

kandidatnummer 6234 & 6196

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Seksualitet etter livmorhalskreft

Hvordan gjennomgått behandling for livmorhalskreft påvirker kvinners seksualitet?

How undergone treatment for cervical cancer affect women's sexuality?

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 12.05.2021]

x Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn

Livmorhalskreft er en kvinnelig kjønnssykdom som kommer av humant papilloma virus (HPV). Åtte av ti kvinner blir smittet av hpv i løpet av livet. Behandlingen av livmorhalskreft får følger for kvinners seksualitet. Samtale om seksualitet og kvinners seksuellhelse blir lite omtalt blant sykepleiere i behandlingsforløpet.

Hensikt

Å belyse hvordan behandling av livmorhalskreft påvirker kvinners seksualitet, samt hva sykepleier kan gjøre for å ivareta kvinners seksuelle helse etter livmorhalskreft.

Metode

Ved samling av en kvantitativ og tre kombinasjons studier, har vi analysert studiene etter Febe Fribergs analysemodellen. Vi har brukt Katie Eriksson og Joyce Travelbee sin sykepleieteori i denne prosessen.

Resultater

Det viser seg at mange kvinner har problemer i forhold til fysiologisk og psykologisk bivirkninger etter behandling av livmorhalskreft. Disse bivirkningene oppstår mest etter strålebehandling. Typiske bivirkninger er smerter under samleie, tørre vagina, mangel av interesse/lyst/opphisselse/nyttelse. Psykologiske bivirkninger som angst, depresjon, seksuelle bekymringer er mest utbredt.

Nøkkelord

Angst, Bivirkninger, Depresjon, Komplikasjoner, Kroppsbildet, Livmorhalskreft, Seksualitet, Seksuell helse, Seksuelle dysfunksjon, Strålebehandling, Sykepleiefunksjon, Grunnleggende behov

Sammendrag	1
Innledning	4
<i>Livmorhalskreft</i>	4
Stadier og behandlingsmetoder	5
Bivirkning, komplikasjon og senskade	6
Bakgrunn for valg av tema	7
Problemformulering	8
Hensikt	9
Begrepsavklaring	9
Sykepleiefunksjon	9
Teorikapittel	10
Seksuell helse	10
Selvbilde	13
Livskvalitet	13
Seksualitet - grunnleggende behov	15
PLISSIT- modellen	15
BETTER-modellen	17
Sykepleieteori	18
Joyce Travelbee's interaksjonsteori	18
Lidelse i pleie - Katie Eriksson	19
Metode	21
Hva er metode?	21
Søkeprosess	22
Valg av søkestrategi	22
Valg av databaser	22
Valg av søkeord	22
Valg av artikler	23
Analyse av artikler	24
Resultater	25
Fysiologiske påvirkning	25
Stråling og seksuelle dysfunksjon	25
Operasjon og seksuelle dysfunksjon	26
Psykologiske og psykososiale forhold	27
Stråling og psykisk påkjenning	27
Operasjon og psykisk påkjenning	28
	2

Diverse resultater	28
Diskusjon	30
Metodediskusjon	30
Resultatdiskusjon	32
Fysiologiske påvirkning	32
Psykologiske og psykososiale påvirkning	34
Konklusjon	35
Implikasjoner i praksis	36
Litteraturoversikt	37
Oversiktstabell over analyserte artikler	41

Innledning

Livmorhalskreft

Livmorhalskreft er den fjerde mest vanligste kreftformen for kvinner på verdensbasis. I 2019 fikk 368 norske kvinner denne diagnosen, og 86 av dem døde som følge av sykdommen (NHI u.å). Kreften forårsakes av langvarig infeksjon med humant-papilloma virus (HPV) som overføres ved seksuell kontakt (NHI u.å). Barn får tilbud om HPV- vaksinen i syvende klasse trinn før debutert seksuell aktivitet (Helse Norge, u.å). ette tilbudet er en del av barnevaksinasjonsprogrammet (Helse Norge, u.å). Ved å ta HPV-test vil en kunne bekrefte eller avkrefte tilstedeværelse av viruset.

Smitte med HPV kan regnes som en helt normal følge av å være seksuell aktiv. 70-80 prosent av befolkningen blir smittet av HPV i løpet av livet, og 10 prosent av dem kan utvikle seg til langvarig infeksjon (NHI u.å). Vanligvis går infeksjonen over av seg selv, men ved langvarig infeksjon med kreftframkallende type HPV vil det kunne gi celleforandring i livmorhalsen. (NHI u.å). Denne forandringen kan skje alt mellom 10 til 15 år ((Aleris , u.å)). Da HPV ikke gir immunitet, kan en som tidligere har hatt HPV bli smittet igjen.

Prognosen for livmorhalskreft kan regnes som god. Sannsynligheten for at en pasient med livmorhalskreft er i live fem år etter diagnosen er tilsammen 81 prosent (Kreftlex , u.å). Ved tidlig oppdagelse vil ni av ti være i live etter fem år. Det kan imidlertid være vanskelig å oppdage livmorhalskreft på et tidlig stadium, på grunn av at det gir ingen symptomer (Kreftlex , u.å). Når kreften har kommet på et senere stadie vil det gi symptomer som smerter i underlivet/magen/korsryggen, uregelmessig menstruasjon, blødning etter samleie/fysisk aktivitet, blod og illeluktende utflod (Aleris u.å). Når kreften har kommet så langt som stadium fire, vil sjansen for overlevelse minske. Det betyr at kun en av ti vil være i live etter fem år(Stubberud, 2016, S.153).

Stadier og behandlingsmetoder

Livmorhalskreft deles inn i fire stadier, og i denne oppgaven vil vi i hovedsak forholdet oss til disse fire hovedstadiene. (Stubberud, 2016, S.153). Første stadiet innebærer svulst lokalisert i livmorhalsen (Stubberud, 2016, S.153). Andre stadiet innebærer svulst som har vokst ut til vagina eller bindevevet rundt livmoren (parametriene). Tredje stadiet innebærer svulst som har vokst ut til nedre del av vagina eller videre til bekkenveggen via parametriene. Fjerde stadiet innebærer spredning til naboorganer som urinblæren, endetarmen eller utenfor det lille bekkenet. (Stubberud, 2016, S.153).

Langtkommet infeksjon med HPV i livmorhalsen, kan i første omgang føre til celleforandring i livmorhalsen før det utvikler seg til kreft (NHI u.å). Ved så tidlig oppdagelse, kan behandlingsalternativet være *konisering* (Stubberud, 2016, S.153). Denne type behandling innebærer ofte bruk av laser for å fjerne ytre del av livmorhalsen. Komplikasjon som spontanabort ved senere svangerskap kan forekomme (Stubberud, 2016, S.153).

Ved videre utvikling til livmorhalskreft, vil behandlingen stort sett være operasjon. Total eller radikal hysterektomi blir ofte utført. Kirurgen bestemmer hvilken type hysterektomi som skal utføres, etter hvilket stadium pasienten befinner seg i (Ørn, 2016, S.410). Ved total hysterektomi fjerner kirurgen livmoren samt livmorhalsen. Ved radikal hysterektomi fjerner kirurgen livmoren, livmorhalsen, en del av vaginaen, parametriene samt lymfene i bekkenet. Ved radikal trachelektomi fjernes livmorhalsen samt bindevevet rundt livmoren. (Ørn, 2016, S.410)

Dersom pasienten ikke tåler operasjon, er alternativet kun strålebehandling (Ørn, 2016, S.410). Denne behandlingen gis ofte i stadiet to, tre, og fire. Strålebehandlingen blir nøye planlagt av stråleterapeuter for å minske skaden på omliggende friskt vev. Ved avansert kreft kan behandlingen kombineres med andre kreftbehandlinger, som cellegift (Kreftforening, u.å).

Cytostatika virker på den måten at giften tas i form av medisin, går videre via blodet og inn til celler og vev. Dermed rammes både kreftceller og friske celler (Kreftlex ,

u.å). Når cellegiften har ankommet rundt kreftcellene vil den bli tatt opp, og på den måten hemme/drepe cellene i svulsten. I noen tilfeller gis cellegift for å minske svulsten, eller bare for å holde sykdommen i sjakk (Kreftlex, u.å).

Bivirkning, komplikasjon og senskade

Behandling for livmorhalskreft kan gi forbigående bivirkninger og/eller senskader. Som ved alle andre type operasjoner, kan total/radikal hysterektomi gi komplikasjoner som blødning og sårinfeksjon i etterkant. Kvinner blir infertile, og i litt mer sjeldnere tilfeller kan urinlederne bli skadet. Dette kan føre til problemer i blæren (Nesheim, u.å).

Strålebehandling kan gi flere bivirkninger og komplikasjoner. De fleste vil oppleve tretthet, kvalme og/eller diaré i etterkant av behandlingen. Rødhet i området som ble bestrålt kan også forekomme (NHI u.å). Da stråling skjer direkte inn i underlivet, kan dette føre til tørrhet i vagina. Som konsekvens av dette kan kvinner oppleve svie/smerter under samleie, noe som påvirker seksuallivet negativt (Stubberud, 2016, S.153). Enkelte vil få stråling og hysterektomi som kombinert behandling for å oppnå best mulig resultat. Dette kan medføre fysiske påkjenninger i kroppen, noe som betyr økt risiko flere samtidige bivirkninger (Ørn, 2016, S.410).

Ofte utføres det kirurgisk inngrep der livmoren/livmorhals skjeden fjernes i tidlig eller sent stadie. Denne behandlingsformen velges ofte på grunn av de svake bivirkningene. Det kirurgiske inngrepet gjør at kvinnen kan ha vanskeligheter med blæretømming etter avsluttet behandling (Kreftlex, u.å). Å fjerne et kvinnelig kjønnsorgan kan oppleves for kvinner som å miste noe av det å være kvinne. Dette kan få følger for seksualiteten og det å være seksuell aktiv med partner (Stubberud, 2016, S.153).

Cytostatika gjør at immunforsvaret blir betydelig svekket. Dette øker risiko for luftveisinfeksjoner, diare og oppkast. Cellegift gir økt tendens til blant annet blødning i nesen, og kan føre til blodmangel (Kreftforeningen, u.å). Pasienter som mottar cellegift er i tillegg spesielt utsatt for sepsis. På grunn av at cellegiften angriper både kreftceller og friske celler, vil det forekomme bivirkninger som hårtap, irritasjon i hud,

sårhet i munn og svelg (Kreftforeningen, u.å). Dette kan føre til endring i utseende, og noe som kan være utfordrende for pasientens syn på seg selv.

