

Anonym

Cancer vulva og seksualitet

Hvordan kan sykepleier veilede pasienter med cancer vulva om utfordringer knyttet til seksualitet etter gjennomgått behandling?

HSYK3003 - Litteraturbachelor

Antall ord: 7678

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2021

Anonym

Cancer vulva og seksualitet

Hvordan kan sykepleier veilede pasienter med cancer vulva om utfordringer knyttet til seksualitet etter gjennomgått behandling?

HSYK3003 - Litteraturbachelor

Antall ord: 7678

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn:

Behandlingen for cancer vulva har fysiske og psykologiske innvirkninger på pasientens seksualitet. Seksualitet er et av kroppens grunnleggende behov. Sykdommen rammer flest eldre, men det er likevel behov for seksuell rehabilitering for alle aldersgrupper. Sykepleiere har som oppgave å veilede og gi informasjon om seksuelle endringer som følge av behandling, men temaet blir ofte forbigått.

Metode:

Metoden er en litteraturstudie der kunnskap fra allerede eksisterende forskning, faglitteratur og teori baserer oppgaven. Oppgaven inkluderer ni forskningsartikler for å belyse problemstillingen.

Resultat:

Pasienter gjennomgått behandling for cancer vulva har en betraktelig dårligere seksuell funksjon, og opplever psykologiske utfordringer som påvirker seksualiteten. Det er vist barrierer for veiledning om seksuell helse. Pasienter har ulike preferanser på tidspunkt for veiledning. Skriftlig informasjon oppleves tilstrekkelig, men samtale med helsepersonell gir pasientene økt mulighet for å stille spørsmål, diskutere bekymringer og få tilbud om passende tjenester. Pasienter rapporterte at samtale med helsepersonell gjorde det lettere for dem å håndtere seksuelle endringer.

Konklusjon:

Veiledning fra helsepersonell om seksuell helse viser seg å være mangelfull. Dette til tross for pasientens store behov for veiledning og informasjon etter behandling for cancer vulva. Seksualitet og cancer vulva er tabubelagte emner, og pasienter opplever det som ubehagelig å snakke om temaene. Pasientene foretrekker at en kvinnelig sykepleier tar opp temaet, på et tidspunkt tilpasset pasientens individuelle behov. PLISSIT-modellen er vist å være et godt utgangspunkt for veiledning om seksuell helse for helsepersonell. Den mest foretrukne veiledningsmetoden fra pasienter er skriftlig informasjon etterfulgt av samtale med sykepleier. Sykepleieren må veilede om seksualtekniske hjelpemidler, og henvise til sexolog dersom det er behov for det.

Abstract

Introduction:

The treatment for vulvar cancer has physical and psychological effects on the patient's sexuality. Sexuality is one of the body's fundamental needs. The disease affects mostly elderly people, but there is still a need for sexual rehabilitation for all age groups. Nurses have the responsibility of guiding and to provide information about sexual changes as a consequence of the treatment, but the subject is frequently overlooked.

Method:

The method is a literature study where knowledge from already existing research, academic literature, and theory founds the thesis. The thesis includes nine research articles to shed light on the topic.

Result:

Patients undergoing treatment for vulvar cancer have a significantly poorer sexual function, and experience psychological challenges that affect their sexuality. Barriers to sexual health guidance have been shown. Patients have different preferences for the time of supervision. Written information is perceived as sufficient, but conversations with a nurse provide an increased opportunity to ask questions, discuss concerns, and be offered appropriate services. Talking to healthcare professionals made it easier to deal with sexual changes.

Conclusion:

Guidance from health professionals on sexual health turns out to be deficient. This is despite the patient's major need for guidance and information after treatment for vulvar cancer. Sexuality and cancer vulva are taboo topics, and patients find it uncomfortable to talk about the themes. Patients prefer that female nurses address the topic at a time tailored to the patient's individual needs. The PLISSIT model has shown to be a good starting point for guidance on sexual health for health professionals. The most preferred method of guidance from patients is written information followed by a conversation with a nurse. The nurse must guide on sexual aids and refer to a sexologist if necessary.

Forord

*«Du kjente den da du for aller første gang
lå hud mot hud og pust mot pust med et annet menneske,
og var veldig lykkelig og veldig engstelig på samme tid.*

Vi kjenner den gjennom hele livet.

Kraften vi kaller seksualitet. [...]

Jeg snakker ofte om at vi både har en fysisk og en psykisk helse.

Vi har en seksuell helse også.

Den er både fysisk og psykisk.

God seksuell helse er med på å holde oss friske og i trivsel. [...]

*Vi snakker fortsatt for lite og for sjelden
om at seksualitet er en fantastisk kraft
som kan gi god helse og høy livskvalitet.*

Når du er ung eller gammel.

Når du er frisk eller syk».

(Bent Høie, sitert i Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 3).

Innhold

1.	Introduksjon	8
1.1.	Introduksjon til tema	8
1.2.	Bakgrunnskunnskap.....	9
1.2.1.	Cancer vulva	9
1.3.	Teori	9
1.3.1.	Seksualitet og seksuell helse.....	9
1.3.2.	Innvirkninger på pasientens seksualitet.....	10
1.3.1.	Sykepleiens rolle og funksjon	10
1.3.2.	Joyce Travelbee sykepleiefilosofi	11
1.3.3.	Informasjon og veiledning	12
1.3.4.	Plissit-modellen	14
1.4.	Formål og problemstilling.....	14
2.	Metode.....	15
2.1.	Beskrivelse av metode.....	15
2.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	15
2.3.	Søkehistorikk.....	16
2.4.	Utvelgelse av artikler	18
2.5.	Analyse	19
3.	Resultater	20
3.1.	Sammenfatning av resultater.....	28
3.1.1.	Fysiske og psykiske opplevelser av seksuell helse etter behandling for cancer vulva	28
3.1.2.	Barrierer for veiledning om seksuell helse.....	28
3.1.3.	Tidspunkt for veiledning om seksuell helse	29
3.1.4.	Metode for veiledning om seksuell helse.....	29
4.	Diskusjon.....	31
4.1.	Fysiske og psykiske opplevelser av seksuell helse etter behandling for cancer vulva	31
4.2.	Barrierer for veiledning om seksuell helse	32
4.3.	Tidspunkt for veiledning om seksuell helse.....	34
4.4.	Metode for veiledning om seksuell helse	34
4.5.	Implikasjoner for sykepleie	36
4.6.	Metoderefleksjon	37
4.7.	Konklusjon	38
	Referanser	39

Tabeller

Tabell 1 - Seksualtekniske hjelpemidler.....	13
Tabell 2 - Inklusjons- og eksklusjonskriterier	15
Tabell 3 - PICO-skjema	16
Tabell 4 - Søketabell	17
Tabell 5 - Artikkelmatrise A.....	20
Tabell 6 - Artikkelmatrise B.....	21
Tabell 7 - Artikkelmatrise C.....	21
Tabell 8 - Artikkelmatrise D.....	22
Tabell 9 - Artikkelmatrise E.....	23
Tabell 10 - Artikkelmatrise F	24
Tabell 11 - Artikkelmatrise G.....	25
Tabell 12 - Artikkelmatrise H.....	26
Tabell 13 - Artikkelmatrise I.....	27

1. Introduksjon

1.1. Introduksjon til tema

Carola var 42 år da hun ble syk og måtte fjerne klitoris. Hun beskrev at det føltes som om en del av kvinneligheten forsvant med operasjonen. Carola stilte spørsmål som «Kunne jeg noen gang ha sex igjen?» (Carola Siberg, sitert av Alström, 2019). I perioden 2015 til 2019 ble det registrert totalt 621 kvinner i Norge med diagnosen kreft i kvinnelige kjønnsorganer, også kalt cancer vulva. Det har vært en økning i antall tilfeller på 0,6% i perioden 2015-2019 sammenlignet med 2010-2014 (Kreftregisteret, u.å.). Etter behandlingen opplever mange pasienter påvirkninger på seksualiteten (Kreftforeningen, 2020). Gjennomsnittsalderen for cancer vulva er omkring 65 år, og sykdommen rammer særlig eldre kvinner (Kreftlex, u.å.c) Helse- og omsorgsdepartementet (2016) viser i en strategi for seksuell helse at andelen av befolkningen over 70 år som er seksuelt aktive øker, og at stadig flere eldre betrakter seksualitet som en naturlig del av alderdommen.

I de siste tiårene er det gjort store fremskritt i arbeidet for bedre seksuell helse i den norske befolkningen. Det er økende oppmerksomhet for betydningen seksualitet har for mennesket. Likevel viser det seg at til tross for betydningen seksualiteten har for de fleste, blir tematet ofte forbigått til pasienter. Det er i mange tilfeller mangelfull tilgang på informasjon og veiledning om seksuelle problemer og dysfunksjoner som følge av sykdom eller behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Seksualitet er et grunnleggende behov av det å være et menneske (Jerpseth, 2016). Som sykepleier har man ansvar for at pasientens seksuelle behov blir ivaretatt på lik linje som resten av kroppens grunnleggende behov (Gamnes, 2016).

1.2. Bakgrunnskunnskap

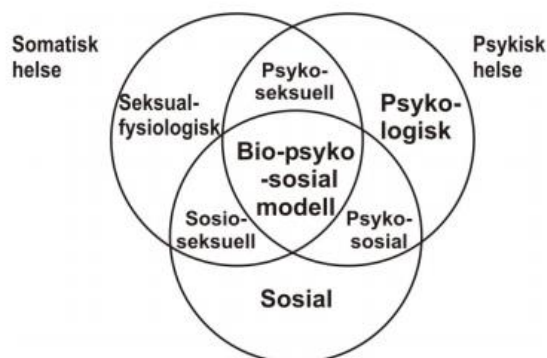
1.2.1. Cancer vulva

Cancer vulva er ondartede tumorer i de ytre kjønnsorganene hos kvinner. Kreftformen kan forekomme på vulvas hudområde som omfatter blant annet de store og små kjønnsleppene, og klitoris. Forekomsten av cancer vulva er omlag 5% av de gynekologiske kreftformene. Nasjonale og internasjonale studier viser økende forekomst av kreftformen, og spesielt blant yngre kvinner under 60 år i Norge (Helsedirektoratet, 2020). Risikofaktorer for å utvikle cancer vulva inkluderer tidligere historie med livmorhalskreft, HPV infeksjon, VIN, paget sykdom, diabetes, vulvar lichen sclerosus, immunsvikt syndromer, sigarettøyking og nord-europeiske aner (Berek & Karam, 2021; Helsedirektoratet, 2020). Behandlingen er overveiende kirurgisk, og det kan være nødvendig å fjerne kjønnsleppene og klitoris avhengig av lokalisasjonen, omfanget og stadiet til tumoren (Kreftforeningen, 2020; Kristensen, 2017). Der det er risiko for at det kan sitte kreftceller igjen brukes det i tillegg strålebehandling. Ved spredning eller tilbakefall av sykdommen kan det være aktuelt å bruke cellegift i tillegg til de øvrige behandlingene (Kreftforeningen, 2020).

1.3. Teori

1.3.1. Seksualitet og seksuell helse

Seksualitet beskrives av verdens helseorganisasjon som en del av å være menneske gjennom hele livsløpet. Det er et sentralt aspekt som omfatter seksuell orientering, erotisme, intimitet, kjønnsroller, nytelse, kjønnsidentitet og reproduksjon. Seksualiteten uttrykkes i forhold, atferd, verdier, tro, lyster, holdninger, fantasier, rolle og tanker. Verdens helseorganisasjon beskriver seksuell helse som en tilstand av følelsesmessig, fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende og i forhold til seksualitet: ikke kun fravær av manglende helse, sykdom eller funksjonssvikt (WHO, 2017). Seksuell helse er et produkt av psykiske, somatiske og samfunnsmessige faktorer (Jerpseth, 2016). Den biopsykososiale modellen kan se sammenhenger mellom forstyrrelser i seksualfunksjonen der biologiske, psykologiske og sosiale forhold henger sammen og påvirker hverandre (Landmark et al., 2012).



Figur 1: Den biopsykososiale modellen til George Engel, 1977 (Landmark et al., 2012).

