyptgående enn å kun bruke den kvantitative forskningsmetoden som baserer seg på objektive og harde fakta. Hensikten med den kvalitative metoden er å innhente kunnskap som stammer fra menneskelige meninger, opplevelser, tanker, eller erfaringer. Datainnsamlingen er ofte hentet fra intervju, observasjoner, feltarbeid, eller dokumentasjonsanalyse. Generelt gir metoden mange opplysninger ut fra få undersøkelsesenheter (Thidemann, 2019, s.76).

3.2 Søkeprosessen

Hensikten med søkeprosessen var å finne artikler som belyser temaet både fra pasienten, og sykepleierens side. Dette for å kartlegge opplevelsene til kvinner, og i hvilken grad dette er et problem slik at man som sykepleier kan veilede og gjøre en forskjell. Med dette fokuserte vi på å finne artikler som undersøkte hvilke problemer kvinner opplevde, og hvordan informasjon om seksualitet som var gitt i etterkant av behandling. I tillegg ønsket vi å søke etter artikler som undersøkte sykepleierens holdninger til å snakke om seksualitet, og også hvordan man som sykepleier kan ta i bruk verktøy og føle seg komfortabel i samtalen om dette temaet.

3.2.1 Litteratursøk

Prosessen med å søke etter relevant forskningslitteratur startet med et innledende litteratursøk, et søk hvor man oppnår en oversikt over hvor mye som er skrevet om vårt valgte tema og problem, og en viss kontroll på omfanget av litteratur og forskning knyttet til problemstillingen. Vi foretok oversiktssøk i Google Scholar, PubMed, og *UpToDate*. Artiklene man finner kan man bruke som utgangspunkt i det videre systematiske hovedsøket. Man kan også finne relevante søkeord i denne prosessen som man tar med seg for et mer nøyaktig og systematisk søk (Thidemann, 2019, s.80). Videre ble det gjennomført et systematisk litteratursøk i arbeidet med å skaffe litteratur og forskning til oppgaven. Et systematisk litteratursøk er planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart, og alltid knyttet til oppgavens problemstilling (Thidemann, 2019, s.82).

Før vi startet det systematiske litteratursøket tok vi i bruk et PICO-skjema (vedlegg II) som verktøy for å konkretisere vår problemstilling slik at den blir presis og mer konkret i søket etter litteratur (Thidemann, 2019, s.82). For å finne engelske søkeord ble det tatt i bruk en MeSH-ordliste som vi fant på helsebiblioteket. Dette er en terminologibase som skal hjelpe til en bedre forståelse av begreper, spesielt innen medisin og helsefag, som igjen vil bidra til å gjøre enklere søk av god kvalitet (helsebiblioteket, 2016). Søkeord som ble brukt er blant annet cervical neoplasm, sexual health, counseling, sexual dysfunction, dialogue, PLISSIT model, body image, quality of life, og body image. Utfyllende søkehistorikk finnes i vedlegg III. Det ble gjennomført søk med ulike kombinasjoner med OR og AND. Vi leste først titlene

og abstraktene i de ulike artiklene vi fant, for å undersøke om artiklene var relevante for vår problemstilling.

3.2.2 Inklusjons -og eksklusjonskriterier

Vi har på forhånd valgt å definere noen inklusjons – og eksklusjonskriterier for å avgrense og tydeliggjøre søket, slik at vi i større grad kan sikre relevante forskningsartikler som passer vår problemstilling (Thidemann, 2019, s.83). Inklusjonskriteriene vi har valgt å benytte er at forskningen vi har funnet ikke skulle være eldre enn fra 2012, og at de også skulle være fagfelleverdert. Eksklusjonskriteriene vi har valgt er ikke kvinner under 18 år.

3.3 Kritisk vurdering av kilder

Artiklene vi har benyttet for vår oppgave er nøye gjennomgått og kvalitetssikret ved å ta i bruk de ulike sjekklister til ulike typer artikler som man finner på helsebiblioteket sine nettsider (folkehelseinstituttet, 2021) Vi har gjennomgått artiklene kritisk ved å vurdere tidsskriftet artikkelen er publisert i, dato for informasjonen vi har funnet, utgivelsesår av artikkel, hvem artikkelen er skrevet for, vurdering av om forfatterne er anerkjente fagfolk eller forskere, og i hvilken grad informasjonen har relevans for vår problemstilling (Thidemann, 2019, s.91).

3.4 Analyse og syntese

Vi startet med å lese gjennom alle artiklene vi har inkludert én gang for å sjekke relevans for vår oppgave. Videre gikk vi mer i dybden i artiklene og gjennomgikk alle artiklene med en sjekklister tilpasset studiedesignet for å kritisk vurdere dem på en systematisk måte. Vi lagde en litteratormatrise for hver artikkel (vedlegg IIII), hvor hensikt, resultater og hvordan vi kritisk har vurdert dem kommer frem (Thidemann, 2019, s.95-99). Søk i de ulike databasene har resultert i flere relevante treff på forskningsartikler som vi ser som relevante for vår problemstilling. Vi har valgt 5 ulike studier, som består av en blanding av kvalitativ metode og kvantitativ metode. I resultatdelen presenterer vi resultatene fra de ulike artiklene i en tematisk analyse, som er basert på Aveyard (2019) sin «*Thematic analysis: A simplified*

approach». Resultatene blir presentert gjennom relevante tema for problemstillingen, som gjerne går igjen i de ulike artiklene. På den måten er det lettere å sammenligne og diskutere funnene sammen med relevant teori i diskusjonsdelen (Thidemann, 2019, s.95-99).

3.5 Etiske vurderinger

Forskningsetikk er viktig for å finne en balanse mellom å utvikle ny kunnskap, samt beskyttelse mot mulige og utilsiktede skader. I en litteraturstudie vil det være relevant å sjekke om artiklene man bygger studien på forholder seg til etiske retningslinjer, som «Helsinkideklarasjonen» (Kunnskapsdepartementet, 2022). Disse retningslinjene omhandler også klinisk forskning og behandling, og har som mål å verne pasienter i denne prosessen (Førde, R, 2014). Viktige etiske prinsipper å se etter er frivillighet, anonymitet og informert samtykke. Det vil også være relevant å overholde de akademiske normene for kildehenvisning (Thidemann, 2019, s.12). Dette er viktig da god forskning bygger videre på eksisterende forskning, for å unngå plagiater og for at riktige personer bli kreditert for sitt arbeid (søk&skriv, 2023).

4.0 Resultater

Søk i de ulike databasene har resultert i flere relevante treff på forskningsartikler som vi ser som relevante for vår problemstilling. Vi har valgt 5 ulike studier, som består av en blanding av kvalitativ metode og kvantitativ metode. I resultatdelen har vi valgt å presentere resultatene fra artiklene i en tematisk analyse. Den tematiske analysen endte med temaene “Seksuell dysfunksjon”, “partner” og “veiledning”. Vi har også presentert studiene i en litteraturmatrise (vedlegg III).

