

Caroline Nekstad Jensen
Ada Elise Halse Snarud

Seksualitet etter gjennomgått behandling for livmorhalskreft

Sexuality after undergoing cervical cancer
treatment

Bacheloroppgave i 050SY Bachelor i sykepleie

Veileder: Janne-Rita Skår

Mai 2022

Caroline Nekstad Jensen
Ada Elise Halse Snarud

Seksualitet etter gjennomgått behandling for livmorhalskreft

Sexuality after undergoing cervical cancer treatment

Bacheloroppgave i 050SY Bachelor i sykepleie
Veileder: Janne-Rita Skår
Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: I 2020 fikk 328 norske kvinner diagnosen livmorhalskreft og så mange som fire tusen norske kvinner blir hvert år behandlet for forstadier til livmorhalskreft.

Hensikt: Studiens hensikt er å finne ut hvordan kvinners seksualitet endres etter gjennomgått behandling for livmorhalskreft. Ved å se nærmere på endringene etter behandling og hvordan dette påvirker kvinnenes seksualitet, vil vi få økt kunnskap om hvordan sykepleier bedre kan ivareta denne pasientgruppen.

Metode: En systematisk litteraturstudie som resulterte i åtte forskningsartikler. Evans innholdsanalyse ble benyttet for å analysere artiklene og kategorisere funn.

Resultat: Seksualiteten blir påvirket av fysiske og psykiske symptomer hos kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft. Dette viser seg som vaginale endringer, nedsatt lubrikasjon, dyspareuni, tarm- og blæredysfunksjon, tidlig menopause, lymfødem, vekttoppgang, depresjon, angst, bekymring, skyldfølelse og skam. Det ble også funnet avvik i kommunikasjon og samhandling med sykepleiere rundt symptomproblematikk og seksualitet.

Konklusjon: Kvinnene vil trenge god og tilrettelagt informasjon knyttet til symptom og seksualitet, både før, under og etter behandling. Sykepleier må ha både relevant kunnskap og gode kommunikasjonsferdigheter for å ivareta denne pasientgruppen fra diagnosen er stilt.

Abstract

Background: As many as four thousand women is treated with pre-sages for cervical cancer every year in Norway, and 328 women got diagnosed with cervical cancer in 2020.

Aim: The aim of this study is to find out how women sexuality has changed after treatment for cervical cancer. To heighten our knowledge and understanding of this patient group we are going to look at these changes and the impact it has on women sexuality

Method: A systematic review study resulting in eight research articles. Evans' content analysis was used to analyse the stipulated articles and categorize our findings.

Results: Women's sexuality changes after undergoing treatment for cervical cancer. The changes are both physically and mentally. This manifests itself as vaginal changes, decreased lubrication, dyspareunia, intestinal and bladder dysfunction, early menopause, lymphedema, weight gain, depression, anxiety, worry, guilt and shame. The findings express that there are large inconsistencies with the interaction with nurses about the symptoms and sexuality.

Conclusions: Women undergoing cervical cancer treatment will need informed communication in regards to symptoms and sexuality. To assist this patient group from when the diagnosis is set, the nurse must master their proficiencies on procedure and communication.

Forord

«Seksualitet er en integrert del av ethvert menneskes personlighet. Den er et grunnleggende behov og et aspekt ved det å være menneske, noe som ikke kan skilles fra andre sider av livet. Seksualitet er ikke det samme som samleie. Det handler ikke om hvorvidt vi får orgasme eller ikke og det er ikke summen av vårt erotiske liv. Dette kan være en del av vår seksualitet, men behøver ikke være det. Seksualitet er så mye mer. Det er det som driver oss til å søke etter kjærlighet, varme og intimitet. Det uttrykkes i den måten vi føler, beveger oss, rører ved og berøres av andre på. Det er like mye det å være sensuell som å være seksuell. Seksualiteten har innflytelse på våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker, og derved også vår mentale og fysiske helse. Og da helse en grunnleggende menneskerett, så må også seksuell helse være det samme.»

(Borg, 2010, s. 121)

Innhold

1 Innledning	10
1.1 Bakgrunn for valg av tema	10
1.2 Studiens hensikt	10
1.2.1 Problemstilling	10
1.2.1.1 Begrepsdefinisjoner	10
1.3 Oppgavens videre oppbygging	10
2 Teoribakgrunn	11
2.1 Livmorhalskreft	11
2.1.1 Seneffekter	11
2.1.2 Behandlingsmetoder	11
2.2 Seksualitet	12
2.3 Samhandling med helsepersonell	13
2.3.1 PLISSIT-modellen	13
3 Metodebeskrivelse	15
3.1 Datainnsamling	15
3.1.1 Søkestrategi	15
3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	16
3.1.3 Kvalitetsvurdering	16
3.1.4 Etsiske hensyn	16
3.2 Analyse	17
4 Resultat	18
4.1 Fysiske endringer påvirker seksualiteten	18
4.2 Psykiske endringer påvirker seksualiteten	19
4.3 Manglende kommunikasjon påvirker seksualiteten	19
5 Diskusjon	20
5.1 Metodediskusjon	20
5.2 Resultatdiskusjon	21
5.2.1 Fysiske endringer påvirker seksualiteten	21
5.2.2 Psykiske endringer påvirker seksualiteten	23
5.2.3 Manglende kommunikasjon påvirker seksualiteten	25
6 Konklusjon	28
Referanser	29

Vedlegg 1: Søkehistorikk
Vedlegg 2: Oversiktsskjema
Vedlegg 3: Analysetabell
Vedlegg 4: Litteraturmatriser (8 stk.)

Antall ord: 8597

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi valgte å fordype oss i seksualitet og livmorhalskreft da vi synes dette er interessante temaer og fordi det er et kjent problem at sykepleiere sjeldent tar initiativ til å snakke om seksualitet med sine pasienter (Helland, 2015, s. 862). I 2020 fikk 328 norske kvinner diagnosen livmorhalskreft. I tillegg blir fire tusen kvinner behandlet for forstadier til livmorhalskreft hvert år (Kreftforeningen, 2022).

Vårt hovedfokus vil være på endringer i kvinnens seksualitet etter behandling for livmorhalskreft, uavhengig av kreftens alvorlighetsgrad, type behandling og kvinnens alder. Seksualitet er et underkommunisert tema på grunn av mangel på kunnskap og fordi mange ser på det som et vanskelig tema å snakke om (Borg, 2017, s. 126). Ved å tilegne seg mer kunnskap kan sykepleier yte helhetlig omsorg.