Bakgrunn for valg av tema

I dagens samfunn er det fortsatt mye uvitenhet om seksuallivet og smittsomme seksuelle sykdommer blant befolkningen, dette tross moderne prevensjonsmidler og åpenheten i samfunnet (Mæland, 2019, s.188). Flere unge begynner å eksperimentere med sex tidligere enn før. (Mæland, 2019, s.189) Disse kvinnene som debuterer tidlig med sex og har omgang med flere seksualpartnere, har større risiko for å utvikle livmorhalskreft (Mæland, 2019, s.189). Det er bare halvparten som bruker prevensjon ved sitt første samleie og fire av ti ungdommer bruker ikke prevensjonsmidler ved tilfeldig sexpartnere (Mæland, 2019, s.189). Unge kvinner bruker p-piller i større grad enn tidligere, noe som fører til at gutter bruker kondom sjeldnere. Dette viser at prevensjonsmidler blir brukt for å unngå graviditet i større grad enn å beskytte seg mot kjønnssykdommer (Mæland, 2019, s.189). Kvinners seksuelle helse og seksualitet påvirkes av disse faktorene.

Det sies at 8 av 10 blir smittet av HPV-infeksjon i løpet av livet. (NHI u.å) Som tidligere nevnt er denne type infeksjon en helt normal følge av å ha seksuelle omgang. (NHI u.å) Selv om det er anbefalt å ta celleprøver hvert tredje år for alle kvinner mellom 25 til 33 år, er dette dessverre ikke realiteten for de fleste (Kreftregisteret 2019). Dessuten gir forstadier av livmorhalskreft få til ingen symptomer, og det vil være svært vanskelig å oppdage kreften i et tidlig stadium med god prognose for helbredelse. Dette øker sannsynligheten for kreftspredning, og dermed gi dårlig prognose. Dessuten vil dette kreve mer komplisert behandling, noe som betyr økt bivirkning, komplikasjoner og senskader. På bakgrunn av dette ønsker vi å undersøke, og gå i detaljer om hvordan behandling av livmorhalskreft påvirker kvinners seksualitet.

Som sykepleierstudenter har vi erfart at seksualitet er et tema som sjelden blir tatt opp i møte med pasienter. Dette var et grunnlag for valg av seksualitet som tema. Videre har ingen av oss personlige eller jobberelatert erfaringer med livmorhalskreft. Dette

gjør at vi kan stille oss nøytralt til problemstillingen, og i tillegg drøfte uten forutinntatte fordommer.

Problemformulering

Vi har opplevd og fått inntrykk av at det er for lite fokus på hvordan pasienter har det i møte med sin seksualitet etter behandling av livmorhalskreft. Alt etter hvilket stadium, vil behandlingsmetoden variere mellom kirurgi, stråling og cellegift. Bivirkning av disse kan prege den seksuelle helsen i lang tid etter avsluttet behandling. Likevel opplever vi seksualitet som et tema det er vanskelig å snakke om i praksis. I tillegg ser vi ofte at det er den medisinske delen av behandlingen som får størst fokus i praksis. Behandlingen og sykdommen kan bli det essensielle, og den seksuelle helsen blir nedprioritert og undervurdert.. Kvinners grunnleggende behov for å leve et godt liv med seg selv og andre blir derfor vanskelig etter behandling. Det trengs mer kunnskap, slik at pasientens selvbylde og seksualitet ikke blir glemt i sykdomsforløpet. Mer kunnskap kan bidra til bedre etterbehandling og bedre oppfølging av kvinner som opplever vanskeligheter med sin egen seksualitet. Ved å belyse hvordan kreftbehandlingen påvirker pasientens syn på egen seksualitet, og hvordan det videre påvirker den psykososiale helsen, vil vi kunne illustrere viktigheten av sykepleierens kunnskap om seksualitet etter gynekologisk kreftbehandling.

Hensikt

Målet med denne oppgaven er å belyse hvordan behandling av livmorhalskreft påvirker kvinners seksualitet. Ved å ha kunnskaper om hvordan behandlingen påvirker kroppen fysiologisk og psykologisk, vil sykepleierne få bedre innsikt og forståelse. Dette vil altså bidra til å bevisstgjøre sykepleierne, og dermed få en større plass i sykepleieutøvelsen.

Begrepsavklaring

Sykepleiefunksjon

Begrepet sykepleiefunksjon innebærer et rettslig regulert ansvar med å fremme pasientens helse, livskvalitet og mestring (Kristoffersen, 2016, s.16). I denne bachelor oppgaven inneholder sykepleiefunksjon det å utøve helhetlig sykepleie, og dermed omfattes også seksualitet og seksuell helse.

Teorikapittel

Dette kapitlet vil omhandle seksuell helse og seksualitet som grunnleggende behov. Vi vil videre introduserer to kommunikasjons verktøy for sykepleiere som kan brukes i samtaler om seksuelle helse. Til slutt vil vi utdype Joyce Travelbee sin interaksjonsteori og Katie Eriksson sin teori om lidelse i pleie.

Seksuell helse

Seksualitet er noe som omfatter hele mennesket uavhengig av alderdom og livssituasjon. Selve ordet stammer fra det latinske ordet *sexus*, som betyr kjønn (Kristoffersen, 2016, s.375). Alle mennesker har en seksualitet og seksuell helse som kommer til uttrykk i ulike grader. Vi kan si at det er et sammensatt fenomen som omhandler fysiske, psykiske, åndelige, sosiale og kulturelle forhold (Kristoffersen, 2016, s.375). Det omfatter det psykologiske og fysiologiske spekteret i forhold til hvem vi er og behov som vi har.

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer seksuell helse som:

“integrering av somatiske, emosjonelle, intellektuelle og sosiale aspekter av seksuell være på en måte som er positiv berikende, og som fremmer personlig utvikling” (Kristoffersen, 2016, s.375).

Kommentert [1]: kreftforening.no

Seksuell helse er et primærbehov som har betydning for livskvalitet til mennesker gjennom hele livet (Aars, 2021). Vi kan skille seksualitet mellom *atferd* og *handling* (Kristoffersen, 2016, s.374). Seksuell *atferd* innebærer blant annet mer tankemønsteret og lyster. Imens *handling* er mer konkret som samleie eller kyssing (Kristoffersen, 2016, s.374). Medier og pornoindustrien som er kommet mer frem i samfunnet (Aars, 2021), kan påvirke seksualitetens atferd og handling negativt. Dette kan føre til endret kroppsbilde og tabuer om seksualitet (Aars, 2021).

Seksualiteten påvirker vårt samspill med andre mennesker, våre tanker, handlinger og følelser (Kreftforening, u.å). Det griper dypere enn erotisk aktivitet mellom mennesker og seksuelle tanker (Kristoffersen, 2016, s.374). Seksualitet er det som driver mennesker til å søke etter varme, intimitet og kjærlighet (Langhelle et al., 2021).

Seksualitet innebærer behov og følelser som kommer til uttrykk på ulike måter, og som mennesker har forskjellig oppfatning av. Seksualitet er noe personlig og individuelt. Man kan bruke *kjønnsidentitet*, som betyr og omfatter personens individuelle opplevelse av eget kjønn (Kristoffersen, 2016, s.388). Dette er forskjellig fra *kjønnsstilhørighet*, som utvikles ved omgivelsene gjennom måten og bekreftelse personen lar sitt eget kjønn komme til uttrykk (Kristoffersen, 2016, s.388). Denne *kjønnsstilhørigheten* blir gitt en positiv verdi, når kjønnen oppfattes likt av seg selv og andre mennesker (Kristoffersen, 2016, s.388). Ved å være trygg og bevisst på sin egen *kjønnsidentitet*, fremmer dette individets seksualitet og god helse. *Seksuell identitet* er et begrep som omfatter flere sider av livet og komponenter (Kristoffersen, 2016, s.388). Seksuell identitet kan være en betegnelse som omfatter somatisk kjønn, seksuell orientering og *kjønnsidentitet* (Kristoffersen, 2016, s.388).

Selv om seksualitet er noe som alle har og eier i seg selv, er dette en universell rettighet som baseres på likhet for alle mennesker, frihet og verdighet (Kristoffersen, 2016, s.375). I Norge er denne friheten og rettigheten en selvfølge. Mennesker i Norge har fri *seksuell legning* eller *seksuelle orientering*, som vil si hvilke seksuelle følelser individet retter seg mot, uavhengig av kjønn (Kristoffersen, 2016, s.389). Men i flere land og kulturer opplever mennesker at deres seksualitet ikke blir respektert og godtatt. Omskjærrelse av små jenter og gutter er et eksempel på religiøse tradisjoner som strider imot seksuelle rettigheter. Rettigheter og frihet innen deres seksualitet blir

krenket og brutt fra de universelle menneskerettighetene. Mennesker kan oppleve det vanskelig å stå opp for sin seksualitet og sine seksuelle følelser, dersom det ikke er godtatt fra religion, kultur, sosiale arena og samfunnet. Det er bare noen tiår siden homofile menn ble fjernet fra diagnoselisten i Norge (Kristoffersen, 2016, s.375). Fortsatt er det flere land som gir dødsstraff til dem som har en homofil seksuell legning (Kristoffersen, 2016, s.389). I Norge kan ulike trosretninger føre til utestenging, skam og psykisk undertrykkelse. Derfor rommer og omfatter seksualiteten så mange aspekter i livet.

Å elske og å kjenne seg elsket er viktige forhold som kan være med å bevare god helse (Reitan, 2000, s.84). Som tidligere nevnt er seksualitet noe positivt og noe som bidrar til å fremme kvinners helse og behov. Seksualitetens 6 R- er omfatter og rommer funksjoner som mennesker kan ha i livet i forhold til seksualitet:

Tabell 1. Seksualitetens 6 R-er

<i>Relasjon</i>	seksualitet skaper samhørighet, pardanning og tilhørighet
<i>Respekt</i>	Seksualitet krever aktelse for ens egne og andres grenser, ønsker og lyster
<i>Relaksasjon</i>	Seksualitet er en kilde til avslapping og avspenning
<i>Reproduksjon</i>	Seksualitet er gjenskapende, en forplantning funksjon
<i>Reaksjon</i>	Seksualitet er en kilde til atspredelse
<i>Rehabilitering</i>	Seksualitet er oppbyggende

(Almås og Benestad 2006) - (Kristoffersen, 2016, s.375).