1.3.2. Innvirkninger på pasientens seksualitet

Behandlingen av vulva cancer kan gi store psykiske og fysiske seksuelle utfordringer (Kreftforeningen, 2020). Det er funnet betydelig seksuell dysfunksjon og redusert seksuell frekvens etter behandlingen (Jensen, 2011). Under operasjonen fjernes vev på vulva der kjønnsleppene og klitoris kan bli berørt. Fjernelse av vev fører til ødeleggelse av nerver på vulva og følelsen på de berørte områdene vil endre seg (Bitzer & Alder, 2011). Etter operasjon kan pasienter oppleve smerter, sårdannelser, kløe, brennende følelse og ødem. Over lengre tid kan det oppstå innsnevring av vaginal inngang, fibrose, parestesi eller sensoriske forandringer (Jensen, 2011). Det kan bli vanskelig eller umulig å få orgasme, spesielt dersom klitoris fjernes (Kreftforeningen, 2020). Strålebehandling på bekkenfeltet kan føre til at slimhinnene i vulva blir tørre, tynne, sår og mindre elastiske. Det kan oppstå sammenvoksinger og arrdannelser. I tillegg kan stråling mot bekkenfeltet føre til lekkasje eller hyppig vannlatning, samt forsnevring av tarmen med diare og smerter. Dette kan medføre store og langvarige smerter, og problemer ved samleie (Jerpseth, 2016; Kreftforeningen, 2020).

De fysiske problemene får konsekvenser og ringvirkninger for hele seksualiteten, inkludert de sosiale og emosjonelle aspektene (Borg, 2017). Etter behandlingen for vulva cancer kan kvinnene oppleve nedsatt seksuell lyst (Gynkreftforeningen, u.å.). Landmark et al. (2012) viser i sin rapport at mangelen på seksuell lyst omfatter tilbakevendende eller vedvarende mangel på seksuelle tanker, interesser, fantasier og initiativ til sex. Opplevelsen av lyst er avhengig av forutsetninger som normal anatomi i underlivet, normal hormonstatus, god blodforsyning og et endret kroppsbilde (Jerpseth, 2016). Det er vist en betydelig endring av kroppsbilde etter operasjon for cancer vulva (Bitzer & Alder, 2011). Å miste en kroppsdel og funksjon som forbindes med kvinnelighet og feminitet kan det for mange kvinner oppleves som tap av kvinnelig identitet. Kroppen kan oppleves mere fremmed, sårbar og problematisk (Jacobsen, 2017; Jerpseth, 2016). Selvbilde er komplekst og omfatter kroppen, dens funksjon, utseendet og opplevelsen av å ha en verdi. Å føle seg attraktiv er viktig for selvbilde, og det har stor betydning å ha en kropp som fungerer, som en stoler på og som en kjenner (Jacobsen, 2017). Ettersom behandlingen av cancer vulva kan endre vulvas utseende og funksjon, kan pasientene oppleve store endringer på deres selvbilde, kroppsbilde og seksuell lyst. Dette kan igjen føre til store konsekvenser for seksuallivet (Jacobsen, 2017; Jerpseth, 2016).

1.3.1. Sykepleiers rolle og funksjon

Seksualitet og seksuell helse er temaer som ofte forbigås ved sykdom eller behandling, til tross for den betydningen den har for de fleste mennesker. Dette kan komme av at helsepersonell ser på seksualitet som et «luksusproblem», som nedprioriteres til fordel for annen informasjon og behandling. Tilbakemeldinger fra pasienter viser imidlertid at mange ønsker at seksualitet skal tematiseres, men at de foretrekker at helsepersonell tar opp emnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Pasienter er ofte misfornøyde med den unnvikende holdningen helsepersonell har til å ta opp seksuelle problemer (Jerpseth, 2016). Helsepersonell er pliktig til å informere om konsekvenser ved behandling. Dette inkluderer konsekvenser som er av betydning for seksuallivet, og innebærer å gi informasjon uten at pasientens selv må ta det opp. Informasjonsplikten er lovfestet i

helsepersonelloven § 10, og i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 til § 3-4 (Gamnes, 2016).

Det er sykepleierens oppgave å veilede og gi informasjon om endringer i seksualiteten som kan oppstå som følge av behandling og sykdom (Jacobsen, 2017). For å tørre å snakke om seksuelle problemer med pasienter, bør man som sykepleier jobbe med seg selv og sine holdninger om seksualitet (Borg, 2017). Det er viktig at sykepleieren tar initiativet til samtalen. Ofte trenger kvinnene hjelp til å snakke om egne opplevelser, og trenger en invitasjon fra sykepleieren for å snakke om dette. (Jacobsen, 2017). En sykepleier har mye kontakt med pasienten, og kan derfor være den pasienten er mest komfortabel å snakke om seksuelle problemer med (Gamnes, 2016). Pasientene forventer som regel ikke at sykepleieren skal kunne løse problemene, men at de kan få mulighet og hjelp til å sette ord på sine tanker og følelser, og få følelse av å bli hørt og tatt på alvor. Dette er en støtte i seg selv (Jacobsen, 2017).

1.3.2. Joyce Travelbee sykepleiefilosofi

En av sykepleierens måte å bistå syke mennesker på, er ved å hjelpe personer til å finne mening og mestring i lidelse og sykdom. Travelbee mener at ethvert menneske er en unik person, og opplevelsen et menneske har av lidelse vil være høyst personlig (Travelbee, 1999). Travelbee definerer sykepleie som «[...] en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s.7).

En eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren, og den som er syk er et menneske-til-menneske forhold. For å etablere et menneske-til-menneske forhold er kommunikasjon en prosess for å oppfylle sykepleiers mål og hensikt. Kommunikasjonen er en forutsetning for å kunne planlegge og utføre sykepleien som er tilpasset pasientens individuelle behov. Dette ettersom det fører til at sykepleieren blir kjent med pasienten som unik person og derfra kan identifisere pasientens særegne behov for sykepleie. Travelbee forteller at kjernen i helsefremmende undervisning dreier seg om å hjelpe enkeltindivider til å mestre de erfaringer lidelse og sykdom påfører (Travelbee, 1999). En systematisk tilnærming handler blant annet om å vurdere egne muligheter for å møte pasientens behov, eller om pasienten skal henvises til andre helsearbeidere (Kristoffersen, 2015). Det er viktig at sykepleieren har en følelse for «timing» for sykepleiesituasjoner, og enser når en bør snakke og når pasienten trenger å være i fred (Travelbee, 1999).

1.3.3. Informasjon og veiledning

Det er viktig at sykepleieren arbeider ut ifra yrkesetiske retningslinjer i samtale med pasienter om deres seksuelle helse. Samtalen må foregå profesjonelt (NSF, 2019). Det kan oppleves unaturlig og lite forståelig for pasienten dersom sykepleier bruker latinske uttrykk i samtale med pasienten om seksuelle problemer. Samtidig kan det føles for intimt å bruke folkelige uttrykk på seksuelle handlinger og kjønnsorganer (Gamnes, 2016). Kreft i underlivet kan for mange være et tabuområde som det er lite åpenhet og kunnskap om (Jacobsen, 2017). Seksualiteten er noe av det mest private temaet hos et menneske (Gamnes, 2016). Sykepleieren må derfor være åpen, tilgjengelig og spørrende, og det er viktig at pasienten selv får fortelle om situasjonen, og bestemmer i hvor stor grad hun tillater å være åpen om sin seksuelle helse (Jacobsen, 2017). Det kan være tilstrekkelig å bare være til stede, å lytte på at pasienten uttrykker sine tanker og følelser (Gamnes, 2016). Det kan også være av betydning å delta i støttegrupper der pasienten kan få positive opplevelser med å delta i et felleskap, der en opplever å være i samme situasjon (Jerpseth, 2016).

Det kan være lurt å invitere til samtale ved å benytte naturlige situasjoner når en skal snakke om vanskelige temaer (Jacobsen, 2017). Det å fortelle om normalvariasjoner for seksualiteten kan bidra til at kvinnen får større tillit til sine egne kroppsfunksjoner, og egne følelser. Sykepleieren må veilede kvinnen om seksualitetens mangfold, som ikke nødvendigvis kun innebærer samleie, men som kan rommes av intimitet og nærhet. Dette kan være betydningsfullt for pasienten i en sårbar situasjon (Jerpseth, 2016). Det er viktig å se på pasientens samlede situasjon, slik at veiledning og informasjon er tilpasset pasientens individuelle behov. Selv om genital seksualitet avtar med alderen, gjelder det langt fra alle. Det er derfor viktig med seksuell rehabilitering for alle aldersgrupper (Borg, 2017). Informasjonen bør gjerne gjentas, og være skriftlig og muntlig (Jerpseth, 2016). Det er viktig å finne ut om veiledningen var forståelig og tilfredsstillende (Gamnes, 2016).

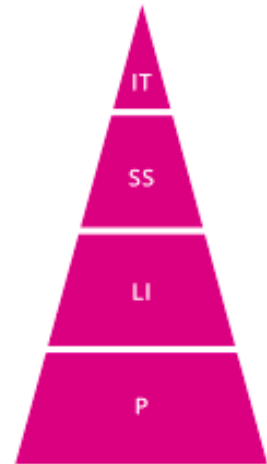
Sykepleieren har ansvar for pasientopplæring, og det kan være nyttig å bruke tegninger av de kvinnelige kjønnsorganene da mange kvinner har dårlig kunnskap om kjønnsorganets anatomi og fysiologi. Sykepleieren bør veilede pasienten om hvilke hjelpemidler som finnes og om hvordan de kan benyttes (Jerpseth, 2016). Ulike seksualtekniske hjelpemidler som kan hjelpe etter behandling for cancer vulva er beskrevet i tabell 1.

Tabell 1 - Seksualtekniske hjelpemidler

Smøremidler	Dersom pasienten forteller hun har utilstrekkelig lubrikasjon kan sykepleieren anbefale smøremidler. (Bitzer & Alder, 2011). Lubrikasjon er sekretet som utskilles ved seksuell opphisselse fra skjeden (Svendsen, 2020). Det finnes både vann- og silikonbaserte produkter som skal hjelpe på dette. Sykepleieren bør fortelle hvor de er tilgjengelige, og informere om at noen av de vannbaserte smøremidlene inneholder glyserin. Dette kan disponere til skjedeinfeksjoner (Bitzer & Alder, 2011).
Vaginal dilatasjon	Vaginal dilator er en glass- silikon, eller plaststav som føres inn i vagina for å tøye skjeden (Kreftlex, u.å.a). Dersom kvinnen har gjennomgått strålebehandling bør en anbefale vaginal dilatasjon. Målet er å opprettholde skjedens åpenhet, ved å bryte fibrøse filamenter og sammenvoksinger når de utvikler seg. Det anbefales å starte så snart pasienten er komfortabel med det, men bør gjøres innen 4 uker etter strålebehandlingen. Dilatoren skal settes inn i skjeden, beveges mot sidene, og inn og ut i omtrent 10-15 minutter per økt. Dersom en bruker Kegel øvelser sammen med vaginale dilatorer er det antatt at kvinnene kan slappe mere av under samleie (Bitzer & Alder, 2011). Kegel øvelser er knipeøvelser som styrker bekkenbunnmuskulatur, og som kan blant annet øke tilfredshet ved samleie (Institutt for sexologi, u.å.). En kan bestille vaginal dilator på hjelpemiddeldatabasen, og en lege kan søke om stønad fra NAV (NAV, 2013).
Vakuumpumpe	Noen erotiske forretninger selger vakuumpumper beregnet for kvinner, som kan være et hjelpemiddel ved nedsatt følsomhet i kjønnsorganene. Vakuumpumpene trekker blodet inn i kjønnsorganene og fører til økt følsomhet (Kreftforeningen, u.å.).
Vibrator	Flere leverandører selger ulike former for vibratorer, som er utstyrt for å skape vibrasjoner som stimulerer nerver. Dette kan være et hjelpemiddel dersom pasienten opplever nedsatt følsomhet i vulva (Kreftforeningen, u.å.). En kan også bestille vibrator gjennom hjelpemiddeldatabasen, der lege kan søke om refusjon gjennom NAV (NAV, 2013).
Lokal østrogenkrem	Lokal østrogenkrem skal ha god effekt på såre, lettblødende og tynne slimhinner, og kan brukes før samleie eller ved bruk av vaginal dilator (Kreftlex, u.å.b).
Xylacoin ® gel	Xylacoin ® gel kan brukes på slimhinnene på vulva før samleie eller bruk ved bruk av vaginal dilator for å bedøve området ved sårhet eller smerter (Kreftlex, u.å.b)
Ved urinlekkasje	Dersom pasienten er plaget med urinlekkasje, kan en prøve FemAssist som en får på blå resept (Kreftforeningen, u.å.).
Ved avføringsinkontinens	Dersom pasienten opplever avføringsinkontinens kan pasienten prøve en analpropp som beskytter mot lekkasje uten noen form for bivirkninger. Den utvider seg og formes etter tarmens vegger, og kan kjøpes på apotek eller hos bandasjister (Kreftforeningen, u.å.).