Ifølge Helland (2015, s. 862) vil god seksuell helse være en ressurs som fremmer god livskvalitet og evne til mestring. Motsatt vil seksuelle problemer virke negativt inn på livskvaliteten og kunne skape problemer i samlivsrelasjonen. Det å ha positive følelser og vurderinger av eget liv er en viktig del av individets livskvalitet (Næss referert i Kristoffersen, 2016a, s. 55).

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med denne studien er å belyse hvordan seksualitet påvirkes hos kvinner som har gjennomgått livmorhalskreftbehandling. Oppgaven har et pasientperspektiv for å se på kvinnenes erfaringer og belyse konsekvenser for sykepleie. Det trengs økt forståelse og mer kunnskap om hvordan samhandle med denne pasientgruppen.

1.2.1 Problemstilling

"Hvordan opplever kvinner endringer i sin seksualitet etter gjennomgått behandling for livmorhalskreft?". Vi tar for oss kvinners opplevelser etter kreftbehandling, med hovedfokus på hvordan deres seksuelle helse har blitt påvirket av sykdomsforløpet og behandling.

1.2.1.1 Begrepsdefinisjoner

Livmorhalskreft er kreft med opphav i livmorhalsen (cervix), som er en 2-3 cm lang kanal som forbinder livmoren (uterus) med skjeden (vagina) (Holck, 2022).

Seksualitet er en samlebetegnelse for fysiske, psykiske og sosiale deler av menneskets seksuelliv (Helland, 2015, s. 861).

1.3 Oppgavens videre oppbygging

Oppgaven vil videre bestå av en teoridel med relevant teori i forhold til problemstillingen. Deretter følger et metodekapittel bestående av datainnsamling og analyse. Videre presenteres resultatene fra forskningsartiklene, etterfulgt av en diskusjonsdel hvor teori trekkes inn. Oppgaven avsluttes med en konklusjon og forslag til videre forskning.

2 Teoribakgrunn

2.1 Livmorhalskreft

Livmorhalskreft starter som oftest med at kvinnen blir smittet med viruset Humant Papillomavirus (HPV) via seksuell kontakt. Viruset kan forstyrre celledelingen og skape celleforandringer som enten kan gå tilbake av seg selv eller utvikle seg til forstadier av kreft (Kristoff, 2016, s. 405, 409). HPV er årsaken til livmorhalskreft i 99 % av tilfellene. Tidlig seksuell debut og høyt antall seksualpartnere er risikofaktorer for utvikling av livmorhalskreft. Dersom man smittes av HPV kan det oppstå en betennelsesreaksjon i slimhinnen som kan utvikle seg til celleforandringer og videre til kreftceller (Kristensen, 2017, s. 592-593).

Ifølge Kreftregisteret (2021) er livmorhalskreft hyppigst forekommende hos kvinner i alderen 30-40 år. Ved utgangen av 2020 var det 7630 kvinner i Norge som har eller har overlevd livmorhalskreft. Fra 2019-2020 døde 106 kvinner av livmorhalskreft. Mer enn 50% av de som får livmorhalskreft har ikke fulgt livmorhalsprogrammet som anbefaler alle kvinner mellom 25-69 år å ta celleprøve (screeningprøve) hvert tredje år. Ifølge Nakken (2017, s. 366) ville man i Norge kunne forventet tre til fire ganger høyere antall tilfeller livmorhalskreft dersom vi ikke utførte screening.

Den relative overlevelsen etter 5 år er 82%. Dette avhenger av når sykdommen oppdages. Oppdages den tidlig er overlevelsesraten etter 5 år på hele 94,7 %, men om den oppdages sent i forløpet og med spredning til andre organer er raten bare 19 %. Prognosen er derfor kun god dersom celleforandringene oppdages tidlig (Kreftregisteret, 2021).

2.1.1 Seneffekter

Ifølge Borg (2017, s. 123) er de hyppigste seneffektene ved livmorhalskreft smerter under samleie, nedsatt sexlyst, menopause og tørrhet i vagina. Kvinnen blir infertil dersom hun får utført radikal hysterektomi. Dersom lymfeknuter fra bekkenveggen fjernes, er risikoen høyere for å utvikle lymfødem. Strålebehandling av bekkenet fører til at menopausen inntreffer. Stråling kan også ødelegge elastisiteten i vaginalveggen og føre til en kortere og trangere vagina. Inkontinens og hyppig vannlating kan oppstå som følge av at slimhinnen i urinblæren påvirkes av strålingen. Likeledes kan tarmslimhinnen påvirkes slik at kvinnen får endret avføringsmønster, løsere avføring, tarmløst eller kronisk diaré (Kristensen, 2017, s. 596). Personer som har gjennomgått kreftbehandling kan oppleve endringer i kroppsbygge. Kroppsbygget sier noe om hvordan en person ser på seg selv, og det kan påvirke hvordan man forholder seg til sine nærmeste (Schølberg, 2017, s. 132).

2.1.2 Behandlingsmetoder

Livmorhalskreft deles inn i 11 ulike stadier og behandles etter hvilket stadiet kreften har. Forstadium til livmorhalskreft kalles cervikal intraepitelial neoplasi (CIN) og deles videre inn i 3 alvorlighetsgrader (CIN1, CIN2 og CIN3).

Konisering er en liten operasjon hvor en kjegleformet vevsbit fra livmorhalsen fjernes. Dette gjøres ved CIN3 og kreft uten spredning til blod eller lymfebaner. Inngrepet gjøres enten ved hjelp av laser, en elektrisk varmeslynge eller vanlig kniv. Evnen til å bære frem et barn påvirkes vanligvis ikke.

Kirurgisk kan kreft som kun er lokalisert til livmorhalsen behandles med radikal hysterektomi. Da fjernes livmor, livmorhalsen og omkringliggende støttevev. Risikoen for spredning til lymfeknuter er relatert til tumorens størrelse. Ved mistanke om spredning (metastaser) fjernes lymfeknuter i bekkenveggen. Dersom kreftsvulsten er under 2 cm tilbys fertilitetsbevarende kirurgi til kvinner med barneønske. Da fjernes mesteparten av cervix, noe av støttevevet og lymfeknutene i bekkenveggen ved laparoskopi (kikkhullskirurgi).