Selvbilde

Kvinner kan føle seg som fremmed i egen kropp, og etterhvert utvikle nedsatt seksuell helse og selvbilde fordi en har negative holdninger til seg selv. Oppfatninger av sitt eget kroppslige selvbilde er styrt av følelser og den enkeltes oppfatning av egen kropp (Hummelvoll, 2014, s136). Kroppsoppfatning kommer av individets kroppsstørrelse, hvordan man ser ut, hvordan kroppens funksjoner er og de muligheter til ytelse som kroppen gir (Hummelvoll, 2014, s136). På grunn av sykdom, behandling og de kroppslige forandringene som dette fører med seg, kan seksualitetens uttrykk forandres (Reitan, 2000, s.84). Dette kan bli en trussel mot selvbilde. Pasienter kan oppleve at kropp og sinn endres, og oppleve det vanskelig å forstå at noen kan finne han/hun attraktiv eller verdt å elske (Reitan, 2000, s.84).

Det kroppslige selvbilde påvirkes også av ytre faktorer, som andre menneskers oppfatninger av individet. Godt selvbilde fører til bedre livskvalitet og bedre selvoppfatning/tanker om seg selv (Hummelvoll, 2014, s136). Kvinnens ubevisste eller bevisste holdninger til sin egen kropp i forhold til *det fysiske selv*, påvirkes av kroppslige forandringer og endringer i livsperioder (Hummelvoll, 2014, s136).

Livskvalitet

Livskvalitet omfatter subjektive og objektive sider ved livet (Folkehelseinstituttet, 2016) Den subjektive livskvaliteten vil si hvordan menneske opplever livet, og omfatter positive følelser som fremmer (Folkehelseinstituttet, 2016). Den objektive siden av livskvalitet handler om hvor god livssituasjon man har. Dette innebærer blant annet fritidssystemer, materielle levekår og arbeidsoppgaver (Folkehelseinstituttet, 2016). For kvinner som lever lenge med kreftsykdom, kan redsel for tilbakefall og manglende håp prege livskvaliteten deres negativt (Stubberud, 2016, s.154).

Noen hevder at seksuell aktivitet i form av samleie er nødvendig for god livskvalitet for helsens psykisk og fysisk velvære (Kristoffersen, 2016, s.374). Andre mener det er mulig å leve et godt liv uten samleie i lengre eller kortere periode i livet (Kristoffersen,

2016, s.374). I noen tilfeller innenfor seksuell helse synes det å være en sammenheng mellom dysfunksjoner, psykiske og fysiske plager (Kristoffersen, 2016, s.375).

Som tidligere nevnt i tabellen henger seksualitet sammen med pardanning, tilhørighet og samhörighet. Ved smittsom kjønnsykdom som HPV skapes mistanke om utroskap i et forhold (Stubberud, 2016, s.154). Et eventuelt brudd i et forhold kan være en stor tilleggsbelastning til kreftdiagnosen, og skape skyldfølelse (Stubberud, 2016, s.148). Kvinner kan også føle seg lite verdifulle som kvinne i forhold til feminitet og seksualpartner etter strålebehandling (Stubberud, 2016, s.148).

Infertilitet er en bivirkning av livmorhalskreft som fører til nedsatt livskvalitet for kvinner. Som nevnt i tabellen er seksualitet blant annet en forplantnings funksjon. Ved infertilitet vil det si at kvinner har opplevd tap av en kvinnelig kroppsdel. Dette kan spesielt være vanskelig for unge kvinner som ikke har fått barn enda (Stubberud, 2016, s.154). De kan føle dette som tap av kvinnelig identitet og trussel/krav om livsendring (Stubberud, 2016, s.154). Ikke bare i forhold til seg selv, men også tap f forhold til familie (Stubberud, 2016, s.154). Istedenfor at kvinnen prøver å mestre sin nye identitet (etter infertilitet), kan det være lettere å isolere seg fysisk og emosjonelt fra andre (Reitan, 2000, s.84). Dette kan være en sorgreaksjon på livsendringene (Reitan, 2000, s.84).

Seksualitet - grunnleggende behov

Seksualitet er et grunnleggende behov som angår oss alle. Dette blir definert av Verdens Helseorganisasjon (WHO) og videre beskrevet av Forente Nasjoner (FN) som en menneskerettighet (Eriksen et al., 2021) Det er mange sykepleiere som fremdeles unngår å snakke om seksualitet og seksuell helse med pasienten (Reitan, 2000, s.83). “Mange [sykepleiere] stiller altfor høye krav til egen kunnskap og profesjonalitet, og vegrer seg derfor for å snakke med pasientene om temaet” (Reitan, 2000, s.83). Sykepleiernes unnnvikende holdning kan skape fordommer og indirekte antyde at seksualitet er et avsluttet kapittel for pasientene (Reitan, 2000, s.83).

Eriksen (2021) skriver at “å snakke om seksualitet med pasientene skal ikke være en oppgave for noen få, spesielt interesserte.” Sykepleiere har en rettslig regulert plikt for å ivareta pasientenes grunnleggende behov. (Kristoffersen, 2016, s.14). Denne rettslige plikten beskrives slik I formålsparagrafen i *forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene* (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003):

forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

“Studier viser at pasienter ofte har behov for samtale, informasjon og støtte når de opplever at seksualiteten deres har endret seg ” (Blikstad et al., 2020). Selv om sykepleiere vet og anerkjenne at det er deres ansvar å ta opp en samtale med pasientene om seksualitet, gjør de dette i liten grad i praksis. (Blikstad et al., 2020) For å kunne gi god seksuell støtte til pasienter, er det en forutsetning at sykepleieren er trygg på egen seksualitet (Reitan, 2000, s.84), og kommunikasjon er det viktigste redskapet sykepleieren har i møte med pasienter (Reitan, 2000, s.85).

PLISSIT- modellen

Det finnes ulike kommunikasjonsverktøy som er utviklet for samtaler om seksualitet (Blikstad et al., 2020). PLISSIT- modellen er en av disse samtale verktøyene som finnes. Akronym PLISSIT står for tillatelse (*Permission*), begrenset informasjon

(*Limited Information*), spesifikke forslag (*Specific Suggestions*), og intensiv terapi (*Intensive Therapy*).

Første trinnet i PLISSIT- modellen, er tillatelse (*Permission*). Dette betyr at sykepleiere er åpen og villig til å snakke om seksuelle helse. Dette nivået er for *alle* pasienter og krever ingen spesiell utdanning enn en slags trygghet fra sykepleierens side knyttet til dette temaet (Kristoffersen, 2016, s.400). Pasienter skal bli møtt på en direkte og tydelig, men likevel varsom måte. Det er viktig å notere seg at det ikke er sykepleiere, men pasienten som gir tillatelse til en slik samtale (Reitan, 2000, s.85). Det er ikke alltid at pasienter har et ønske om, eller orker å snakke om seksuelle helse. Det er likevel viktig at pasientene bli tilbudt tid og rom for å uttrykke seg. (Reitan, 2000, s.85).

Andre trinnet er begrenset informasjon (*Limited Information*). Dette er et nivå for *mange* som har behov for enkel informasjon om seksualitet som for eksempel: bruk av kondom og informasjon om seksuelle legninger (Kristoffersen, 2016, s.400). I denne forbindelsen har sykepleiere et ansvar for å gi informasjon om selve diagnose, behandling og hva slags konsekvens den kan medføre for pasientens seksualitet. Hvis pasienten tillater det, bør denne informasjonen gis med pasienten og hans/hennes partner. Dette kan hjelpe til med å få en større åpenhet, og vil være med på å bidra til forståelse rundt temaet (Reitan, 2000, s.86).

Tredje trinnet i modellen, er spesifikke forslag (*Specific Suggestions*). Målet med dette trinnet er å gi konkrete råd til pasienter slik at de kan mestre situasjonen og ha et så tilfredsstillende seksualliv som mulig. Spesifikke forslag som samleiestilling og hjelpemidler kan gis ved behov (Reitan, 2000, s.85).

Fjerde og siste trinnet er intensiv terapi (*Intensive Therapy*). Det er et trinn for et fåtall av pasienter som har større og mer alvorlig seksuelle problemer. Disse utfordringene trenger en dypere og mer spesialisert behandling, for eksempel seksuelle problemer som potens problematikk eller alvorlig psykiske problemer (Reitan, 2000, s.87). Derfor er dette trinnet forbeholdt spesialister som sexolog eller kirurgi. Sykepleierens

rolle på dette trinnet vil være å identifisere problemet, henvise pasienten til en spesialist og å motivere pasienten i dette forløpet (Reitan, 2000, s.87).

BETTER-modellen

Denne modellen er en nyere verktøy for samtale om seksualitet. Den ble utviklet av onkologiske sykepleiere (Blikstad et al., 2020). “Modellen baserer seg på individuelt behov og fremmer seksualitet i et livskvalitetsperspektiv” (Blikstad et al., 2020).

Akronym BETTER står for:

1. Bring up the topic
2. Explain that sex is part of life
3. Tell patient that resources are available to address their concerns
4. Timing of interventions
5. Educate patients on sexual adverse effect of treatment
6. Record all assessment and interventions in the medical record

(Blikstad et al., 2020).

Det første steget innebærer og vektlegger at sykepleiere tar opp temaet om seksualitet med pasienten. Det andre steget innebærer å forklare pasienten at seksualitet også kan være en kombinasjon av følelser og atferd, dermed en viktig del av livskvaliteten (Blikstad et al., 2020). Det tredje steget handler om å kartlegge pasientens ressurser i forhold til hvor mye hjelp pasienten trenger fra familien, evt partneren, nære relasjoner eller helsevesenet. Videre vil det være viktig å informere pasienten om hvilke ressurser som er tilgjengelig i helsevesenet, som for eksempel sexolog eller psykolog, alt etter pasientens problemområde (Blikstad et al., 2020). Det fjerde steget handler om “timing”. Spørsmål om seksualitet kan tas opp i forbindelse med opptak av sykehistorie eller ved kartlegging av behov på sykehusinnleggelse. “Det er en vesentlig forskjell på å gi kortfattet informasjon om seksualitet og det å ha en lengre individuell samtale[...]” (Blikstad et al., 2020). Hvis pasienten har behov for eller ønske om å ha en individuell samtale om seksualitet, skal dette planlegges og tilrettelegges (Blikstad et al., 2020). Det femte steget handler om å informere om diagnosens og behandlingens påvirkningen på seksualitet. Den sjette og siste steget handler om å journalføre den helsehjelpen som har blitt gitt til pasienten.

Sykepleieteori

Joyce Travelbee`s interaksjonsteori
(Kristoffersen, 2016, s.34).

Kommunikasjon er et av de viktigste redskapene i møte med mennesker, beskriver Travelbee (Kristoffersen, 2016, s.34). Hun beskriver at sykepleierens mål og hensikt bare kan nås mellom personer i forhold til et menneske-til-menneskeforhold (Kristoffersen, 2016, s.32). I følge Travelbee må rollene mellom sykepleier og pasient avvikes for at personene skal kunne se hverandre som unike personer i møtet. (Kristoffersen, 2016, s.32). Hennes interaksjonsteori består av fem faser; det innledende møte, fremvekst av identitet, empati, sympati, etablering av gjensidig forståelse og kontakt.