4.1 Seksuell dysfunksjon

Studien til Vermeer et al. (2016), belyser kvinnenes opplevelse av fysiske senskader som har oppstått i ettertid av behandling, som omhandler infertilitet, vaginal tørrhet, inkontinens, lymfeødem, tarmproblemer, arrvev, smerter under samleie, og forkortet skjede. For mange har

det å bli infertil ledet til en følelse av sorg, og har også påvirket deres opplevelse av det å være kvinne. For omkring halvparten av deltakerne har de kroppslige forandringene ført til et mer negativt kroppsbilde og større følelse av usikkerhet. Mer enn halvparten av deltakerne beskriver at de opplever nedsatt sexlyst etter behandlingen og at de opplever angst for smerte og penetrasjon, noe som fører til unngåelse av seksuelt samkvem (Vermeer et al., 2016, s.1682). I studien kommer det frem at pasientene ønsket tydeligere informasjon om konsekvensene behandlingen kunne medføre, både da informasjon om den seksuelle funksjonen, men også flere råd om hvordan man best kan håndtere dysfunksjonene. Det settes også fokus på viktigheten av å skape en trygghet om at det er helt normalt å oppleve seksuell dysfunksjon. Noen pasienter ønsket også en optimistisk tilnærming til tema, for eksempel å bli kommunisert til at dysfunksjonene kan bli bedre over tid (Vermeer et.al, 2016, s.1685).

Kvinnene i studien til Fleming et al. (2016), rapporterte om signifikante forverrede symptomer på smerte og seksuell funksjon i etterkant av radikal trakelektomi. Etter 6 måneder var derimot disse parameterne tilbake til slik de var før operasjon, og holdt seg slik resten av oppfølgingstiden på 5 år. Videre rapporteres det om ingen endringer når det kommer til kvinnenes ønske om sex i etterkant av operasjon. Det rapporteres også at kvinners emosjonelle velvære var signifikant verre postoperativt og at dette varte ut oppfølgingstiden i studien (Fleming et al., 2016, s.598-599).

Studien til Tutuncu og Yildiz (2012), måler også den seksuelle funksjonen til kvinnene og viser totalt sett at kvinnenes seksuelle funksjon ble negativt påvirket etter hysterektomi (Tutuncu & Yildiz, 2012, s. 2001-2002). I veermer (2015) rapporterte over halvparten av deltakerne at de hadde hatt bekymringer rundt sitt seksuelle liv etter kreften (Vermeer et al., 2015, s.461).

I Annerstedt og Glasdam (2019) beskriver sykepleierne at seksualitet er et grunnleggende behov som blir lite prioritert på den onkologiske klinikken, da det er andre bivirkninger og symptomer som følger både sykdommen og behandlingen som ofte er mer akutt og alvorlig. Sykepleierne forbandt kreft blant annet med kroppslig svakhet og fatigue, og gikk dermed ut ifra at det var irrelevant å skulle ha fokus på den seksuelle helsen. De syns også at pasientene

ofte ble sjokkert da de tok opp temaet og trodde ofte at pasientene fant det unødvendig å snakke om, i tillegg til at pasientene som regel tok opp fysiske problemer og ikke psykiske vansker. Sykepleierne tenkte som regel på det fysiske aspektet ved seksuell helse og fokuserte på problemene som kunne løses medikamentelt (Annerstedt & Glasdam, 2019, s.3559-3561).

4.2 Partner

I Veermer et al. (2016) kommer det frem at noen kvinner føler på en grad av skyldfølelse ovenfor partner, grunnet deres nedsatte sexlyst. Nesten alle parene rapporterer at de har fått problemer i deres seksuelle relasjon i ulik grad. Dette kunne være å føle seg distansert fra partner eller føle seg ensom i den seksuelle delen av forholdet. Noen av deltakerne føler at de kan prate med partner om seksualitet, og opplever at partneren forstår deres seksuelle behov og begrensninger, mens andre opplever kommunikasjonsvansker. Det viser seg også at noen av partnerne til kvinnene har fått nedsatt sexlyst etter behandlingen. Dette kan blant annet skyldes at de også opplever angst for å skade partner. Noen av de single deltakerne rapporterer at deres historie med kreft, er en barriere for å innlede nye forhold (Veermer et al., 2016, s.1682). Majoriteten av kvinnene ville at partneren sin skulle bli involvert i informasjonsprosessen, slik at de kunne lære om hvordan å støtte kvinnen vedrørende deres seksuelle bekymringer og synes også de hadde en støttende funksjon mens de fikk informasjon. De fleste partnerne var enige, og vil ha råd om hvordan kommunisere om seksuelle utfordringer og å støtte partneren sin (Veermer et al., 2016, s.1685).

I Veermer (2015) kommer det frem at det ikke var forskjell på behovet for informasjon eller profesjonell hjelp blant kvinnene med eller uten partner (Veermer et al., 2015, s.461). Det kommer derimot frem at høyere alder og varighet av forholdet til partner, kunne ha en negativ betydning for om pasientene hadde intensjon om å søke hjelp for sine seksuelle utfordringer. Det ble også rapportert fra partner sin side at den seksuelle dysfunksjonen påvirket forholdet og livskvaliteten negativt. De kvinnene som fikk sosial støtte og innflytelse, også fra partner, hadde større sannsynlighet for å søke hjelp (Veermer et al., 2015, s.462). Flertallet av kvinnene og deres partnere ønsket at partnerne skulle bli involvert i veiledningen i behandlingsforløpet som inneholdt den seksuelle helsen (Veermer et al., 2015, s.463).

I Fleming et al. (2016) rapporteres det at sosialt og familiært velvære ikke viste noen signifikante forskjeller gjennom oppfølgingsperioden på 5 år (Fleming et al., 2016, s.599). I Annerstedt og Glasdam (2019), kommer det frem at forutinntatte antagelser påvirket hvorvidt sykepleierne ga informasjon til pasientene sine angående seksuell helse. Sykepleierne forteller at de på den onkologiske klinikken ofte ikke så på pasienter som var eldre eller single som seksuelt aktive, og dermed ikke tilbød informasjon til de i like stor grad (Annerstedt & Glasdam, 2019, s.3559).