Strålebehandling gjøres dersom kreftsvulsten har vokst dypt inn i livmorhalsveggen. Denne behandlingsmetoden brukes dersom kreftsvulsten er stor og der er spredning til lymfeknuter, fordi det da er økt risiko for residiv (tilbakefall). Pasienten får da ekstern stråling av bekkenet og i tillegg bestråles svulsten ved hjelp av en radioaktiv kilde som plasseres inne i og rundt livmorhalsen.

Cytostatika (cellegift) kombineres ofte med strålebehandling da den har en krympende effekt på kreftsvulster. Eldre studier har vist at kombinasjonen av disse metodene øker kreftcellenes følsomhet for stråling og gir økt overlevelse (Kristensen, 2017, s. 593–596).

2.2 Seksualitet

Seksualitet er ikke bare menneskets erotiske aktiviteter, men alle aspektene ved å være en seksuell person (Gamnes, 2016, s. 374). Helland (2015, s. 862-863) har oversatt og modifisert WHO sin definisjon på seksualitet og skriver følgende: «[Seksualitet] er en kjernedimensjon ved det å være menneske, som inkluderer seksuelle handlinger, [...] nærhet, bekreftelse, kjærlighet og reproduksjon.». Hun skriver videre at «Seksuell helse er en tilstand av fysisk, følelsesmessige, psykisk og sosialt velbefinnende i forbindelse med seksualitet: ikke kun fravær av sykdom, funksjonssvikt eller manglende helse.»

Kvinner og menn har ofte forskjellig syn på helse og sykdom, og kvinner er gjerne oppdratt til å ha et større fokus på helse. I de fleste arenaene i samfunnet vårt vektlegges oppmerksomhet rundt kvinners kropp, utseende, estetikk og skjønnhet forbundet med kvinners rolle og kvinnelighet. Dette resulterer i endring av kroppsbilde og seksualitet. Ifølge Kristoffersen (2016a, s. 42) påtar ofte kvinner seg mer ansvar for egen helse og eget sykdomsforløp enn det er grunnlag for, noe som kan føre til opplevelser av skyldfølelse og skam. Siden livmorhalskreft er lokalisert til kvinnens reproduktive organ, vil hun konfronteres med opplevelser som truer kvinnelig identitet og seksualitet. Dette kan føre til at hun føler seg mindre verdifull både som kvinne og seksualpartner (Jerpseth, 2016, s. 154).

I strategi for seksuell helse, som er utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet (2016), finner man at det som kan bidra til en tryggere seksuell identitet er god kunnskap om kropp og seksualitet. Strategiens mål er å sikre at mennesker i alle aldrer har nødvendig kunnskap og kompetanse til å ivareta sin seksuelle helse. Den skal også sikre at helsepersonell har nok kunnskap til å ivareta pasientenes seksuelle helse, samt forstå og respektere deres seksuelle behov. Seksuell helse er en viktig del av pasientenes livskvalitet. Ifølge Borg (2017, s. 120) kan seksualitet lett ta skade dersom man utsettes for fysisk og psykisk stress som følge av sykdom. Det å få en kreftdiagnose vil kunne bidra til stressrelaterte problemer i den seksuelle og samlivsmessige arenaen. Seksualitet er en del av alle menneskers identitet.

2.3 Samhandling med helsepersonell

Dersom sykepleier klarer å formidle informasjon på en empatisk og støttende måte, kan pasienten oppleve situasjonen som lettere å håndtere. For at pasienten skal føle seg ivaretatt må sykepleier være tilgjengelig og til stede. Kommunikasjonssvikt vil kunne føre til at pasienten opplever lavere tilfredshet og dårligere pleie (Heyn, 2015, s. 363).

2.3.1 PLISSIT-modellen

Modellen (figur 1) ble utviklet i 1976 av Jack Annon som er en amerikansk psykoterapeut og er godt brukt som verktøy ved seksuell rådgivning. Modellen blir ofte fremstilt som en trekant med spissen ned for å symbolisere en trakt. Jo nærmere bunnen man kommer, jo større kompetanse kreves av helsepersonell. PLISSIT består av fire trinn: Tillatelse (Permission given), begrenset informasjon (Limited Information), spesifikke forslag (Specific Suggestions) og intensiv terapi (Intensive Therapy). Tillatelse som i trekanten er det største trinnet symboliserer at de fleste pasienter vil ha utbytte av å få snakke om sine seksuelle problemer og bekymringer. Intensiv terapi som er det minste og mest tilspissede trinnet, symboliserer at få pasienter vil ha behov for å bli henvist til terapi.

1. Gi tillatelse

Sykepleier gir pasienten muligheten til å snakke om seksualitet ved å bekrefte at dette er et relevant tema i samtalen.

2. Begrenset informasjon

Sykepleier gir pasienten konkret og avgrenset informasjon om hvordan seksuallivet kan påvirkes av behandlingen.

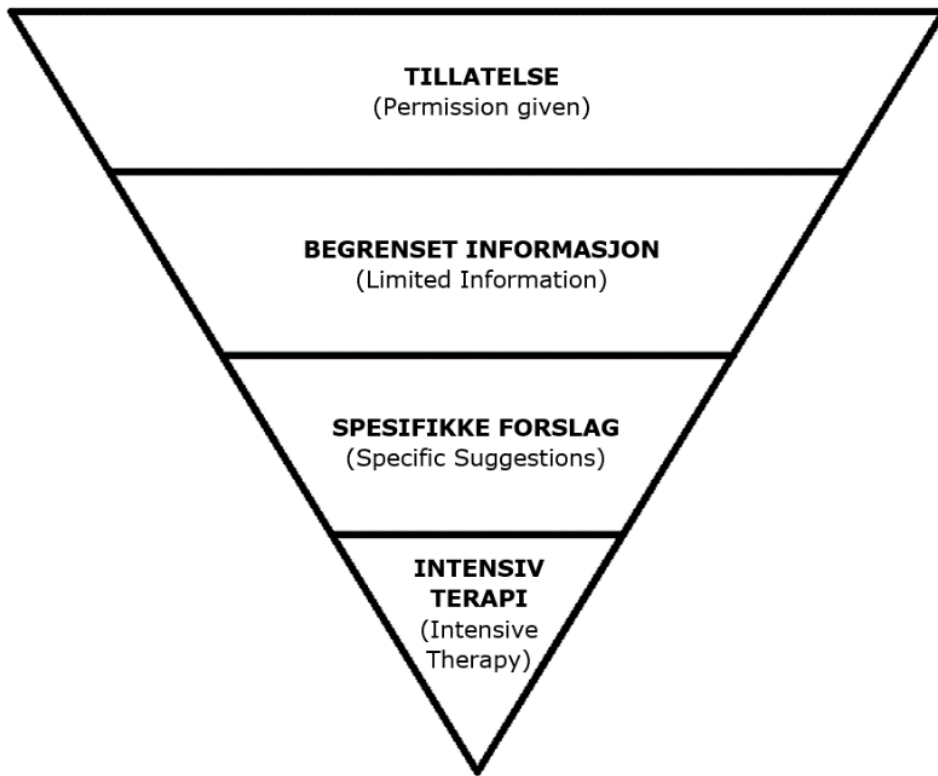
3. Konkrete forslag – spesifikk rådgivning