I det innledende møte kjenner ikke pasient og sykepleier hverandre. Det dannes et førsteinntrykk som oppstår umiddelbart mellom sykepleier og pasient. Sykepleier må se individet som en unik person, og ikke dømme ut fra forutinntatte oppfatninger av personens språk, væremåte og handlinger (Kristoffersen, 2016, s.33).

I denne andre fasen kommer identiteten mer frem og blir oppfattet fra både sykepleier og pasient (Kristoffersen, 2016, s.33). Sykepleiere oppfatter mer hvordan akkurat denne pasienten har det og opplever sin situasjon (Kristoffersen, 2016, s.33). Partene begynner å etablere et mer kontaktforhold og oppfatter hverandre som unike personer, ulike fra andre (Kristoffersen, 2016, s.33). Pasient begynner å oppfatte sykepleier som en *særegen* person (Kristoffersen, 2016, s.33).

Travelbee beskriver ordet empati i den tredje fasen *“[...]evnen til å trenge inn i eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da”* (Kristoffersen, 2016, s.33). Empati kan oppleves i enkelte situasjoner og øyeblikk, og er ikke en intellektuell prosess eller noe som oppstår tilfeldig (Kristoffersen, 2016, s.33).

I denne sympati fasen viser sykepleier forståelse gjennom holdninger og væremåte (Kristoffersen, 2016, s.34). Ved å vise sympati og forståelse, viser sykepleieren at hun/han deler byrdene/ problemene sammen med pasienten. Dette kan påvirke pasienten psykisk og fysisk ved opplevelse av sympati fra sykepleiere (Kristoffersen, 2016, s.34).

Etablering av gjensidig forståelse, som er den siste fasen, blir det etablert nær og gjensidig forståelse mellom partene (Kristoffersen, 2016, s.34). Pasienten opplever at sykepleiere ønsker å hjelpe ved væremåte, kunnskaper og sykepleieferdigheter i forhold til pasientens behov (Kristoffersen, 2016, s.34) Fasen er et resultat av tidligere interaksjoner. Ved at sykepleier viser gjennom sine handlinger at hun/han er til å stole på, forsterker dette tilliten til sykepleier (Kristoffersen, 2016, s.34).

Lidelse i pleie - Katie Eriksson

Sykdomslidelse

Katie Eriksson setter ordene "sykdom" og "lidelse" sammen til *sykdomslidelse* for å danne en utvidet forståelse for dens kompleksitet (Kristoffersen, 2016, s.194). I følge Eriksson rommer sykdomslidelse både psykiske, fysiske, sjelelig og åndelig lidelse. i form av mindreverdsfølelse og skam (Kristoffersen, 2016, s.194). Skammen og mindreverdsfølelsen kan komme av behandlingen, pasientens bakgrunn, sykdomshistorie, sosiokulturelle vurderinger av sykdomstilstanden fra sykepleiere, og helsepersonellens kunnskaper og engasjement i pasientens situasjon (Kristoffersen, 2016, s.195). Eriksson framhever at sosiokulturelle verdier kan være en betydelig årsak eller forsterkelse av pasientens opplevelse av skam (Kristoffersen, 2016, s.195).

Sykdomslidelse kan deles inn i *fysiske smerte* og *sjelelig og åndelig lidelse*. Smerter er den vanligste formen for å lide i forhold til sykdom (Eriksson, 1995, s. 67). Den fysiske smerten som pasienter opplever gjennom sykdom og behandling, oppleves ofte som en helhet i lidelsen. Når et menneske opplever store smerter vil naturligvis fokuset være på den fysiske

lidelse (Eriksson, 1995, s. 67). Lidelse kan også være sjelelig og åndelig (Eriksson, 1995, s. 67). Denne lidelsen er forårsaket av erfaringer som pasienten opplever knyttet til sykdommen og behandling. Dette kan være opplevelser som skam, fornedrelse og skyld i forhold til sykdomslidelsen (Eriksson, 1995, s. 67). Disse opplevelsene kan komme fra selve pasienten eller være knyttet til negative holdninger fra sykepleiere. Det kan også være en sammenheng mellom disse (Eriksson, 1995, s. 67).

Livslidelse

Hele pasientsituasjonen, med alt det innebærer, påvirker pasientens livssituasjon. Personer kan føle at livet og muligheten til å fullføre ulike sosiale oppgaver blir tatt fra en på grunn av livsendringer som viker fra det normale og vante (Eriksson, 1995, s. 75). *“livslidelse er den lidelse som er relatert til alt det som innebærer å leve, å være menneske blant andre mennesker”* (Eriksson, 1995, s. 75).

Pasienter som har fysiske lidelser kan få livssituasjonen sin forandret. Dette kan oppleves lammende. Det kan ta tid å finne en ny sammenheng og mening for pasienter som opplever påtvunget endringer i livssituasjoner (Eriksson, 1995, s. 75). Et menneske kan føle identitetsforandringer i forhold til det å være et helt menneske blir oppløst på grunn av lidelsen (Eriksson, 1995, s. 75). I tillegg kan pasienter gi opp sin verdi, og oppleve å ikke ha noen oppgave i livet (Eriksson, 1995, s. 75).

Forutsetninger for å lindre lidelse er at sykepleiere skaper en pleiekultur ved å vise respekt, omsorg og åpenhet (Eriksson, 1995, s. 76). Sykepleiere sin funksjon i møte med lindrende mennesker er å ikke dømme, ikke misbruke sin rolle/makt eller krenke (Eriksson, 1995, s. 76). Det er viktig at ikke sykepleiere overser viktige små detaljer og behov som pasienten har, men respekterer og viser verdighet til den trengende pasient (Eriksson, 1995, s. 76). Eksempler til sykepleie i forhold til det lidende menneske er å vise “et ønske” om å lindre, gi fysisk renslighet, snakke og gi av seg selv i samtale, støtte pasienten i deres tro, være ærlig og oppfylle mulige ønsker (Eriksson, 1995, s. 76).

Metode

Hva er metode?

Metode er hvilken vei vi går og hvordan vi skaffer oss informasjon og kunnskap om det vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2015, s. 112).

Det er tre typer metodiske hovedretninger en kan benytte seg av i empirisk studier: kvalitativ, kvantitativ og en kombinasjon av disse. Hvilke av disse metodene vi vil bruke er avhengig av hva vi mener vil gi en god data og belyse problemstillingen vår på en innsiktsfull måte.

Kvantitativ forskning er en tallbasert metode som samler inn et stort antall kvantitativ variasjon som kartlegger at *noe* skjer. “Variablene måles ved hjelp av instrumenter og gir nummererte data som kan analyseres med statistiske prosedyrer” (Andersen, 2017) Denne metoden gir oss et bilde av utbredelse av noe, hjelper oss å finne sammenhenger, og årsak og virkning for å teste en antakelse eller en hypotese. Spørreskjemaer og meningsmålinger blir ofte brukt som verktøy (Dalland, 2015, s. 112).

I kvalitativ forskning avdekker *hvorfor* noe skjer i form av tekst, i motsetning til tall i kvantitative studier. Metoden gir kunnskap om individuelle meninger, opplevelser, erfaringer og det komplekse som ikke lar seg måle eller kalkulere. “Hensikten med kvalitative studier er gjerne å oppnå dybdekunnskap og helhetlig forståelse av spesifikke kontekster [...]” (Grønmo, u.å) Intervjuer, observasjoner og fokusgrupper blir brukt som verktøy for datainnsamling. Disse dataene blir tolket ved å observere og oppdage mønsteret som finnes og trekke slutninger fra det som er spesielt for individene til en mer generell forståelse. (Grønmo, u.å)

Søkeprosess

Valg av søkestrategi

Vi har utført en strukturert litteratursøking og avgrenset søkeresultatet ved å bruke kriterier som gyldighet, holdbarhet og relevans (Dalland, 2015, s.74). For at artiklene skal være relevant til vår tid, har vi søkt etter fagfelleverderte forskningsartikler fra 2010 til 2020. Videre har vi avgrenset geografi for hvor forskningene har blitt utført til USA og Europa. Dette for at kunnskapen skal ha relevans til og kan brukes i det norske helsevesenet. Vi brukte skandinaviske databaser i vårt forsøk på å finne artikler utgitt i skandinavisk land, da dette kan være mest relevant for norsk sykehus. Dette ble uaktuelt da det ble ingen treff på søkeordene våre.

Valg av databaser

For å finne empiriske artikler som var relevant for denne oppgaven, søkte vi i aktuelle databaser som var tilgjengelig i bibliotekets nettside. Vi har brukt databaser som Cinahl, British Nursing Index, PubMed, Medline, Idunn og SveMed+. I et forsøk på å finne norske eller skandinaviske artikler har vi brukt SveMed+ og Idunn, men uten funn av aktuelle artikler. Vi fant heller ingen relevant søkeresultat i PubMed og Medline. Samtlige artikler som vi har brukt ble hentet fra Cinahl og British Nursing Index.

Valg av søkeord

For å finne frem til relevante vitenskapelige artikler til problemstillingen, brukte vi konkrete søkeord i fremgangsmåten. Hensikten med søkeordene var å finne gode, kunnskapsrike og relevante studier som gav oss dypere forståelse og grunnlag for oppgaven. Målet med søkeordene var å finne forskning om kvinner som har gjennomgått behandling av livmorhalskreft, og hvilke betydning dette har fått for deres seksualitet og seksuell helse.

Vi brukte relevante engelsk søkeord i søkerammen i Cinahl og British Nursing Index (BNI). Vi benyttet oss av avansert søk der vi kunne bruke og kombinere flere søkeord samtidig. Vi brukte "Cervical Cancer" som hoved søkeord i databasene. Deretter

brukte vi ord som underbygget hoved søkeordet i feltet “AND”, som: Sexuality, depression, self image, sexual distress, quality of life, mental health, pain, long term effects, sexual functioning, psychosocial life, support. Ved å bruke disse søkeordene kom vi frem til artikler som inneholdt fakta om kvinner som har gjennomgått livmorhalskreft, og med ulike psykologiske og psykososiale problemstillinger innen dette.