1.3.4. Plissit-modellen

PLISSIT-modellen ble første gang presentert av J. Annon i 1976. Modellen beskriver hvordan en kan forholde seg til og behandle seksuelle problemer gjennom ulike nivåer. Modellen er et godt utgangspunkt når en skal snakke om seksualitet. PLISSIT står for «**P**ermission/tillatelse», «**L**imited **I**nformation/begrenset informasjon», «**S**pesific **S**uggestions/spesifikke forslag» og «**I**ntensive **T**herapy/intensiv terapi». Modellen er tenkt som en pyramide der bunnen av pyramiden symboliserer at flest trenger hjelp, og det kreves lite spesialisert kunnskap. Videre opp i pyramiden symboliserer modellen at færre trenger hjelp og det krever mer spesialisert kunnskap. Modellen viser at en ikke trenger å ha spesialkompetanse for å kunne gi råd og veiledning i spørsmål knyttet til seksualitet. Det kan gi god hjelp bare ved å formidle tillatelse til å snakke, og selv være lyttende og empatisk (Gamnes, 2016).



Figur 2 - Plissit-modellen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016)

Det første nivået, «tillatelse», symboliserer et nivå for alle, der det gis rom for å snakke om seksualitet. Det andre nivået, «begrenset informasjon», symboliserer et nivå der mange har behov for saklig og enkel informasjon på generell basis om seksualitet. Muntlig informasjon kan være en fordel for å lettere oppklare eventuelle misforståelser. Det tredje nivået, «spesifikke forslag», symboliserer et nivå der pasienter kan få stille spørsmål omkring sin situasjon, og få «spesifikke forslag» fra helsepersonell tilbake på problemet. Nivået krever at sykepleieren tilegner seg mer kunnskap enn det utdanningen har gitt. Det siste nivået, «intensiv terapi», skildrer pasienter som har et behov for et mere spesialisert behandlingstilbud. Nivået krever spesialisert kunnskap i form av sexologi (Gamnes, 2016).

1.4. Formål og problemstilling

Med denne vitenskapelige teorien som grunnlag er det gjort spørsmål om hvordan seksualitet til pasienter etter behandling for cancer vulva kan forbedres gjennom veiledning fra sykepleier. På bakgrunn av dette er det formulert følgende problemstilling; Hvordan kan sykepleier veilede pasienter med cancer vulva om utfordringer knyttet til seksualitet etter gjennomgått behandling?

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

Sosiologen Vilhelm Aubert formulerer metode som «[...] en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Aubert, 1985, sitert i Dalland, 2014, s.111). Denne oppgaven er basert på metoden til en litteraturstudie. En litteraturstudie handler om å systematisk søke innenfor et valgt problemområde eller emne, og videre kritisk velge relevante artikler på forskning og teori som allerede er eksisterende (Forsberg & Wengstöm, 2013; Thidemann, 2015).

I denne litteraturstudien er forskningen basert på kvantitative og kvalitative metoder. I kvantitative metoder er resultatene presentert i målbare enheter, mens i kvalitative metoder er resultatene presentert som meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. Sammen bidrar kvalitative og kvantitative metoder å formidle bredere forståelse av hvordan enkeltmennesker, grupper, institusjoner og samfunnet samhandler med hverandre (Dalland, 2014). Oppgaven baserer seg på ni forskningsartikler, der fire artikler har en kvalitativ metode, og fire artikler har en kvantitativ metode. Den siste studien er en blandingsstudie som har både kvantitativ og kvalitativ tilnærming.

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å avgrense mengden litteratur, og gjøre søket mere relevant for den kunnskapen en ønsker å tydeliggjøre, er det utarbeidet inklusjons- og eksklusjonskriterier (se tabell 2) for litteratursøket (Thidemann, 2015).

Tabell 2 - Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Cancer vulva og gynekologisk cancer	Artikler eldre enn 10 år. Dette for å ha mest mulig oppdatert forskning.
Fagfellevurdert	Studier fra ikke-vestlige land. Dette for at studiene skulle ha mest mulig relevans for norske forhold.
IMRaD-struktur	
Relevante for problemstillingen	
Tilgjengelig i fulltekst	
Norsk, svensk, dansk eller engelsk tekst	

2.3. Søkehistorikk

Det ble utarbeidet et PICO skjema (se tabell 3) før søkeprosessen. Et PICO skjema er et verktøy for å hjelpe å søke etter forskning ut fra problemstillingen til oppgaven. Skjemaet klargjør spørsmålet for litteratursøket, og gir struktur til utvelgelse av litteraturen (Helsebiblioteket, 2016).

Tabell 3 - PICO-skjema

P: Population/problem	I: Intervention	C: Comparison	O: Outcome
Cancer vulva	Nursing Information Guidance		Sexuality Sexual health

Det ble gjort litteratursøk etter relevante forskningsartikler i databasene PubMed, Cinhal og Svemed+. Mest relevante treff i forhold til problemstillingen ble funnet i PubMed og derfor ble flest forskningsartikler for denne litteraturstudien funnet på den databasen. I Cinhal var det få relevante treff på flere ulike søkeord og kombinasjoner. I Svemed+ ble det søkt med flere ulike søkeord på engelsk, norsk, svensk og dansk uten å finne relevante treff for problemstillingen. Derfor ble ingen artikler fra Svemed+ inkludert i denne litteraturstudien.

Søkeordene som ble benyttet er hentet ut ifra problemstillingen og inkluderer: «Vulvar cancer» OR «vulvar neoplasm», og «sexual health» OR «sexuality» OR «sexual function». Disse søkeordene ble i ulike kombinasjoner kombinert med søkeordene «body image», «nursing», «patient needs», «guidance», «education», «intervention» og «information». Det ble treff i kombinasjon med søkeordet «body image», men det kom lite relevante treff med de resterende ordene. Derfor ble det avgjort å bytte søkeordene «vulvar cancer» OR «vulvar neoplasm» med «gynaecologic cancer» OR «gynaecologic neoplasm». Forskningsartiklene er likevel relevante for problemstillingen ettersom de tar for seg barrierer for samtale om seksualitet og ulike tilnæringsmetoder sykepleiere kan bruke for å veilede om seksualitet med gynekologiske kreftpasienter. De endelige treffene, søkeordene og kombinasjonene som ble brukt er presentert i en søketabell (se tabell 4).

Tabell 4 - Søketablell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Pubmed	19.04.2021	S1.	(«Vulvar cancer» OR «vulvar neoplasm»)	År 2011-2021	2961	
		S2.	("sexual health" OR "sexuality" OR "Sexual function")	År 2011-2021	139705	
		S3.	("Body image")	År 2011-2021	24607	
		S4.	(«S1» AND «S2")	År 2011-2021	196	
		S5.	("S1" AND "S2" AND "S3")	År 2011-2021	15	3 (A, B, C)
	24.04.2021	S6.	("Gynecological cancer" OR gynecological neoplasm")	År 2011-2021	68621	
		S7.	("S2" AND "S6")	År 2011-2021	1828	
		S8.	("nursing")	År 2011-2021	296847	
		S9.	("S2" AND "S6" AND "S8")	År 2011-2021	155	
		S10.	("Patient needs")	År 2011-2021	270923	
		S11	("S2" AND "S6" AND "S8" AND "S10")	År 2011-2021	23	2 (D, E)
		S12.	("S2" AND "S6" AND "S10")	År 2011-2021	140	3 (F, G, H)
Cinahl	01.05.2021	S1.	(MH"Genital Neoplasms, Female+")		41497	
		S2.	("PLISSIT model")		35	
		S3.	("Genital neoplasms, female" AND "PLISSIT model")	År 2011-2021 Geografisk område: Canada, Europa, Australia & New Zealand, UK & Irland, og USA	27	1 (I)

Inkluderte artikler:

- A. Sexuality and body image following treatment for early-stage vulvar cancer: a qualitative study. (2014). *Journal of Advanced Nursing*, 70(8), 1856-1866.
- B. All change: the lived experience of younger women with cancer of the vulva. (2012). *Journal of clinical nursing*, 21 (15-16), 2327-2335.
- C. Long-term sexual function in survivors of vulvar cancer: a cross-sectional study. (2012). *Gynecologic oncology*, 126 (1), 87-92.
- D. Sexual Health as Part of Gynecologic Cancer Care: What Do Patients Want? (2018). *International journal of gynecological cancer: official journal of the International Gynecological Cancer Society*, 28(9), 1737-1742.
- E. Facilitating psychosexual adjustment for women undergoing pelvic radiotherapy: pilot of a novel patient psycho-educational resource. (2016). *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 19(6), 1290-1301.
- F. Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. (2012). *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 33(3), 135-142.
- G. Sexual health needs and educational intervention preferences for woman with cancer. (2017). *Breast cancer research and treatment*, 165(1), 77-84.
- H. Gynecologic radiation oncology patients report unmet needs regarding sexual health communication with providers. (2019). *Journal of cancer research and clinical oncology*, 145(2), 495-502.
- I. A randomized trial of a minimal intervention for sexual concerns after cancer: a comparison of self-help, and professionally delivered modalities. (2015). *BMC cancer*, 15, 629.

2.4. Utvelgelse av artikler

Etter hvert søk med få treff ble titlene til forskningsartiklene lest. Artiklene som virket relevante for problemstillingen ble utforsket videre. Deretter ble artiklene passet inklusjons- og eksklusjonskriteriene (se tabell 2). Dersom de passet under kriteriene ble abstraktet lest. Deretter ble det foretatt videre vurdering om hele artikkelen skulle bli lest. Totalt ble 26 artikler lest. Et utvalg på 9 forskningsartikler ble valgt til denne litteraturstudien. Artiklene ble valgt ut fra relevans for problemstillingen, kvalitet og pålitelighet slik som beskrevet av Dalland (2014). 3 artikler ble brukt for å belyse fysiske og psykososiale seksuelle opplevelser pasienter med cancer vulva har som følge behandlingen. 5 artikler ble valgt ut for å belyse barrierer for samtale om seksuell helse og ulike tilnæringsmåter for å veilede om seksualitet. En artikkel ble utvalgt for å undersøke virkningen av PLISSIT-modellen.

2.5. Analyse

For å analysere datainnsamlingen er det blitt brukt Evans (2002) analysemodell. Den består av fire faser for analyse og fremstilling av data. Første fase består av å samle data. Innsamlingen av data og utvelgelse av artiklene er beskrevet i kapittel 2.2 til 2.4. Utvelgelse av artikler. Neste steg i analysemodellen er å identifisere nøkkelfunnene i hver studie (Evans, 2002). Prosessen startet ved å lese de valgte artiklene igjen og deretter formulere artikkelmatriser. Videre ble artiklene lest igjen, der det også ble skrevet notater av alle funnene som var relevante for problemstillingen. Det tredje steget til Evans (2002) analysemodell er å sammenligne funn på tvers av studiene, og identifisere og sortere temaene. Dette ble i oppgaven gjort ved å se på fellestrekk på tvers av forskningsartiklene. Videre ble det utformet fire undertemaer som felles samler resultatene fra de ulike studiene. I det fjerde steget til Evans (2002) analysemodell skal man lage en beskrivelse og syntese av funnene. Dette blir presentert i kapittel 3 og 4 i litteraturstudien.

