

# Livmorhalskreft og seksualitet

Kandidatnummer: 783 & 820  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i BSY-500

Antall ord: 8205  
Dato: 02.01.2024



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole 02.01.2024
Tittel Livmorhalskreft og seksualitet	
<p data-bbox="162 383 1394 560"><u>Innledning</u> Seksualitet er et grunnleggende behov og påvirker livskvaliteten. Sykepleier skal møte seksualitet på lik linje som andre grunnleggende behov, for å sikre en helhetlig omsorg. Problemstillingen i bacheloroppgaven er “Hvilke seksuelle utfordringer opplever kvinner etter endt behandling for livmorhalskreft, og hvordan erfarer de veiledning knyttet til dette?”</p> <p data-bbox="162 593 1394 734"><u>Metode</u> Vi har gjennomført en generell litteraturstudie med strukturerte søk i CINAHL. Søket ble gjort med emneord for kreft, gynekologisk kreft og seksuell helse. Dette søket ga oss et treff på 170 artikler, hvor vi satt igjen med 4 forskningsartikler som belyser problemstillingen.</p> <p data-bbox="162 768 1394 1048"><u>Resultat</u> Mange kvinner opplever seksuelle utfordringer etter endt behandling for livmorhalskreft. I tillegg opplever de at informasjonen om seksualitet ikke er tilstrekkelig. Kvinnene har forskjellige behov og ønsker for når i behandlingsforløpet de ønsker å motta seksuell veiledning. Hvilken type veiledning kvinnene ønsker varierer fra konkrete råd til bruk av hjelpemidler til samtaler om utfordringer de opplever. Mange av kvinnene synes at seksualitet er et tabubelagt tema og ønsker dermed at sykepleiere skal ta initiativ til samtalen. Likevel er det flere som er skeptiske til sykepleiers kunnskap om temaet.</p> <p data-bbox="162 1081 1394 1478"><u>Diskusjon</u> Senskadene etter endt behandling for livmorhalskreft fører til utfordringer knyttet til seksualitet. Kvinner har ulike erfaringer om hvordan sykepleier veileder om dette temaet. Felles for alle er at det ikke er tilstrekkelig informasjon om konsekvenser av behandling og oppfølging knyttet til seksualitet etter behandling for livmorhalskreft. Mangel på veiledning, skyldes ulike barrierer som mangel på kunnskap, mangel på klare retningslinjer og at det er et tabubelagt tema. Sykepleier kan ta i bruk PLISSIT-modellen i veiledningen for å gjøre det lettere å snakke om seksualitet. Ved å gi tilstrekkelig informasjon om konsekvenser av behandlingen, vil kvinnene være mer forberedt og det kan gjøre senskadene av behandlingen lettere å håndtere.</p>	

(Totalt antall ord:298)

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Sykepleiefaglig relevans .....	2
1.3	Presentasjon av problemstilling .....	2
<b>2</b>	<b>Bakgrunn.....</b>	<b>4</b>
2.1	Livmorhalskreft .....	4
2.2	Kreftbehandling.....	4
2.2.1	Senskader etter kreftbehandling .....	5
2.2.2	Hjelpemidler .....	6
2.3	Seksualitet som et grunnleggende behov .....	6
2.4	Seksuell veiledning.....	7
2.4.1	PLISSIT-modellen .....	8
2.5	Etikk og lovverk.....	10
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>12</b>
3.1	Generell litteraturstudie.....	12
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler .....	12
3.3	Øvrig fag- og forskningslitteratur .....	15
<b>4</b>	<b>Resultater .....</b>	<b>16</b>
4.1	Presentasjon av artiklene i matrise .....	16
4.2	Syntese av resultatene.....	20
<b>5</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>21</b>
5.1	Resultatdiskusjon.....	21
5.1.1	Seksuelle utfordringer .....	21
5.1.2	Sykepleiers ansvarsområde .....	22
5.1.3	Barrierer for å snakke om seksualitet .....	23
5.1.4	Veiledning .....	25
5.2	Metodediskusjon .....	27
5.2.1	Litteratursøk .....	27
5.2.2	Inkluderte artikler .....	28
<b>6</b>	<b>Konklusjon .....</b>	<b>30</b>
	<b>Referanseliste .....</b>	<b>31</b>
	<b>Vedlegg .....</b>	<b>34</b>

# 1 Innledning

Livmorhalskreft rammer over 300 kvinner i Norge hvert år. Kreften oppstår som oftest i 30-40 årsalderen hos kvinner. Rundt 25% av disse dør av sykdommen. Årsaken til livmorhalskreft er infeksjon med Humant papillomavirus (HPV) (Kreftregisteret, 2023b).

Behandling av kreften består av kirurgi, cellegift og strålebehandling. Disse kan kombineres eller brukes alene. Det er avhengig av hvilket stadium sykdommen befinner seg i og hvor stor svulsten er (Kreftforeningen, 2023c). I forbindelse med behandlingen av livmorhalskreft har mange kvinner en opplevelse av at livet endrer seg psykisk og fysisk. I tillegg opplever mange av kvinnene senskader i etterkant av behandlingen. Disse senskadene kan føre til redusert seksualfunksjon. Det er derfor en viktig sykepleieroppgave å ta opp samtalen om seksualitet med pasientene (Kreftforeningen, 2023c).

Verdens Helseorganisasjon definerte seksualitet som et grunnleggende behov i 1975 (Kompetansebroen, 2021). Seksualitet er et tabubelagt tema og blir for lite snakket om i helsevesenet (Blikstad et al., 2020). Studier viser at pasienter har behov for informasjon om seksualitet i tilfeller med sykdom og behandling. Pasientenes behov samsvarer ikke med veiledningen helsepersonell tilbyr. Sykepleiere har et ansvar for å snakke om seksualitet, likevel vegrer de seg for å ta opp denne samtalen (Blikstad et al., 2020).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Regjeringens strategi for seksuell helse “Snakk om det!” som strakk seg fra 2017-2022, skulle sikre kunnskap om og ivaretagelse av seksuell helse i helse- og omsorgstjenesten. Tilbakemeldinger fra bruker- og interesseorganisasjoner viser at seksualitet ikke er et tema det snakkes om i helse- og omsorgstjenesten, med mindre det knyttes direkte eller indirekte til reproduksjon. Videre fremhever strategien at det derfor er behov for å synliggjøre at seksuell helse handler om mer enn bare reproduksjon (Regjeringen., 2016). Selv om strategien i utgangspunktet bare strakk seg over 5 år, er det fortsatt veldig aktuelt også i dag.

Tv2 programmet “Norge bak fasaden” kom ut med en episode den 9. januar 2023 som omhandlet livmorhalskreft, livmorhalsprøve og HPV-test. Her ble det avdekket at livmorhalsprøvene har store feilmarginer på grunn av at de blir feiltolket. Tidligere har man sett etter celleforandringer i mikroskop, også kalt cytologi, for kvinner i alderen 25-33 år. Dette førte til at noen kvinner i denne aldersgruppen fikk livmorhalskreft, til tross for å ha fulgt screeningprogrammet. Denne episoden skapte dermed en stor debatt blant befolkningen i Norge, blant

annet en underskriftskampanje. Underskriftkampanjen gikk ut på at alle kvinner skal testes for HPV når man tar livmorhalsprøve. Fra og med 1. juli 2023 ble det innført at det primært skal tas HPV test, i stedet for cytologi. HPV test er når man tester livmorhalsprøven for Humant papillomavirus. Det er en sikrere metode for å oppdage celleforandringer, sammenliknet med cytologi. Dermed kan det forebygge antall tilfeller av livmorhalskreft og bedre overlevelsen (Kreftregisteret, 2022). Etter å ha sett episoden satt vi igjen med flere spørsmål, og et av de var hvordan livet ser ut for de som overlever kreften. Dette programmet vekket en interesse i oss, og var et tema vi ønsket å få mer kunnskap om.

På bakgrunn av informasjonen i avsnitt 1 og 1.1 ønsket vi derfor å undersøke hvordan behandlingen av livmorhalskreft påvirker seksualiteten hos kvinner, samt hvordan de opplever at sykepleiere veileder om dette teamet.

## **1.2 Sykepleiefaglig relevans**

I følge helse- og omsorgsdepartementets strategiplan har alle som har pasientkontakt et ansvar for pasientens seksuelle helse (Langhelle et al., 2021). Dette inkluderer sykepleiere da det er den yrkesgruppen som har mest pasientkontakt (Helland, 2015, s. 871). Seksualitet er et grunnleggende behov og henger sammen med ens livskvaliteten (Aars, 2021). Dermed er det en del av sykepleiers ansvar. Pasienter som erfarer seksuelle utfordringer knyttet til livmorhalskreftbehandling, har ofte behov for veiledning (Agger, 2006, s. 261). Det er derfor viktig at sykepleier regelmessig tar opp spørsmål om seksualitet med sine pasienter som en del av den helhetlige omsorgen. Som sykepleier er det nødvendig å ha kunnskap om seksuelle utfordringer som kan oppstå etter endt behandling for livmorhalskreft, dersom man skal kunne veilede pasientene om dette temaet (Langhelle et al., 2021).

## **1.3 Presentasjon av problemstilling**

Ut fra bakgrunn for valg av tema har vi kommet frem til problemstillingen:

*Hvilke seksuelle utfordringer opplever kvinner etter endt behandling for livmorhalskreft, og hvordan erfarer de veiledning knyttet til dette?*

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan senskader som følge av behandling for livmorhalskreft kan påvirke seksualiteten, samt hvordan kvinnene erfarer at sykepleiere veileder om dette temaet.

Konteksten for oppgaven er gynekologisk poliklinikk på sykehus. Her går kvinnene gjennom et pakkeforløp for livmorhalskreft. Dette består av utredning, behandling, samt oppfølging og kontroll (Helsedirektoratet, 2006).

På grunn av oppgavens omfang har vi valgt å kun ta for oss de somatiske utfordringene som kan oppstå. Det vil si at vi har valgt å se bort fra de psykiske utfordringene kvinner kan oppleve i forbindelse med behandlingen. Vi ønsker å trekke frem PLISSIT-modellen som et verktøy som kan brukes av sykepleiere for å komme i gang med samtalen om seksualitet (Langhelle et al., 2021). PLISSIT-modellen presiseres ytterligere i kapittel 2.4.1. Vi har valgt å ikke avgrense alder på grunn av at god seksuell helse er en ressurs som fremmer helse og livskvalitet gjennom hele livet (Moksnes & Stojiljkovic., 2022, s. 687).