Ved ulike søkekombinasjoner kom vi frem til de ulike artiklene som vi har brukt i forhold til problemstillingen . Artikkel nummer en brukte vi kombinasjon av disse søkeordene på Cinahl: “Cervical cancer AND sexuality AND body image” og det ble 8 treff. Artikkel nummer to brukte vi kombinasjon av disse søkeordene på Cinahl: “Cervical cancer AND Sexuality AND Depression” og det ble 11 treff. Artikkel nummer tre brukte vi kombinasjon av disse søkeordene på Cinahl: “Cervical cancer AND long term effects AND quality of life” og det ble 5 treff. Artikkel nummer fire brukte vi kombinasjon av disse søkeordene på British Nursing Index: “Cervical cancer AND sexuality AND quality of life” og det ble 20 treff.

Valg av artikler

Vi valgte fire vitenskapelige artikler som var mest relevant for problemstillingen vår. For at studiene skulle være relevant til vår tid måtte artiklene ikke være eldre enn ti år. Som tidligere nevnt, ønsket vi å bruke artikler som hadde enten Skandinavisk eller engelsk opphav, men dette ble ikke mulig. Dermed har vi brukt artikler fra USA og Europa. Videre måtte studiene ha en IMRaD-struktur som inneholdte introduksjon, metode, resultat og diskusjonsdel. Tilslutt måtte artiklene være fagfellevurdert og ha tydelige hensikt og resultater.

Tabell oversikt over analyserte artikler

Forfatter Årstall Land	Hensikt	Perspektiv	Metode	Database
------------------------------	---------	------------	--------	----------

Christina M. Wilson., Deborah B. McGuire., Beth L. Rodgers., Ronald K. Elswick 2020, USA	Å få en inngående forståelse av hvordan kvinner opplever sin seksualitet, selvbylde og seksuell funksjon ved livmorhalskreft.	Lege	MM	Cinahl
Ioanna Tsatsou., Efi Parpa., Eleni Tsilika., Stylianos Katsaragakis., Chrysanthi Batistaki., Eleni Dimitriadou., Kyriaki Mystakidou., 2019, Hellas	Å undersøke sammenheng mellom depresjon og seksualitet av pasienter med livmorhalskreft.	Sykepleier/ lege	MM	Cinahl
Krista S. Pfaendler., Lari Wenzel., Mindy B. Mechanic., Kristine R. Penner 2015, USA	Evaluering og forbedring av langsiktig livskvalitet etter gjennomgått behandling for livmorhalskreft.	Lege/Psyk olog	MM	Cinahl
Ying Chun Zeng., Shirley S.Y. Ching., Alice Yuen Loke., 2011, USA	For å beskrive de nyeste trendene i livskvalitet forskning i livmorhalskreft overlevende og å diskutere retninger for fremtidig forskning	Sykepleier	Kvantitativ	BNI

I denne oppgaven bruker vi kombinasjonsstudie som innebærer bruk av både kvalitative og kvantitative forskning. Kombinasjonsstudie gir et bredere perspektiv, og resultat som muligens er nærmere realiteten for vår problemstilling.

Analyse av artikler

Vi har sortert resultatene etter Febe Friberg sin analysemetode, der vi deler resultatene i hoved og underkategorier. (febe friberg bok) Vi har dermed to hovedfunn og fem underkategorier, som beskriver hvordan behandling av livmorhalskreft påvirker pasientenes seksualitet. Dette blir framstilt i tabellen nedenfor og blir utdypet på resultatdelen av oppgaven.

Tabell 2. Oversikt og hovedfunn og underkategorier

Hovedfunn	Underkategorier
Fysiologisk påvirkning	Stråling og seksuelle dysfunksjon Operasjon og seksuelle dysfunksjon
Psykologisk og psykososiale påvirkning	Stråling og seksuelle dysfunksjon Operasjon og seksuelle dysfunksjon Diverse resultater

Resultater

Studiene resulterte i en klar sammenheng mellom behandling for livmorhalskreft og påvirkning for kvinners seksualitet, seksuelle funksjon og kroppsbildet (Wilson et al., 2020, Tsatsou et al., 2019, Pfaendler et al., 2019, Zeng et al., 2011). Stråling som behandlingsmetode viste seg å gi mest seksuelle komplikasjoner (Tsatsou et al., 2019, Pfaendler et al., 2019), og økt nivå av angst og depresjon ble også oppdaget hos pasienter som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft (Tsatsou et al., 2019, Pfaendler et al., 2019, Zeng et al., 2011) . (Wilson et al., 2020)

Fysiologiske påvirkning

Stråling og seksuelle dysfunksjon

Wilson et al. (2020) avdekker problemer etter behandling for livmorhalskreft. Flesteparten av kvinnene i studien hadde gjennomgått operasjon eller strålebehandling ved stadie en livmorhalskreft. Wilson et al. (2020) uttrykker at kvinner hadde problemer med seksuell funksjon som: smerter under samleie, vektøkning, mangel av lyst, og/eller opphisselse, mangel av evne til å reproducere(Wilson et al., 2020, s.394).

Tsatsou et al. (2019) funnet ut at kvinner hadde mest problemer med den seksuelle funksjonen etter strålebehandling i større grad, enn ved gynekologisk operasjon i følge spørreundersøkelsen. Strålebehandling mot vaginalt området påvirket seksuallivet til

kvinner negativt og reduserte nytelsen av samleie. Tsatsou et al. (2019) sin studie resulterer også i at kvinner opplever fysiologiske forandringer som vaginal tørrhet, nedsatt lyst og orgasme problemer etter strålebehandling. Kvinner opplever i tillegg nedsatt lyst og interesse ved å være seksuelt aktiv.

Pfaendler et al. (2019) kom frem til at strålebehandling har betydelig størst bivirkninger for kvinner fysiologisk. Diare, forstoppelse og blodig avføring er også bivirkninger av strålebehandling. 90 prosent av pasienter som har fått bekken stråling hadde fått endret avføringsmønster, og opp til 50 prosent av dem synes at dette påvirket deres livskvalitet negativt. Videre nevner studien at pasienter som har fått strålebehandling har signifikant verre livskvalitet, psykososial problemer, symptomer på overgangsalder (Pfaendler et al., 2019, s.8) Zeng et al. (2011) avdekker videre diare og blodig avføring som en komplikasjon av strålebehandling.

Operasjon og seksuelle dysfunksjon

Pfaendler et al. (2019) fant ut at ett år etter hysterektomi rapporterte 96,2 prosent av kvinnene om lagringsproblemer i blæren. 82,7 prosent rapporterte å ha symptomer på urin inkontinens. Hvis lymfekarene blir skadet ved bekken knutediseksjon på grunn av kreft spredning, kan det føre til lymfødem, spesielt i underekstremiteter. Studien beskriver at 23,5 prosent av kvinner med livmorhalskreft utviklet lymfødem i underekstremiteter, gjennomsnittlig åtte måneder postoperativt (Pfaendler et al., 2019 S.9). Tunghet og stramt hud på benene, samt seksuelle dysfunksjoner er konsekvenser av lymfødem. Disse symptomene gjør at kvinner fungerer dårligere på jobb og i daglige aktiviteter. Det er også assosiert med økt angst, depresjon og redusert selvtillit, og fører dermed til nedsatt livskvalitet (Pfaendler et al., 2019 S.9). Zeng et al. (2011) uttrykker også at operasjon kan gi konsekvenser som ødem i underekstremiteter, samt obstipasjon, smerter under samleie og hetetokter.

Psykologiske og psykososiale forhold

Stråling og psykisk påkjenning

Wilson et al. (2020) har funnet ut signifikant forhold og korrelasjon mellom kroppsbildet og seksualitet, samt seksualitet og seksuell funksjon. Ved spørsmål om hvordan kreften og behandlingen påvirket deltakernes kroppsbildet og seksualitet, svarte 12 av 15 at det har påvirket dem negativt (Wilson et al., 2020, S.394).

Konsekvenser som endring i seksuell funksjon og utseende påvirket deres kroppsbildet samt seksualitet. En av deltakerne uttalte at behandlingen førte til tidlig menopause, noe som har påvirket hennes hud, hår og vekt. Dette førte til at kvinnen følte seg mindre attraktiv og at kroppsbildet gradvis ble dårligere.

Tsatsou et al. (2019) beskriver at seksuelle og psykologiske vansker oppstår hovedsakelig ved strålebehandling, og mindre ved operasjon. Strålebehandling påvirker pasientenes seksuelle funksjon, og disse endringene førte til stress, nedstemthet og dårlig humør. Det viser seg også at yngre kvinner som har gjennomgått strålebehandling har spesielt økte tendenser til depresjon. Endog kvinner som har fått kronisk fatigue som en langsiktig bivirkning av kreft behandling, viste høyere nivå av depresjon og seksuell angst, sammenlignet med dem som ikke har behandlingsrelatert kronisk fatigue. Adjuvant behandling viste seg å være grunnen til høyest nivå av depressive symptomer hos disse kvinnene (Tsatsou et al., 2019, S.749).

Pfaendler et al. (2019) beskriver problemer rundt redusert livskvalitet forårsaket av psykososiale problemer som endring i kroppsbildet, humør/stress lidelser, frykt for tilbakefall av kreft. 30 prosent av pasienter som har gjennomgått sterkere strålebehandling har erfart akutt stresslidelse en uke etter avsluttet behandling. 41 prosent opplevde symptomer på post traumatisk stress lidelse 3 måneder postbehandling. Depresjon og bekymringer var tydelig høyere hos livmorhalskreft pasienter, men redusert til kontroll nivå etter 6 måneder. Deres behov for å snakke med andre om disse vanskelighetene avtok etter hvert (Pfaendler et al., 2019, S.10). 24

måneder etter behandling, hadde pasientens evnen til å planlegge framtid og prestere i daglige aktiviteter oppå nivå av kontroll. Deres evne til å dele og snakke om sine problemer med andre sank derimot over tid, noe som tyder på mindre sosial støtte (Pfaendler et al., 2019, S.10). Kun 40 prosent av livmorhalskreft overlevende hadde gjenopptatt deres normale nivå av daglig aktivitet, og 25 prosent av dem hadde også rapportert om redusert prestasjon i sosiale sammenheng og i arbeidsplass. Artikkelen beskriver videre signifikant høye nivå av depresjon og angstnivå hos pasienter 9-30 måneder etter behandling. Også her ble endret kroppsbildet spesielt assosiert med strålebehandling (Pfaendler et al., 2019, S.10).

Operasjon og psykisk påkjenning

Ved behandling som radikal hysterektomi og radikal trachelektomi, spesielt etter sistnevnte, opplevde kvinnene betydelige endringer i deres seksuell funksjon. Dette forårsaket psykologiske utfordringer som endring i kroppsbildet, angst og depresjon (Tsatsou et al., 2019, S.749). Videre nevner Tsatsou et al. (2019) at, selv om depresjonsnivået assosiert med operasjon er høy etter behandling av tidlige stadier av livmorhalskreft, har det en signifikant trend til å gå nedover innen første år etter operasjon.