3. Resultater

I dette kapitlet blir resultatene fra forskningsartiklene presentert i artikkelmatriser (se tabell 5 til 13). Videre blir en sammenfatning av resultatene presentert i undertemaer. Dette gjøres i kapittel 3.1.

Tabell 5 - Artikkelmatrise A

Referanse	Barlow, E. L., Hacker, N. F., Hussain, R., & Parmenter, G. (2014). Sexuality and body image following treatment for early-stage vulvar cancer: a qualitative study. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 70(8), 1856-1866.
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Studien ønsker å gi en dypere forståelse av opplevelsen til kvinner som ble behandlet for cancer vulva i tidlig stadium, med et fokus på opplevelsen av kroppsbilde og seksualitet.
Metode	Kvalitativ tilnærming basert på tolkningsfenomenologi. Semistrukturerte intervjuer. 10 kvinner fra Australia, alder 37-67 år, som hadde gjennomgått kirurgisk behandling av forskjellige omfang.
Resultat	De fleste av kvinnene etter behandling for cancer vulva som var seksuelt aktive fryktet smerte og forstyrrelser av samleie, og gruet seg til gjenopptakelse av samleiet etter operasjonen. Kvinner som hadde fjernet klitoris fortalte de ikke hadde deltatt i noen form for seksuell aktivitet siden operasjonen, inkludert tanker og følelser. Kvinner beskrev nummenhet over området for kirurgisk eksisjon, og rapporterte økt vanskeligheter med å få orgasme. Pasienter som gjennomgikk de mest omfattende operasjonene slet mere med forstyrrelser av deres følelse av femininitet og kroppsbilde.
Kommentar og relevans for problemstilling	Studien fremmer behovet for å forberede kommunikasjon om seksuelle problemer som kan oppstå etter behandling for cancer vulva, gjennom å sette lys på pasientenes egne opplevelser.

Tabell 6 - Artikkelmatrise B

Referanse	Jefferies, H., & Clifford, C. (2012). All change: the lived experience of younger women with cancer of the vulva. <i>Journal of clinical nursing</i> , 21 (15-16), 2327-2335.
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Studien ønsket å oppnå en forståelse for kvinnenes egen oppfatning av omsorg etter vulva cancer der pasientene selv kan fortelle om opplevelsen de hadde etter behandlingen.
Metode	Kvalitativ metode med fortolkende fenomenologisk tilnærming hos 13 kvinner under 50 år med cancer vulva. Semistrukturerte intervjuer med 33 spørsmål. Intervjuene foregikk mellom 6 måneder og 5 år etter operasjon.
Resultat	8 av 13 vinner rapporterte å ha opplevd maksimal forandring og maksimal forskjell i deres seksuelle funksjon. 5 av de er ikke i stand til å ha samleie, eller bare av og til. De resterende 3 rapporterte de har måtte holde ut under samleie for å gjenopprette sitt seksuelle forhold.
Kommentar og relevans for problemstilling	Studien øker bevisstheten for hvilke innvirkninger behandlinger for cancer vulva har for pasientenes seksualitet, ved å ta for seg pasientenes opplevelse.

Tabell 7 - Artikkelmatrise C

Referanse	Hazewinkel, M. H., Laan, E. T., Sprangers, M. A., Fons, G., Burger, M. P., & Roovers, J. P. (2012). Long-term sexual function in survivors of vulvar cancer: a cross-sectional study. <i>Gynecologic oncology</i> , 126 (1), 87-92.
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Studien ønsket å vurdere den seksuelle funksjonen hos overlevende kvinner med cancer vulva etter behandling
Metode	Undersøkende tverrsnittstudie med kvantitativ metode med 76 deltakere, der gjennomsnittsalder var 68 år. Gjennomsnittstid mellom behandling og spørreskjema var 5 år. 42 pasienter hadde mannlig partner. 30 pasienter hadde gjennomgått omfattende operasjoner.
Resultat	42% rapporterte en dårligere seksuell funksjon, der 15 personer rapporterte om dårligere, og 17 personer om en mye dårligere seksuell funksjon etter behandling. Nåværende seksuell funksjon viste seg å være negativt påvirket av alder og strålebehandling, men ble positivt påvirket av fysisk velvære, optimisme og av å ha en partner.
Kommentar og relevans for problemstilling	Studien undersøker den seksuelle funksjonen hos kvinner som har gjennomgått behandling for cancer vulva. Resultatene gir en indikasjon på problemene pasienter kan oppleve med sin seksuelle funksjon etter behandling.

Tabell 8 - Artikkelmatrise D

Referanse	Hay, C. M., Donovan, H. S., Hartnett, E. G., Carter, J., Roberge, M. C., Campbell, G. B., Zuchelkowski, B. E., & Taylor, S. E. (2018). Sexual Health as Part of Gynecologic Cancer Care: What Do Patients Want? <i>International journal of gynecological cancer: official journal of the International Gynecological Cancer Society</i> , 28(9), 1737-1742.
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Studien ønsket å forstå pasientens preferanser og opplevelser i forhold til seksuell helsehjelp. Dette for å undersøke om strategier for forbedring.
Metode	Kvantitativ metode. Anonym tverrsnittsundersøkelse av 83 gynekologiske kreftpasienter. Pasientene har nåværende eller tidligere gynekologisk kreft.
Resultat	34% av pasientene rapporterte seksualitet som viktig. Dette var assosiert med seksuell aktivitet, alder og forholdsstatus. Det ble rapportert at 57% aldri hadde diskutert seksualitet. Pasientens ubehag var den vanligste barrieren for mangelen på diskusjon, og bevissthet om dette var viktig for å utvikle effektive tilnærminger for å tilby seksuell helsehjelp. Flertallet av kvinnene rapporterte at en sykepleieledet intervensjon for å adressere seksualitet og intimitet kunne vært fint. Dette begrunnes med at pasientene først kan få etablert en relasjon med sykepleieren. Den beste tiden for informasjon ble identifisert ved oppfølging. Dette ettersom pasientene følte det kunne være overveldende med informasjon om seksualitet ved utredning og under behandlingen. Fokuset på veiledning og informasjon er avgjørende for at pasientene skal opprettholde seksuell funksjon.
Kommentar og relevans for problemstilling	Studien har undersøkt gynekologiske kreftpasienter generelt men inkluderer 8 pasienter med vulva cancer. Den er likevel relevant for problemstillingen ettersom den undersøker preferanser og strategier for forbedring om seksuell helsehjelp.

Tabell 9 - Artikkelmatrise E

Referanse	Lubotzky, F., Butow, P., Nattress, K., Hunt, C., Carroll, S., Comensoli, A., Philp, S., & Juraskova, I. (2016). Facilitating psychosexual adjustment for women undergoing pelvic radiotherapy: pilot of a novel patient psycho-educational resource. <i>Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy</i> , 19(6), 1290-1301.
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Pilotstudien ønsket å se på tilbakemeldinger om gjennomførbarhet, sikkerhet og akseptabilitet i et psykoseksuelt rehabiliteringshefte utviklet for kvinner som gjennomgår bekkenstrålebehandling. I tillegg ønsket studien å utforske kvinnens behov for informasjon og støtte angående deres seksuell helse etter bekkenstrålebehandling-rehabilitering.
Metode	Kvalitativ metode. Undersøker 20 kvinner med gynekologisk eller anorektal kreft som har vært behandlet med bekkenstrålebehandling i løpet av de siste 5 årene. De hadde alle fått vaginale dilatorer, og ga tilbakemeldinger på heftet gjennom et semistrukturert telefonintervju.
Resultat	Kvinner rapporterte at de syntes heftet var nyttig og informativt. Heftet bidro med tilleggsinformasjon til det som ble diskutert med klinikere. Flere kvinner rapporterte om at diskusjon om seksualitet ofte ble unngått under konsultasjoner. Dette til tross for at de opplevde plagsomme seksuelle opplevelser og vanskeligheter. Rehabiliteringsheftet understrekte helsearbeiderens behov for kommunikasjonstrening for seksuell helse for helsearbeidere, slik at samtalen kan foregå på en informert og behagelig måte.
Kommentar og relevans for problemstilling	Studien handler om pasienter med gynekologisk kreft eller anorektal kreft. Den er likevel relevant for problemstillingen ettersom den undersøker pasienter som har fått bekkenstrålebehandling, og deres tilbakemeldinger på et psykoseksuelt rehabilitering hefte utviklet for kvinner som gjennomgår behandlingen.

Tabell 10 - Artikkelmatrise F

Referanse	McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C., & Lebel, S. (2012). Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. <i>Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology</i> , 33(3), 135-142.
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Målet med studien var å utforske opplevelse av seksualitet hos pasienter etter gynekologisk kreftbehandling. I tillegg ønsket studien å skape forståelse for hvordan pasientenes opplevelse av gynekologisk kreftbehandling, kan lede evaluering av seksuelt helsebehov hos pasientene. Studien ønsket å informere om utviklingen av en intervensjon i fremtiden som forbedrer seksuell helse hos gynekologiske kreftpasienter.
Metode	Kvalitativ studie der 15 kvinner deltok i semistrukturerte intervjuer. Deltakerne hadde vært diagnostisert og ferdig behandlet for gynekologisk kreft.
Resultat	Behovet for mer inngående og tilgjengelig informasjonstjenester ble beskrevet av flertallet av kvinnene. Dette inkluderer blant annet om når samleie blir trygt. Det ble også beskrevet et behov for et mere strukturert screening- og informasjonssystem, med muligheten for å stille spørsmål og igjen tilbys passende tjenester. Noen kvinner følte at skriftlig informasjon hadde vært tilstrekkelig, men mange pasienter antydte at en-til-en tid med helsepersonell hadde vært nødvendig for å få oppfylt deres behov. Dette ble begrunnet med at det var lettere å stille spørsmål og diskutere seksuelle problemer gjennom samtale med helsepersonell. Pasientene mente det var nødvendig med både skriftlig informasjon og en-til-en interaksjon da det førte til åpenhet, som igjen gjorde det lettere for helsepersonell å hjelpe pasientene med seksualitetsrelaterte vanskeligheter etter behandling.
Kommentar og relevans for problemstilling	Studien handler om gynekologisk kreft generelt, men inkluderer 4 kvinner med cancer vulva. Studien er likevel relevant ettersom den undersøker hvilket behov kvinner med gynekologisk kreft har for å snakke om seksualitet, samt hvilken tilnæringsmetode de foretrekker.

Tabell 11 - Artikkelmatrise G

Referanse	Stabile, C., Goldfarb, S., Baser, R. E., Goldfrank, D. J., Abu-Rustum, N. R., Barakat, R. R., Dickler, M. N., & Carter, J. (2017). Sexual health needs and educational intervention preferences for woman with cancer. <i>Breast cancer research and treatment</i> , 165(1), 77-84.
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Studien ønsket å vurdere seksuelle helseproblemer hos kvinner med brystkreft eller gynekologisk kreft og hvilke pedagogiske intervensjonspreferanser de hadde.
Metode	Kvantitativ metode. Under polikliniske besøk fullførte pasientene en tverrsnittsundersøkelse, der de viktigste utfallsmålene var type seksuelle/vaginale problemer, seksuell dysfunksjon, bevissthet om behandling og foretrukne intervensjonsmetoder. Resultatene ble kategorisert etter alder, behandlingsstatus og sykdommens plassering.
Resultat	48% av pasientene rapporterte at de selv hadde måtte ta opp deres seksuelle helseproblem med helsepersonell. 70% av pasientene rapporterte at de foretrakk at emnet blir tatt opp av helsepersonell. Mest foretrukket intervensjonspreferanse var skriftlig informasjon, etterfulgt av diskusjon med ekspert. Kvinner <50 år foretrakk å diskutere bekymringene sine ansikt til ansikt. Kvinner >50 år var mere interessert i nettintervensjoner, selv om kun 94% hadde tilgang til datamaskin. For å hjelpe kvinner med å takle følgene av behandling, kan forbedret lege-pasientkommunikasjon, pedagogiske ressurser og bevissthet ved bruk av velprøvde strategier innen seksuell helse være nyttig.
Kommentar og relevans for problemstilling	Studien omhandler ikke pasienter med cancer vulva, men er likevel relevant for problemstillingen ettersom den handler om foretrukne intervensjonsmetoder for å snakke om seksuell helse kvinner med bryst og gynekologisk kreft.