## **2 Bakgrunn**

### **2.1 Livmorhalskreft**

Livmorhalskreft skyldes vanligvis smitte med HPV. Det finnes mange typer av dette viruset. Livmorhalskreft skyldes vanligvis type 18 og 16, da de er onkogene, som betyr at de kan bidra til kreftutvikling (Kristensen, 2017, s. 592). Smitte med en slik onkogen HPV-type kan gi en symptomfri inflammasjon i slimhinnen som kun kan oppdages ved kolposkop. Som oftest går denne infeksjonen over av seg selv i løpet av noen måneder, men i noen tilfeller blir den kronisk. Da kan det oppstå en neoplastisk utvikling i slimhinnen. Da begynner cellene å forandre seg i retning kreftceller, og dette kan være et forstadium til kreft (Kristensen, 2017, s. 593). Slik forstadium kalles cervikal intraepitelial neoplasi (CIN) og varierer i alvorlighetsgrad. Man deler inn i CIN 1, CIN 2 og CIN 3. CIN 1 og 2 går ofte over av seg selv, mens CIN 3 krever behandling. Ved CIN 2 skal pasientene behandlingsavklares individuelt (Kreftlex, u.å.).

Vanligvis vil det ta mange år før det oppstår fullt utviklet livmorhalskreft. I ca. 80-85% av tilfellene oppstår kreften fra plateepitelet i transformasjonssonen. Det er overgangssonen mellom livmorhalskanalen og ytre mormunn. De resterende prosentene utgår fra sylinderepitelet i øverste del av livmorhalskanalen. Tidlige stadier av livmorhalskreft gir ofte lite og diffuse symptomer. De vanligste symptomene er uregelmessig blødning, mellomblødninger, blødning i forbindelse med samleie og blodig utflod. Vanlige symptomer på langtkommen livmorhalskreft er smerter, anemi, nedsatt matlyst, vektnedgang, fatigue og uremi. Livmorhalskreft kan spre seg fra livmorhalsen, gjennom livmorhalsveggen og videre ut i parametrien. Her kan kreften spre seg til bekkenveggene, vagina, blære og eventuelt i rektum. I noen tilfeller oppstår det fistler til blære og/eller rektum. Kreftcellene kan videre spre seg til lymfeknuter via lymfebaner. Via blodbanen kan kreften spre seg til lunge og lever (Kristensen, 2017, s. 593).

### **2.2 Kreftbehandling**

Hvert år behandles rundt 7000 kvinner for alvorlige celleforandringer i Norge (Kreftregisteret, 2023a). Behandling for livmorhalskreft er avhengig av hvilket stadium kreften befinner seg i og størrelsen på svulsten. Dersom kreften blir oppdaget tidlig, er det ofte mulig å operere bort svulsten. Hvis svulsten ikke er egnet for operasjon, kan man ta i bruk strålebehandling. Strålebehandling kan kombineres med cellegift (Kreftforeningen, 2023c).

I behandling for høygradige celleforandringer eller livmorhalskreft, kan ulike varianter av kirurgi være gunstig. Dersom det er påvist høygradige celleforandringer er konisering aktuelt.

Konisering er når man opererer bort en liten bit av livmorhalsen. Da blir en kjegleformet bit operert bort fra ytterste del av livmortalappen. Radikal hysterektomi, også kalt Wertheims operasjon, er den vanligste operasjonen som utføres i forbindelse med livmorhalskreft. Under dette inngrepet blir livmoren, livmorhalsen og støttevevet rundt, og øvre del av skjeden fjernet. I tillegg vil lymfeknuter i bekkenet bli operert bort. Wertheims operasjon gjøres kun når svulsten ligger i livmorhalsen. Under denne operasjonen vil som oftest ikke eggstokkene fjernes. Unge kvinner kan tilbys fertilitetsbevarende kirurgi, også kalt trachelectomi, dersom svulsten er mindre enn 2 cm og kun lokalisert i livmorhalsen. Ved denne type behandling er det fortsatt mulig å få barn, men risikoen for fødsel før termin er forhøyet. Ved denne typen operasjon blir først lymfeknutene i bekkenet fjernet med en kikkhullsoperasjon. Videre vil det meste av livmorhalsen fjernes via skjeden (Kristensen, 2017, s. 595).

Cellegift er en behandlingsform som har flere formål. Det kan brukes for å drepe kreftsvulsten eller gjøre svulsten mindre før en eventuell operasjon eller strålebehandling. Det er også vanlig å benytte seg av cellegift dersom kreften har spredt seg til steder i kroppen utenfor bekkenet, for å holde sykdommen i sjakk eller lette plager svulsten kan gi (Kreftforeningen, 2023a). En kombinasjon av cellegift og strålebehandling blir brukt dersom svulsten er stor, har vokst dypt inn i livmorhalsen eller har spredt seg til lymfeknuter. I strålebehandling brukes det både utvendige og innvendige stråler. Det brukes for å ødelegge kreftceller uten å ødelegge friske celler i for stor grad. Stråling er aktuelt for å lindre plager og hindre at svulsten vokser (Kreftforeningen, 2023c).

### **2.2.1 Senskader etter kreftbehandling**

Det finnes mange senskader etter behandling for livmorhalskreft som kan skape seksuelle utfordringer (Kreftforeningen, 2023b). Radikal hysterektomi og strålebehandling fører til infertilitet. Strålebehandling vil føre til at man kommer i kunstig overgangsalder (Kristensen, 2017, s. 596). Dette på grunn av at stråling mot bekkenområdet, der eggstokkene ligger, stopper opp produksjonen av hormoner. Mangel på testosteron vil føre til redusert sexlyst (Gynkreftforeningen, 2023). Omtrent halvparten av kvinnene som har blitt strålebehandlet har atrofi av vaginalslimhinnen, fibrose av vaginalveggen og ødelagt elastisitet i vagina. Det fører til en kort og trang vagina (Kristensen, 2017, s. 596). Mange kan dermed oppleve smerter under samleie (Gynkreftforeningen, 2023). I tillegg kan strålebehandling føre til blødninger, mer sekret, utflod som er illeluktende, hevelse, infeksjon og smerter (Gynkreftforeningen, 2023). Strålebehandling og cellegift kan påvirke nervene i kjønnsorganet. Dermed kan kvinnene få nedsatt følelse og vanskeligheter med å oppnå orgasme (Kreftforeningen, 2023b).



Blæren blir også påvirket av strålebehandlingen. Dette fører til atrofi av slimhinnen og reduksjon av blæren. På grunn av dette vil man oppleve hyppigere vannlating og i noen tilfeller inkontinens (Kristensen, 2017, s. 596). Noen vil få utfordringer knyttet til mage og tarm, ofte får man en tendens til løsere avføring. Omtrent 15% prosent vil få kronisk diare i forskjellig form. Noen kvinner kan få fistler til blæren eller tarmen, og/eller stenoser i tarmen. Dette skjer omtrent i 5% av tilfellene og det kreves operasjon (Kristensen, 2017, s. 596).

### **2.2.2 Hjelpemidler**

Det er flere tiltak som kan hjelpe med de seksuelle utfordringene kvinnene opplever. Dersom man opplever en tidlig overgangsalder som følge av behandlingen, kan man få tilskudd av østrogen og progesteron. I tillegg kan man også få testosteron dersom det er behov for det. Riktig hormonbalanse er viktig for kvinners sexlyst (Kreftforeningen, 2023b).

Det er viktig å forebygge sammenvoksing av skjeden. At kvinnene gjenopptar regelmessig samleie 2 til 3 uker etter avsluttet behandling, er en utmerket måte å holde skjeden åpen på. Dette forbeholder at man ikke er plaget av tørre og vonde slimhinner og at lysten på sex er til stede. Dersom det ikke går, anbefales det å bruke en dilator. Det er en glasstav eller en stavformet vibrator som skal hjelpe til med å forme og strekke på skjeden. Glidemiddel og xylocain-gel er anbefalt å bruke under samleie eller tøying av skjeden. Xylocain vil virke bedøvende og dermed dempe eventuelle smerter i slimhinnen (Kreftforeningen, 2023b).

## **2.3 Seksualitet som et grunnleggende behov**

Seksualitet omfatter både fysiske, psykiske og sosiale aspekter, og anses som sentralt ved det å være menneske (Helland, 2015, s. 862). WHO definerer seksualitet som:

Et sentralt aspekt ved å være menneske som inkluderer kjønn, kjønnsidentiteter og roller, seksuell orientering, erotikk, glede, intimitet og reproduksjon. Seksualitet erfares og uttrykkes i tanker, fantasier, begjær, oppfatninger, holdninger, verdier, atferd, vaner, roller og relasjoner. Selv om seksualitet kan omfatte alle disse dimensjonene, er det ikke alle av dem som alltid erfares eller som kommer til uttrykk. Seksualitet påvirkes av samspillet mellom biologiske, psykologiske, sosiale, økonomiske, politiske, kulturelle, juridiske, historiske, religiøse og åndelige faktorer. (Helsedirektoratet, 2023).

Seksualitet er et grunnleggende behov (Helland, 2015, s. 873). Som menneske bærer vi med oss seksualitet fra fosterstadiet helt frem til død. Seksualitet er sentralt i menneskers identitet, selvbilde og livskvalitet (Borg, 2017, s. 121). I dag finnes det ingen retningslinjer i helse- og omsorgstjenesten for hvordan seksuelle spørsmål skal ivaretas. Det er heller ingen pålegg til helseinstitusjoner om å ivareta seksualiteten, og det finnes ikke et nasjonalt samlet ressurs- eller kompetansesenter (Helland, 2015, s. 870). Som sykepleier skal man møte seksualitet på lik linje som andre grunnleggende behov (Helland, 2015, s. 873).

Kreftbehandling i seg selv vil ikke nødvendigvis føre til problemer med normalt seksualliv. Likevel vil de fleste oppleve at kreftsykdommen og behandlingen påvirker seksuallivet i en negativ retning, spesielt de personene som har kreft i urogenitalområdet. Et tilfredsstillende seksualliv forutsetter fysiologiske prosesser. De fysiologiske prosessene kan være hormonproduksjon, nerveforsyning og blodsirkulasjon. Kirurgi, strålebehandling og cellegift, eller kombinasjoner av disse, vil ofte føre til forstyrrelser i de fysiologiske prosessene. Derfor vil det nesten alltid få konsekvenser for pasientens seksualliv (Borg, 2017, s. 122).

## **2.4 Seksuell veiledning**

Veiledning av pasienter kan defineres slik: “Veiledning er en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess rettet mot at mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier” (Tveiten, 2019, s. 11).