4.3 Veiledning

I Vermeer (2015) kommer det frem at kvinnene som hadde mer tro på viktigheten av den seksuelle funksjonen, hadde større intensjoner om å søke hjelp. På den andre siden, dersom de synes at det var flaut, var det en negativ korrelasjon (Vermeer et al., 2015, s.462). Litt over halvparten av de som hadde hatt et behov for informasjon om sin seksuelle helse, rapporterte at de faktisk hadde hatt en samtale med en profesjonell. Halvparten av dem måtte selv ta kontakt med helsepersonell for å få denne hjelpen. De fleste hadde diskutert problemene sine med en gynekolog, strålebehandler, en allmennlege eller sexolog (Vermeer et al., 2015, s.461).

I studien til Vermeer et al. (2016) forteller kvinnene at de fant det naturlig å kontakte gynekologen sin om seksuelle bekymringer, eller en sexolog hvis de trengte støtte på utfordringer i parforholdet (Vermeer et al., 2016, s.1685). Den hyppigst nevnte årsaken til å ta kontakt med en sykepleier for psykoseksuell støtte var at sykepleierne ofte var tilgjengelige og empatiske, men at de stilte seg spørrende til om de hadde tilstrekkelig kunnskap om seksualitet (Vermeer et al., 2016, s.1685-1686). Det kommer frem at de fleste deltakerne rapporterte å ha blitt spurt om sin seksuelle funksjon, men at de opplevde det som et vanskelig tema å snakke om, og at dette igjen førte til at kvinnene kviet seg for å søke hjelp. Pasientene hadde et ønske om at helsepersonell i enda større grad skulle ta mer initiativ til samtale rundt seksuell helse (Vermeer et al., 2016, s.1686)

I Annerstedt og Glasdam (2019) forteller sykepleierne at de ofte følte at de krysset en barriere ved å prate om tema innen seksuell helse og derfor konsekvent bare så vidt tok opp temaet på en rask måte. Derfor gav det ikke mulighet for tid til refleksjon (Annerstedt & Glasdam, 2019, s.3560). Når det kom til å gi informasjon om seksuell helse ble det som regel delt ut brosjyrer, som inneholder samme informasjon uavhengig av kjønn, alder, kultur, partner problem osv. Sykepleierne opplevde at temaet kunne oppleves som tabu og pinlig å prate om, og følte at dette var noe de unngikk ved å heller levere ut brosjyrer. Relasjonen sykepleier hadde med pasienten var også avgjørende for hvilken informasjon de fikk. Viktige faktorer var personlig kunnskap om pasienten og kontinuitet i pleien mellom dem (Annerstedt & Glasdam, 2019, s.3561). Ofte henviste sykepleierne pasientene videre til andre profesjoner om de hadde seksuelle utfordringer (Annerstedt & Glasdam, 2019, s.3562).

I artikkelen til Tutuncu og Yildiz (2012) kommer det frem at kvinnene som hadde fått veiledning ved bruk av PLISSIT-modellen av sykepleiere og helsepersonell i forkant av hysterektomi, hadde bedre seksuell funksjon enn hva kontrollgruppen opplevde. Hensikten var å forberede pasientene på livet etter operasjonen, og studien viser at kvinnene var mer forberedt, og dermed lykkes i å håndtere de seksuelle dysfunksjonene operasjonen fører med seg (Tutuncu & Yildiz, 2012, s.2002).

5.0 Diskusjon

5.1 Diskusjon resultat

Målet for dette kapitlet av oppgaven er å besvare problemstillingen “hvordan kan sykepleier veilede kvinner om seksuell helse etter gjennomgått behandling for livmorhalskreft?”.

Hensikten med denne delen av oppgaven er å diskutere hvordan resultatene fra artiklene vi har tatt i bruk svarer på vår problemstilling. Dette gjøres ved å diskutere resultatene opp mot teorien. Det vil også være et underkapittel hvor vi diskuterer hvordan metoden vår kan ha påvirket hvilke resultater vi har fått (Thidemann, 2019, s.109).

5.2.1 Seksuell dysfunksjon

Innledningsvis tenker vi at det er vesentlig å starte en diskusjon basert på det faktum at seksualitet er et underkommunisert, skyggelagt tema som helsepersonell i stor grad velger å la være å ta opp i samtale, tross det faktum at man som pasient har en lovpålagt rett til informasjon (pasient- og brukerrettighetsloven, 2016, §3-2; Borg, 2017, s.126). Pasienter opplever også at emnet blir nedprioritert (Vermeer et al., 2016, s. 1685-1686). Det kan tenkes at tidligere samfunnsholdninger til dette området, fortsatt har innvirkning på at temaet fortsatt kan oppleves tabu å prate om i dag (Gamnes, 2016, s.375-376). Studien til Vermeer et al. (2016) viser at kvinner opplever seksuell dysfunksjon etter behandling av kreft, med behov for god informasjon og veiledning. Derfor kan man trekke en slutning om at det er en manglende oppmerksomhet på den seksuelle helsen i behandlingsforløpet til denne pasientgruppen. Dette til tross for at sykepleier har et ansvar i å utøve en praksis som fremmer helse (Norsk sykepleierforbund, 2019, 2:1). På bakgrunn av dette, kan man antyde at det virker som om sykepleie faglig praksis er å velge bort seksualitet som tema i pleien til denne pasientgruppen.

En grunn til at sykepleiere ikke prioriterer seksualitet som et grunnleggende behov i sin utøvelse, er at de anser andre aspekter og bivirkninger av behandlingen som viktigere. Sykepleierne i studien til Annerstedt og Glasdam (2019) støtter opp rundt denne oppfattelsen, ved at de i tillegg tolket det som at pasientene ofte kunne bli sjokkert da de tok opp temaet, og trodde at pasientene fant det unødvendig å prate om (Annerstedt & Glasdam, 2019, s.3560). Studier viser på den andre siden at det følger mange bivirkninger ved de ulike behandlingsmetodene for livmorhalskreft. Eksempelvis kan bivirkningene gi en opplevelse av sorg, skam, angst og smerte (Veermer et al., 2016, s.1682). Bivirkningene viser seg å påvirke kvinnenens emosjonelle velvære i hele 5 år etter behandling (Fleming et al., 2016, s.598-599). Forskning viser at veiledning om seksuell helse til pasienter som har vært i behandling for livmorhalskreft, resulterte i at kvinnene var mer forberedt på livet etter behandlingen og dermed lykkes bedre i å håndtere de seksuelle dysfunksjonene de opplevde (Tutuncu & Yildiz, 2012, s.2002). På bakgrunn av dette kan en hevde at seksualitet bør anses som et viktig grunnleggende behov som må prioriteres.