Sykepleier med tilstrekkelig kompetanse kan komme med konkrete råd og forslag til hvordan et seksuelt problem kan håndteres eller løses. Ved manglende kompetanse henviser sykepleier videre til sexologisk rådgivning.

4. Sexologisk terapi

Dersom pasienten har en kompleks sexologisk problemstilling henviser sykepleier alltid pasienten videre noen med høy sexologisk kompetanse, f.eks. en sexolog eller psykolog.

(Helland, 2015, s. 877–878; Langhelle et al., 2021a, 2021b).



Figur 1 - PLISSIT-modellen (Helland, 2015, s. 878).

3 Metodebeskrivelse

3.1 Datainnsamling

Et systematisk litteratursøk er et bredt søk etter informasjon om et gitt tema. Søket begrunnes ved hjelp av en problemstilling. Man søker i flere databaser ut ifra nøkkelord fra problemstillingen, som er formulert som et spørsmål. Problemstillingen skal gjennom søket besvares ved å identifisere, velge ut, vurdere og analysere relevant forskning (Mulrow & Oxman, referert i Forsberg & Wengström, 2015, s. 27). Ved å samle informasjon fra tidligere gjennomførte studier, sortere funnene og legge de fram på en systematisk måte, lager man en oppsummering av forskningen som er gjort innenfor det valgte temaet (Forsberg & Wengström, 2015, s. 30). For å kunne sammenfatte funn i en litteraturstudie må man gjøre tall og intervjuer om til forståelig data, komprimere informasjonen man finner og identifisere mønster som går igjen (Forsberg & Wengström, 2015, s. 137).

3.1.1 Søkestrategi

Vi har søkt i databasene CINAHL Complete, Medline og PubMed, som alle er databaser som ofte brukes til å søke etter sykepleierforskning (Forsberg & Wengström, 2015, s. 64). Vi plukket ut nøkkelord og synonymer fra problemstillingen vår og benyttet søkeordene «cervix neoplasms/cervical cancer», «life experiences/experience», «survivors/post-treatment» og «sexuality/sexual health». Vi gjorde ulike søk med forskjellige kombinasjoner av søkeordene for å finne aktuelle artikler til oppgaven. For å gjøre søket vårt smalere, altså færre antall treff, benyttet vi oss av den boolske operatoren «AND». Vi benyttet oss av «OR» for å koble sammen synonymer, som f.eks. «sexuality OR sexual health». På den måten utvidet vi søket med flere treff (Forsberg & Wengström, 2015, s. 69).

Da det viste seg å være vanskelig å finne nok relevant forskning, benyttet vi oss av to frisøk. I de seks artiklene vi hadde funnet så vi at flere nevnte at endret kroppsbilde påvirket kvinnes seksualitet. Derfor la vi til søkeordet «body image» og fant to artikler i databasen CINAHL Complete. Søkehistorikken vår kan ses i vedlegg 1. Vi laget så et oversiktsskjema med informasjon om metode, antall deltakere og land (vedlegg 2).

Vi endte til slutt opp med tre kvalitative, fire kvantitative artikler og en artikkel bestående av begge metodene. Kvalitativ forskning går i dybden og gir mye informasjon om et mindre antall deltakere. Man ønsker å få frem individuelle erfaringer og meninger som ikke kan måles eller omgjøres til tall. Kvantitativ forskning går derimot i bredden og innhenter begrenset informasjon fra et større antall deltakere. Dataene fra kvantitativ forskning gis ut i målbare enheter for å finne en sammenheng. I kvalitativ forskning brukes gjerne intervju som metode, mens i kvantitativ forskning blir spørreskjema mest brukt (Dalland, 2017, s. 52-53). Studier som bruker begge metodene kalles «mixed method», hvor man kombinerer kvalitative og kvantitative data for å få en større forståelse av det som forskes på, og for å se fenomenet fra ulike synsvinkler (Forsberg & Wengström, 2015, s. 47).

3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi begrenset søkene våre med inklusjonskriteriene fagfellevurdert (peer reviewed) og publiseringsdato mellom 2007-2022, slik at vi sikret oss at vi fant nyere forskning av høy kvalitet. Vi plukket ut forskningsartikler fra land som kan sammenlignes med Norge både med tanke på økonomi, kultur og hvordan helsevesenet fungerer. Dette ble gjort bevisst for at dette ikke skulle ha innvirkning på resultatene i forskningen. Vi har hovedsakelig forskning fra Europa og USA, og har valgt ut artikler fra byer og land som har likheter med det norske syn på helse og åpenheten rundt seksualitet. Vi har valgt å inkludere artikler fra Brasil, Israel og Tyrkia, som kan være en svakhet med tanke på kulturelle og økonomiske forhold. Etter å ha sammenliknet funnene i disse artiklene med resten, valgte vi å ha de med i vår oppgave da vi kunne trekke paralleller mellom dem.

På grunn av begrenset mengde nyere forskning på hvordan seksualitet endres etter livmorhalskreft, valgte vi å inkludere kvinner i alle aldre og vi har ikke tatt høyde for hvilken alvorlighetsgrad kreften hadde. Vi har valgt å inkludere alle behandlingsmetodene for ikke å gå glipp av gode artikler. De ekskluderte artiklene hadde enten feil fokusområde, eller var fra land som ikke kunne sammenlignes med Norge.