Veiledning er en svært vid definisjon og kan dermed brukes som et paraplybegrep. Veiledning kan brukes synonymt med rådgivning, informasjon, undervisning og instruksjon på grunn av at alle disse metodene inngår i veiledningsprosessen (Tveiten, 2020, s. 98). Hovedformen i veiledning er dialog. Dialogen tar utgangspunkt i opplevelser, erfaringer, forståelse og de ulike behovene pasienten har. Pasienten vil da få et bedre utgangspunkt til å mestre situasjonen, livet og de ulike faktorene som påvirker helsen (Tveiten, 2020 s. 101). Hensikten med veiledning for kvinner som har senskader etter behandling for livmorhalskreft, kan for eksempel være at de klarer å uttrykke egne tanker om situasjonen de befinner seg i og hvilke behov de har knyttet til seksualitet. Pasienten har behov for å utvikle ny kunnskap for å kunne tilpasse seg den nye livssituasjonen (Thorsnes et al., 2019, s. 99). Gjennom veiledning kan sykepleieren bekrefte at pasienten ikke er alene om utfordringer hun opplever, og det kan også bidra til at pasienten oppnår realistiske forventninger til seksuallivet (Helland, 2015, s. 871).

Som sykepleier har man mange arbeidsredskap man kan benytte seg av (Borg, 2017, s. 127). Kommunikasjon er et viktig redskap sykepleiere kan bruke for å skape en god relasjon med pasienten. Gjennom å bli kjent med pasienten vil man kunne identifisere behov som er særegne for akkurat denne pasienten. Det er en forutsetning for å kunne utføre sykepleie knyttet til pasientens behov (Kristoffersen, 2016, s. 34). Kommunikasjonen må tilpasses den konkrete situasjonens hensikt. Sykepleieren må ha ferdigheter i aktiv lytting og må kunne stille åpne spørsmål slik at pasienten får mulighet til å utdype svaret sitt. Sykepleierens kommunikasjonsferdigheter og væremåte kan bidra til at pasienten føler seg sett, trygg og blir ivaretatt (Kristoffersen et al., 2021, s. 23).

I helse- og omsorgstjenesten finnes det ikke retningslinjer for hvordan helsepersonell skal ivareta spørsmål om seksualitet. En kombinasjon av manglende standarder for sykepleien og taushet om seksuelle temaer kan være med å skape en usikkerhet for sykepleiere i forhold til hvordan de skal håndtere temaet (Helland, 2015, s. 870). Mange sykepleiere unngår å snakke med pasientene om seksualitet. Grunnen til at temaet ikke blir tatt opp kan være mangel på tid, kunnskap eller ikke gode nok kommunikasjonsferdigheter (Moksnes & Stojiljkovic, 2022, s. 687). I tillegg stiller mange sykepleiere for høye krav til seg selv om egen kunnskap og profesjonalitet. For å kunne veilede om seksualitet må man som sykepleier ha kunnskap om de fysiske utfordringene som kan oppstå etter behandling for livmorhalskreft (Borg, 2017, s. 126). Det finnes modeller som kan være til hjelp for helsepersonell i veiledning med pasienten om seksualitet. En modell sykepleiere kan bruke som hjelp til å ta initiativ til samtale om seksualitet og i veiledningsarbeidet er PLISSIT-modellen (Borg, 2017, s. 127).

#### **2.4.1 PLISSIT-modellen**

Det er utarbeidet modeller som sykepleier kan bruke som et verktøy for å bevare eller gjenvinne seksuell helse og tilfredshet hos pasienter som opplever seksuelle problemer. Modellen som er mest omtalt er PLISSIT-modellen. Modellen er utarbeidet av den amerikanske psykoterapeuten Jack Annon, og består av fire trinn. Disse trinnene er P: Permission/gi tillatelse, LI: Limited Information/begrenset informasjon, SS: Specific Suggestions/konkrete forslag og IT: Intensiv Therapy/intensiv terapi. Hensikten på de tre øverste trinnene er primært å forsøke å gi hjelp til selvhjelp (Helland, 2015, s. 877). Modellen kan brukes av ulike faggrupper og er relativt enkel å bruke. Den gir rom for at man skal bruke den kunnskapen og erfaringen man har (Helland, 2015, s. 879). Helse- og omsorgsdepartementets strategiplan understreker at alle

som jobber med pasienter skal kunne håndtere nivå en og to i modellen (Langhelle et al., 2021).

#### P: Permission given – gi tillatelse

Første nivå i modellen handler om at pasienten skal få mulighet til å snakke om seksualitet og sette ord på tanker og følelser rundt temaet (Borg, 2017, s. 127). Hensikten på dette nivået er å gi pasienten mulighet til å sette ord på opplevelsene rundt sykdommen og hvordan det påvirker seksuallivet. Det gis rom for å stille spørsmål og prate om bekymringer rundt seksualitet (Helland, 2015, s. 878). Her kan sykepleier for eksempel stille åpne spørsmål som gir rom for at pasienten kan utdype svaret sitt (Kristoffersen et al., 2021, s. 23).

#### LI: Limited information – begrenset informasjon

Under nivå to gir helsepersonell allmenn opplysning på bakgrunn av kunnskapen vedkommende har fra utdanning og klinisk erfaring. Som sykepleier kan dette være å gi informasjon om hvordan kreftsykdom kan påvirke seksuallivet, samt hvordan bivirkninger av medisinsk behandling kan påvirke seksuell funksjon (Helland, 2015, s. 878). Dette forutsetter at sykepleiere og annet helsepersonell har kunnskap om temaet (Langhelle et al., 2021). Pasienten skal i utgangspunktet få informasjonen uten å selv be om det. Informasjonen som gis kan være med å avkrefte eventuelle misforståelser eller fantasier rundt kreftsykdom og behandling (Borg, 2017, s. 128).

#### SS: Specific suggestions – konkrete forslag/spesifikk rådgivning

Dette nivået åpner for konkrete, spesifikke forslag om hvordan problemer kan løses eller håndteres på best mulig måte. Her kan sykepleier gi råd om eventuelle hjelpemidler som kan brukes i forbindelse med de problemene pasienten har (Helland, 2015, s. 879). For å kunne gi råd om eventuelle hjelpemidler som kan brukes i forbindelse med seksuelle utfordringene etter endt behandling for livmorhalskreft, må man som sykepleier ha kunnskap om dette (Borg, 2017, s. 126). Hjelpemidlene som kan brukes er blant annet tilskudd av østrogen, progesteron og eventuelt testosteron ved tidlig overgangsalder, dilator for å forebygge sammenvoksing av skjeden og glidemiddel eller xylocain-gel for å dempe eventuelle smerter ved samleie (Kreftforeningen c, 2023).

#### IT: Intensiv therapy – intensiv terapi

Det siste nivået i modellen er Intensiv terapi, og er bare aktuelt for noen pasienter. Disse pasientene har behov for en mer spesialisert behandling som ikke kan løses på de andre nivåene (Borg, 2017, s. 130). På dette nivået har sykepleiere et ansvar for å henvise pasienten videre til relevante fagpersoner (Helland, 2015, s. 879).

## **2.5 Etikk og lovverk**

Pasient- og brukerrettighetsloven skal bidra til at pasienter og brukere i helse- og omsorgstjenesten i Norge har lik tilgang på tjenester av god kvalitet. Loven skal bidra til økt tillit mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten, fremme trygghet og ivareta respekten for den enkelte (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1).

I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) har alle pasienter rett på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i helsetilstanden og innholdet i helsehjelpen, herunder mulige risikoer og bivirkninger av behandling. Pasienten skal ha informasjon som er nødvendig for å få innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta rettighetene sine (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Informasjonen som gis skal være tilpasset pasientens forutsetninger. Dette inkluderer alder, modenhet, erfaring, kultur og språk. Helsepersonell skal så langt det lar seg gjøre forsikre seg om at informasjonen er forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5).

Helsepersonelloven (1999, §2) gjelder for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp i Norge. Formålet med loven er å sørge for sikkerhet for alle pasienter, kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, samt bidra til tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 1999, §1). Det stilles en rekke krav til helsepersonell i utøvelsen av yrket. Et av kravene omhandler forsvarlighet. Kravet om forsvarlighet skal sikre at alle som jobber i helse- og omsorgstjenesten utfører sitt arbeid i tråd med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som forventes av den enkelte. Dette omhandler helsepersonells kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon. Helsepersonell skal innhente bistand eller henvise pasienter videre dersom egne faglige kvalifikasjoner ikke er tilstrekkelig (Helsepersonelloven, 1999, §4).

Yrkesetiske retningslinjer bygger på etiske verdier, ansvar og faglig forpliktelse alle sykepleiere har. De yrkesetiske retningslinjene skal være til hjelp for å overholde normer knyttet til lovverk, forskrift, veiledere og tilsynsorganer. Sykepleierens ansvarsområde retter seg mot mennesker som har behov for sykepleie og helsetjenester. Dette innebærer å fremme helse,

forebygge sykdom, gjenopprette helse, lindre lidelse eller bidra til en verdig død. Som sykepleier har man et ansvar for at sykepleieutøvelsen er faglig forsvarlig og omsorgsfull. Samtidig skal man ta hensyn til at hvert enkelt menneske har medbestemmelse og en rett til å ikke bli krenket. Sykepleier skal dekke pasientens behov for helhetlig omsorg, samtidig som man bidrar til å støtte pasientene med egne ressurser, mestring, håp og livsmot. Pasient og eventuelt pårørende har rett på tilstrekkelig informasjon vedrørende situasjonen pasienten befinner seg i. Sykepleier skal sørge for at informasjonen som gis er forstått. I tillegg har alle pasienter rett på veiledning og opplæring i situasjoner der dette er ønskelig for pasienten. Man skal som sykepleier være bevisst på sin profesjonelle rolle og erkjenne egen kompetanse. Dersom man er usikker eller ikke har tilstrekkelig kompetanse, skal man søke veiledning fra andre eller henvise videre. Sykepleiere skal aktivt bruke de yrkesetiske retningslinjene i sitt arbeid (NSF, 2023).

### **3 Metode**

I denne oppgaven har vi brukt generell litteraturstudie som metode. Vi har gjort et strukturert søk i den vitenskapelige databasen CINAHL og valgt fire forskningsartikler som er relevante for å svare på problemstillingen vår.