Tabell 12 - Artikkelmatrise H

Referanse	Chapman, C. H., Heath, G., Fairchild, P., Berger, M. B., Wittmann, D., Uppal, S., Tolpadi, A., Maturen, K., & Jolly, S. (2019). Gynecologic radiation oncology patients report unmet needs regarding sexual health communication with providers. <i>Journal of cancer research and clinical oncology</i> , 145(2), 495-502.
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Det er lite kjent om hvordan kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell er om seksuell helse, selv om det er rapportert høye nivåer av seksuell dysfunksjon etter strålebehandling for gynekologiske kreft. Studien ønsket derfor å vurdere pasientens holdninger og tanker om å dele sin seksuelle historie til helsepersonell.
Metode	Kvantitativ metode. 75 pasienter som har blitt behandlet med bekkenrøntgenstråling for gynekologisk kreft deltok i en tverrsnittsundersøkelse.
Resultat	Det var stor enighet om at seksuell funksjon var viktig for den generelle helsen blant pasienter med gynekologisk kreft som hadde gjennomgått strålebehandling. Videre var de enige om at helsepersonell burde regelmessig spørre om den seksuelle helsen til pasienten. De fleste foretrakk å snakke med kvinnelig helsepersonell.
Kommentar og relevans for problemstilling	Studien undersøkte pasienter med gynekologiske cancer, og ikke spesifikt vulva cancer, men har relevans for problemstillingen ettersom den undersøker understreker behovet for en forbedret kommunikasjon om seksuell helse mellom kreftpasienter og leverandører.

Tabell 13 - Artikkelmatrise I

Referanse	Perz, J., Ussher, J. M., & Australian Cancer and Sexuality Study (2015). A randomized trial of a minimal intervention for sexual concerns after cancer: a comparison of self-help, and professionally delivered modalities. <i>BMC cancer</i> , 15, 629.
Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	Studien ønsker å evaluere de tidlige stadiene av PLISSIT-modellen. Dette med å undersøke den effekten informasjon om kreftrelaterte seksuelle endringer.
Metode	Randomisert prøveutforming og blandet metodeanalyse. Kombinasjon av kvantitative og kvalitative metode. Deltakere: 88 mennesker med kreft (47 kvinner; 41 menn) og 53 partnere. 81% hadde prostata, bryst eller gynekologisk kreft.
Resultat	Studien viste positive erfaringer av samtale med helsepersonell. Flertallet rapporterte at samtalen var nyttig for å hjelpe med å håndtere seksuale endringer, og bidro samtidig med å gjøre det lettere å snakke med partneren sin om seksuale vanskeligheter. Det ble rapportert at normalisering av seksuale endringer bidro til å redusere bekymringer, som igjen førte til større opplevelse følelse av komfort i egen kropp. Flere deltakere skulle ønske de hadde fått slik informasjon fra begynnelsen. Resultatene antyder at informasjon levert av helsepersonell og skriftlig informasjon oppfylder målene i de tidlige stadiene av PLISSIT-modellen. Dette gjennom å gi «tillatelse», «begrenset informasjon» samt «spesifikke forslag» for å hjelpe med seksuelle endringer etter kreft. Funn i studien antyder at en samtale med helsepersonell kan ha større fordel enn skriftlig informasjon alene.
Kommentar og relevans for problemstilling	Studien omtaler pasienter med kreft generelt, men inneholder pasienter med gynekologisk kreft. Studien er likevel relevant for problemstillingen ettersom den undersøker effekten av de tidlige stadiene av PLISSIT-modellen for pasienter som har fått seksuelle problemer etter kreft.

3.1. Sammenfatning av resultater

Hovedfunn i denne litteraturstudiens forskningsartikler er presentert i følgende undertemaer: fysiske og psykiske opplevelser av seksuell helse etter behandling for cancer vulva, barrierer for veiledning om seksuell helse, tidspunkt for veiledning om seksuell helse og metode for veiledning om seksuell helse.

3.1.1. Fysiske og psykiske opplevelser av seksuell helse etter behandling for cancer vulva

Et felles funn for studiene er at pasientene opplevde fysisk og psykologiske endringer i den seksuelle helsen etter behandling for cancer vulva, og resultatene viste en betraktelig dårligere seksuell funksjon og FSFI-score¹ (Barlow et al., 2014; Hazewinkel et al., 2012; Jefferies et al., 2012; McCallum et al., 2012). Det fremkommer i studiene at flere pasienter hadde en dominerende følelse av frykt etter behandlingen, og bekymret seg for forstyrrelser og smerter under samleie (Barlow et al., 2014; Hazewinkel et al., 2012). Kvinner hadde økt vanskelighet med å oppnå orgasme, og hadde en endret eller nummen følelse over vulva (Barlow et al., 2014). Flere studier viser at kvinner gjennomgått behandling ikke var i stand til, eller ikke hadde gjenopptatt seksuell aktivitet (Barlow et al., 2014; Hazewinkel et al., 2012; Jefferies et al., 2012). Studier viser også at kvinner etter behandlingen ikke hadde seksuelle følelser eller tanker, og manglet seksuell lyst (Barlow et al., 2014; Hazewinkel et al., 2012). Kvinner slet betydelig med deres følelse av feminitet, og opplevde negative forandringer på deres kroppsbilde. Dette påvirket deres seksuelle forhold negativt (Barlow et al., 2014; Jefferies et al., 2012; McCallum et al., 2012).

3.1.2. Barrierer for veiledning om seksuell helse

Funn i flere av studiene viser at seksuell helse aldri eller sjeldent ble diskutert fra helsepersonell, og at diagnosens og behandlingens konsekvenser for seksualitet aldri ble nevnt til pasientene (Chapman et al., 2019; Hay et al., 2018; Lubotzky et al., 2016; Perz el al., 2015; Stabile et al., 2017). Pasienter oppfattet at helseteamet ikke hadde tilstrekkelig tid, ressurser eller kunnskap til å snakke om seksualitet (Hay et al., 2018). Lubotzky et al. (2016) rapporterte at pasientene oppfattet det som om helsevesenet unngikk, skjulte eller ignorerte temaet, og at de virket ukomfortable med å ta opp samtalen.

Det viser seg gjennom funn i flere av studiene at det var barrierer for veiledning om seksuell helse. Pasienter rapporterte at komfortnivået og forlegenhet var den mest omfattende barrieren for å diskutere seksuell helse. De følte det var pinlig å diskutere bekymringer om seksuell helse med helsepersonell til tross for deres store nød og

¹ FSFI-score står for kvinnelig seksuell funksjonsindeks (Female Sexual Function Index) og er en skala for å vurdere seksuell funksjon hos kvinner (Wiegel et al., 2005)

bekymringer. Pasienter fortalte de ikke er vant til å snakke om seksualitet med andre generelt (Chapman et al., 2019; Hay et al., 2018; McCallum et al., 2012; Stabile et al., 2017). Studien til Stabile et al. (2017) viser at det var mindre sannsynlig at eldre snakket om seksualitet enn yngre pasienter. En annen studie rapporterte at yngre pasienter syntes det ville vært pinlig å diskutere seksuelle bekymringer med jevnaldrende. Flertallet av pasientene foretrakk kvinnelig helsepersonell (Chapman et al., 2019).

I flere studier var pasientene enige om at helsevesenet regelmessig burde diskutere seksualitet, uavhengig om man var komfortable med emnet eller ikke, og at helsepersonell er den som starter samtalen (Chapman et al., 2019; Hay et al., 2018; Perez et al., 2015; Stabile et al., 2017). Studien til Hay et al. (2018) rapporterer at en sykepleieledet intervensjon kan være en fordel for pasienten, ettersom sykepleieren før samtalen kan etablere en relasjon med pasienten. Studien sier videre at sykepleieren kan normalisere og integrere samtalen i rutinemessig behandling, og samtidig anerkjenne følsomheten til emnet.

3.1.3. Tidspunkt for veiledning om seksuell helse

Flere studier har rapportert når pasientene foretrekker tidspunkt for veiledning om seksuell helse (Hay et al., 2018; Hazewinkel et al., 2012; Lubotzky et al., 2016; Perz et al., 2015). Studien til Hay et al. (2018) viser at det mest foretrukne tidspunktet for samtale om seksualitet er under oppfølgingen. Dette begrunnes med at pasientene følte det ville vært overveldende og viktigere ting å tenke på ved å ha en slik samtale før. Andre studier rapporterer at pasientene sterkt skulle ønske de hadde hatt informasjon om seksuell helse i begynnelsen av behandlingen, ettersom de følte det ville ha redusert bekymringer og skyldfølelse ovenfor partner (Lubotzky et al., 2016; Perz et al., 2015). Flere studier viser at pasienter ønsker regelmessig samtale om seksualitet, og ønsker informasjonen ved diagnosetidspunktet, pre- og post operativt og ved oppfølgingen (Chapman et al., 2019; Hay et al., 2018; Hazewinkel et al., 2012; Lubotzky et al., 2016).

3.1.4. Metode for veiledning om seksuell helse

Studie viser at informasjon og veiledning om seksuell helse hjalp pasientene med å overvinne seksuelle og vaginale utfordringer. Det reduserte frykt da pasientene fikk kunnskap om hva en kunne forvente (Lubotzky et al., 2016). Studier fant ut at pasienter ønsket informasjon om når det ble trygt å ha samleie, og hvilke konsekvenser kreften og behandlingen har for seksualiteten. De ønsket også informasjon om hvordan håndtere vaginale endringer og opprettholdelse av seksualitet (Hay et al., 2018; Lubotzky et al., 2016; McCallum et al., 2012).

Flere studier viser at pasienter syntes det hadde vært nyttig å snakke med en seksuell helseekspert, og at det burde tilbys spesialisthjelp i tilfelle seksuell dysfunksjon (Hazewinkel et al., 2012; Stabile et al., 2017). Studier viser at pasientene hadde behov for mere tilgjengelig og inngripende informasjon om hva de hadde opplevd (Chapman et

al., 2019; Hay et al., 2018; Hazewinkel et al., 2012; Jefferies et al., 2012; Lubotzky et al., 2016; McCallum et al., 2012; Perz el al., 2015). Flere pasienter utrykte at skriftlig informasjon hadde vært tilstrekkelig, men at skriftlig informasjon i forkant av samtale med helsepersonell er et fint utgangspunkt for samtalen. Samtale med helsepersonell foretrekkes, og begrunnes med økt mulighet for å stille spørsmål, diskutere bekymringer, og få tilbud om passende tjenester. Dette gjorde det lettere å håndtere seksuelle endringer (Hay et al., 2018; McCallum et al., 2012; Perz el al., 2015; Stabile et al., 2017).

Studier viser at pasienter ga positive tilbakemeldinger på informasjon gitt i form av et hefte, og at det bidro til å redusere bekymringer, fremmedgjøring og ga en åpning for å snakke om seksualitet (Lubotzky et al., 2016; Perz el al., 2015). Lubotzky et al. (2016) viser også at pasienter synes det var nyttig med kvinnelig anatomidiagrammer. Stabile et al. (2017) fant ut at gruppesamtaler og telefonbaserte intervensjoner ikke ble foretrukket for å diskutere bekymringer rundt seksuell helse.

Pasienter uttrykte at i veiledning burde helsepersonell fokusere på åpenhet og normalisering. Dette ville føre til større aksept av seksuelle problemer og større følelse av komfort i kroppens begrensninger (McCallum et al., 2012; Perz el al., 2015). Perez et al. (2015) viser også at de tidlige stadiene av PLISSIT-modellen, «tillatelse», «begrenset informasjon» og «spesifikke forslag», har stor betydning når det kommer med å hjelpe ved seksuelle endringer etter kreft, og blir oppfylt både ved skriftlig informasjon og samtale med helsepersonell. Videre viser studien at den første fasen av PLISSIT-modellen, «tillatelse», bør være kjernefunksjonen for alle intervensjoner som omhandler seksualitet.