3.1.3 Kvalitetsvurdering

Vi benyttet oss av Forsberg & Wengström (2015, s. 199-207) sine sjekklister for kvalitative og kvantitative artikler for å vurdere kvaliteten til artiklene våre. Sjekklisene tar for seg spørsmål rundt formål, utvalg, målemetode, analyse, resultat og konklusjon. Alle artiklene har IMRaD-struktur eller tilsvarende, som betyr at de inneholder innledning, metode, resultat og diskusjon. Dette er en standardisering av forskningsartikler for at det skal være lett å orientere seg i artikkelen (Dalland, 2017, s. 163). Vi sjekket også om tidsskriftene artiklene var publisert i er regnet som vitenskapelige ved å søke i register for vitenskapelige publiseringskanaler. Vi ønsket at tidsskriftene skulle ha nivå 1 eller høyere. Nivå 1 betyr at tidsskriftet innfrir minimumskravene til vitenskapelighet: ekstern fagfellevurdering, vitenskapelig redaksjon og minimum nasjonal forfatterkrets (HKDIR, 2021). Syv av artiklene våre var nivå 1. Det tyrkiske tidsskriftet var ikke søkbart i registeret og vi fant derfor ikke ut hvilket nivå det hadde. Siden vi fant artikkelen i CINAHL Complete, som er en anerkjent database, konkluderte vi med at kvaliteten var akseptabel.

3.1.4 Etiske hensyn

Etikken som brukes i forskning handler ifølge Dalland (2017, s. 236) om å ivareta personvernet og hindre skade og unødvendig belastning. På denne måten ivaretar man integriteten og velferden til de som deltar i studien. I et systematisk litteratursøk er det viktig å undersøke om alle artiklene har fått godkjenning av en etisk komité eller har blitt etisk vurdert på andre måter (Forsberg & Wengström, 2015, s. 59). At forskning innen helsefag skal være etisk forsvarlig er regulert gjennom Helsinkideklarasjonen, som ble vedtatt i 1964 og sist revidert i 2013. Den inneholder veiledende regler for forskerne og skal beskytte pasienter. Den fokuserer spesielt på informert samtykke og at pasientens helse må komme først (Christoffersen et al., 2015, s. 43; The World Medical Association, 1964).

Seks av de åtte artiklene vi har valgt ut er etisk godkjent. Artikkelen fra Danmark har ikke etisk godkjenning, men har blitt godkjent av det danske Datatilsynet i forhold til oppbevaring av de innhentede dataene. I Danmark er det ikke krav om godkjenning i etisk komité for registerforskning, men de har meldeplikt til Datatilsynet

(Forskningsrådet, 2016, s. 46). I den tyrkiske artikkelen står det ikke nevnt noe om etisk godkjenning. Ifølge tidsskriftet Turkish Journal of Oncology hvor den ble utgitt, krever de at forskningsartikler må følge deres etiske prinsipper. Forskning utgitt må inneholde en erklæring om at samtykke er innhentet fra deltakerne i studien. (Turkish Journal of Oncology, u.å.). På bakgrunn av dette har vi valgt å inkludere disse artiklene. Ifølge Forsberg & Wengström (2015, s. 132) må etiske krav om å beskytte individer som deltar i forskning vektlegges høyere enn interessen for å innhente ny kunnskap. Etiske vurderinger er et krav i all vitenskapelig forskning.

3.2 Analyse

Ifølge Evans (2002, s. 25) kan et systematisk litteratursøk deles inn i fire faser. Første fase er å samle inn forskningsartiklene, andre fase er å identifisere nøkkelfunn, tredje fase er å finne hovedtemaer som går igjen i artiklene og fjerde fase er å beskrive de ulike funnene.

I fase en samlet vi inn artikler over en periode på 5 måneder. Vi fant da tre kvalitative, fire kvantitative og en som besto av begge metodene. Alle artiklene var relevant for vår problemstilling. Beskrivelse av dette står i kapittel 3.1.1 *Søkestrategi*

I fase to leste begge gjennom artiklene for å identifisere viktige funn. Vi nummererte artiklene våre fra 1-8 og opprettet en tabell slik at vi enkelt kunne få oversikt over nøkkelfunnene i hver artikkel. Noen av hovedfunnene vi fant var anatomiske endringer i vagina, tidlig menopause, depresjon, samlivsproblemer og manglende informasjon fra helsepersonell.

I fase tre kategoriserte vi nøkkelfunnene ved hjelp av en analysetabell (vedlegg 3). Vi ble så enige om hvilket tema hvert nøkkelfunn tilhørte. Temaene våre ble fysiske endringer, psykiske endringer og informasjonsbehov.

I fase fire presenterte vi funnene fra artiklene i resultatdelen. Vi har også inkludert noen sitater fra de kvalitative artiklene for å understøtte problemstillingen.

4 Resultat

4.1 Fysiske endringer påvirker seksualiteten

Flere av studiene viste at det var flere fysiske endringer som påvirket kvinnenes seksualitet etter livmorhalskreftbehandling. Flere av kvinnene rapporterte om merkbare anatomiske endringer i vagina. Felles for studiene var at vagina ble smalere og kortere, elastisiteten i vaginalveggen ble nedsatt og at vaginalbunnens muskelstyrke ble svekket. Dette resulterte ofte i blødninger under og etter samleie (Aydın & Oskay, 2016; Corrêa et al., 2016; do Rosário Ramos Nunes Bacalhau et al., 2020; Matanes et al., 2021; Mikkelsen et al., 2017; Vermeer et al., 2016; Wilson et al., 2020). Videre var nedsatt lubrikasjon i vagina et gjengående problem, da det påvirket muligheten til å gjennomføre samleie (Aydın & Oskay, 2016; Corrêa et al., 2016; Matanes et al., 2021; Vermeer et al., 2016; Wilson et al., 2020). På bakgrunn av disse vaginale endringene opplevde kvinnene også smerter under og etter samleie (Aydın & Oskay, 2016; Burns et al., 2007; Corrêa et al., 2016; do Rosário Ramos Nunes Bacalhau et al., 2020; Vermeer et al., 2016; Wilson et al., 2020).

Flere av kvinnene opplevde problemer med tarm- og blærefunksjonen. Kvinnene rapporterte om økt vannlatingshyppighet, urininkontinens og urinretensjon. Konsekvensen ble at mange av kvinnene var redde for lekkasje under samleie og at de måtte ta forholdsregler før de skulle være intime med sin partner. Noen opplevde endret tarmfunksjon ved økt hyppighet og økende grad av diaré eller obstipasjon. Dette påvirket seksuallivet ved at kvinnene følte de hadde mindre mulighet til å være spontane (Aydın & Oskay, 2016; Burns et al., 2007; Corrêa et al., 2016; Vermeer et al., 2016).