#### **3.1 Generell litteraturstudie**

Generell litteraturstudie er et vanlig format å bruke for akademiske avhandlinger for bachelorstudenter. Her brukes syntese og analyse av publisert forskning for å svare på valgt problemstilling. Hensikten med denne metoden er å analysere resultatene fra ulike vitenskapelige studier. Resultatene kan brukes for å beskrive kunnskapen om et bestemt tema, som videre kan brukes for å trekke konklusjoner med klinisk anvendelse (Popenoe et al., 2021, s. 175).

#### **3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler**

Forskningsartiklene vi har valgt å bruke ble funnet gjennom søk i den vitenskapelige databasen CINAHL. Vi valgte å bruke denne databasen på grunn av at den inneholder mest forskning innenfor sykepleiefeltet (Helsebiblioteket, u.å.). Vi brukte søkeordene “Genital neoplasms, Female” OR “Neoplasms” OR “Cervix neoplasms”. Ved å bruke disse søkeordene fikk vi kreft generelt, livmorhalskreft eller kreft i kvinnelige genitalia. Ved å bruke OR mellom søkeordene gjorde vi søket vårt bredere for å ikke ekskludere relevante artikler som omhandler kreft. Deretter brukte vi søkeordene “Sexuality” OR “Sexual Dysfunction, Female”. Seksualitet og seksuell dysfunksjon hos kvinner er relevante søkeord for å svare på problemstillingen vår. Vi brukte OR for å inkludere begge søkeordene og gjøre søket vårt bredere. Videre kombinerte vi disse to søkene med AND for å snevre inn søket vårt til å finne artikler som omhandler begge deler. Vi avgrenset søket vårt til artikler som er publisert etter 2013. Videre valgte vi engelsk språk. Tabell 2 presenterer det strukturerte søket i CINAHL. Alle artiklene vi har inkludert i denne oppgaven er fagfellevurdert. Vi brukte kanalregisteret for å undersøke dette. Kanalregisteret er et register over vitenskapelige publiseringskanaler man kan benytte seg av for å se om et tidsskrift regnes som vitenskapelig (Kanalregisteret, u.å.). I tillegg følger alle inkluderte artikler en IMRaD-struktur. IMRaD er en forkortelse for Introduction/introduksjon, Methods/metode, Results/resultat og Discussion/diskusjon. IMRaD-struktur brukes i oppbyggingen av en forskningsartikkel (Dalland, 2017, s. 163). Ved å gjennomføre et strukturert søk i en database som CINAHL vil man ofte få mange treff. For å begrense søket og finne artikler som svarer best på vår problemstilling, vil det derfor

være hensiktsmessig å utarbeide inklusjons- og eksklusjonskriterier. Tabell 1 presenterer disse inklusjons- og eksklusjonskriteriene.

**Tabell 1**

<b>Inklusjonskriterier</b>	<b>Eksklusjonskriterier</b>
Fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert
Publisert fra 2013	Publisert før 2013
I Vest-Europa	Utenfor Vest-Europa
Kvalitative studier Kvantitative studier	Diskusjonsartikler Fagartikler Litteraturstudier
Seksualitet Seksuell helse	
Livmorhalskreft Gynekologisk kreft Kreft	
IMRaD-struktur	Ikke IMRaD-struktur

Vi skal undersøke erfaringene til en pasientgruppe, og dermed egner kvalitative studier og kvantitative studier seg best for å svare på dette (Popenoe et al., 2021, s. 175).

**Tabell 2**

<b>Database og dato for søk</b>	CINAHL, 02.11.2023
<b>Søkeord og kombinasjoner</b>	((MM "Genital Neoplasms, Female") OR (MM "Neoplasms") OR (MM "Cervix Neoplasms") AND (MM "Sexuality") OR (MM "Sexual Dysfunction, Female"))
<b>Avgrensinger i søket</b>	Tid: Publisert etter 2013 Språk: Engelsk
<b>Antall treff totalt</b>	170



<b>Antall gjennomleste titler</b>	170
<b>Antall gjennomleste abstrakt</b>	35
<b>Antall gjennomleste fulltekst- artikler</b>	11
<b>Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier</b>	4
<b>Inkludert artikkel nummer 1</b>	Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Stiggelbout, A. M. & Kuile, M. M. (2016). Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support. <i>Supportive Care Cancer</i> , 24, 1679-1687. <a href="https://doi.org/10.1007/s00520-015-2925-0">https://doi.org/10.1007/s00520-015-2925-0</a>
<b>Inkludert artikkel nummer 2</b>	Albers, L. F., van Belzen, M. A., van Batenburg, C., Engelen, V., Putter, H., Pelger, R. C. M. & Elzevier, H. W. (2020). Discussing sexuality in cancer care: towards personalized information for cancer patients and survivors. <i>Supportive Care in Cancer</i> , 28, 4227-4233. <a href="https://doi.org/10.1007/s00520-019-05257-3">https://doi.org/10.1007/s00520-019-05257-3</a>
<b>Inkludert artikkel nummer 3</b>	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. <i>Health Care for Women International</i> , 36, 1255-1269. <a href="https://doi.org/10.1080/07399332.2014.989436">https://doi.org/10.1080/07399332.2014.989436</a>
<b>Inkludert artikkel nummer 4</b>	Clearly, V., Hegarty, J. & McCarthy, G. (2013). How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality. <i>Cancer Nursing Practise</i> , 12(1), 32-37.

### 3.3 Øvrig fag- og forskningslitteratur

Vi benyttet oss av Oria for å finne relevant litteratur om seksualitet og livmorhalskreft. Vi mener Oria er gunstig å ta i bruk på grunn av at det er en søkemotor som gjør det mulig å finne bibliotekets samlede ressurser. Her fant vi noen pensumbøker vi har brukt som kilder i oppgavens innledning, bakgrunn og diskusjon. *Kreftsykepleie: Pasient-Utfordring-Handling* og *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* er to bøker vi brukte aktivt i oppgaven. *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* er en del av pensumlitteraturen og brukes aktivt gjennom hele bachelorutdannelsen. I *Kreftsykepleie: Pasient-Utfordring-Handling* har vi brukt et kapittel skrevet av Tore Borg. Borg er onkologisk sykepleier og sexologisk rådgiver ved Radiumhospitalet. I tillegg har vi brukt et kapittel fra Gunnar Kristensen. Han er overlege på avdeling for gynekologisk kreft på radiumhospitalet. Vi anser disse to som troverdige kilder og som har mye kunnskap om temaet. Begge bøkene tar for seg mye relevant som kan brukes for å svare på problemstillingen vår. Likevel synes vi at det var utfordrende å finne tilstrekkelig med relevant litteratur. Dermed har vi også benyttet oss av en del internettkilder som kreftregisteret, kreftforeningen, kreftflex og gynkreftforeningen. Vi anser disse kildene som troverdige, da de er kjente navn innenfor kreftfeltet og brukes av helsepersonell. I tillegg er dette nettsider som oppdateres jevnlig i henhold til ny forskning. Vi valgte å inkludere regjeringens strategiplan for seksuell helse fra 2016, da vi ønsket å se på regjeringens syn på seksualitet knyttet til sykdom og behandling. I tillegg ønsket vi å bruke forskning som sa noe om sykepleierens perspektiv på temaet. Vi valgte derfor å gjøre et nytt søk i CINAHL med lignende relevante søkeord, og fant en artikkel fra Paulsen et al. (2023) vi tok i bruk. Funn fra denne forskningsartikkelen er troverdig på bakgrunn av at artikkelen er fagfellevurdert.

## 4 Resultater

### 4.1 Presentasjon av artiklene i matrise

Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetssvurdering med sjekklister
Vermeer et al., 2016, Nederland	Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support	Hensikten med studien var å vurdere erfaringer med seksuelle dysfunksjoner, psykoseksuelle støtte og psykoseksuelle helseshjelpshov blant	Kvalitativt design. Det ble gjort semistrukturerte intervjuer med 30 kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft og 12 av disse hadde partnere som deltok i studien. Det ble gjort individuelle intervjuer. Kvinnene som deltok var i alderen 34-68 år, med en gjennomsnittsalder på 47 år.	Mange deltakere opplevde en eller flere seksuelle dysfunksjoner. Rundt halvparten av deltakerne ble infertile og opplevde redusert sexlyst. To tredjedeler av kvinnene forteller at de sliter med tørthet i skjeden og over halvparten opplever smerte under samleie. Inkontinens, tarmproblemer og fysiske endringer i skjeden var andre vanlige utfordringer som påvirket seksualiteten. Omtrent halvparten av kvinnene oppga at de ikke var fokusert på seksuell fungering under behandling for livmorhalskreft, men at de satte pris på å få informasjon. Omtrent en tredjedel husker å ha mottatt informasjon om behandlingens bivirkninger på seksuell fungering, men at de var misfornøyde med informasjonen de mottok. Mer en halvparten forteller at helsepersonell har tatt opp temaet seksualitet, men at det var minimalt og medisinsk rettet. Mange var positive til skriftlig informasjon, og noen nevnte at en nettside kunne vært praktisk. Deltakerne hadde et ønske	9/9 poeng

		livmorthalskr- eftoverleven- de og deres partnere.		om informasjon og praktiske råd for å håndtere eventuelle seksuelle utfordringer. I tillegg ønsket de betryggelse på at det er vanlig å oppleve seksuelle utfordringer og at helsepersonell tar mer initiativ til å snakke om seksualitet. Noen deltakere vegret seg for å søke hjelp på grunn av at det er et tabubelagt tema og noe de følte de burde løse selv. Omtrent en tredjedel av kvinnene fortalte at de ikke opplevde noen barrierer for å søke hjelp, eller at de vurderte barrierene som mindre viktige enn fordelene ved å søke hjelp. Sykepleiere ble ansett som tilgjengelige og empatiske, men noen av deltakerne stilte spørsmål ved om de hadde tilstrekkelig med kunnskap om seksualitet.	
Albers et al., 2020, Nederland	Discussing sexuality in cancer care: towards personalized information for cancer patients and survivors.	Hensikten med studien var å undersøke hvilken type informasjon nederlandske kreftpasienter trenger, deres ideer om hvordan man	Kvantitativt design. Det ble sendt ut en digital spørreundersøkelse med 28 spørsmål. Disse omhandlet seksuelle utfordringer etter kreft, informasjonsbehov om seksualitet og ideer for å forbedre kommunikasjonen om seksualitet med helsepersonell.	Pasienter med gynekologisk kreft rapporterte det høyeste behovet for informasjon om seksualitet. Hos denne pasientgruppen var informasjonsbehovet like stort, uansett hvilken alder. Pasienter foretrekker å få ulike typer informasjon. Mest nevnt blant deltakerne var praktiske råd, praktisk informasjon og andres erfaringer. Mer enn halvparten av deltakerne mente at helsepersonell burde gi systematisk informasjon om seksualitet og ta initiativ til samtalen.	9/9 po- eng