Pfaendler et al. (2019) nevner at urologiske komplikasjoner på grunn av operasjon, som urininkontinens, har en betydelig påvirkning på livskvalitet og fører til seksuell dysfunksjon, sosial isolasjon og nedsatt prestasjon på arbeidsplass, angst og depresjon. Zeng et al. (2011) skriver i sin studie at livmorhalskreft pasienter som er i fertile alder, hadde signifikant mer bekymringer knyttet til reproduksjon som å ikke kunne få barn og vanskeligheter med å snakke åpent om fertilitet.

Diverse resultater

Zeng et al. (2011) har funnet positive psykologiske endringer hos livmorhalskreft overlevende. Positive endringer som selvutvikling, tanker om hvor dyrebart livet er og

takknemlighet for mellommenneskelige relasjoner. Andre erfaringer som følelser av å bli gjenfødt, en oppvekker og ny sjanse for livet ble også nevnt.

Studien beskriver videre at ingen forskning har til dags dato undersøkt og forsket på stigma og skyld assosiert med livmorhalskreft på grunn av dets etiologiske sammenheng med et seksuelt overførbart HPV (Zeng et al., 2011). Videre psykososiale utfordringer inkluderte helserelaterte bekymringer, frykt for tilbakefall av kreft og bekymringer for reproduksjonsevne. Betydelig endringer av ens syn på seg selv, som ved redusert selvtillit, endret opplevelse som kvinne og følelse av tap av attraktivitet. Konsekvenser som høye angst og depresjonsnivå, fatigue og problemer med tilpasning og mestring ble også nevnt.

Med tanken på samtaler om kroppsbildet, seksualitet og seksuell funksjon, hadde flertallet av kvinnene som ble intervjuet i Wilson et al. (2020) lite kommunikasjon med helsepersonell, eller hadde interaksjoner som de oppfattet som negativ eller nøytral. For eksempel sa en av kvinnene: "I feel like they didn't listen or believe me" (Wilson et al., 2020, S.499).

Diskusjon

Metodediskusjon

Vi har brukt litteraturstudie som metode og brukt ulike databaser, søkeord og søkemotorer. Vi har fått mye treff på ulike artikler som omhandlet seksualitet knyttet til behandling av generell gynekologisk kreft. Men på grunn av et ønske om å bruke studier som var spesifikk for vår problemstilling, hadde vi imidlertid få artikler å velge mellom. Vi har valgt ut fire artikler som etter vår mening er nok for å belyse og illustrere ulike aspekter av livmorhalskreft behandlingens innflytelse på pasientenes seksualitet.

Forskerne i utvalgte artikler har ulike bakgrunn enn kun sykepleiefaglige profiler. Hvorav tre leger, to sykepleiere og en psykolog. På grunn av psykologisk og fysiologisk aspektene av problemstillingen vår, anså vi som nødvendig å bruke artikler som ble skrevet av andre profesjoner enn sykepleier, som for eksempel psykolog. Et annet argument for dette er viktigheten av et tett og godt tverrfaglig samarbeid i praksis for å ivareta pasientenes helhetlige behov. Dermed vil ulike perspektiver kunne belyse vårt tema på en profesjonelt og faglig måte.

Da begrepet seksualitet har et stort spekter som omhandler tanker, handlinger og følelser (Kreftforeningen), kan dette være subjektivt og unikt for alle. Ved å anvende kvalitativ studier, kan vi få frem dybden i opplevelser og erfaringer relatert til vår problemstilling. Vi har i tillegg vurdert bruk av kvantitativ data som nødvendig. Dette er for å undersøke forhold mellom variabler, i dette tilfelle behandling av livmorhalskreft og påvirkning det har på kvinners seksualitet. Vi har dermed en kvantitativ studie og tre studier som er såkalt "mixed methods" som inneholder både kvalitativ og kvantitativ data. Tanken bak bruk av denne metoden er å få mer fullstendig forståelse for problemstillingen og dermed økt tillit til resultatene. (Sykepleien, S.61)

Helsevesenet og velferdssystemet, samt kultur og livsstilen til befolkningen kan ha betydning for, og avgjørende faktorer på forskningsresultatet. Vi ønsket dermed å

bruke artikler som har Skandinavisk eller Engelsk opprinnelse. Dette ble ikke aktuelt på grunn av lite forskning innenfor vår inklusjonskriterier som tidligere ble nevnt i metodedelen. Nærmeste vi kom var studier innenfor USA og i Sør-Europa. Tre av våre artikler har dermed Amerikansk opphav og den siste er fra Hellas. Kultur og livsstil i disse landene er til et viss grad likt som i Norge. På den andre siden, kan velferdssystemet og helsevesenet være svært annerledes fra disse landene. Norges befolkning har goder og helsetjenester, på grunn av offentlig helsesektor. Resultatet av studiene kan dermed avvike fra norske livmorhalskreft overlevendes opplevelser, samt være vanskeligere å anvende i det norske helsevesenet.

Resultatdiskusjon

Fysiologiske påvirkning

Studiene til Wilson et al. (2020), Tsatsou et al. (2019), Pfaenlder et al. (2019), Zeng et al. (2011) henviser til problemer i forhold til seksuelle dysfunksjoner etter gjennomgått behandling. Oppsummert opplevde kvinnene fysiske bivirkninger etter strålebehandling som smerter under samleie, tørr vagina og mangel på seksuell lyst (Kristoffersen, 2016, s.374). Seksualitet innebærer blant annet samspeilet med andre. Seksuell aktivitet er noe som kan styrke relasjonen og nærheten mellom mennesker. Derfor kan de fysiologiske påvirkninger av livmorhalskreft få følger for kvinnens seksualitet. Dette kan være en form for livslidelse som assosieres med endringer og tap av muligheter i forhold til å være like seksuelt aktiv som tidligere (Eriksson, 1995, s. 75).

Seksualitet skaper samhörighet og tilhörighet (Kristoffersen, 2016, s.375). I et forhold kan det å ikke få barn føles som et tap for sin egen del, men også som familie (Kristoffersen, 2016, s.375). Wilson et al. (2020) uttrykker infertilitet som følge av strålebehandling eller operasjon. På grunn av tap av kroppsdel ved infertilitet kan dette føles som et ekstra tap, og kvinner kan i tillegg føle at de mister noe av seg selv og sin feminitet (Kristoffersen, 2016, s.375). Dette kan påvirke kvinners livssituasjon og følelsen av å ikke ha noe oppgave i livet lengre (Eriksson, 1995, s. 75). Kvinner kan også føle på skyld og skam på grunn av kjønns sykdommen, og det kan skape mistenkeligheter i forhold til utroskap (Kristoffersen, 2016). Dette kan bli en tilleggsbelastning og påkjenning for kvinnen i relasjonen (Kristoffersen, 2016).

Fra erfaring i praksis er nære relasjoner og pårørende viktig støttespillere for pasienter i sykdomsforløpet.

Som tidligere nevnt er seksualitet noe som driver oss mennesker til å søke etter varme, intimitet og kjærlighet(kilde). På grunn av lengsler og indre søken, kan dette være en

årsak for HPV. Som tidligere nevnt gir livmorhalskreft ingen symptomer ved begynnende stadium. Derfor anbefales det at kvinner mellom 25 til 33 år tar celleprøve hvert tredje år for å utelukke HPV. Som nevnt i innledning kan første symptomer på livmorhalskreft være smerter i underlivet, uregelmessig menstruasjon, blødning etter samleie/ved aktivitet eller illeluktende utflod. Disse bivirkningene kan være skremmende for kvinner og svekke deres frimodig i forhold til partner og sin seksuelle funksjon.

Pfaenlder et al. (2019) skriver at strålebehandling kan også føre til diare, forstoppelse og blodig avføring. Disse bivirkningene påvirker også seksualiteten og kan prege kvinners *seksuelle handlingen*, som omhandler samleie eller kyssing (Kristoffersen, 2016, s.374). Som tidligere nevnt er det gode prognoser for livmorhalskreft (innledning), men bivirkningene synes å være betydelige, og gir følger for kvinners seksuell helse i større grad. Pfaenlder et al. (2019) viser at 90 prosent av de som hadde fått bekken stråling hadde fått utviklet endret avføringsmønster. Wilson et al. (2020) beskriver at, ved operasjon og strålebehandling kan kvinner oppleve blant annet vektøkning, mangel av lyst og opphisselse. Dette medfører at kvinner kan oppleve seg som mindre attraktive i forhold til partner. Kvinner kan føle på en mindreverdighetsfølelse i forhold til sine kroppslige forandringer. Disse endringene kan gjøre at kvinner unngår seksuelle aktivitet i sin helhet og tape lyst og interesse. Dette vil føre til at kvinner har negativt forhold til sin egen seksualitet og dermed påvirker eventuelle parforhold.

Fra egen erfaring i praksis har punktet *seksualitet/reproduksjon* ikke blitt prioritert eller tatt initiativ til i inkomstsamtale med pasienter. Dette kan være på grunn av normer, holdninger eller aksepterte fraskrivelse fra sykepleiere. Wilson et al. (2020) uttrykker at kvinnene hadde lite kommunikasjon om seksuell funksjon, kroppsbildet og seksualitet med helsepersonell gjennom behandlingen. Når ikke sykepleiere inviterer til samtale om seksualitet er det vanskelig for pasienter å ta initiativ til en slik samtale i den sårbar fase pasienten er i. Derfor vil kommunikasjons verktøy som PLISSIT- modellen og BETTER- modellen være aktuelle å bruke. Som spesifisert i teoridel, kan disse kommunikasjonsverktøyene hjelpe sykepleiere i samtale om seksualitet.

For at disse verktøyene skal kunne brukes på en best mulig måte, forutsetter det at sykepleier og pasient har en tillitsfull relasjon. Joyce Travelbee nevner dette i sin interaksjonsteori som omhandler menneske- til menneske forhold. Det fremtredende møte er viktig hvordan vi som sykepleier forholder oss til pasient og legger til rette for den gode samtale og tilliten til sykepleier (Kristoffersen, 2016, s.34).

Psykologiske og psykososiale påvirkning

Wilson et al. (2020) har funnet ut korrelasjon mellom seksualitet og seksuell funksjon. At disse to variablene har en korrelasjon vil si at disse påvirker og har innflytelse på hverandre. Som nevnt i teoridel, er seksuelle helse ikke bare integrering av det somatiske, men også det emosjonelle. Konsekvenser av endret seksuelle funksjon og endret seksualitet, vil kunne føre til nedsatt livskvalitet og påvirke kvinners mentale helse og psykososiale evner.