Flere studier nevner at mange kvinner opplevde å komme i menopausen og bli infertile etter kreftbehandling. Menopausale plager som ble nevnt var hetetokter, nedsatt lubrikasjon og nedsatt sexlyst. Det ble funnet en sammenheng mellom høy KMI og økt symptomproblematikk (Aydın & Oskay, 2016; Corrêa et al., 2016; Mikkelsen et al., 2017; Vermeer et al., 2016; Wilson et al., 2020). Noen kvinner opplevde psykiske endringer etter tap av sin fertilitet. Konsekvensen ble at noen følte seg mindre kvinnelige (Aydın & Oskay, 2016; Corrêa et al., 2016; Mikkelsen et al., 2017; Vermeer et al., 2016).

Plager i forhold til lymfødem i underekstremitetene ble funnet i flere av studiene, som resulterte i at kvinnene hadde behov for å bruke støttestrømper. Det ble funnet at kvinner med høy KMI (>30) hadde økt sannsynlighet for å utvikle lymfødem (Corrêa et al., 2016; Mikkelsen et al., 2017; Vermeer et al., 2016). Flere opplevde en vektøkning etter gjennomgått kreftbehandling (Burns et al., 2007; Mikkelsen et al., 2017; Wilson et al., 2020).

4.2 Psykiske endringer påvirker seksualiteten

Den mentale helsen til kvinnene var også sterkt preget av at de følte seg annerledes etter behandlingen, noe som påvirket deres følelse av egen kvinnelighet og kroppsbilde (Aydin & Oskay, 2016; Burns et al., 2007; do Rosário Ramos Nunes Bacalhau et al., 2020; Mikkelsen et al., 2017; Vermeer et al., 2016; Wilson et al., 2020). Mange av kvinnene slet med depresjon, angst og bekymring som følge av behandlingen og seneffektene. Kvinnene opplevde at dette hadde stor innvirkning på deres seksualitet (Aydin & Oskay, 2016; Burns et al., 2007; do Rosário Ramos Nunes Bacalhau et al., 2020; Mikkelsen et al., 2017; Vermeer et al., 2016). Det kom frem at mange av kvinnene kjente på skyld og skam, knyttet til behandlingen og konsekvensene av dem (Aydin & Oskay, 2016; Vermeer et al., 2016; Wilson et al., 2020). Det ble også funnet at kvinnene følte at behandlingen hadde ført med seg avstand i partnerskapet. Kvinnene følte seg ikke forstått av partner og hadde vansker med å føle nærhet, tilknytning og vise kjærlighet til sin partner (Aydin & Oskay, 2016; Burns et al., 2007; Corrêa et al., 2016; do Rosário Ramos Nunes Bacalhau et al., 2020; Vermeer et al., 2016; Wilson et al., 2020).

"Before being diagnosed with cervical cancer, my husband and I had a great sexual relationship. I felt it is a big part in your relationship, and ever since surgery and treatment it has changed my body [...]". (Wilson et al., 2020, s. 400).

4.3 Manglende kommunikasjon påvirker seksualiteten

Kvinnene opplevde at der var manglende informasjon om behandlingseffekter. Dette omfattet seneffekter av behandling, samt informasjon om hvordan behandlingen kan påvirke kvinnes seksualitet (Burns et al., 2007; Vermeer et al., 2016; Wilson et al., 2020). Det kom frem at mange av kvinnene opplevde at informasjonen de fikk var mangelfull, av dårlig kvalitet eller ufullstendig. De følte også at helsepersonell som ga informasjon manglet tilstrekkelig kompetanse (Aydin & Oskay, 2016; Burns et al., 2007; Vermeer et al., 2016; Wilson et al., 2020). Det kommer også frem at kvinnene følte der var lite rom og interesse for å ta opp temaer knyttet til seksualitet (Burns et al., 2007; Vermeer et al., 2016; Wilson et al., 2020).

"Well in my case, they asked: "well how is it with your sexuality?" I said: "I am not sexually active, because I don't have a partner", and then that was it. So yes, there was an answer and that was written down, and that's it. [...] But well, at that moment you don't say: "But i would like to have sex, but I experience problems having it" or you know. So, there is perhaps a task, even if it has been a while, to inquire more profoundly. Not only: "do you have intercourse?"" (Vermeer et al., 2016, s. 1684).

5 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Studien vår startet med søk etter forskningsartikler hvor vi hele tiden hadde et tett samarbeid. Vi søkte i flere databaser og en styrke i studien var at vi fant flere av artiklene i forskjellige databaser. Fem av artiklene vi plukket ut var fra Europa, som kan ses på som en fordel med tanke på kulturelle likheter. Artiklene utenfor Europa ble inkludert på bakgrunn av fellestrekk i funnene. Vi startet med å søke etter forskning som ikke var eldre enn 10 år, men måtte utvide søket på grunn av begrenset mengde nyere forskning. Vi inkluderte derfor en studie fra 2007. En svakhet ved frisøket vårt var at vi byttet ut søkeordet «sexuality» med «body image» og at vi i noen søk har lagt til begrensning i alder for å få færre treff. I det ene frisøket ble derimot «sexuality» lagt til som avgrensning.

Vi benyttet oss av sjekklistene til Forsberg & Wengström samtidig som de ble sjekket om de oppfylte minimumskravene for vitenskapelighet. Vi bestemte oss for å beholde den tyrkiske artikkelen, noe som kan ses på som en svakhet ved studien vår. Vi beholdt den på bakgrunn av at den ble funnet i CINAHL Complete og at den inneholdt gode kvalitative data relevant til problemstillingen vår.

Under analysedelen noterte vi sammen ned nøkkelfunn fra alle åtte artiklene. Vi avsluttet med å se om begge hadde fått med seg det samme fra hver enkelt artikkel. Dette sikret at vi ikke gikk glipp av noe og vi hadde mulighet til å diskutere sammen dersom noe var uklart. Alle artiklene var på engelsk, men det var ikke alle som var godt skrevet. Spesielt den tyrkiske artikkelen hadde en del grammatiske feil som gjorde det utfordrende å lese og forstå.