		kan forbedre kommunikasjonen, og for å identifisere hvilke pasienter som har mer behov for informasjon om seksualitet.	Delakerne var mellom 19-94 år, med en median alder på 54 år. 135 av delakerne var tidligere gynekologiske kreftpasienter.		
Sekse et al., 2015, Norge	Shyness and Openness-Commun	Hensikten med studien var å utforske beskjedenhet og åpenhet relatert til å logue Between Health Personnel and	Kvalitativt design. Det ble gjort individuelle intervju av 16 kvinner som har blitt behandlet for gynekologisk kreft. Hver kvinne hadde to intervjuer. Første intervju tar for seg brede temaer, mens det andre intervjuet er individuelt rettet og relatert til	Studien viste at kvinnene opplevde kroppslige og seksuelle endringer som lukt, sår og tørr skjede. De uttrykte at de ikke hadde fått noe informasjon om endringer som kunne oppstå etter behandlingen. Studien viste at kvinnene opplever sjenanse og sårbarhet rundt temaet seksualitet og intimitet. De opplevde det vanskelig å uttrykke personlige erfaringer og behov knyttet til dette problemet. Kvinnene hadde et ønske om å kommunisere om temaet, men hadde ønsket at helsepersonell skulle tatt initiativ til dialog i et tidlig stadium. De ønsket at helsepersonell skulle vært mer genuine og at de satte av tid til samtale. Dette var noe de opplevde sjelden. De uttrykte at de var skuffet	9/9 poeng

	Women About Sexual and Intimate Issues Af- ter Gyneco- logical Cancer	etter behand- ling for gyn- kologisk kreft. I tillegg var hensikten å se hvordan kvinnene opplevde dia- log med hel- sepersonell rundt dette temaet.	samtalen i det første in- tervjuet. Deltakerne var mellom 39 og 66 år, med et gjennomsnitt på 56 år.	over helsepersonell da de ikke hadde fått noe informasjon om konse- kvenser av behandling. Måten kvinnene ble møtt på av helsepersonell rundt temaet seksuali- tet førte til mer beskjedenhet og skam rundt seksuelle problemer.	
Cleary et al., 2013, Irland	How a di- agnosis of gynaeco- logical cancer af- fects women´s sexuality	Hensikten med studien var å utforske virkningen av gynekologisk kreft på sek- sualiteten fra et pasientper- spektiv.	Kvalitativt design. 8 kvinner med gynekolo- gisk kreft ble intervjuet individuet. 2 av disse hadde livmorkreft. Kvinnene var i alder 25-68 år, med en me- dian alder på 47 år.	Halvparten av deltakerne rapporterte at skjedden ble tørrere og det førte til smerte ved samleie. Kvinnene uttrykte et behov for informa- sjon. Alle rapporterte å ikke ha fått noe informasjon fra helseperso- nell om mulige konsekvenser av behandlingen for gynekologisk kreft på seksualiteten. Deltakerne uttrykte at informasjon ville hjulpet dem til å forberede dem på hva som kunne oppstå. I tillegg uttrykte delta- kerne at informasjonen ville være mest hensiktsmessig dersom den ble gitt i behandlingsperioden og ikke umiddelbart ved diagnosen.	9/9 po- eng

## 4.2 Syntese av resultatene

Hovedbudskapet til de fire valgte forskningsartiklene er at behandling for livmorhalskreft i mange tilfeller fører til seksuelle utfordringer, og at kvinnene ikke har fått nok informasjon om konsekvensene som kan påvirke seksualiteten. Dette er utfordringer som infertilitet, redusert sexlyst, anatomiske endringer i skjeden, tørrhet og sårhet i skjeden, inkontinens, tarmproblemer, lukt og smerter under samleie. Det blir belyst at kvinnene har forskjellige behov og ønsker for når i behandlingsforløpet de vil motta seksuell veiledning. De setter pris på at det blir gitt informasjon fra start, men de fleste er mest mottakelige for seksuell veiledning i form av informasjon, råd og trygging mot slutten av behandlingsforløpet. Studiene indikerer at seksuell veiledning vil gjøre det lettere for kvinnene å håndtere de seksuelle utfordringene som kan oppstå etter behandling for livmorhalskreft, fordi de vil være forberedt. Deltakerne ønsker at sykepleier tar initiativ til veiledningssamtaler, da mange opplever seksualitet som et tabubelagt tema. Noen deltakere stiller spørsmål ved sykepleiers kunnskapsgrunnlag om dette temaet, til tross for at det er sykepleier som blir ansett som mest empatisk og tilgjengelig for veiledningssamtaler.

## **5 Diskusjon**

Problemstillingen i denne oppgaven er “Hvilke seksuelle utfordringer opplever kvinner etter endt behandling for livmorhalskreft, og hvordan erfarer de veiledning knyttet til dette?”. Diskusjonskapittelet består av to deler: resultatdiskusjon og metodediskusjon. Resultatdiskusjonen vår er bygget opp av hovedfunn fra de fire valgte forskningsartiklene. Vi skal først diskutere hvilke seksuelle utfordringer kvinner har etter endt behandling for livmorhalskreft. Videre skal vi ta for oss sykepleies ansvarsområde, samt diskutere ulike barrierer knyttet til det å snakke om seksualitet. Til slutt diskuterer vi hvordan sykepleier kan veilede pasientene om temaet. Dette skal vi sette opp mot teori, etikk og lovverk presentert i bakgrunnen i kapittel 2, samt noe ny teori og forskning. Dette skal vi bruke for å svare på problemstillingen vår. I metodediskusjonen skal vi diskutere styrker og svakheter knyttet til litteratursøket vårt, samt de artiklene vi har valgt å inkludere.

### **5.1 Resultatdiskusjon**

#### **5.1.1 Seksuelle utfordringer**

Som følge av flere sykdommer og tilstander er seksuell dysfunksjon vanlig å oppleve (Regjeringen, 2016). Etter behandling for livmorhalskreft vil mange kvinner oppleve seksuelle utfordringer (Kreftforeningen, 2023b). Likevel er dette et tema som sjelden blir inkludert i oppfølgingen etter behandling (Regjeringen, 2016). Artiklene inkludert i denne oppgaven viser også dette. Mange av kvinnene opplevde en eller flere seksuelle dysfunksjoner (Vermeer et al., 2016; Cleary et al., 2013; Sekse et al., 2015). I studien av Vermeer et al. (2016) var det kun en tredjedel som oppga å ha fått informasjon om behandlingens bivirkninger. Det er derfor viktig at sykepleiere har kunnskap om temaet. Kunnskap er nødvendig for å kunne gi informasjon om mulige konsekvenser av behandlingen (Borg, 2017, s. 126).

Behandling for livmorhalskreft kan føre til infertilitet (Kristensen, 2017, s. 596). I en av studiene inkludert i denne oppgaven, oppga rundt halvparten av kvinnene dette som en konsekvens av behandlingen (Vermeer et al., 2016). I tillegg opplevde også halvparten av deltakerne redusert sexlyst (Vermeer et al., 2016). Dette er utfordringer som kan oppstå etter strålebehandling og hos kvinner som kommer i en kunstig overgangsalder etter behandlingen (Gynkreftforeningen, 2023). Anatomiske og fysiologiske endringer i skjeden kan medføre smerter under samleie (Kristensen, 2017, s. 596). Dette samsvarer med funn fra tre av studiene som er inkludert i denne oppgaven (Vermeer et al., 2016; Cleary et al., 2013; Sekse et al., 2015). Studiene avdekket at kvinner opplevde at skjeden ble tørrere som følge av kreftbehandlingen, og de



opplevde smerter under samleie (Vermeer et al., 2016; Cleary et al., 2013; Sekse et al., 2015). I tillegg var flere kvinner plaget med lukt og sår i underlivet (Sekse et al., 2015). Behandling for livmorhalskreft kan også påvirke omkringliggende organer (Kristensen, 2017, s. 596). Det blir belyst fra en inkludert studie at inkontinens og tarmproblemer var andre vanlige utfordringer som påvirket seksualiteten til kvinnene (Vermeer et al., 2016).

Seksualitet er et grunnleggende behov, og det er derfor nødvendig at sykepleier ivaretar dette behovet for å oppnå en helhetlig pleie (Helland, 2015, s. 873). Regjeringens strategi for seksuell helse tar for seg pasientens seksuelle helse og behov, samt sikring av kunnskap om temaet. Dersom man skal sikre kunnskap om seksuell helse, må det vektlegges i relevante profesjonsutdanninger (Regjeringen, 2016).

Funn i de inkluderte studiene viser at seksualitet ikke blir inkludert tilstrekkelig i behandlingsforløpet (Vermeer et al., 2016; Cleary et al., 2013; Sekse et al., 2015; Albers et al., 2020). Dersom seksualitet skal bli tatt på alvor, bør sykepleier tilegne seg kunnskap om temaet.

### **5.1.2 Sykepleiers ansvarsområde**

Informasjon om seksuelle utfordringer er innenfor ansvarsområdet for sykepleiere, da seksualitet er et grunnleggende behov (Helland, 2015, s. 873). Tidligere studier viser at ved sykdom og behandling, har pasienter behov for informasjon om seksualitet. Dette samsvarer ikke med informasjonen sykepleiere gir under behandlingsforløpet (Blikstad et al., 2020). Dette belyser forskningsartiklene vi har brukt. Kvinnene i to av studiene rapporterte at de ikke hadde fått noe informasjon om mulige konsekvenser etter endt behandling for livmorhalskreft (Sekse et al., 2015; Cleary et al., 2013), til tross for at de hadde uttrykt et behov for informasjon (Cleary et al., 2013). På den andre siden ble det i studien fra Vermeer et al. (2016) kartlagt at over halvparten av kvinnene har snakket med helsepersonell om seksualitet. Likevel forteller kvinnene at det ikke var helt tilstrekkelig, og at informasjonen var svært medisinsk rettet.