Livskvalitet har en subjektiv side som innebærer hvordan mennesker opplever sitt eget liv og ens positive følelser som fremmer livstilfredshet (Stubberud, 2016, s.154). I studiene til Pfaendler et al. (2019) og Tsatsou et al. (2019) blir redusert livskvalitet assosiert med psykososiale problemer som endring i kroppsbildet, humør/stress lidelser, frykt for tilbakefall av kreft. Godt kroppsbildet fører til bedre livskvalitet og bedre selvoppfatning/tanker om seg selv. (Hummelvoll, 2014, s.136) Kvinners ubevisste eller bevisste holdninger til sin egen kropp i forhold til det fysiske selv, påvirkes av kroppslige forandringer og endringer i livsperioder (Hummelvoll, 2014, s.136)

Forandringer i utseende som hud, hår vekt kan ha direkte innvirkning på kvinners syn på seg selv. Hun kan føle seg mindre attraktiv og miste selvtillit. Dette har påvirkning på kvinners forhold til seg selv, eventuell partner og hvordan hun framstiller seg i sosiale sammenhenger. Videre kan frykten og redselen om tilbakefall av kreft gi mentale påkjenninger i form av angst, stress og uro. Å leve med denne usikkerheten setter negativt preg på kvinners seksualitet og livskvalitet.

Pfaendler et al (2019) sin studie har funnet ut at 82,7 prosent av kvinner har symptomer på urininkontinens og 23,5 prosent utvikler lymfødem i underekstremiteter. Disse symptomene gjør at kvinner fungerer dårligere på jobb og i daglige aktiviteter (Pfaendler et al., 2019, S.9). Eriksson beskriver at mennesker opplever livslidelse når de ble fratatt muligheten til å fullføre ulike sosiale oppgaver (Eriksson, 1995, s. 75). Når kvinner mister deler av evnen til å fungere i arbeidsplass, vil det føre til nedstemthet, motløshet og følelsen av å ikke strekke til i like stor grad som før. Kvinnen vil da oppleve livslidelse på grunn av dette.

Informasjon og god oppfølging fra sykepleiere kan bidra til å styrke den seksuelle helsen etter livmorhalskreft. Kvinnen kan få et bedre grunnlag til å møte utfordringer og den nye livsstilen på en god måte ved informasjonsgrunnlag. Støtte må alltid gis individuelt til pasientens behov og opplevelse (Kristoffersen, 2016, s.401). Sykepleiers holdning til seksualitet i forhold til seg selv og andre, og som preger sykepleiefunksjonen i kommunikasjon med pasienter (Kristoffersen, 2016, s.389). Derfor er det viktig at sykepleiere har kunnskap innen seksualitetens omfang, om seg selv og andre. Religion, myter, oppvekst og gruppemiljø er faktorer som setter preg på egne holdninger og andres seksualitet (Kristoffersen, 2016, s.389). Disse faktorene er viktig at sykepleiere har i møte med pasienter, slik at krenkelser og personlige grenser som pasienten har, ikke overskrides (Kristoffersen, 2016, s.389).

Konklusjon

Vi har konkludert med at etter gjennomgått livmorhalskreft påvirkes kvinners seksualitet fysisk og psykisk i stor grad. Dette medfører også at helsepersonell bør være mer ansvarlige og mer bevisst i forhold til kvinners ivaretagelse av personlig seksualitet etter gjennomgått behandling av livmorhalskreft. Helsepersonell har behov for faglig kunnskaper innen seksualitetens mangfold for å kunne informere kvinner om bivirkninger. Derfor må det en holdningsendring til og en bevisstgjøring rundt seksualitet i forhold til livmorhalskreftens sene bivirkninger.

Informasjon angående seksualitet og den seksuelle helsen, er noe som kanskje ikke sykepleiere vet de er pliktet til eller pasienter vet de har krav på. Derfor krever dette temaet oppmerksomhet og fokus i helsevesenet

Implikasjoner i praksis

Det er viktig at sykepleiere er bevisst på sitt ansvar og funksjonsområder ved ivaretagelse av seksuell helse som grunnleggende behov. Videre, er det avgjørende at sykepleiere har kunnskaper og ferdigheter til å utøve helhetlig sykepleie. Kunnskaper som psykologiske og fysiologiske påvirkninger etter livmorhalskreft, og hva dette gjør med kvinners seksualitet. Vi vil nedenfor komme med konkrete eksempler som kan bidra til sykepleieutøvelse i forhold til å bedre kvinners seksuelle helse etter behandling av livmorhalskreft:

- Kommunikasjonsverktøy:
 - Lage informasjonskort om PLISSIT-modellen og BETTER-modellen som kan anvendes i praksis ved at sykepleiere har disse kortene i uniformen til enhver tid. Avdelingsleder oppfordrer ansatte til å bruke disse kommunikasjonsverktøyene til å kartlegge seksuelle behov og problemer.
- Undervisning: Vi foreslår at arbeidsplasser kan arrangere undervisningsdager og kurs i forhold til seksualitet og seksuell helse sin påvirkning til livmorhalskreft. Undervisningen bør inneholde omfanget av seksualitetens mange aspekter, samt sykepleiernes ansvar og funksjon. Og i tillegg bevisstgjøre sykepleiernes egen seksualitet, som er viktig i møte pasientenes seksuelle helse.
- Tverrfaglig samarbeid: Vi foreslår at sykepleiere vet hvilke tilbud som finnes og hvilken rolle disse yrkesgruppene har, som kan være til hjelp for kvinner etter gjennomgått behandling av livmorhalskreft. For eksempel støttegrupper, sexolog, fysioterapeut eller psykolog.

Litteraturoversikt

Aleris (Aleris u.å). *Livmorhalskreft* Aleris <https://www.aleris.no/medisinske-senter/gynekolog/livmorhalskreft/>

Andersen, J. (2017, 27/12/2017). «Mixed methods»design i helseforskning Sykepleien. <https://sykepleien.no/forskning/2017/12/mixed-methods-design-i-helseforskning>

Blikstad, A., Falch-Kolsung, L., & Tschudi-Madsen, C. (2020, u.å). *Samtaleverktøyet BETTER kan gjøre det lettere å snakke om seksualitet*. Sykepleien <https://sykepleien.no/fag/2020/08/samtaleverktoyet-better-kan-gjore-det-lettere-snakke-om-seksualitet>

Christina M. Wilson, Deborah B. McGuire, Beth L. Rodgers, Ronald K. Elswick (2020) Body Image, Sexuality, and Sexual Functioning in Cervical and Endometrial Cancer: Interrelationships and Women's Experiences, *Sexuality and Disability*, 10.1007/s11195-020-09641-4,

Eriksen, S., Gjessing, R., & Sellevold, G. S. (2021, u.å). – *Sykepleiere kan ikke overse seksualiteten*. <https://sykepleien.no/meninger/2021/03/sykepleiere-kan-ikke-overse-seksualiteten>

Folkehelseinstituttet. (2016, 23/09/2019). *Fakta om livskvalitet og trivsel*. Folkehelseinstituttet <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>

Grønmo, S. (u.å, 03/11/2020). *Kvalitativ Metode* Store Norske Leksikon https://snl.no/kvalitativ_metode

Ioanna Tsatsou, Efi Parpa, Eleni Tsilika, Stylianos Katsaragakis, Chrysanthi Batistaki, Eleni Dimitriadou, Kyriaki Mystakidou, (2019) A Systematic Review of Sexuality and Depression of Cervical Cancer Patients, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 10.1080/0092623X.2019.1610125

Kreftforening. (u.å, u.å). *Seksualitet, kropp og selvbilde*. Kreftforeningen
<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/kreft-og-seksualitet/seksualitet-kropp-og-selvbilde/>

Kreftforeningen (u.å 05/11/2020). *Cellegift* Kreftforeningen
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/cellegift/>

Kreftregisteret (2019, u.å). *Ta livmorhalsprøve regelmessig. Hvor ofte er det?* .
Kreftregisteret
<https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/ofte-stilte-sporsmall/ta-livmorhalsprøve-regelmessig.-hvor-ofte-er-det/>

Krista S. Pfaendler, Lari Wenzel, Mindy B. Mechanic, Kristine R. Penner, (2015),
Clinical Therapeutics, 10.1016/j.clinthera.2014.11.013

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19.
november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13.
desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v., (2003).
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Langhelle, T. H., Paulsen, A., Fredly, K., & Tveit Sekse, R. j. (2021, u.å). *Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse* Sykepleien
<https://sykepleien.no/fag/2021/01/sykepleiere-kan-hjelpe-pasientene-til-bedre-seksuell-helse>

Nesheim, B.-I. (u.å, 11/02/2021). *Hysterektomi*. Store Norske Leksikon
<https://sml.snl.no/hysterektomi>

NHI (u.å, 06/04/2018). *Bivirkning ved strålebehandling* NHI

<https://nhi.no/sykdommer/kreft/behandlingsmetoder/stralebehandling-bivirkninger/?page=all>

Aars, H. (2021, u.a). *Hva er seksuell helse?* . sykepleien

<https://sykepleien.no/fag/2021/01/hva-er-seksuell-helse>

Quality of Life in Cervical Cancer Survivors: A Review of the Literature and Directions for Future Research, (2011), *Oncology Nursing Forum*,

<https://search.proquest.com/scholarly-journals/quality-life-cervical-cancer-survivors-review/docview/856042284/se-2?accountid=136945>
http://j51b3jt3y.search.serialsolutions.com?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi:enc:UTF-8&rft_id=info:sid/ProQ%3Abritishnursingindex&rft_val_fmt=info:ofi:fmt:kev:mtx:journal&rft.genre=article&rft.jtitle=Oncology+Nursing+Forum&rft.atitle=Quality+of+Life+in+Cervical+Cancer+Survivors%3A+A+Review+of+the+Literature+and+Directions+for+Future+Research&rft.au=Zeng%2C+Ying+Chun%2C+BMed%3BChing%2C+Shirley+S+Y%2C+PhD%2C+RN%3BLoke%2C+Alice+Yuen%2C+PhD%2C+RN&rft.aulast=Zeng&rft.aufirst=Ying&rft.date=2011-03-01&rft.volume=38&rft.issue=2&rft.spage=E107&rft.isbn=&rft.btitle=&rft.title=Oncology+Nursing+Forum&rft.issn=0190535X&rft_id=info:doi/

Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving* . Oslo: Gyldendal .

Erikkson, K., & øyvind, R.-P. (1995). *Det lidende menneske*. Oslo: Tano.

Fribeg, F. (2018). *Dags for oppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur .

Hummelvoll, J. (2014). *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N., Nordvedt, F., Skaug, E.-A., & Hjellemaland Grimsbø, G. (2016).

Grunnlegendesykepleie 2: Grunnleggende behov. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N., Nordvedt, F., Skaug, E.-A., & Hjellemaland Grimsbø, G. (2016).

Grunnlegendesykepleie 3: pasientfenomener, samfunn og mestring . Oslo: Gyldendal Akademisk.

kristoffersen, N., Norvedt, F., Skaug, E.-A., & Hjellemaland Grimsbø, G. (2016).

Grunnlegendesykepleie 1: sykepleie - fag og funksjon . Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mæland, J. (2019). *Forebyggende helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget .

Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal.

Reitan, A., & Schølberg, T. (2000). *Kreftsykepleie*. Oslo: Akribe.

Stubberud, D.-G., Grpnseith, R., & Almås, H. (2016). *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Oversiktstabell over analyserte artikler

Artikkel 1	
Tittel	Body Image, Sexuality, and Sexual Functioning in Cervical and Endometrial Cancer: Interrelationships and Women's Experiences.
Tidsskrift/år stall	Sexuality & Disability / sep 2020
Forfattere	Christina M. Wilson, Deborah B. McGuire, Beth L. Rodgers, Ronald K.Elswick.
Perspektiv	Lege
Problem	Pasienter opplever dårlig selvbilde og dårlig seksuell funksjon etter behandling av livmorhalskreft, som påvirker disse pasientenes psykisk helse
Hensikt	Hensikten med undersøkelsen er å få en inngående forståelse av hvordan kvinner opplever sin seksualitet , selvbilde og seksuell funksjon ved livmorhalskreft.
Metode	Mixed Methods: kvantitativt tverrsnittstudie og kvalitativ intervju med åpne spørsmål. 20 kvinner: 14 livmorhalskreft og 6 livmorkreft; Fleste hadde operasjon og ble behandlet med stråling, ni av dem ble behandlet med cytostatica samtidig. Gjennomsnittlig alder på 40,3 og var hovedsakelig hvit, ikke hispanic, gift eller i langtidsforhold, med litt høyskoleutdanning, for tiden partner med menn, en gjennomsnittlig årlig husholdningsinntekt på mindre enn 50 000 dollar.

Resultater	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stadie 1 pasienter scoret mindre på body image skår, som indikerer færre bekymringer, ingen andre signifikante forhold ble oppdaget 2. Deltakere opplevde problemer med kroppsbilde og seksuell funksjon: smerter under samleie, vektøkning, mangel av lyst, og/eller opphisselse, å føle seg annerledes, mangel av evne til å reproducere. Psykososiale problemer: ydmykelse og vanskeligheter med forhold 3. Deltakerne nevnte positive strategier å håndtere problemer: å trene, sosialisere med andre og dele erfaringer 4. Flertall av deltakere uttrykket at de hadde ingen interaksjoner med helsepersonell. Av dem som hadde kontakt, uttrykker de at de hadde negativ/nøytral interaksjon. Mindre antall kvinner rapporterte at de hadde positive interaksjoner med helsepersonell
-------------------	---

Artikkel 2	
Tittel	A Systematic Review of Sexuality and Depression of Cervical Cancer Patients
Tidsskrift/årstall	Journal of Sex & Marital Therapy/ Mai 2019
Forfattere	Ioanna Tsatsou,Efi Parpa,Eleni Tsilika,Stylianos Katsaragakis,Chrysanthi Batistaki,Eleni Dimitriadou , Kyriaki Mystakidou
Perspektiv	Sykepleier og lege
Problem	Kvinnens seksualitet etter gjennomgått behandling av livmorhalskreft kan muligens utvikle psykiske lidelser, som depresjon.

Hensikt	Å undersøke sammenheng mellom depresjon og seksualitet av pasienter med livmorhalskreft.
Metode	Kvantitativ studie, bibliografisk søk i databaser Cinahl, PubMed og Cochrane Library. 14 studier ble inkludert, fra studiene vurderes bare 7 som metodisk gode.
Resultater	<ol style="list-style-type: none"> 1. Langsiktig CC overlevende opplever seksuell dysfunksjoner oftere, spesielt etter stråling og mindre etter kirurgi: tørre vagina, smerter under samleie, mangel av lyst, orgasme problemer og seksuelle “distress”. 2. Radikal hysterektomi og radikal trachelektomi førte til signifikante endringer hos CC pasienter: endring i kroppsbilde, angst, depresjon, interpersonelle og seksuell problemer. Videre problemer som: mangel av interesse, nytelse og lyst samt vaginal tørrhet. 3. De yngre kvinnene, de som gjennomgikk strålebehandling, og de som hadde kronisk utmattelse, som en senskade av behandlinger, hadde økt depresjon, seksuell angst, redusert seksuell aktivitet sammenlignet med dem som ikke hadde fatigue som en senskade. 4. Depresjonsnivå er høy hos pasienter ved forbehandling av tidlig fase av CC, men har en tydelig nedadgående trend i første året av operasjonen. 5. CC pasienter som har gjennomgått adjuvant terapi hadde høyest nivå av depressiv symptomer 6. Signifikant korrelasjon mellom CC behandling og depresjon, uavhengig av stadium eller type behandling.

	7. Korrelasjon mellom CC behandling og depresjon, spesielt etter radikal trachelektomi.
--	---

Artikkel 3	
Tittel	Cervical cancer survivorship: long-term quality of life and social support
Tidsskrift/årstall	Clinical Therapeutics / jan 2015
Forfattere	Krista S. Pfaendler, Lari Wenzel, Mindy B. Mechanic, Kristine R. Penner
Perspektiv	Lege og psykolog
Problem	Pasienter kan oppleve komplikasjoner etter ulike type behandlinger for livmorhalskreft som kan føre til kort- og langsiktige nedsatt livskvalitet
Hensikt	Evaluerer og forbedring av langsiktig livskvalitet etter gjennomgått behandling for livmorhalskreft.
Metode	Mixed method forskning: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifiserte artikler ved å søke i PubMed etter publisert litteratur fra 1993-2014. (KVAN) 2. Data fra langsiktige oppfølgingsstudier av livmorhalskreft pasienter i forhold til livskvalitet. Artikkelen oppsummerer i tillegg små gruppeintervjuer av spansktalende og ikke-

	<p>spansktalende livmorhalskreft overlevende. (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene)</p>
Resultater	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasienter med invasiv CC har lavere av fysisk og psykologisk samt seksuelle funksjons nivå, sammenlignet med kvinner i referansegruppen som har gjennomgått konisering. 2. 120 deltakere med ulike gynekologisk kreft, som er 16 måneder etter behandling. 29 av disse kvinnene (CC) hadde mer utbredt kreftrelatert fatigue, sammenlignet med resten av gynekologisk onkologisk populasjonen. <ol style="list-style-type: none"> a. Fatigue tendens var ikke avhengig av type behandling, tid etter behandling eller kreft stadium. b. 94% av kvinner med depresjon og 78% av kvinner med angst, rapporterte fatiuge. 3. 291 CC overlevende, 18% av disse hadde angst, sammenlignet med 15% av referansegruppen. <ol style="list-style-type: none"> a. overlevende i sitt 6-10 år hadde signifikant mindre angst, seksuelle bekymringer og spesielt mindre bekymringer om kroppsbildet, sammenlignet med overlevende i sitt 2-5 år etter CC behandling. b. Eldre pasienter som har fått primær strålebehandling, enten med eller uten kjemoterapi, hadde signifikant mer symptomer, verre seksuelle og vaginal funksjon samt seksuelle bekymringer. 4. 346 CC pasienter, kvinner som er premenopausal, var mer utsatt for tap av appetitt og økonomiske vanskeligheter. Kvinner som opplevde behandling relaterte menopause hadde høyere nivå av problemer som seksuell/vaginal funksjon, lymfødem og perifer nevropati.

	<p>5. Stadie 4 pasienter hadde lavest skår på global helse status og emosjonell funksjon. Stadie 3 pasienter hadde lavest skår på rollefunksjon og høyest smerteskår.</p> <p>6. Lavere livskvalitet kan assosieres med strålebehandling med eller uten kjemoterapi, kreft relatert komorbiditet, vedvarende gynekologisk problemer, lav sosial støtte, mindre adaptiv mestring, søvnproblemer og lite utdanning.</p>
--	--

Artikkel 4	
Tittel	Quality of Life in Cervical Cancer Survivors: A Review of the Literature and Directions for Future Research
Tidsskrift/år stall	Oncology Nursing Forum/ 2. mars 2011
Forfattere	Ying Chun Zeng, BMed, Shirley S.Y. Ching, PhD, RN, Alice Yuen Loke, PhD, RN
Perspektiv	Sykepleier
Problem	Behov for forskning i ulike aspekter om livskvalitet hos pasienter med gjennomgått CC, da studier som allerede eksistere kan ha tendenser til å fokusere på samme/like problemstilling
Hensikt	For å beskrive de nyeste trendene i livskvalitet forskning i livmorhalskreft overlevende og å diskutere retninger for fremtidig forskning
Metode	MM: <ol style="list-style-type: none"> 1. 26 kvantitativ studier 2. 5 kvalitative studier

Resultater	<ol style="list-style-type: none"> 1. CC pasienter opplever senskader som urininkontinens, tarm dysfunksjon 2-3 år etter behandling, noe som påvirket seksualitet på ulike måter. 2. Bivirkning av kirurgi: konstipasjon, smerter under samleie og hetetokter. Bivirkninger av stråling: diare, blod i avføring. Bivirkning av kirurgi med stråling: diare, blod i avføring, urininkontinens og ødem i nedre ekstremiteter. 3. Kvinner hadde dårligst livskvalitet etter adjuvant strålebehandling 4. Kvinner hadde opplevd positive psykologiske endringer etter CC: selvutvikling, dyrebare liv og verdsettelse av forholdet med andre. Videre hadde kvinner følelser av å bli gjenfødt, en oppvåkning og en ny sjanse for livet. 5. CC pasienter har signifikant høyere nivå av angst, dysfori, sinne og forvirring, sammenlignet med livmorkreft pasienter og kontroll gruppen 6. Ingen studie har til dags dato forsket på stigma og skyld assosiert med CC på grunn av dens etiologisk link med seksuell overførbar hpv. 7. Kvinner hadde bekymringer som gjelder infertilitet og tilbakefall av kreft. Opplevelse som redusert selvtillit, endret opplevelse som kvinner og føle seg mindre attraktiv. Videre hadde CC pasientene høyt nivå av depresjon, angst, tilpasningsforstyrrelser og fatigue.