Til tross for at sykepleier har et ansvar i å informere, viser det seg at noen sykepleiere selektivt tar opp temaet basert på alder, legning og sivilstatusen til pasienten (Annerstedt & Glasdam, 2019, s.3559). Dette til tross for at forskning viser at det ikke er forskjell på behovet for informasjon uansett om man er singel eller i et forhold (Veermer et al., 2015, s.461). Med dette kan man reflektere rundt at sykepleier må bli kvitt sine fordommer, for å kunne se de individuelle behovene til det unike mennesket de pleier. Det viser seg at en relasjon bygd på personlig kunnskap og kontinuitet i pleien mellom sykepleier og pasienten hennes, er avgjørende for hvilken informasjon sykepleier formidler (Annerstedt & Glasdam, 2019, s.3561). Sykepleieteoretiker Travelbee (1999) støtter at dette er et ansvar som ligger hos sykepleier og kan oppnås ved å skape et menneske – til – menneske – forhold med pasienten. Dette vil være viktig for å kunne forstå pasientene sine ulike grenser og behov. Utviklingen av et slikt forhold bør foregå gjennom hele behandlingen, fordi relasjonen vil ha betydning for samtalen med pasienten rundt sin seksuelle helse. PLISSIT-modellens første trinn innebærer nettopp det å etablere trygge rammer for å kunne snakke om noe som kan oppleves som et sårt tema (Gamnes, 2016, s.399-400). Ved at sykepleier har en forståelse for at dette kan være et vanskelig tema å snakke om sammen med andre, kan det også hjelpe til å utvikle empati for pasienten, som igjen vil kunne styrke deres relasjon (Travelbee, 1999, s.193).

5.2.2 Partner

Pasientene fra artikkelen til Veermer et al (2016), syntes ofte fokuset forble på det fysiske aspektet ved den seksuelle helsen etter behandlingen. Samtidig understreker de et behov for mer informasjon om hvordan den seksuelle helsen kan påvirke relasjoner (Veermer et al., 2016, s.1687). Dette ønsket blir ikke nødvendigvis alltid formidlet på en tydelig måte, da sykepleiere ofte oppfatter at pasienter tar opp fysiske problemer og ikke psykiske vansker rundt temaet (Annerstedt & Glasdam, 2019, s.3561). Det kan allikevel tenkes at dette er noe mange pasienter ønsker informasjon om, da partner ofte er en viktig faktor for deres seksualitet. Det viser seg blant annet at hvor støttende partner er til kvinnenens bekymringer rundt sin seksuelle helse, har en stor betydning for om de faktisk oppsøker hjelp (Veermer et

al., 2015, s.462). Det vil derfor kunne ha en positiv effekt å involvere partner i veiledningen til denne pasientgruppen, slik at de også kan få en forståelse av hvordan behandlingen kan påvirke seksualiteten hennes og forholdet deres. Seksualitet er et komplekst tema, og det er mange faktorer som kan påvirke seksuallyst hos både kvinner og partner. Veiledning i forhold til hvordan seksuelle dysfunksjoner kan påvirke det intime livet til parene, vil trolig kunne være til nytte for både det fysiske aspektet ved forholdet og partene sitt emosjonelle velvære. Pasientene beskriver at de kan ha både fysiske dysfunksjoner som vil påvirke samleie med partner, men at også psykiske faktorer som redsel for smerte vil kunne påvirke samleie med partner negativt. Også partnerne beskriver en angst for å påføre kvinnen smerte under samleie. Noen par trenger derimot ikke nødvendigvis veiledning om bivirkningene av behandlingen i seg selv, men heller hvordan å kommunisere om dem (Vermeer et al., 2016, s.1682).

5.2.3 Veiledning

Sykepleierne forteller at de ofte føler at de krysser en barriere ved å prate om tema innen seksuell helse, noe som resulterer i at de tar tema opp på en rask måte, som ikke gir mye rom for refleksjon (Annerstedt & Glasdam, 2019, 3560.) Det kan diskuteres om jo mindre sykepleiere tar opp temaet, har korrelasjon med hva de tenker om betydningen av det. På en annen side kan det være at sykepleiere føler seg usikker på hvordan de skal gå frem når de skal kartlegge dette aspektet ved kvinnes helse. Når sykepleiere følger PLISSIT-modellen til sin veiledning, har metoden bevist effekt på hvor forberedt pasientene er på problemer som kan oppstå i etterkant av hysterektomi, og at de derfor opplever bedre seksuell funksjon i ettertid (Tutuncu & Yildiz, 2012, s.2002). Man kan derfor indikere at sykepleiere burde få opplæring i hvordan bruke PLISSIT-modellen i sitt arbeid. En effekt av dette, vil kunne være at sykepleier føler at de har en mer systematisk måte å tilnærme seg temaet på med pasientene sine. Om sykepleier i tillegg har brukt tid på å bygge opp en relasjon med mennesket de behandler, vil sykepleier begynne å fange opp hvordan de som individ føler, tenker og oppfatter ulike situasjoner og motsatt (Travelbee, 1999, s189.). Det vil da kanskje være enklere å lese når pasienten føler at man krysser en grense, eller at pasienten selv føler seg tryggere på å ta opp ulike bekymringer rundt sin seksualitet med sykepleier. Man kan også diskutere om

sykepleier sitt eget forhold til temaet kan ha en påvirkning i hvor vidt man velger å ta det opp med pasientene. Dette fordi seksualitet ofte oppleves som et privat og personlig tema, og er utrolig komplekst. Dette er en faktor som mulig kan påvirke et menneske-til-menneske-forhold, der også sykepleier skal bringe seg selv inn i relasjonen. En må som sykepleier da aktivt tenke at relasjonen fortsatt skal være i profesjonell sammenheng, og at dens mål er at pasientenes behov skal bli ivaretatt (Travelbee, 1999, s.177).

I studiene som er inkludert i denne oppgaven, så er ikke sykepleiere den som bidrar mest med informasjon til pasienten knyttet til seksuell helse. Som regel snakker pasientene med andre profesjoner om sine seksuelle problemer. Noen pasienter beskriver at de er usikre på hvilken kunnskap sykepleier har om problemene de opplever (Veermer et al., 2016, s.1685-1686). Det kan også diskuteres om sykepleier ikke føler at de har nok kunnskap om seksuell helse, og derav unngår å snakke om det. Sykepleier vil allikevel kunne ha en viktig funksjon i å bidra til at pasientene og deres partnere kan få den hjelpen de trenger. I følge PLISSIT-modellen skal man nemlig gjennom pasientenes ulike behov, vurdere hvilke informasjon og hjelp de trenger. Sykepleier vil gjennom sitt nære arbeid med pasientene, ha spesiell tilgang på informasjon fra dem, og vil kunne være den rollen i helsevesenet som kan se deres ulike behov, og kan sette i gang tiltak. I noen tilfeller vil sykepleier sin oppgave være å henvise dem videre til andre profesjoner, som kan gi de den rette informasjon og hjelp som de trenger. I følge PLISSIT-modellen vil sykepleier allikevel ha et ansvar i å tilegne seg noe kunnskap om normale utfordringer og bekymringer som denne pasientgruppen har, og veilede dem rundt dette (Gamnes, 2016, s.399-400).