I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) har alle pasienter rett på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i helsetilstanden og innholdet i helsehjelpen. Som sykepleier er man da juridisk pliktig til å gi informasjon om risikoer, bivirkninger og informasjon om blant annet seksualitet etter behandling for livmorhalskreft. En studie vi har inkludert, belyser at slik informasjon hadde hjulpet kvinnene til å forberede dem på hva som kunne oppstå (Cleary et al., 2013). Funn fra en inkludert artikkel viser at kvinner med gynekologisk kreft, sammenliknet med andre kreftformer, har det største behovet for informasjon om dette temaet

(Albers et al., 2020). Sykepleier skal forsikre seg om at informasjon vedrørende situasjonen pasienten befinner seg i, er forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). I tillegg skal sykepleier også jobbe faglig forsvarlig og yte omsorgsfull hjelp ut fra ens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og ut fra situasjonen (Helsepersonelloven, 1999, §4). Helsepersonelloven (1999, §4) kan dermed motstride pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) i sykepleiepraksis. Dette er på grunn av at man som sykepleier ikke kan gi informasjon om noe man ikke har nok kunnskap om (Helsepersonelloven, 1999, §4), samtidig som man er pliktig til å gi pasienten informasjon om helsetilstanden (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Det gjør det utfordrende for sykepleiere å vite hva man skal forholde seg til.

Per dags dato finnes det ingen tydelige krav til helseinstitusjoner om å ivareta seksualitet, og det er ikke et nasjonalt samlet ressurs- eller kompetansesenter for dette området. I helse- og omsorgstjenesten er det heller ingen retningslinjer for hvordan man som sykepleier skal ivareta spørsmål knyttet til seksualitet (Helland, 2015, s. 870).

På bakgrunn av at lovverkene kan motstride hverandre (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2; Helsepersonelloven, 1999, §4) og at det er mangel på klare retningslinjer, kan det være utfordrende for sykepleiere å vite hvordan man skal forholde seg til seksualitet. Dermed blir det opp til hver enkelt sykepleier om man skal ta opp temaet eller ikke (Helland, 2015, s. 870). Tydeligere retningslinjer for sykepleiere til å ta opp seksualitet, kan være med å bidra til å sikre at kvinnene får den informasjonen de trenger og har krav på.

### **5.1.3 Barrierer for å snakke om seksualitet**

Det er flere barrierer blant pasienter og sykepleiere som gjør at seksualitet ikke blir snakket om. Mangel på klare retningslinjer innen sykepleien og unnlattelse av å ta opp temaet seksualitet, gjør det utfordrende for sykepleiere å vite hvordan de skal ta opp temaet med kvinnene i behandlingsforløpet (Helland, 2015, s. 870). Seksualitet er et tabubelagt tema og blir for lite snakket om innenfor helsevesenet (Blikstad et al., 2020). Dette samsvarer med funn fra to inkluderte artikler (Vermeer et al., 2016; Sekse et al., 2015). Kvinnene opplever mye sårbarhet og sjenanse rundt temaet, og det er dermed vanskelig å uttrykke personlige erfaringer og ens behov knyttet til problemet (Sekse et al., 2015). Flere kvinner mener at seksuelle utfordringer er noe de bør løse selv, på grunn av at de ser på temaet som svært personlig og tabubelagt (Vermeer et al., 2016).

I alle de fire valgte forskningsartiklene våre, blir det belyst at seksualitet er et vanskelig tema å ta opp for kvinnene. Dermed ønsker kvinnene at sykepleier skal ta initiativ til veiledningssamtalen (Vermeer et al., 2016; Albers et al., 2020; Sekse et al., 2015; Cleary et al., 2013). PLISSIT-modellen kan være et gunstig verktøy for sykepleiere å ta i bruk når de skal ta initiativ til denne samtalen. Det første nivået i modellen; permission/ gi tillatelse setter fokus på at sykepleier er ansvarlig for å ta initiativ til en samtale om seksualitet (Helland, 2015, 878). Ved at sykepleier tar initiativ til samtalen og bryter barrierene om dette temaet, vil det kunne åpne opp for samtaler med pasienten dersom hun er klar for det. Pasienten får da mulighet til stille spørsmål og prate om bekymringer, tanker og følelser rundt seksualitet (Helland, 2015, s. 878; Borg, 2017, s. 127). Ved at sykepleier snakker om temaet, bidrar det til å normalisere og anerkjenne de seksuelle utfordringene pasientene har (Helland, 2015, s. 874). Til tross for at de fleste ønsker at sykepleier skal ta initiativ til å snakke om seksualitet, viser en studie vi har inkludert at det likevel er noen kvinner som stiller spørsmål ved om sykepleiere har nok kunnskap om temaet (Vermeer et al., 2016).

I to av studiene vi har inkludert i oppgaven, blir det belyst at sykepleiere mener at seksuelle utfordringer burde bli snakket om som en del av den helhetlige omsorgen (Sekse et al., 2015; Cleary et al., 2013). Likevel er det mange som vegrer seg for å snakke om seksualitet. Dette skyldes blant annet at det er et sårbart og personlig tema (Sekse et al., 2015). Forlegenhet om dette temaet er en av barrierene for at det ikke blir snakket om (Cleary et al., 2013). Helsepersonell vet ikke hvordan de skal ta opp temaet seksualitet. Seksualitet er et personlig tema, og mange er redde for hvordan pasienten vil reagere på at man stiller spørsmål knyttet til det. Man kan jo lure på hvorfor akkurat seksualitet er så vanskelig å snakke om, da andre personlige temaer, som eliminasjon, ofte blir snakket om i helsevesenet (Lindberg, 2020, s. 21). Det er mange sykepleiere som stiller for høye krav til seg selv om egen profesjonalitet og kunnskapsnivå, og dermed vegrer seg for å ta opp temaet (Borg, 2017, s. 126). Funn fra to av studiene vi har inkludert, belyser at sykepleiere også opplever at de ikke har nok kunnskap om seksualitet til å kunne hjelpe kvinnene som sliter med seksuelle utfordringer etter endt behandling (Sekse et al., 2015; Cleary et al., 2013). En studie som er brukt i oppgaven, belyser at sykepleiere ikke får god nok opplæring knyttet til seksuelle problemer (Albers et al., 2020). Sykepleiere som har fått god nok opplæring om temaet, tar i større grad initiativ til å snakke om seksualitet med pasientene sine (Helland, 2015, s. 877). Dette viser at nok kunnskap om seksualitet er nødvendig for at sykepleiere skal kunne veilede pasienten om dette.

I en inkludert studie blir det nevnt at sykepleiere mangler kunnskap om kommunikasjonsferdigheter for å snakke om seksuelle utfordringer (Sekse et al., 2015). Ved å ta i bruk PLISSIT-modellen, kan det gjøre det lettere for sykepleier å skape en dialog med pasienten. Her bør sykepleiere bruke det andre nivået i modellen: limited information/begrenset informasjon. Man skal gi informasjon til pasienten på bakgrunn av ens kunnskapsgrunnlag fra utdanning og klinisk erfaring (Helland, 2015, s. 878). Samtidig skal man som sykepleier jobbe faglig forsvarlig, og skal ikke gi informasjon om noe man ikke har kunnskap om (Helsepersonelloven, 1999, §4). Dersom det dukker opp noe i samtalen sykepleier ikke kan gi svar på som følge av manglende kunnskap, skal man innhente bistand eller henvise pasienten videre (Helsepersonelloven, 1999, §4).

Sykepleiere vegrer seg ofte for å ta opp temaet seksualitet på grunnlag av at det er et tabubelagt og sårbart tema for pasienten. Nok kunnskap om seksualitet kan bidra til at pasientene får den veiledningen de trenger.

#### **5.1.4 Veiledning**

Sykepleiere kan ta i bruk veiledning for å hjelpe pasienten til å lettere takle den nye livssituasjonen hun befinner seg i, gjennom ulike mestringsstrategier, økt kunnskap og ferdigheter (Thorsnes et al., 2019, s. 94). Ifølge de yrkesetiske retningslinjene har alle pasienter rett på veiledning i situasjoner der dette er ønskelig for pasienten (NSF, 2023). PLISSIT-modellen er et godt verktøy å bruke under hele veiledningsprosessen. Som sykepleier skal man først gi tillatelse til å snakke om temaet. Deretter skal man gi generell informasjon om temaet som er tilpasset pasientens situasjon. Videre kan sykepleiere bruke det tredje nivået i PLISSIT-modellen, som er spesifikke suggestions/spesifikke forslag, til hjelp i veiledningen. Det innebærer å komme med råd, forslag og løsninger på seksuelle utfordringer kvinnene opplever. Man kan for eksempel veilede i bruk av hjelpemidler dersom det er nødvendig (Helland, 2015, s. 879). For å kunne gi veiledning i hvilke hjelpemidler som kan forebygge og redusere plagene, må man ha kunnskap om hvilke seksuelle utfordringer som kan oppstå etter behandlingen (Borg, 2017, s. 126). På bakgrunn av at PLISSIT-modellen krever kunnskap om seksualitet, kan det tenkes at det ikke er et gunstig verktøy dersom sykepleier mangler dette (Langhelle et al., 2021). Som sykepleier kan man ikke gi informasjon om helsetilstand og innholdet i helsehjelpen dersom dette omhandler seksuelle problemer man ikke har kunnskap om. Man skal da henvise videre til helsepersonell som har kunnskap om dette temaet (Helsepersonelloven, 1999, §4). Dette kan knyttes opp til siste nivå i PLISSIT-modellen; intensive therapy/intensiv

terapi. Dette nivået er utenfor sykepleiers ansvarsområde og kompetanse, da den krever spesi-  
fikk kompetanse innen seksualitet (Helland, 2015, s. 879).

Det kan tenkes at tilstrekkelig med opplæring og kunnskap blant sykepleiere kan bidra til at  
de veilede pasientene sine innenfor seksualitet. Ved at sykepleiere får økt kunnskap om te-  
maet, kan det bidra til at PLISSIT-modellen blir et godt verktøy for sykepleiere å bruke i vei-  
ledningen.