4. Diskusjon

I det påfølgende kapittelet vil resultatene fra forskningsartiklene bli diskutert opp mot faglitteratur, Travelbees sykepleieteori og annen teori. Funnene i denne litteraturstudien blir først diskutert i sammenheng med hovedfunnene fra forskningsartiklene. Dette gjøres i kapitlene 4.1 til 4.4. Deretter blir implikasjoner for sykepleie diskutert i kapittel 4.5, med påfølgende metodediskusjon i kapittel 4.5. Avslutningsvis diskuteres hovedfunnene i sammenheng med problemstillingen; Hvordan kan sykepleier veilede pasienter med cancer vulva om utfordringer knyttet til seksualitet etter gjennomgått behandling? Dette gjøres i kapittel 4.6.

4.1. Fysiske og psykiske opplevelser av seksuell helse etter behandling for cancer vulva

Denne litteraturstudien viser at pasienter behandlet for cancer vulva opplever fysiske og psykiske påvirkninger på den seksuelle helsen. Litteratur beskriver at pasientene opplever betydelig seksuell dysfunksjon etter behandlingen for cancer vulva (Jensen, 2011). Dette samsvarer med studier som fant ut at kvinnene hadde en betrakteligere dårligere FSFI-score etter behandling for cancer vulva, og opplevde både fysiske og psykologiske endringer i den seksuelle helsen (Barlow et al., 2014; Hazewinkel et al., 2012; Jefferies et al., 2012; McCallum et al., 2012).

Operasjonen fører til ødeleggelse av nerver på vulva (Bitzer & Alder, 2011), og det kan bli vanskelig å oppnå orgasme (Kreftforeningen, 2020). Dette samsvarer med studie som viser at pasienter etter behandlingen for cancer vulva opplevde økt vansker med å oppnå orgasme, og hadde endret eller nummen følelse over vulva (Barlow et al., 2014). I tillegg fører operasjonen til smerter, sårddannelser og innsnevring av vaginal inngang (Jensen, 2011). Samtidig viser Kreftforeningen (2020) at et mål under operasjonen er at vaginal penetrering fortsatt skal være gjennomførbart. Likevel viser studier at pasienter utsatte eller ikke var i stand til å gjenopprette seksuell aktivitet etter behandlingen, og at de hadde en følelse av frykt for smerter under samleie (Barlow et al., 2014; Hazewinkel et al., 2012; Jefferies et al., 2012).

Egenerfaring som sykepleierstudent i praksis styrker faglitteraturen beskrivelse om at strålebehandling på bekkenfeltet kan føre til sår på vulvas slimhinner (Gamnes, 2016). En av pasientene var svært sår etter strålebehandling for cancer vulva. Hun skrek av smerte ved underlivsvask, og klarte ikke å sitte på grunn av de sterke smertene. Strålebehandlingen kan også føre til sammenvoksinger og arrdannelser, samt lekkasje eller hyppig vannlatning. I tillegg til kan tarmen forsnevres som igjen kan føre til diare og smerter. Dette kan føre til problemer ved samleie (Gamnes, 2016; Jerpseth, 2016). Dette samsvarer med studien til Hazewinkel et al. (2012) som viser at strålebehandling negativt påvirket den seksuelle funksjonen hos kvinner behandlet for cancer vulva.

Etter behandlingen for cancer vulva vil vulva se annerledes ut, og kroppen kan oppleves mere fremmed. Dette kan føre til endret kroppsbilde, redusert selvbilde og nedsatt seksuell lyst, som igjen kan ha konsekvenser for seksuallivet (Jacobsen, 2017; Jerpseth, 2016). En annen erfaring fra praksis som sykepleierstudent ga innsyn i hvordan pasienter kan oppleve å gjennomgå operasjon som en del av behandlingen for cancer vulva. Pasienten måtte fjerne kjønnsleppene og klitoris, og opplevde det som svært tungt å gjennomgå operasjonen. Studier samsvarer med erfaringen ved at kvinner rapporterte det som om kroppen deres hadde sviktet dem. De slet betydelig med deres følelse av feminitet, og opplevde negative forandringer ved eget kroppsbilde etter behandlingen for cancer vulva (Barlow et al., 2014; Jefferies et al., 2012; McCallum et al., 2012). Faglitteraturen beskriver at å miste en kroppsdelt som forbindes med kvinnelighet kan føles som tap av kvinnelig identitet. Å kjenne og stole på egen kropp har stor betydning for seksualiteten (Jacobsen, 2017; Jerpseth, 2016).

Seksualitet er vist å være et grunnleggende behov av å være et menneske (Jerpseth, 2016). Litteraturen beskriver at nedsatt selvbilde og endret kroppsbilde påvirker seksuell lyst (Jacobsen, 2017). Fysiske endringer får sammen med dette konsekvenser og ringvirkninger for hele seksualiteten (Borg, 2017). Studier viser at kvinner etter behandlingen ikke hadde noen seksuelle følelser eller tanker, og manglet seksuell lyst (Barlow et al., 2014; Hazewinkel et al., 2012). Dette kan ses i sammenheng med den biopsykososiale modellen (se figur 1) som ser sammenhenger mellom forstyrrelser i seksualfunksjonen, der biologiske, psykologiske og sosiale forhold henger sammen og påvirker hverandre (Landmark et al., 2012).

4.2. Barrierer for veiledning om seksuell helse

Denne litteraturstudien viser at det er flere barrierer for veiledning om seksuell helse. I introduksjonskapitlet ble det referert til et intervju med Carola som stilte spørsmål om hun noen gang kunne ha sex igjen. I samme intervju fortalte hun at det ikke har vært mye psykologisk hjelp å få i ettertid (Alstöm, 2019). Jerpseth (2016) beskriver at pasientene ofte er misfornøyde med helsepersonells unnvikende holdning til å ta opp seksuelle problemer. Studier viser at helsepersonell sjeldent eller aldri nevner kreftdiagnosens og den påfølgende behandlingens konsekvenser for seksualitet (Chapman et al., 2019; Hay et al., 2018; Lubotzky et al., 2016; Perz et al., 2015; Stabile et al., 2017). Dette står i kontrast til sykepleierens informasjonsplikt om å adressere konsekvensene en behandling gir (Gamnes, 2016). Travelbees (1999) definisjon av sykepleie inkluderer å hjelpe individet med å forebygge eller mestre erfaringer med lidelse og sykdom. Denne definisjonen vil da også inkludere å veilede pasienter med seksuelle utfordringer etter behandling for cancer vulva.

I en strategi for seksuell helse fra Helse- og omsorgsdepartementet (2016) blir det beskrevet at i den norske befolkningen er det gjort store fremskritt i arbeidet for bedre seksuell helse de siste tiårene, og det er økende oppmerksomhet rundt betydningen av seksualitet. Jerpseth (2016) beskriver at seksualitet er et av menneskets grunnleggende behov. En sykepleier har ansvar for at pasientenes grunnleggende behov blir ivaretatt, og pasientens seksuelle behov skal dermed ivaretas på lik linje som resten av kroppens grunnleggende behov (Gamnes, 2016). Det viser seg at til tross for den betydningen

seksualitet har, er det liten oppmerksomhet rundt seksualitet og seksuell helse ved sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Studier rapporterer at pasienter opplevde at helsevesenet ikke hadde tilstrekkelig kunnskap og tid. I tillegg følte de at helsepersonell ignorerte og virket ukomfortable til å snakke om seksualitet (Hay et al., 2018; Lubotzky et al. 2016). Helse- og omsorgsdepartementet (2016) beskriver at helsepersonells unngåelse av å snakke om temaet til pasienter, kan komme av at temaet blir sett på som et «luksusproblem», som nedprioriteres til fordel for annen informasjon.

Studier fant ut at pasientene er enige om at helsevesenet regelmessig burde diskutere seksualitet med pasientene, og foretrakk at kvinnelig helsepersonell var den som startet samtalen (Chapman et al., 2019; Hay et al., 2018; Perez et al., 2015; Stabile et al., 2017). Dette samsvarer med helse- og omsorgsdepartementet (2016) som beskriver at pasienter ønsker at seksualitet skal tematiseres, og foretrekker at helsepersonell tar opp temaet. Faglitteratur beskriver også at kvinnene ofte trenger en invitasjon fra sykepleier for å snakke om egne opplevelser om seksualitet (Jerpseth, 2016). Dette kan ses i sammenheng med det første nivået av PLISSIT-modellen, «tillatelse» (Gamnes, 2016). Funn i studie viser at nivået bør være kjernefunksjonen for alle intervensjoner for å snakke om seksuell helse (Perz et al., 2015). Det kommer samtidig fram i faglitteratur at sykepleier bør jobbe med seg selv og sine holdninger på seksualitet, for å tørre å snakke om temaet med pasienter (Borg, 2017).

Studier fant ut at det er barrierer for kommunikasjon om seksuell helse, der komfortnivået og forlegenheten til pasienten er den mest omfattende barrieren. Pasienter er generelt ikke vant med å snakke om seksualitet med andre (Chapman et al., 2019; Hay et al., 2018; McCallum et al., 2012; Stabile et al., 2017). Dette samsvarer med faglitteratur som beskriver at underlivskraft er et tabuområde som kan være vanskelig å snakke om (Jacobsen, 2017). I tillegg er seksualiteten noe av det mest private hos et menneske (Gamnes, 2016). Studien til Stabile et al. (2017) viser at det er mindre sannsynlig at eldre snakket om seksualitet enn yngre pasienter. Samtidig rapporterte en annen studie at yngre pasienter synes det ville vært pinlig å diskutere seksuelle bekymringer med jevnaldrende (Chapman et al., 2019).

En studie forteller at sykepleieledet intervensjon kan være en fordel, ettersom sykepleieren kan etablere en relasjon med pasienten i forkant av samtalen (Hay et al., 2018). Faglitteratur beskriver at sykepleieren ofte har mye kontakt med pasienten, og kan derfor være den pasienten åpner seg til (Gamnes, 2016). Dersom en ser dette i sammenheng med Travelbees (1999) mening om at sykepleie er en mellommenneskelig prosess, kan sykepleieren gi sykepleie tilpasset pasientens individuelle behov. Dette mener Travelbee kan gjøres ved å etablere et menneske-til-menneske forhold for å bli kjent med pasienten som en unik person. Jacobsen (2017) beskriver at det kan være lurt å benytte naturlige situasjoner når en skal snakke om vanskelige temaer. Dette samsvarer med studie som viser at sykepleieren kan normalisere og integrere samtalen i rutinemessig behandling (Hay et al., 2018).

4.3. Tidspunkt for veiledning om seksuell helse

Funn i denne litteraturstudien viser at det er ulike preferanser fra pasienter om tidspunkt for veiledning om seksuell helse. En studie viser at det mest foretrukne tidspunktet for veiledning om seksualitet er under oppfølgingen. Dette begrunnes med at det opplevdes overveldende å ha samtale om seksualitet før dette, da det var viktigere ting å tenke på (Hay et al., 2018). Dette kan ses i sammenheng med faglitteratur som beskriver at den første tiden når en kvinne rammes av kreft, ofte vil være preget av sjokk og vantro (Jerpseth, 2016). I kontrast viser Perz et al. (2015) at pasientene sterkt ønsket informasjon om seksuell helse i begynnelsen av behandlingen. Dette ettersom pasientene følte det ville føre til færre bekymringer rundt seksuelle helse, og skyldfølelse ovenfor partner.

Samtidig viser andre studier at pasienter ønsker å ha samtale ved diagnosetidspunktet, pre- og postoperativt, og at det regelmessig burde tas opp (Chapman et al., 2019; Hay et al., 2018; Hazewinkel et al., 2012; Lubotzky et al., 2016). Funnene i studiene kan ses i sammenheng med Travelbees (1999) mening om «timing». Hun beskriver at sykepleieren må ha en følelse av «timing» for når en som sykeleier bør snakke, og når pasienten trenger å være i fred. Derfor kan en tenke seg at dette i tillegg til Jerpstads (2016) beskrivelse om at det er viktig å tilpasse veiledning etter pasientens behov, er aktuell når en som sykepleier skal vurdere når veiledning om seksuell helse skal finne sted. I tillegg blir det beskrevet at det kan være lurt å gjenta informasjonen (Jerpstad, 2016).