Det er mange faktorer som påvirker hvordan man som sykepleier bør og kan veilede pasientene sine. Det er ikke nødvendigvis alltid ene og alene det å innhente informasjon eller gi informasjon som bør være hovedfokuset i en prosess som skal resultere i god veiledning. Pasienter forklarer at veiledning isolert sett heller ikke er det pasienten og deres partner trenger eller ønsker fra sykepleier, men at de av og til heller ønsker støtte og oppmuntring til at situasjonen vil bli bedre (veermer et al., 2016, s.1685). Forskning viser også til at de pasientene som får støtte vil ha større sannsynlighet for å oppsøke profesjonell hjelp fra de profesjonene som kan tilby dem rett hjelp (veermer et al., 2015, s.462). Det kommer frem at en av årsakene til at pasientene spesifikt tok kontakt med sykepleiere for å snakke om

bekymringene sine rundt seksualitet, var at de oppfattet dem som empatiske og tilgjengelige (veermer et al., 2016, s.1686). En svært viktig faktor i et menneske-til-menneske-forhold vil nettopp være at sykepleier skal utvikle empati for pasienten, slik at man kan formidle sympati og medfølelse (Travelbee, 1999, s.200).

5.2 Diskusjon metode

Vi har brukt litteraturstudie som metode for å svare på vår problemstilling. Ut fra metoddelen, kan man se at vi har valgt å bruke litteratur som stammer fra både kvantitativ og kvalitativ metode. Hvis man ser på retningslinjene, vil man se at det er optimalt å utarbeide to ulike PICO-skjemaer for de ulike metodene. Dette ble ikke vi klar over før sent i forløpet i arbeidet på bacheloroppgaven da søk og artikler allerede var funnet. Vi valgte derfor å beholde PICO-skjemaet vi hadde utarbeidet, men har innsikt i at søkene kunne blitt gjort mer systematisk (Folkehelseinstituttet, 2021).

De valgte artiklene kommer med funn som sammensvarer godt med hverandre. De forklarer godt seksuelle endringer, både fysisk og psykisk som ofte oppstår som en etterfølge av behandlingen av livmorhalskreft. Det kommer også tydelig frem at selv i 2023, er seksualitet et tema som er underkommunisert (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s.7). Etter å ha jobbet med oppgaven i en periode, så vi en mangel på artikler inkludert i vårt søk, som tok for seg sykepleiers perspektiv på seksualitet som en viktig del av behandlingen til denne pasientgruppen. Dette kan begrunnes ved at våre søkeord ikke var egnet til å få treff på artikler som omhandlet sykepleiers sitt perspektiv og deres veiledende funksjon, men at de var mer fokusert på pasientens opplevelse av seksualitet etter livmorhalskreft. Vi innså dette for sent i prosessen, og valgte derfor å beholde artiklene som omhandlet pasientenes perspektiv, da disse også er et viktig element for å kunne besvare godt på problemstillingen. Vi skriver i metoddelen at vi ønsket å finne artikler fra både sykepleier og pasientens perspektiv. Vi valgte å gjøre et nytt søk som hadde sykepleier sitt perspektiv som fokus, på tross av at det kan ha gått utover vårt systematiske søk. Vi vurderte det som en bedre løsning for å besvare vår problemstilling, enn å velge å ekskludere det sykepleiefaglige perspektivet.

Vi har også lyst å diskutere det at vi valgte å avgrense vår oppgave til pasienter som har gjennomgått livmorhalskreft og behandling for det, uten noen begrensninger på pasientens

sykehistorie. Det kan for eksempel diskuteres om det burde vært relevant å se på om kvinnene hadde seksuelle plager fra før, og om de da ville hatt større sjanse for å få plager etter inngrep eller behandling. For i det tilfellet ville dette vært noe som er vesentlig å ta med i veiledningen til den enkelte kvinnen. Dette kan da omhandle for eksempel det å se på psykiske plager fra tidligere, men også andre sykdommer relatert til underliv. Dersom vi hadde tatt dette med i vår oppgave kan man diskutere og tenke seg til at det kanskje ville vært for eksempel de psykiske plagene som måtte blitt satt fokus på i den videre veiledningen. Vi har altså kun valgt veiledning med fokus på behandlingen i dens helhet, og dets innvirkning på seksualiteten, uten fokus på eventuelle andre faktorer som ville påvirket. Vi ønsker å belyse dette da vi tenker det kan være interessant å se nærmere på i kommende oppgaver og studier.

6.0 Oppsummering og implikasjoner fra praksis

Ut fra oppgavens problemstilling «*Hvordan kan sykepleier veilede kvinner om seksuell helse etter gjennomgått behandling for livmorhalskreft?*» har vi kommet frem til følgende konklusjon for å på best mulig måte svare på vår problemstilling.

Sykepleier har flere roller, som til tider vil være livsviktig. Samtidig er det viktig å ikke glemme temaer som kan ha stor betydning for livskvaliteten til pasienten. De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere beskriver at sykepleiere har et ansvar i å utøve sykepleiepraksis som fremmer helse, og forebygger sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2019, 2:1). Rollen som sykepleier omhandler et ansvar i å informere, undervise, og veilede pasienter med formål om at pasienten skal oppleve trygghet og hjelp til å forstå, for også mestre konsekvensene av både sykdom og behandling (Kristoffersen, 2016, s.356-358). Livet endrer seg når kreft blir en del av det, og når det gjelder livmorhalskreft er det mange bivirkninger av behandlingen som kan påvirke seksualiteten til pasientene (Corrêa et al., 2015, s.1054). De siste 100 årene har det skjedd en endring i samfunnets holdninger rundt seksualitet, og det skal i dag være et tema vi snakker åpnet om (Gamnes, 2016, 375-376). Allikevel kan

sykepleier og pasient oppleve at seksualitet er et vanskelig tema å ta opp i samtale. Det kan virke som at sykepleier til tider ikke helt er klar over sin egen rolle når det gjelder veiledning vedrørende seksualitet, men forskning basert på denne pasientgruppen, tilsier at de har et behov for informasjon (Corrêa et al., 2015, s.1054).