Rammene rundt veiledningen kan påvirke hvordan den utspiller seg. Slike rammer kan være  
tid, sted, metode og sykepleier-pasient relasjon (Paulsen et al., 2023; Tveiten, 2020, s. 94-96).  
Det vil være individuelt når man er mottakelig for seksuell veiledning (Tveiten, 2020, s. 95).  
Dette belyser funn fra inkluderte artikler (Sekse et al., 2015; Clary et al., 2013). Kvinnene fra  
studien til Sekse et al. (2015) forteller at de ønsker å motta veiledning tidlig i behandlingsfor-  
løpet. I motsetning til dette mener andre kvinner at det vil være mest hensiktsmessig med vei-  
ledning litt inn i behandlingsforløpet, og ikke ved diagnosetidspunkt (Cleary et al., 2013).  
Som sykepleier er det viktig å kartlegge om det er behov for videre oppfølging eller mer vei-  
ledning (Tveiten, 2020, s. 95). For å fremme veiledningen bør sykepleier sette av god tid og  
skape ro i situasjonen (Tveiten, 2020, s. 95). I en studie vi har brukt i oppgaven, belyser syke-  
pleiere at mangel på tid hindrer dem i å gjennomføre veiledningen (Cleary et al., 2013). Syke-  
pleier bør i beste evne sørge for at rommet veiledningen skal foregå i, egner seg. Dette hand-  
ler om at det skal være uforstyrret og privat (Tveiten, 2020, s. 95). Valg av metode kan på-  
virke veiledningen (Tveiten, 2020, s. 96). I den inkluderte studien fra Albers et al. (2020), blir  
det belyst at kvinnene har ulikt syn på hvilken type informasjon de ønsker i veiledningen.  
Praktisk informasjon, praktiske råd og erfaringer fra andre ble belyst som noe kvinnene øns-  
ket. Andre syntes at skriftlig informasjon ville vært nyttig for å slippe å bli overøst av muntlig  
informasjon som man fort kan glemme (Albers et al., 2020). I en annen inkludert studie, ble  
en nettside løftet frem som noe positivt, da man har lett tilgang på viktig informasjon generelt  
(Vermeer et al., 2016).

I tillegg kan relasjonen mellom sykepleier og pasient påvirke veiledningssamtalen (Paulsen et  
al., 2023). Funn fra valgt forskningsartikkel belyser at måten helsepersonell møter kvinnene  
og tar opp temaet seksualitet har stor betydning (Sekse et al., 2015). En norsk studie som ny-  
lig er publisert, løfter frem viktigheten av å skape en god relasjon med pasienten før man tar  
opp temaet seksualitet. Sykepleierne i studien erfarte at en god relasjon gjorde at pasientene  
følte seg mer verdsatt og respektert (Paulsen et al., 2023).

Hvordan sykepleiere veileder og når i behandlingsforløpet de gjør det, kan trolig spille en vesentlig stor rolle i hvor mye kvinnene får ut av veiledningen. I tillegg kan en god sykepleier-pasient relasjon gjøre det lettere for sykepleier å ta opp temaet.

## 5.2 Metodediskusjon

### 5.2.1 Litteratursøk

I denne delen av oppgaven skal vi vurdere styrker og svakheter knyttet til gjennomført litteratursøk. Som nevnt i kapittel 3.2, gjorde vi et strukturert søk i CINAHL. Denne databasen inneholder mye sykepleiefaglig forskning og dermed mener vi at den er hensiktsmessig å bruke (Helsebiblioteket, u.å.).

Vi søkte med emneord livmorhalskreft, gynekologisk kreft og kreft. Disse ble kombinert med “OR”. Livmorhalskreft ble brukt som et søkeord da dette er et nøkkelord i problemstillingen. Vi valgte å inkludere gynekologisk kreft som et søkeord, da livmorhalskreft er en type gynekologisk kreft (Helsebiblioteket, 2023). For å utvide søket vårt, valgte vi å bruke søkeordet kreft. Ved å inkludere dette søkeordet fant vi en artikkel fra Albers et al. (2020) som svarte godt på problemstillingen vår. Vi valgte å kun trekke ut funn som belyste gynekologisk kreft i presentasjonen av resultater hentet fra denne studien.

Videre ble seksualitet og seksuell dysfunksjon brukt som søkeord. Seksualitet er et nøkkelord i problemstillingen vår og derfor et gunstig søkeord. Seksuell dysfunksjon mener vi er et relevant søkeord da vi ønsker å belyse hvilke seksuelle utfordringer kvinner kan oppleve etter behandling for livmorhalskreft. Ved å ta i bruk begge disse søkeordene kombinert med “OR” fant vi flere artikler som kunne svare på problemstillingen vår.

Ved bruk av søkeordene våre, fikk vi et relativt stort treff. Vi mener at det er overkommelig å gå gjennom 170 artikler med godt utarbeidet inklusjons- og eksklusjonskriterier. Det vil ta noe lenger tid å gjennomgå et relativt stort treff, men på den andre siden vil man få opp mange bra artikler. Dermed får man mulighet til å velge artikler som svarer godt på problemstillingen. Vi gjorde ingen geografiske avgrensinger i selve søket i CINAHL, til tross for at vi har studier fra Vest-Europa som et inklusjonskriterie. Vi erfarte at ved å velge avgrensningen Europa i søket, ekskluderte dette mange relevante artikler skrevet her. Vi valgte å ekskludere artikler fra Asia og USA, til tross for at mange av de kunne svare på problemstillingen vår. Dette er på grunn av at det kan tenkes at det er store forskjeller i kultur og helsevesen sammenliknet med Norge.

Sett på et senere tidspunkt, kunne vi droppet å bruke kreft som søkeord. Da ville vi kun fått opp forskningsartikler som omhandler livmorhalskreft og gynekologisk kreft. Søket ville da blitt smalere og vi kunne muligens funnet artikler som samsvarte enda bedre med problemstillingen vår. På den andre siden, hadde vi da ekskludert artikkelen fra Albers et al. (2020). I tillegg har vi også tenkt på om vi kunne brukt kommunikasjon, veiledning, rådgivning og informasjon som søkeord for å gjøre søket vårt smalere og enda mer knyttet til vår problemstilling. I tillegg kunne vi også brukt seksuell helse som et søkeord, da dette kan knyttes til seksualitet. Det ville kanskje gitt oss enda flere relevante artikler.

### **5.2.2 Inkluderte artikler**

I denne delen av oppgaven skal vi nå vurdere styrker og svakheter ved de inkluderte artiklene. Vi valgte å kun inkludere artikler som er skrevet i Vest-Europa. Det kan være en styrke på grunn av at det kan tenkes at land i Vest-Europa har relativt likt helsevesen og lik kultur som Norge. Dermed kan det trolig være lettere å relatere funnene til norsk kontekst. Artikkelen fra Sekse et al. (2015) er fra Norge. Funnene fra denne forskningsartikkelen kan dermed knyttes direkte til norsk sykepleiepraksis. Dette løfter oppgaven vår betraktelig. Alle kvinnene i studiene inkludert i oppgaven har blitt behandlet for gynekologisk kreft på sykehus. Dette kan knyttes opp til konteksten vår, som er gynekologisk kreftavdeling på sykehus.

Tre av fire artikler vi har valgt har et kvalitativt design (Sekse et al., 2015; Vermeer et al., 2016; Cleary et al., 2013). Dette er en styrke, da kvalitativt design egner seg godt til å svare på en problemstilling som tar for seg erfaringer (Popenoe et al., 2021, s. 175). Til tross for at det er få deltakere i studiene, vil man kunne gå i dybden på tematikken. Målet med denne type design er å få frem det som er spesielt og eventuelt avvikende (Dalland, 2017, s. 53).

I studien fra Albers et al. (2020) er det brukt et kvantitativt design. I denne studien gjennomførte forskerne en spørreundersøkelse og man har da fått data fra 135 kvinner som er behandlet for gynekologisk kreft. En styrke med denne metoden er at en spørreundersøkelse også egner seg til å svare på en problemstilling som handler om erfaringer (Popenoe et al., 2021, s. 175). Kvantitativt design går i bredden på tematikken og målet er å få frem det som er representativt (Dalland, 2017, s. 53). En svakhet i studien til Albers et al. (2020) er at den handler om kreft generelt og tar heller ikke for seg hvilke seksuelle utfordringer kvinnene opplever

etter behandling for livmorhalskreft. Likevel ser vi på funnene slik de er besvart av kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft som såpass relevant for vår problemstilling, at vi valgte å inkludere den.

En styrke med å ta i bruk studier med både kvalitativ og kvantitativ design i oppgaven, er at vi har sett at statistikk og dybdeintervjuer samsvarer med hverandre. Begge metodene kan gi en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i (Dalland, 2017, s. 52).



## 6 Konklusjon

Mange kvinner opplever seksuelle dysfunksjoner etter endt behandling for livmorhalskreft. De hyppigste senskadene er vaginal tørrhet, smerter under samleie, anatomiske endringer i skjeden, redusert sexlyst og infertilitet. I tillegg opplever noen kvinner sjenerende lukt, sår skjede, inkontinens og tarmproblemer. Disse faktorene fører til utfordringer knyttet til seksualitet. Kvinner har ulike erfaringer med hvordan sykepleiere veileder om seksualitet etter behandlingen for livmorhalskreft. Felles for alle er at informasjon om konsekvenser av behandlingen, samt oppfølging knyttet til dette, ikke er tilstrekkelig. Dette skyldes ulike barrierer. Mangel på kunnskap blant sykepleiere, opplevelse av at seksualitet er et tabubelagt tema og mangel på klare retningslinjer er de største barrierene for at seksualitet ikke blir ivaretatt slik som andre grunnleggende behov. I tillegg vil rammene rundt samtalen som tid, sted og sykepleier-pasient relasjon påvirke veiledningen. PLISSIT-modellen kan være et gunstig verktøy for sykepleiere å ta i bruk i veiledningen. Dersom sykepleier veileder om seksualitet i forbindelse med behandling og oppfølging, kan det føre til at seksualiteten til kvinnene blir ivaretatt og at de dermed får økt livskvalitet.