4.4. Metode for veiledning om seksuell helse

Denne litteraturstudien har undersøkt ulike metoder for veiledning om seksuell helse. Travelbee mener at kjernen i helsefremmende undervisning handler om å hjelpe enkeltindivider til å mestre erfaringer som lidelse og sykdom påfører (Travelbee, 1999). Dette kan sykepleieren gjøre gjennom å veilede og gi informasjon om endringer som kan oppstå i seksualiteten, som følge av behandling og sykdom (Jacobsen, 2017). Litteraturen beskriver det er viktig å tilpasse pasientens individuelle behov for informasjon og veiledning (Borg, 2017). Dette kan ses i sammenheng med Travelbees (1999) mening om at ethvert menneske er en unik person. Samtidig viser studier at pasientene har behov for mer inngripende og tilgjengelig informasjon (Chapman et al., 2019; Hay et al., 2018; Hazewinkel et al., 2012; Jefferies et al., 2012; Lubotzky et al., 2016; McCallum et al., 2012; Perz et al., 2015). Dette samsvarer med Helse- og omsorgsdepartementet (2016) som beskriver det ofte er mangelfull tilgang på informasjon og veiledning om seksuelle problemer ved sykdom og behandling.

Det andre nivået av PLISSIT-modellen, «begrenset informasjon», symboliserer et nivå der pasienter har behov for saklig og enkel informasjon om seksualitet (Gamnes, 2016). Studie viser at fasen er av stor betydning for å hjelpe ved seksuelle endringer etter kreft (Perz et al., 2015). En annen studie viser ut at informasjon om seksuell helse reduserte bekymringer hos pasienter, og hjalp de med seksuelle vanskeligheter (Lubotzky et al., 2016). Litteraturen beskriver at sykepleieren ikke trenger spesialkompetanse for å kunne veilede rundt seksualitet på dette nivået, og det kan være god hjelp å bare være lyttende og empatisk (Gamnes, 2016).

Studier fant ut at å gi informasjon gjennom et hefte reduserte bekymringer og fremmedgjøring, og gjorde det lettere å snakke om seksualitet gjennom å bruke emnene fra heftet (Lubotzky et al., 2016; Perz et al., 2015). Studier viser at skriftlig informasjon oppleves tilstrekkelig, men at dette i forkant av samtale med helsepersonell er et fint utgangspunkt for samtalen. Studiene viser at det foretrekkes å motta veiledning gjennom en samtale med helsepersonell. Dette ettersom det gir økt mulighet for å stille spørsmål, diskutere bekymringer og få tilbud om passende tjenester, som gjorde det nyttig å håndtere seksuelle endringer (Hay et al., 2018; McCallum et al., 2012; Perz et al., 2015; Stabile et al., 2017). Dette samsvarer med litteraturen som beskriver at muntlig informasjon er en fordel (Gamnes, 2016), og kan ses i sammenheng med Jacobsen (2017) som beskriver at det er viktig for pasientene å få satt ord på sine opplevelser.

Litteraturen beskriver at det kan være av betydning for pasienten å delta i støttegrupper, og det viser seg at det gir positiv helsegevinst for pasienter å delta i felleskap der en opplever å være i samme situasjon (Jerpseth, 2016). En studie viser i kontrast at gruppesamtaler var det minst foretrukne metoden for å diskutere bekymringer rundt seksuell helse. Studien viser også at telefonbasert intervensjoner ikke ble foretrukket (Stabile et al., 2017).

Mange kvinner kan være usikre på egen kropp og seksualitet etter behandlingen. Dersom sykepleier forteller om normalvariasjoner for seksualitet, kan det føre til tillitt til den endrede kroppen (Jerpseth, 2016). Dette samsvarer med studier der pasienter utrykte at mer åpenhet og normalisering av kroppsfunksjoner fører til økt følelse av komfort i kroppens begrensinger, og aksept av seksuelle problemer (McCallum et al., 2012; Perz et al., 2015). Selv om gjennomsnittsalderen for cancer vulva er omkring 65 år (Kreftlex, u.å.c), øker andelen av befolkningen over 70 år som er seksuelt aktive (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Det er derfor viktig med seksuell rehabilitering for alle aldersgrupper (Borg, 2017). Litteraturen beskriver også at sykepleieren må veilede pasienten om seksualitetens mangfold, som i stor grad bare kan inneholde intimitet og nærhet uten samleie (Jerpseth, 2016).

Det er viktig at sykepleieren veileder om hvilke seksualtekniske hjelpemidler som finnes (se tabell 1), og hvordan en kan benytte dem (Jerpseth, 2016). Dette kan ses i sammenheng med det tredje nivået i PLISSIT-modellen «spesifikke forslag», som krever at sykepleieren på forhånd må tilegne seg kunnskap om ulike løsninger og forslag (Gamnes, 2016). Studien av Perez et al. (2015) viser at denne fasen er av stor betydning for å hjelpe pasientene med den seksuelle helsen etter behandling. Samtidig er viktig å finne ut om informasjonen har vært tilfredsstillende, og om den er forstått (Gamnes, 2016).

Travelbee (1999) mener at en systematisk tilnærming blant annet inkluderer å vurdere sine egne muligheter for å møte pasientens behov, eller om sykepleieren bør henvise til andre helsearbeidere. Dette kan ses i sammenheng med studier som viser at pasienter rapporterte det ville vært nyttig å snakke med en seksuell helseekspert, og at det burde tilbys spesialisthjelp i tilfelle seksuell dysfunksjon (Hazewinkel et al., 2012; Stabile et al., 2017). Dette kan også ses i sammenheng med det siste nivået av PLISSIT-modellen, «intensiv terapi». Dette nivået er ment for pasienter som har behov for et mer spesialisert behandlingstilbud. Nivået krever spesialisert kunnskap i form av sexologi (Gamnes, 2016), og denne litteraturstudien har vist at det kan være aktuelt for noen av pasientene behandlet for cancer vulva.

4.5. Implikasjoner for sykepleie

På bakgrunn av funn i denne litteraturstudien er det belyst betydningen sykepleieren har på å veilede om seksualitet etter behandling for cancer vulva. Funnene i litteraturstudien er relevante for sykepleiere som jobber på sykehus med denne pasientgruppen. Enkelte funn i litteraturstudien kan også overføres til andre pasientgrupper når en skal veilede om seksualitet. Denne litteraturstudien belyser gjennom faglitteratur og forskningsartikler at dagens praksis, med å veilede og gi informasjon om seksuelle utfordringer etter behandling for cancer vulva, er mangelfull. Egenerfaring som sykepleierstudent i praksis samsvarer med denne litteraturstudien. Derfor gir litteraturstudien indikasjon på at sykepleiere må jobbe videre med seg selv, som profesjon og med systemet for å få endret dagens praksis. Gjennom denne litteraturstudien er det belyst ulike måter en kan veilede pasienter med cancer vulva om seksuell helse. En kan bruke funnene fra litteraturstudien som sykepleier i veiledning om seksuell helse hos pasienter behandlet for cancer vulva.

4.6. Metoderefleksjon

Artiklene i denne litteraturstudien er fagfellevurderte, der 3 av forskningsartiklene har ifølge NSD publiseringskanaler nivå 2, og de resterende artiklene har nivå 1. Artiklene er publisert i internasjonale anerkjente journaler med impact faktor² fra 2,29 til 4,41. Resultatene i litteraturstudien har flere metodiske vinklinger. De kvalitative forskningsartiklene har resultater fra et utvalg på til sammen 58 informanter. Resultatene fra kvantitative studier er i all hovedsak signifikante. Totalt blir resultatene i artiklene ansett som relevante, pålitelige og valide for litteraturstudien, noe som Dalland (2014) beskriver er sentralt i vurdering av troverdighet til forskning.

En styrke ved litteraturstudien er at den setter lys på cancer vulva som er lite omtalt som en av kreftformene innen gynekologisk cancer. Litteraturstudien utforsker dermed et område det er lite skrevet om tidligere. I tillegg tar litteraturstudien for seg temaet seksualitet som også er område som ikke er blitt fokusert så mye på. Til tross for at seksualitet er et felt som er blitt snakket og fokusert mere på de siste årene, viser det seg at det fortsatt at det ikke blir utført tilstrekkelig i dagens praksis. Derfor er det en styrke at denne litteraturstudien fortsetter å sette lyst på temaet.

Det at cancer vulva er et lite omtalt tema er også en svakhet i studien, da det er lite forskning og litteratur på kreftformen. Dette gjorde at ble brukt forskning som omhandlet gynekologisk kreft generelt. En annen svakhet med litteraturstudien kan være funn fra informanter som takket nei til å være med i studiene. En grunn for å takke nei kan være at det er vanskelig og et tabubelagt emne å prate om. Derfor kan eventuelle funn fra disse informantene vært av betydning. En annen svakhet med litteraturstudien er at i studiene var det et mindretall av informantene som hadde gjennomgått omfattende operasjon av vulva. Dermed kan det hende resultatene fra studiene hatt et annet utfall dersom flere av pasientene hadde gjennomgått omfattende operasjoner.

² Impact Faktor er et tidsskrift mål på antall siteringer tidsskriftet har fått i et bestemt år, og brukes ofte som et kvalitetsmål på forskning (Universitetet i Oslo, 2019)

4.7. Konklusjon

Problemstillingen for denne litteraturstudien er; Hvordan kan sykepleier veilede pasienter med cancer vulva om utfordringer knyttet til seksualitet etter gjennomgått behandling? Denne litteraturstudien viser gjennom forskningsartikler, faglitteratur og egenerfaring at pasientene etter behandling for cancer vulva opplever betydelig endringer i den fysiske og psykologiske seksuelle funksjonen. Behandlingen gir fysiske seksuelle problemer som fører til vanskeligheter med seksuell aktivitet. I tillegg vil kreftformens lokalisasjon og påfølgende operasjon medføre psykologiske seksuelle endringer. Dette kan inkludere endringer i kvinnes kroppsbilde, selvbilde og seksuell lyst. Den seksuelle helsen til pasienter behandlet for cancer vulva kan ses i sammenheng med den biopsykososiale modellen som ser sammenhengen mellom biologiske, psykologiske og sosiale forhold.

Til tross for pasientenes store behov og ønske for informasjon og veiledning om seksuell helse, viser litteraturstudien at dette er mangelfullt fra helsepersonell. Dette står i kontrast med sykepleierens informasjonsplikt, yrkesetiske retningslinjer, Joyce Travelbee sykepleieteori og sykepleiers lære om grunnleggende behov. Underlivskreft og seksualitet er vist å være et tabuområde. Studier viser at pasienter opplever det er ubehagelig å snakke om seksualitet. Eldre synes det er mere ubehagelig å snakke om temaet enn yngre, men noen yngre synes det er pinlig å diskutere seksualitet med jevnaldrende. Pasientene foretrekker at en kvinnelig sykepleier tar opp temaet til et tidspunkt tilpasset pasientens individuelle behov. Det kan være fordel å ha etablert Travelbees teori om menneske-til-menneske forhold, og samtidig integrere veiledningen om seksualitet i naturlige situasjoner.

Når sykepleieren skal veilede pasientene om seksuell helse er PLISSIT-modellen et godt utgangspunkt når en skal snakke om seksualitet. Litteraturstudien viser at pasientene gjennomgått behandling for cancer vulva kan ha behov for veiledning på alle nivåene av modellen. Informasjon og veiledning er vist å ha betydning for å takle utfordringer knyttet til seksualitet. Denne litteraturstudien viser at pasientenes mest foretrukne veiledningsmetode er skriftlig informasjon etterfulgt av samtale med sykepleier. I tillegg er det vist at informasjon gitt gjennom et hefte, og å delta i støttegrupper gir positiv tilbakemelding. Sykepleieren bør veilede om seksualtekniske hjelpemidler (se tabell 1). Det kan være av betydning å fortelle om normalvariasjoner for seksualitet, og seksualitetens mangfold. Selv om cancer vulva rammer flest eldre er det viktig med seksuell rehabilitering for alle aldersgrupper. Sykepleieren bør også henvise til sexolog dersom det er behov for det.