PLISSIT-modellen viser seg å ha god effekt hos pasientene som har blitt veiledet med verktøyet som hjelp, og modellen hjelper også sykepleiere å strukturere arbeidet sitt rundt seksualitet (Tutuncu & Yildiz, 2012, s.2002). Travelbee deler sin oppfatning av viktigheten av å danne relasjoner med pasientene sine, og det viser seg at sykepleiere gir mer informasjon til pasientene de har dannet en relasjon med (Annerstedt & Glasdam, 2019, s. 3561). Det er ikke bare fysiske bivirkninger av behandlingen, som preger pasientgruppen, men flere opplever også at den påvirker deres emosjonelle velvære, og ønsker støtte av sykepleier og partner (Fleming et al., 2016, s.598-599). Avslutningsvis vil vi konkludere med at sykepleiere må være bevisst rundt sin rolle som veileder, og også tilegne seg kunnskap om vanlige bivirkninger som kan oppstå etter behandlingen av livmorhalskreft. Sykepleier bør få opplæring i dette og i bruken av PLISSIT-modellen (Gammes, 2016, s.399-400).

Litteraturliste

Annerstedt, C.F & Glasdam, S. (2019). Nurses' attitudes towards support for and communication about sexual health- A qualitative study from the perspectives of oncological nurses. *Journal of clinical nursing*, 2019(28)3556-3566. <https://doi.org/10.1111/jocn.14949>

Bober, S.L & Krapf, J.M. (2022). Overview of sexual dysfunction in female cancer survivors. *Uptodate*. Hentet 9 mai 2023 fra <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-sexual-dysfunction-in-female-cancer-survivors>

Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. M. Reitan & T. Kr. Schølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4. utg, s. 120–131). Cappelen Damm akademisk.

Corrêa, C. S. L., Leite, I. C. G., Andrade, A. P. S., & Ferreira, A. S. S. (2015). Sexual function of women surviving cervical cancer. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 292(2), 1054. <https://doi.org/10.1007/s00404-015-3857-0>

Dahl, A. A. (med Sørensen, T.). (2016). Kreftsykdom (psykologiske og sosiale perspektiver). (1. utg., s. 232-253). Cappelen Damm akademisk.

Dalland, O. (2017). Metode og oppgaveskriving. (6.utg., 3. opplag). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide H, Eide T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. (3.utg.). Gyldendal Akademisk.

Fleming, ND., Ramirez, PT., Soliman, PT., Schmeler, KM., Chrisohm, GB., Nick, AM., Frumovitz, M.(2016). Quality of life after radical trachelectomy for early-stage cervical cancer: A 5-year prospective evaluation. *Gynecologic Oncology*, 2016 (143),596-603. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2016.10.012>

Folkehelseinstituttet, (2022, oktober), *Medisinske og helsefaglige termer/MeSH på norsk og engelsk*. Helsebiblioteket. Hentet 15.februar 2023 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/legemidler/legemiddelaktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk>

Folkehelseinstituttet. (2021, 17.september). *Kunnskapsbasert praksis*. Helsebiblioteket. Hentet 10.mai fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

Førde, R. (2014, 10.oktober). *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

Gamnes S. (2016). Seksualitet og helse. Grimsbø, G.H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (3.utg, bind 2, s.374-400). Gyldendal.

Günfeld, B & Almås, E. (2018, 23.november). store norske leksikon. *Kjønnsdrift*. Hentet 21.april fra <https://sml.snl.no/kjønnsdrift>

Helsedirektoratet. (2021). *Sektorrapport om folkehelse 2021: Seksuell helse*.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sectorrapport-om-folkehelse/sunne-valg/seksuell-helse>

Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017 2022)*.https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_i_seksuell_helse.pdf

Hoffmann, R., Johansen, N & Gjessig, R. (2021, 26.mars). *Seksuelle dysfunksjoner*. Norsk gynekologisk forening. Hentet 10.mai fra
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/seksuelle-dysfunksjoner/>

Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. H. Almås, D. – G. Stubberud og R. Grønseth (Red.) *Klinisk sykepleie 2* (5.utg. s.153). Gyldendal akademisk.

Kreftforeningen. (2023b, 7.mars). *Cellegift*. Hentet 10.mai fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/cellegift/>

Kreftforeningen. (2023a, 21.februar). Livmorhalskreft. Hentet 10.mai fra
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/>

Kreftlex. (u.å). *Kirurgiske behandling av livmorhalskreft*. Hentet 10.mai fra
<https://kreftlex.no/Gyn-livmorhalskreft/ProsedyreFolder/BEHANDLING/Operasjoner/New-ksProcedureChapter>

Kreftregisteret (2023a. 10.mai). *Kreft i norge*. Hentet 10 mai 2023 fra <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Kreftforeningen. (2020). «*Hva tenker du om at jeg har kreft, Tonje?*». <https://kreftforeningen.no/aktuelt/hva-tenker-du-om-at-jeg-har-kreft-tonje/>

Kreftregisteret (2023b.02.januar). *Livmorhalskreft*. Hentet 10.mai 2023 fra <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Livmorhalskreft/>

Kristensen, G. (2017). Kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A.M. Reitan & T.Kr. Schjølberg (Red.). *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling*.(4. Utg. s. 588-603).Cappelen Damm

Kristoff, A (2016). Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. Ørn, Stein., Mjell, J. & BachGansmo, E (Red.) *Sykdom og behandling* (2. utg. s. 401-417). Gyldendal Norsk Forlag

Kristoffersen, N. (2016). Å styrke pasientens ressurser; sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. Grimsbø, G.H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener, samfunn og mestring* (3 utg, bind 3, s.356-359). Gyldendal.

Kristoffersen, N. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling: en historisk reise. Grimsbø, G.H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener, samfunn og mestring* (3 utg, bind 3, s.28). Gyldendal.

Kunnskapsdepartementet. (2022, 9.desember). *Etikk i forskningen*. Regjeringen. Hentet 10.mai fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/forskning/innsiktsartikler/etikk-i-forskningen/id2000710/>

Langhelle, T.M., Paulsen, A., Fredly, K & Sekse, R.J.T. (2021, 8.mars). *Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse*. *Sykepleien*, 2021(109), e-83207, 10.4220/Sykepleiens.2021.83207

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Nærhet og seksualitet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.) *Grunnleggende sykepleie: Bind 3. Pasientfenomener og livsutfordringer* (3. Utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

Oslo universitetssykehus. (2022, 3.oktober). *Livmorhalskreft*.<https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/livmorhalskreft>

Pasient – og brukerrettighetsloven. (2016). *Lov om pasient – og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3

Shifren, J. (2022). Overview of sexual dysfunction in females: Epidemiology, risk factors, and evaluation. *Uptodate*. https://www.uptodate.com/contents/overview-of-sexual-dysfunction-in-females-epidemiology-risk-factors-and-evaluation?search=sexual%20dysfunction%20in%20women&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

Søk&skriv. (2023, 4.mai). *Kjeldebruk*. Sokogskriv. Hentet 10.mai fra <https://www.sokogskriv.no/kjeldebruk/>

Thidemann, I.J. (2019). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: *den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg.). Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (Thorbjørnsen, M.K, Overs). Gyldendal Norsk forlag AS. (opprinnelig utgitt 1971).