## Referanseliste

- Aars, H. (2021). Hva er seksuell helse? *Sykepleien*, 109(83165), 1-12.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83165>
- Agger, N. P. (2006). Kræft og seksualitet. I C. Graugaard, B. Møhl & P. Hertoft (Red.), *Krop, sykdom & seksualitet* (1. utg., s. 261-282). Hans Reitzels forlag.
- Albers, L. F., van Belzen, M. A., van Batenburg, C., Engelen, V., Putter, H., Pelger, R. C. M. & Elzevier, H. W. (2020). Discussing sexuality in cancer care: towards personalized information for cancer patients and survivors. *Supportive Care in Cancer*, 28, 4227-4233. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05257-3>
- Blikstad, A., Falch-Koslung, L. & Tschudi-Madsen, H. (2020). Samtaleverktøyet BETTER kan gjøre det lettere å snakke om seksualitet. *Sykepleien*, 108(81922), 1-11.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.81922>
- Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-Utfordring-Handling* (4. utg., s. 120-131). Cappelen Damm Akademisk.
- Clearly, V., Hegarty, J. & McCarthy, G. (2013). How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality. *Cancer Nursing Practise*, 12(1), 32-37.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.) Gyldendal Akademisk.
- Gynkreftforeningen. (2023, 23. september). *Livmorhalskreft*. Hentet 8. november 2023 fra <https://www.gynkreftforeningen.no/diagnoser-og-behandling/livmorhalskreft/>
- Helland, Y. (2015). Seksualitet. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 861-886). Cappelen Damm Akademisk.
- Helsebiblioteket. (u.å.). *Cinahl*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/databaser/cinahl>
- Helsebiblioteket. (2023, 30. juni). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av gynekologisk kreft*. Hentet 07. desember 2023 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonal-faglig-retningslinje/gynekologisk-kreft-handlingsprogram>
- Helsedirektoratet. (2023, 09. juni). *Sentrale begreper på seksuell helse-området*. Hentet 10. November 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/seksuell-helse/sentrale-begreper-seksuell-helse#seksualitet>
- Helsedirektoratet. (2016, 19. juli). *Inngang til pakkeforløp om livmorhalskreft*. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/livmorhalskreft/inngang-til-pakkeforlop-for-livmorhalskreft>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

- Kanalregisteret. (u.å.). *Introduksjon*. <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>
- Kreftflex. (u.å.). *Livmorhalskreft*. <https://www.kreftflex.no/Gyn-livmorhalskreft>
- Kreftforeningen. (2023a, 15. august). *Cellegift*. Hentet 27. oktober 2020 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/cellegift/>
- Kreftforeningen. (2023b, 11. august). *Kreftformer som ofte påvirker seksuallivet for kvinner*. Hentet 8. november 2023 fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/kreft-og-seksualitet/kreftformer-som-ofte-pavirker-seksuallivet-for-kvinner/>
- Kreftforeningen. (2023c, 5. juli). *Livmorhalskreft*. Hentet 27. oktober 2023 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/#h-arsak-forebygging-og-risiko>
- Kreftregisteret. (2022, 30. september). *Primær HPV-test- nå også for kvinner under 34 år*. Hentet 22. november 2023 fra <https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/hpv/>
- Kreftregisteret. (2023a, 7. februar). *Fordeler og ulemper ved screening*. Hentet 24. november 2023 fra <https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/Fordeler-og-ulemper-ved-screening1/>
- Kreftregisteret. (2023b, 6. september). *Livmorhalskreft*. Hentet 27. oktober 2023 fra <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Livmorhalskreft/>
- Kristensen, G. (2017). *Kreft i kvinnelige kjønnsorganer*. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-Utfordring-Handling* (4. utg., s. 588-603). Cappelen Dam Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). *Sykepleiefagets teoretiske utvikling- en historisk reise*. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 15-64). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H. (2021). *Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste*. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (4. utg., s. 15-27). Gyldendal Akademisk.
- Langhelle, T. H., Paulsen, A., Fredly, K. & Sekse, R. J. T. (2021). *Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse*. *Sykepleien*, 109(83207), 1-15. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83207>
- Lindberg, L. (2020). *Sexologi och psykoterapi-en introduktion*. I L. Lindberg (Red.), *Sexologi: för psykologer och psykoterapeuter* (s. 15-26). Studentlitteratur.
- Moksnes, T. S. & Stojiljkovic, M. (2022). *Seksualitet*. I A. K. Bjørnnes, E. R. Gjevjon, E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1: Sykepleiens fundament* (6. utg., s. 687-712). Cappelen Dam Akademisk.

- Norsk Sykepleierforbund. (2023, 31. mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 01. november 2023 fra <https://www.nsf.no/group/725/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Paulsen, A., Vistad, I. & Fegran, L. (2023). Nurse-patient sexual health communication in gynaecological cancer follow-up: A qualitative study from nurses' perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 79(12), 4648-4659. <https://doi.org/10.1111/jan.15755>
- Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E. & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(4), 175-186. <https://doi.org/10.1177/2057158521991949>
- Regjeringen. (2016, 06. desember). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/snakk-om-det/id2522933/>
- 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, 1255-1269. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.989436>
- Thorsnes, S. L., Rønning, A. B. & Brataas, H. V. (2019). Pasientveiledning og yrkesfaglig veiledning. I H. Brataas, Aud. E. Evensen & K. Ingstad (Red.), *Pedagogisk praksis i sykepleie* (s. 94-108). Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient- og pårørendeopplæring*. Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2019). *Veiledning- mer enn ord...* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Stiggelbout, A. M. & Kuile, M. M. (2016). Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support. *Supportive Care Cancer*, 24, 1679-1687. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2925-0>

## **Vedlegg**



## Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: (Sett inn kilde i APA 7 format) Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Stiggelbout, A. M. & Kuile, M. M. (2015). Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support. <i>Supportive Care in Cancer</i> , 24(4), 1679-1687. <a href="https://doi.org/10.1007/s00520-015-2925-0">https://doi.org/10.1007/s00520-015-2925-0</a>				
		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	x		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Brukt semi-strukturerte intervju som metode, som er et kvalitativt design.	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltakerne er representative for studien da de har hatt livmorhalskreft eller er partner til en som har hatt det.	x		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Det er gitt tilstrekkelig informasjon fordi deltakerne har blitt rekruttert fra to forskjellige sykehus i Nederland etter endt behandling for livmorhalskreft. Intervjuet foregår enten på sykehus eller i deltakers eget hjem. Deltakernes erfaringer er nyttig for sykepleier i praksis.	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Dataene ble kodet og analysert med NVivo ved å bruke rammeverktilnærming. Det gjorde det mulig å bruke både eksisterende kunnskap om tema og ny innsikt fra innsamlet data.	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Funn er tydelig beskrevet i resultatdelen med egne underoverskrifter.	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis?	x		



	Kommentar: Funn kan knyttes til norsk sykepleiepraksis da Nederland også er i Europa.			
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Resultatene og diskusjonen underbygger konklusjonen.	x		
	Totalt antall poeng: ****	9 poeng		

\* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernespmål på [kunnskapsbasetpraksis.no](http://kunnskapsbasetpraksis.no)

\*\* I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

\*\*\* Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

\*\*\*\* Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



## Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
Albers, L. F., van Belzen, M. A., van Batenburg, C., Engelen, V., Putter, H., Pelger, R. C. M. & Elzevier, H. W. (2020). Discussing sexuality in cancer care: towards personalized information for cancer patients and survivors. <i>Supportive Care in Cancer</i> , 28, 4227-4233. <a href="https://doi.org/10.1007/s00520-019-05257-3">https://doi.org/10.1007/s00520-019-05257-3</a>				
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	x		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Brukt spørreundersøkelse som metode, som er et kvantitativt design.	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltakerne er representative for problemstillingen da det er kreftoverlevende og kreftpasienter som har deltatt. Studien sier noe om hvor mange som deltok, men usikkert hvor mange undersøkelsen har nådd ut til.	x		
4.	Er etiske hensyn ivare tatt og dokumentert på en god måte i studien?	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Det er gitt god informasjon. Spørreundersøkelsen ble gjennomført av Dutch Federation of Cancer Patient Organizations (NFK) og Leiden University Medical Center (LUMC). Den ble sendt ut via mail, lagt ut på sosiale medier, samt nettsiden og nyhetsbrevet til NFK og deres kreftpasient organisasjoner. Kreftpasienter og kreftoverlevende tilknyttet NFK fikk mulighet til å svare på undersøkelsen. Deltakernes erfaringer er nyttig for sykepleier i praksis.	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Dataene ble analysert med IBM SPSS statistikk 23	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen?	x		

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.





	Kommentar: Funn er tydelig beskrevet i resultatdelen med egne underoverskrifter og tabeller			
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Funn kan knyttes til norsk sykepleiepraksis da Nederland også er i Europa.	x		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Resultatene og diskusjonen underbygger konklusjonen.	x		
	Totalt antall poeng: ****	9 poeng		

\* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på [kunnskapsbasertpraksis.no](http://kunnskapsbasertpraksis.no)

\*\* I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

\*\*\* Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

\*\*\*\* Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



## Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	x		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Brukt intervju som metode, som er et kvalitativt design.	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltakerne er representative til å svare på problemstillingen på grunn av at det er kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft.	x		
4.	Er etiske hensyn ivare tatt og dokumentert på en god måte i studien?	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Gitt god informasjon om kontekst og deltakere. 16 kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft har blitt rekruttert fra poliklinikk på et sykehus i Norge. De ble rekruttert på mail, og intervjuene ble gjennomført 5-6 år etter gjennomgått behandling. Hver kvinne hadde to intervjuer. Første intervju tar for seg brede temaer, mens det andre intervjuet er individuelt rettet og relatert til samtalen i det første intervjuet.	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Intervjuene ble tatt opp på en mini-disk og transkribert ordrett. Deretter ble hver tekst lest nøye for å få en generell forståelse. Viktige ord og temaer ble notert og sammenliknet med de andre intervjuene for å finne likheter.	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen?	x		



	Kommentar: Funn er tydelig beskrevet i resultatdelen med egne underoverskrifter.			
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Funn kan knyttes til praksis da studien er gjort i Norge.	x		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Resultatene og diskusjonen underbygger konklusjonen.	x		
	Totalt antall poeng: ****	9 poeng		

\* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernespmåål på [kunnskapsbasertpraksis.no](http://kunnskapsbasertpraksis.no)

\*\* I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

\*\*\* Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

\*\*\*\* Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



## Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
Clearly, V., Hegarty, J. & McCarthy, G. (2013). How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality. <i>Cancer Nursing Practise</i> , 12(1), 32-37.				
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	x		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Brukt intervjuer som metode, som er et kvalitativt design.	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Deltakerne er representative til å svare på problemstillingen på grunn av at det er kvinner som har gjennomgått behandling for en gynekologisk kreft.	x		
4.	Er etiske hensyn ivare tatt og dokumentert på en god måte i studien?	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Gitt god informasjon om kontekst og deltakere. Det er 8 kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft som har blitt rekruttert fra gynekologisk avdeling fra et sykehus sør i Irland.	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Intervjuene ble transkribert og ble lest nøye. Alt av tekst som beskrev deltakernes erfaringer ble fremhevet. Nøkkelord og fraser ble skrevet ned. Funnene ble lagt inn i en tabell med fem kategorier og flere underkategorier, slik at man fikk en oversikt over kvinnenenes erfaringer.	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Funn er tydelig beskrevet i resultatdelen med egne underoverskrifter.	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Funn kan knyttes til norsk sykepleiepraksis da Irland også er i Europa.	x		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? ***	x		



Kommentar: Resultatene og diskusjonen underbygger konklusjonen.			
Totalt antall poeng: ****	9 poeng		

\* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernespmåål på [kunnskapsbasertpraksis.no](http://kunnskapsbasertpraksis.no)

\*\* I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

\*\*\* Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

\*\*\*\* Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.