Ifølge Forsberg & Wengström (2015, s. 62) er det en styrke å benytte seg av kvalitativ forskning dersom man ønsker å undersøke erfaringer og opplevelser rundt et tema. Etter å ha arbeidet med litteraturstudiet ser vi klare fordeler med våre kvalitative artikler, da de går mer i dybden på pasienterfaringer enn det de kvantitative gjør. En svakhet med studien vår er at vi ikke fant mer enn tre kvalitative artikler og en mixed method. Kvalitativ metode vil kunne se på endringer i seksualitet innenifra, mens en kvantitativ vil bare se endringene utenifra (Dalland, 2017, s. 53).

En svakhet i flere av forskningsartiklene er at antall deltakere er lavt, noe flere av forskerne mener er forventet på grunn av temaets private art. Ifølge Forsberg & Wengström (2015, s. 77-78) vil kvaliteten til en studie avhenge av antall deltakere. Mange deltakere øker sannsynligheten for at utvalget representerer den reelle populasjonen. Dette gjelder spesielt for kvantitativ metode.

5.2 Resultatdiskusjon

Vi skal videre drøfte funnene opp mot problemstillingen «*Hvordan opplever kvinner endringer i sin seksualitet etter gjennomgått behandling for livmorhalskreft?*».

5.2.1 Fysiske endringer påvirker seksualiteten

Våre funn viser at kvinnene erfarte vaginale endringer. Dette viste seg i form av endret vaginal anatomi, nedsatt lubrikasjon, dyspareuni og blødninger hos kvinnene. Den vaginale anatomien vil forandre seg til å bli hul, 2-4 cm dypere og øke i volum ved seksuell opphisselse (Gamnes, 2016, s. 383). På grunn av kreftbehandlingen mister kvinnene denne funksjonen. Kvinnens lubrikasjon vil ikke oppstå spontant på grunn av lavere østrogen i kroppen. Dette vil resultere i at slimhinnene i skjeden produserer mindre sekret, da de blir tynnere og mer sårbare (Almås & Benestad, 2006, s. 107). Dette kan være med på å gi en opplevelse av smerte, ubehag og blødning under og etter samleie.

Strålebehandling øker risikoen for at elastisiteten i vagina blir nedsatt og kan medføre at den blir kortere og trangere. Dette skyldes atrofi av vaginalslimhinnen og arrvev på vaginalveggen (Kristensen, 2017, s. 596). Det er derfor viktig at sykepleier har kunnskap til å formidle bruk av seksuelle hjelpemidler som vaginale dilatorer av plast eller silikon (Borg, 2017, s. 129). En kan informere kvinnene om at man kan unngå sammenvoksinger ved gjenoppta seksuelt samliv 2-3 uker etter siste strålebehandling. Dersom dette ikke er ønskelig kan sykepleier gi råd om å bruke en dilator, som er et seksualteknisk hjelpemiddel designet for å strekke og tøye vagina. Kvinnen bør trygges på at lett blødning og ubehag under tøying er normalt. Det anbefales å bruke glidemiddel og bedøvende reseptbelagt Xylocain-gel i vagina før samleie eller bruk av dilator for å unngå smerter (Kreftforeningen, 2015).

Tranghet i kombinasjon med nedsatt lubrikasjon kan gjøre det ubehagelig å gjennomføre samleie. Utvendige smerter kan skyldes følgetilstander etter kreftbehandling, mens innvendige kan skyldes kirurgiske inngrep eller arrdannelse (Gamnes, 2016, s. 392). Dyspareuni, smerter i forbindelse med seksuell aktivitet, vil sterkt påvirke enkeltpersoners sexlyst og seksuell opphisselse (Almås & Benestad, 2006, s. 165). Det er derfor viktig at sykepleier kartlegger hvor kvinnen har smerter, og hvordan de opplever dette. En kan spørre kvinnen om å beskrive smertene, og om det er noe som lindrer smertene eller gjør smertene verre (Winger & Leegard, 2016, s. 177). Et sykepleietiltak kan være å informere rundt fordelene i å benytte vannbaserte glidemidler og østrogenholdig krem til å smøre skjeden med. Østrogenbehandling kan styrke slimhinnene i skjeden, slik at samleie blir mindre smertefullt og risikoen for blødning blir mindre (Almås & Benestad, 2006, s. 64, 107, 273; Borg, 2017, s. 129).

Funnene viser at noen kvinner opplever at seksualiteten deres endres som følge av at tarmfunksjonen forandres etter behandling. Kirurgisk behandling og strålebehandling av bekkenområdet kan resultere i skader på slimhinnen i tarmkanalen. Slimhinnen kan etter strålebehandling tilheles raskt, men ved høye stråledoser kan skaden vedvare og det kan oppstå arrdannelse. Dette kan resultere i tarmtømmingsproblemer som kronisk diaré, fettdiaré, luft smerter og obstipasjon (Fosså et al., 2019, s. 63–64). For å kunne gi god og riktig informasjon og tiltak, må sykepleier kartlegge problemet. Dersom kvinnen har stråleindusert diaré kan sykepleier informere om at fettreduert kost, laktoseredusert

kost og tilskudd av probiotiske bakterier har vist effekt (Bye, 2019, s. 204). Ved obstipasjon er det viktig at sykepleier har kunnskap om at bruk av laksantia ikke er anbefalt for denne pasientgruppen. Gode råd sykepleier kan gi er å spise moderate mengder kostfiber og informere om viktigheten av å få i seg tilstrekkelig med væske, spesielt sure melkeprodukter og sviskejuice (Bye, 2019, s. 207). Sykepleier bør motivere disse kvinnene til å mosjonere regelmessig og ha et variert kosthold for å bedre tarmfunksjonen (Skaug, 2016, s. 301).