Tutuncu, B., Yildiz, H., (2012). The influence on women's sexual functions of education given according to the PLISSIT model after hysterectomy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2012 (47), 2000-2004. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.06.939>

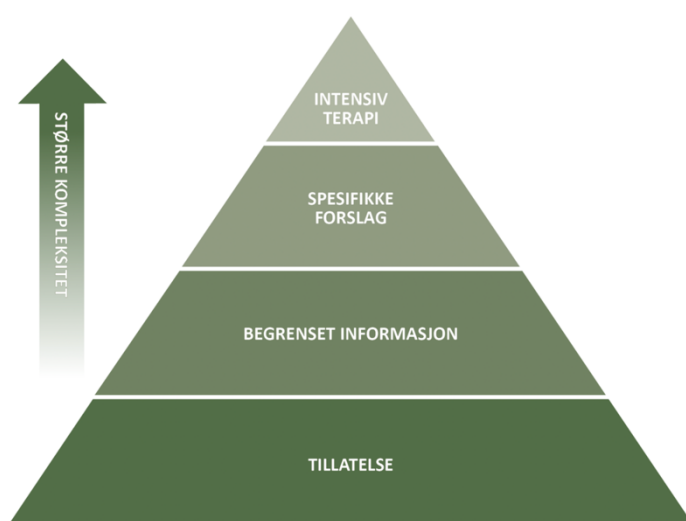
Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk pasient og pårørendeopplæring*. (1.utg.). Fagbokforlaget

Veermer, W.M., Bakker, R.M., Kenter, G.G., de Kroon, C.D., Stiggelbout, A.M, & ter Kuile, M.M. (2015), sexual issues among cervical cancer survivors: how can we help women seek help?. *Psycho-oncology*, 2015(24), 458-464 <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1002/pon.3663>

Vermeer, W.M., Bakker, R.M., Gemma, G.G., Stiggelbout, A.M & ter Kulie, M.M. (2016). Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support. *Support Care Cancer*, 2016 (24):1679-1687. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2925-0>

Vedlegg

Vedlegg I: PLISST-modellen



(Langhelle et al., 2021)

Vedlegg II: PICO-skjema

	Patient	Intervention	Comparison	Outcome
	Pasienter med livmorhalskreft. Seksualitet etter	Å veilede	Ingen aktuell sammenligning	Styrket seksuell helse

	behandling for livmorhalskreft.			
MeSH	Cervical cancer, cervix cancer, cervical neoplasm, ,Sexuality, Hysterectomy, Chemotherapy, Adjuvant, Radiotherapy Sexual dysfunction, physiological. Sexual dysfunctions, psychological.	Health communication, Sex counseling, counseling, dialogue.		Sexual health, Patient Satisfaction, Sexuality, body image, quality of life.
KEY-WORDS	Cervical cancer survivor. Sexual dysfunction, cancer treatment.	PLISSIT model, sexual healthcare needs, sexual health communication, nurses' attitudes.		

Vedlegg III: Søkehistorikk

Data base	Dato for søk	Søkeord	Antall treff	Begrensninger	Relevant for oppgaven
-----------	--------------	---------	--------------	---------------	-----------------------

Medline	28.01.2023	<p>sexual guidance.mp OR sexual counseling.mp OR “exp counseling” or “exp sex Counseling” or “counseling.mp” OR guidance AND “cervical.cancer.mp” or “exp Uterine Cervical Neoplasms” OR “cervix cancer.mp” or “exp Uterine Cervical Neoplasms” OR “exp Hysterectomy, Vaginal” or “exp Hysterectomy” or “hysterectomy” AND “sexuality.mp” or “exp Sexuality” OR “exp Sexual Dysfunction, physiological” or “sexual dysfunction.mp” or “exp Sexual Dysfunctions, Psychological” AND “sexual helath.mp” or “exp sexual health” OR “body image.mp” or “exp</p>	9	<p>Voksne 18+ år, og artikler fra 2012 og oppover.</p>	<p>Forfattere og årstall: Fleming, ND., Ramirez, PT., Soliman, PT., Schmeler, KM., Chisholm, GB., Nick, AM., Westin, SN., Frumovitz, M. (2016).</p> <p>Tittel: Quality of life after radical trachelectomy for early-stage cervical cancer: A 5- year prospective evaluation</p>
---------	------------	---	---	--	---

		Body Image” OR “quality of life.mp” or “Quality of life”			
--	--	--	--	--	--

Pub med	01.02.2023	cervical cancer survivors and sexual dysfunction and sexual healthcare needs	6	Voksne 18+ år. Publisert fra 2012 og oppover,	<p>Forfattere og årstall:</p> <p>Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., de Kroon, C. D., Stiggelbout, A. M. and ter Kuile, M. M. (2015)</p> <p>Tittel:</p> <p>Sexual issues among cervical cancer survivors: how can we help women seek help?</p> <p>Forfattere og årstall:</p> <p>Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Stiggelbout, A. M. & ter</p>
---------	------------	--	---	---	--

					<p>Kuile, M. M (2016).</p> <p>Tittel: Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support</p>
Science Direct	22.02.2023	PLISSIT-model and cancer treatment and sexual health	94	Publisert fra 2012 og oppover	<p>Forfattere og årstall: Tutuncu, B. & Yildiz, H. (2012).</p> <p>Tittel: The Influence on Women's Sexual Functions of Education Given According to the PLISSIT</p>

					Model after Hysterectomy
Pub med	14.04.2023	Nurses attitudes and sexual health communication	89	Voksne, 18+ år. Publisert fra 2012 og oppover.	Forfattere og årstall: Annerstedt, C. F., Glasdam, S. (2019). Tittel: Nurses' attitudes towards support for and communicatio n about sexual health-A qualitative study from the perspectives of oncological nurses.