På bakgrunn av funnene i litteraturstudien håper jeg at samfunnet, og sykepleier som profesjon, jobber videre med å åpne for samtale om seksualitet etter behandling for cancer vulva. Samtidig som det fortsettes å sette lys på betydningen seksualitet har for mennesket, uavhengig alder. Med dette håper jeg å se en endring de neste årene på sykehus, der sykepleiere (og andre profesjoner) har et større fokus på å informere og veilede pasienter etter behandling for cancer vulva om seksualitet. Jeg ønsker at pasienter med cancer vulva fremover føler de får tilstrekkelig informasjon og veiledning om seksuelle utfordringer etter behandlingen.

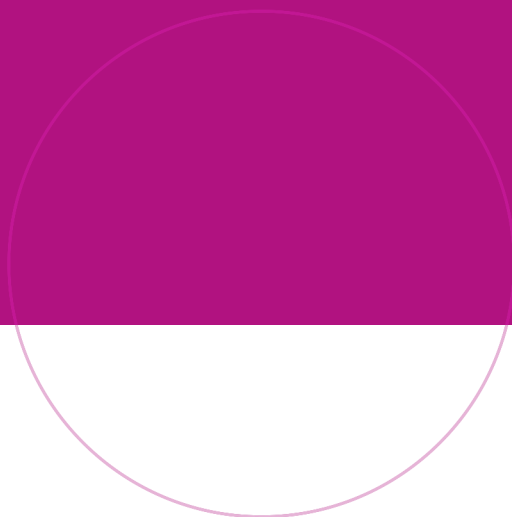
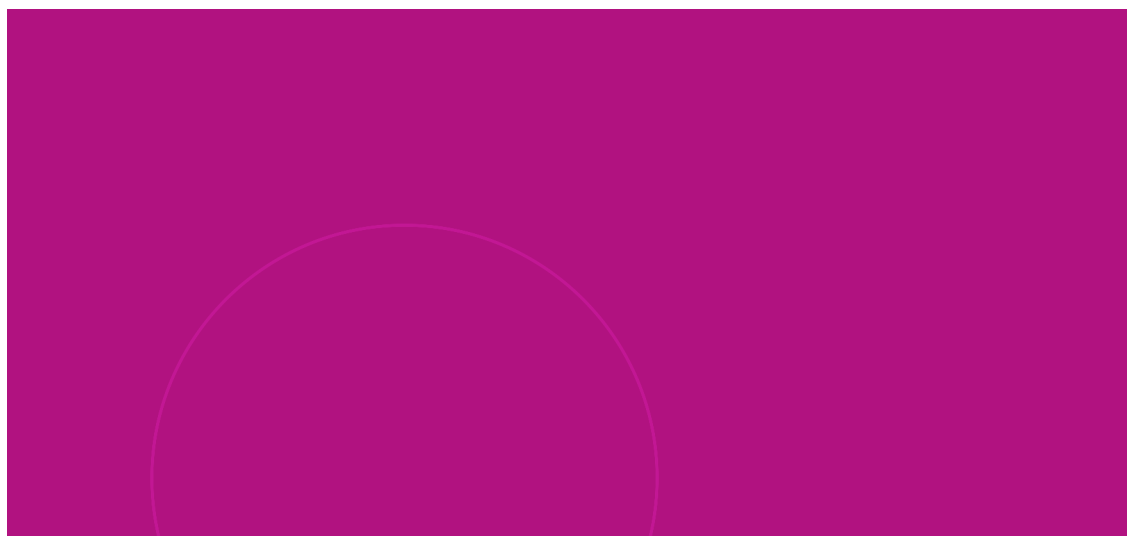
Referanser

- Alström, V. (2019, 21. november). «Kunne jeg noen gang ha sex igjen?». Vi.no.
<https://www.vi.no/helse/kunne-jeg-noen-gang-ha-sex-igjen/71845045>
- Barlow, E. L., Hacker, N. F., Hussain, R., & Parmenter, G. (2014).
Sexuality and body image following treatment for early-stage vulvar cancer: a qualitative study. *Journal of advanced nursing*, 70(8), 1856–1866.
<https://doi.org/10.1111/jan.12346>
- Berek, J. S. & Karam, A. (2021, 29. april). Vulvar cancer: Epidemiology, diagnosis, histopathology, and treatment. I Goff, B., Don, D., & Chakrabarti, A (Red.), *UpToDate*. Hentet 5. mai 2021 fra
https://www.uptodate.com/contents/vulvar-cancer-epidemiology-diagnosis-histopathology-and-treatment/print?search=vulvar%20cancer&source=search_result&selectedTitle=1~91&usage_type=default&display_rank=1
- Bitzer, J. & Alder, J. (2011) Gynecological Cancers. I J. P. Mulhall, L. Incrocci, I. Goldstein & R. Rosen (Red.), *Cancer and Sexual Health* (s. 457-475). Humana Press.
https://doi.org/10.1007/978-1-60761-916-1_29
- Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling* (4. utg., s. 120-131). Cappelen Damm Akademisk.
- Chapman, C. H., Heath, G., Fairchild, P., Berger, M. B., Wittmann, D., Uppal, S., Tolpadi, A., Maturen, K., & Jolly, S. (2019). Gynecologic radiation oncology patients report unmet needs regarding sexual health communication with providers. *Journal of cancer research and clinical oncology*, 145(2), 495–502.
<https://doi.org/10.1007/s00432-018-2813-3>
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Gyldendal Norsk Forlag
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *The Australian journal of advanced nursing: a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 20(2), 22–26.
- Forsberg, C & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur og Kultur
- Gamnes, S (2016). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (3. utg., Bind 2: Grunnleggende behov, s. 373-405). Gyldendal Norsk Forlag

- Gynkreftforeningen. (u.å.). *Kreft I ytre kjønnsorganer*. Hentet 15. mai 2021 fra <https://www.gynkreftforeningen.no/kreft-ytre-kjonnorganer/>
- Hay, C. M., Donovan, H. S., Hartnett, E. G., Carter, J., Roberge, M. C., Campbell, G. B., Zuchelkowski, B. E., & Taylor, S. E. (2018). Sexual Health as Part of Gynecologic Cancer Care: What Do Patients Want?. *International journal of gynecological cancer: official journal of the International Gynecological Cancer Society*, 28(9), 1737–1742. <https://doi.org/10.1097/IGC.0000000000001376>
- Hazewinkel, M. H., Laan, E. T., Sprangers, M. A., Fons, G., Burger, M. P., & Roovers, J. P. (2012). Long-term sexual function in survivors of vulvar cancer: a cross-sectional study. *Gynecologic oncology*, 126(1), 87–92. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2012.04.015>
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *PICO*. Hentet 14.mai 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasertpraksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsedirektoratet (2016). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av gynekologisk kreft* (sist faglig oppdatert 20. mai 2020, lest 19. mai 2021). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gynekologisk-kreft-handlingsprogram>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
- Institutt for sexologi. (u.å.). *Kegel øvelser*. Hentet 28. mai 2021 fra <https://instituttforsexologi.no/kegel-ovelser/>
- Jacobsen, A. M. L. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4. utg., s. 604-613). Cappelen Damm Akademisk.
- Jefferies, H., & Clifford, C. (2012). All change: the lived experience of younger women with cancer of the vulva. *Journal of clinical nursing*, 21(15-16), 2327–2335. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04043.x>
- Jensen, P. T. (2011) Pelvic Radiation in Women. I J. P. Mulhall, L. Incrocci, I. Goldstein & R. Rosen (Red.), *Cancer and Sexual Health* (s. 503-524). Humana Press. https://doi.org/10.1007/978-1-60761-916-1_32
- Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D.-G. Stubberud, R Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., bind 2, s. 133-165). Gyldendal Akademisk

- Kreftforeningen. (2020, 26. November). *Kreft i de ytre kvinnelige kjønnsorganene*. Hentet 28. april 2021 fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/kreft-i-de-ytre-kvinnelige-kjønnsorganene/>
- Kreftforeningen. (u.å.). *Seksualtekniske hjelpemidler*. Hentet 23.mai 2021 fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/kreft-og-seksualitet/seksualtekniske-hjelpemidler/>
- Kreftlex. (u.å.a). *Bruk av vaginal dilator i forbindelse med strålebehandling i bekkenet*. Hentet 23. mai 2021 fra https://www.kreftlex.no/Gynlivmorhalskreft/ProsedyreFolder/OPPFOLGING/Vagina_l_dilator_str%C3%A5lebehandling_bekken?lg=ks&CancerType=Livmorhals&containsFaq=False
- Kreftlex. (u.å.b). *Hud- og slimhinnerekasjoner ved strålebehandling ved gynekologisk kreft*. Hentet 23. mai 2021 fra https://kreftlex.no/KSPROSEDYRERFASE1/Oppfolging/Vaginal_dilator_strålebehandling_bekken
- Kreftlex. (u.å.c). *Kreft i kjønnslepper*. Hentet 5. mai 2021 fra <https://kreftlex.no/Gyn-kj%C3%B8nnsleppekreft>
- Kreftregisteret. (u.å.). *Statistikkbank*. Hentet 24. mai 2021 fra <https://sb.kreftregisteret.no/insidens/>
- Kristensen, G. (2017). Kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A. M. Reitan & T. K. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4. utg., s. 588-603). Cappelen Damm Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2015). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (2. utg., Bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar, s. 207-277). Gyldendal Norsk Forlag
- Landmark, B. F., Almås, E., Brurberg, K. G., Fjeld, W., Haaland, W., Hammerstrøm, K., Svendsen, K.O., Sørensen, D, Tollefsen, M.F., Aars, H. & Reinar, L. M. (2012). *Effekt av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer* (Rapport nr. 2-2012). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012.
- Lubotzky, F., Butow, P., Nattress, K., Hunt, C., Carroll, S., Comensoli, A., Philp, S., & Juraskova, I. (2016). Facilitating psychosexual adjustment for women undergoing pelvic radiotherapy: pilot of a novel patient psycho-educational resource. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 19(6), 1290–1301. <https://doi.org/10.1111/hex.12424>

- McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C., & Lebel, S. (2012). Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 33(3), 135–142.
<https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.709291>
- NAV. (2013). *Seksualtekniske hjelpemidler*. (Sist oppdatert 10. mai 2020) Hentet 15.mai 2021 fra
<https://www.nav.no/no/person/hjelpemidler/hjelpemidler-og-tilrettelegging/hjelpemidler/andre-hjelpemidler/seksualtekniske-hjelpemidler>
- NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 22.mai 2021 fra
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Perz, J., Ussher, J. M., & Australian Cancer and Sexuality Study Team (2015). A randomized trial of a minimal intervention for sexual concerns after cancer: a comparison of self-help and professionally delivered modalities. *BMC cancer*, 15, 629. <https://doi.org/10.1186/s12885-015-1638-6>
- Stabile, C., Goldfarb, S., Baser, R. E., Goldfrank, D. J., Abu-Rustum, N. R., Barakat, R. R., Dickler, M. N., & Carter, J. (2017). Sexual health needs and educational intervention preferences for women with cancer. *Breast cancer research and treatment*, 165(1), 77–84.
<https://doi.org/10.1007/s10549-017-4305-6>
- Svendsen, K-O. B. (Sist oppdatert 6. mars 2020). *Lubrikasjon*. Hentet 31.mai 2021 fra <https://sml.snl.no/lubrikasjon>
- Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal akademisk
- Universitetet i Oslo (Sist oppdatert 31. januar 2019). *Hva er Impact factor?* Hentet Fra 31. mai 2021 fra
<https://www.ub.uio.no/skrive-publisere/for-forskere/impact/beregn-impact-factor.html>
- Wiegel, M., Meston, C., & Rosen, R. (2005). The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of sex & marital therapy*, 31(1), 1–20.
<https://doi.org/10.1080/00926230590475206>
- World Health Organization & UNDP/UNFPA/UNICEF/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. (2017). *Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach*. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/258738>



NTNU

Norwegian University of
Science and Technology