Vedlegg IV: Litteratormatrise

Artikkel 1: Quality of life after radical trachelectomy for early-stage cervical cancer: A 5-year prospective evaluation	
Forfatter og år	Fleming, ND., Ramirez, PT., Soliman, PT., Schmeler, KM., Chisholm, GB., Nick, AM., Westin, SN., Frumovitz, M. (2016). Tidsskrift: Gynecologic Oncology 143: 596-603. (2016).
Hensikt	Vurdere livskvaliteten hos unge kvinner med livmorhalskreft på et tidlig stadium, som har gjennomgått kirurgisk behandling i form av radikal trakelektomi.
Metode	Prospektiv Kohortstudie. Spørreskjema. Fulgt opp i en 5 års periode.
Utvalg	39 unge kvinner som har livmorhalskreft på et tidlig stadie (IA1-IB1), og som har gjennomgått radikal trakelektomi. Kvinnene var i alderen 18-40 år.
Resultat	De brukte mange ulike spørreundersøkelsesskjema for å måle ulike parametere ved ulike faktorer som kan påvirke livskvaliteten etter gjennomgått operasjon. De fleste parametere viste en nedgang i testscore etter de første 6 ukene, men var tilbake til utgangspunktet allerede etter 6 måneder.
Kommentar	Kvalitetssikret: Tatt i bruk helsebiblioteket sin sjekkliste for kohortstudier. Artikkelen er i et fagfelleurdert tidsskrift; Gynecologic oncology, 2016, Vol.143 (3), p.596-603. Studien er også etisk godkjent gjennom MD Anderson Institutional Review Board. Informert samtykke ble innhentet fra kvalifiserte pasienter preoperativt etter kirurgisk samtykke. Styrker: De samme parametere ble målt i forkant av operasjonene, slik at de kan sammenlikne resultatene og se eventuelle endringer. De målte mange ulike faktorer som kan påvirke livskvalitet og dermed kan få et helhetlig bilde av hva som kan påvirke seksualitet. Svakhet: Få deltakere.
Artikkel 2: Sexual issues among cervical cancer survivors: how can we help women seek help?	
Forfatter	Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., de Kroon, C. D., Stiggelbout, A. M. and ter Kuile, M. M.(2015) Tidsskrift: Psycho-Oncology, 24: 458– 464. (2015).
Hensikt	Å undersøke behovet for psykoseksuell helsehjelp blant pasienter som har overlevd livmorhalskreft og hvilke faktorer som påvirker om pasientene søker hjelp. Hvordan kan helsepersonell veilede kvinnene og deres partnere rundt temaet og hjelpe dem til å søke profesjonell hjelp.
Metode	Kvantitativ metode. Tversnittstudie. Spørreskjema.
Utvalg	343 kvinner som har gjennomgått radikal hysterektomi med bekkenlymfadenektomi, i tillegg til adjuvant kjemo- eller strålebehandling, eller bare kjemo- eller strålebehandling deltok.154 partnere valgte å delta. Gjennomsnittsalderen på kvinnene var 49 år og 51 år for partnere.

Resultat	Flertallet av kvinnene hadde på et tidspunkt hatt behov for informasjon og profesjonell hjelp til sine seksuelle bekymringer, og de som hadde fått denne hjelpen hadde i de fleste tilfeller tatt initiativ til dette selv. Det viser seg også at ulike faktorer påvirker sannsynligheten til at kvinnene søker hjelp.
Kommentar	Kritisk vurdering: Studien er godkjent av den medisinsketiske komiteen: The LUMC Medical Ethical Committee, og er publisert i et tidsskrift som publiserer høykvalitet og fagfelleverdert forskning. Styrker: Mange deltakere.
Artikkel 3: Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support	
Forfatter	Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Stiggelbout, A. M. & ter Kuile, M. M (2016). Tidsskrift: Supportive care in cancer, 24(4), 1679-1687. (2016).
Hensikt	Vurdere pasientenes og partnerens erfaringer seksuell dysfunksjon, psykoseksuell støtte, og psykoseksuelt helsebehov basert på informasjon som er innhentet hos pasienter som har overlevd livmorhalskreft.
Metode	Kvalitativ studie. Det ble gjennomført strukturerte intervjuer hos kvinner som har overlevd livmorhalskreft, samt deres partnere.
Utvalg	30 kvinner som var ferdig med behandling for livmorhalskreft. Alle kvinnene ble bedt om å ha med partneren sin i deltakelsen. 12 partnere valgte å delta.
Resultat	Seksualitet ble forbundet som et tabubelagt tema, og det var et hinder i hvorfor flere av deltakerne søkte hjelp. Mange opplever at oppmerksomheten for seksuell funksjon var begrenset og medisinsk orientert. Flere deltakere ønsket i større grad informasjon om potensielle senskader som følge av behandling. Mange opplever mindre seksuallyst etter behandling og kroppslige endringer som har medført endret kroppsbilde.
Kommentar	Styrker: den kvalitative metoden, da deltakeren får gi utdypende svar.
Artikkel 4: Influence on women's sexual functions of education given according to the PLISSIT model after hysterectomy	
Forfatter	<i>Tutuncu, B., Yildiz, H., (2012),</i> Procedia - Social and Behavioral Sciences 47: 2000-2004. (2012).
Hensikt	Bestemme innflytelsen på seksualiteten til kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft, etter de har fått veiledning basert på PLISSIT modellen.
Metode	Randomised Controlled Trial En intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe der intervensjonsgruppen får oppfølging etter PLISSIT-modellen etter operasjon. Datasamlingen er gjort via ulike spørreskjema.

Utvalg	70 kvinner som har gjennomgått hysterektomi og bilateral salpingo-ooforektomi. 35 deltakere i hver gruppe. Gjennomsnittsalder er rundt 50 år på begge gruppene.
Resultat	PLISSIT modellen i seksuell veiledning har positiv effekt på alle punktene som inngår i seksualitet i denne studien.
Kommentar	Kvalitetsvurdering: Artikkelen er publisert i et fagfelleverdert tidsskrift og beskriver hvordan de har fulgt etiske retningslinjer. Brukt sjekklister for RCT. Styrker: Forfatterne har også evaluert seksual funksjonen til kvinnene før operasjon, 3 og 6 måneder etterpå. Omhandler "PLISSIT-modellen", som er lite forsket på tidligere.
Artikkel 5:	Nurses' attitudes towards support for and communication about sexual health-A qualitative study from the perspectives of oncological nurses
Forfatter	Annerstedt, C. F., Glasdam. S. Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing 28:3556-3566. (2019).
Hensikt	Artikkelen har som hensikt å utforske hvordan sykepleiere jobber for å kommunisere med kreftpasienter om seksuell helse.
Metode	Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervju.
Utvalg	7 sykepleiere som jobber på en onkologiklinikk i Sverige.
Resultat	Ut ifra svarerne til sykepleierne ble resultatene delt inn i 3 hovedtema: "the sexual norm", "Medical logic disciplined nurses' articulations about sexual health" og "Nurse's power in conversations about sexual health".
Kommentar	Kvalitetsvurdering: Studien er utført i henhold til prinsippene i Helsinkideklarasjonen, og blitt godkjent av en rådgivningskomite for forskningsetikk innen helse, og er i tråd med svensk lovgivning. Alle deltakerne har fått informasjon om studien både muntlig og skriftlig, og de hadde mulighet til å trekke seg sin deltakelse på et hvilket tidspunkt uten forklaring. Artikkelen er publisert i et tidsskrift som publiserer høykvalitet og fagfelleverdert forskning. Brukt sjekklister for kvalitative studier, funnet på helsebiblioteket sine nettsider. Svakheter: Alle sykepleierne var kvinner.