Kvinnene opplever at seksualiteten forandret seg som følge av endringer i blærefunksjonen. Opplevelsen hang sammen med at kvinnene ikke lenger kunne være spontane sammen med partner, i frykt for urinlekkasje. De måtte planlegge intimt samvær og passe på at blæren alltid var tømt på forhånd. Ufrivillig urinlekkasje kan føre til at kvinnene unngår seksuelle situasjoner (Gamnes, 2016, s. 393). Det er psykisk belastende dersom kvinnen, i frykt for fukt og lukt, bruker mye energi på å unngå lekkasje (Skaug, 2016, s. 263). Både kirurgisk behandling og strålebehandling vil kunne forandre nerve- og muskelfunksjonen i blæren og uretra, som kan føre til hyppigere vannlating, urinretensjon og urininkontinens (Fosså et al., 2019, s. 63; Kristensen, 2017, s. 596). Sykepleier kan be lege om å henvise videre til urolog eller gynekolog for utredning, da ulike former for inkontinens behandles ulikt (Fredriksen & Arneberg, 2015, s. 692). For kvinner med stressinkontinens og urgeinkontinens vil både bekkenbunnstrening og livsstilsendring for å gå ned i vekt være nyttig. Lokal østrogenbehandling kan være aktuelt ved stressinkontinens, mens urgeinkontinens kan behandles med elektrostimulering. Engangskateterisering vil være nødvendig dersom kvinnen har overflowinkontinens, som er en urinretensjonstilstand. Kvinnen vil da trenge veiledning fra sykepleier i hvordan katetrisere seg selv. Dersom inkontinensproblemene er alvorlige, må lege vurdere behov for utprøving av antikolinergika eller kirurgi (Fredriksen & Arneberg, 2015, s. 692-694; Skaug, 2016, s. 261-262).

Funnene våre viser at flere kvinner sliter med menopause etter kreftbehandlingen. Dette siden kvinnene ufrivillig og før sin tid går inn i menopausen, som betyr at deres fertile periode er over (Gamnes, 2016, s. 387). Seksualitet er tett knyttet opp mot reproduksjon, så når denne funksjonen forsvinner, kan det gi negative ringvirkninger for kvinnenes seksuelle helse (Almås & Benestad, 2006, s. 159). Menopausen oppleves sterkere for kvinner som har fått eggstokkene fjernet/skadet enn de som har oppnådd menopausen ved alderdom (Frantsen & Bastøe, 2016, s. 356). Det er mulig å utføre fertilitetsbevarende behandling ved konisering og ved kirurgi dersom kreftsvulsten er under 2 cm. Behandlingene som kan føre til tidlig menopause er cytostatika, strålebehandling og kirurgisk behandling (Kristensen, 2017, s. 595). Som følge av behandlingen vil produksjonen av de kvinnelige kjønns-hormonene østrogen og progesteron avta, noe som fører til endringer i brystkjertlene og livmoren (Sand et al., 2006, s. 516). Dette kan gi et endret kroppsbilde, noe vi kommer tilbake til i avsnitt 5.2.2. Menopausen kan gi symptomer som hetetokter som påvirker nattesøvnen. Dette kan påvirke energinivået til kvinnene og resultere i nedsatt sexlyst. Døgnrytme er viktig for seksualiteten slik at kvinnene har krefter til å ivareta sin seksuelle helse (Almås & Benestad, 2006, s. 167). Ifølge Gjessing (2018) er det et vanlig problem at kvinner ikke har overskudd til seksuell aktivitet som følge av kreftdiagnosen. Mangel på energi henger sammen med nedsatt sexlyst. For å bedre kvinnens seksuelle helse kan sykepleier kartlegge kvinnens søvnproblemer. En kan da stille spørsmål om hvordan hun opplever sin søvn og hva hun sliter mest med. Gode tiltak sykepleier kan legge fram er viktigheten av tilrettelegging av gode søvnrutiner. Dette kan være romtemperatur på 15-20 grader,

luftigere dyne og klær, og å sørge for god utluftning på soverommet (Frantsen & Bastøe, 2016, s. 358, 362).

Problematikk knyttet til lymfødem kan oppstå etter behandling. Funnene våre viser at kvinne føler seg uattraktive, ved at lymfødem endrer kroppens fasong og har en negativ virkning på deres seksualitet. Sykepleier bør derfor gi tilstrekkelig informasjon om forholdsregler og fysisk aktivitet, samt motivere kvinnen til å sette i gang behandlingen for ødemplagene. Om kvinnen kommer tidsnok i gang med behandlingen, vil det redusere plagene. Behandling består av hudpleie, kompresjonsbehandling og informasjon om fysisk aktivitet (Sørensen et al., 2016, s. 448-449). Hudproblematikk kan oppstå som eksem og tørr hud rundt ødemene. Det er da nyttig med gode kremer som man kan smøre på huden (Johansen, 2016, s. 152). Om kvinnen har store plager med ødem, kan ukentlig veiing være aktuelt, for å få oversikt rundt egen væskeansamling. Væskeansamlingen blir først synlig ved 4-5 liter ekstra væske i kroppen. I noen tilfeller kan det være nyttig å måle væskeinntak eller ha væskerestriksjon. Sykepleier kan også informere om fordelene med saltfattig kost for å unngå væskeretensjon (Johansen, 2016, s. 150-151). Ved å ha en god og tilpasset bevegelsestrening, kan dette virke smertelindrende og effektivt for å minske ødemet. Om kvinnen bruker kompresjonsstrømper, bør hun bruke dem under treningen (Sørensen et al., 2016, s. 449). Sykepleier bør legge vekt på å gi god og forståelig informasjon til disse kvinnene, slik at de mestrer sin endrede hverdag.

Vektoppgang etter behandling hadde en negativ innvirkning på seksualitet da kvinnene fikk økt symptomproblematikk rundt menopause og lymfødem. Endret kroppsfasong resulterte i usikkerhet rundt egen kropp. Dersom kvinnene opplever vektoppgang kan sykepleier kartlegge og dokumentere om vektøkningen skyldes høyt kaloriinntak, inaktivitet eller lymfødem. Om kvinnen ønsker å gå ned i vekt, kan sykepleier informere om forskjellen mellom korte dietter og livsstilsendring, og veilede til endring som er overkommelig for kvinnen. Reduksjon i energiinntak og økt fysisk aktivitet må til for vekt reduksjon (Agaard, 2016, s. 230). Sykepleier kan foreslå å sette opp konkrete mål og del mål, med tanke på aktivitet. Kvinnene kan føre en ernæringsdagbok, for å få bedre oversikt over faktisk matinntak (Kristoffersen, 2016b, s. 333). Fet mat, sukkerholdige matvarer og alkohol bør begrenses, og det anbefales å ha et allsidig sammensatt kosthold og gode måltidsmønstre. En kan også informere om at det ikke er anbefalt å gå ned mer en 0,5-1 kg i uken. Sykepleier kan motivere kvinnen til å gjennomføre fysisk aktivitet ca. en time hver dag. Det er elementært at kvinnen får kontinuerlig støtte, og det kan også være naturlig å motivere kvinnen til å oppsøke andre i samme situasjon (Agaard, 2016, s. 230-231).

5.2.2 Psykiske endringer påvirker seksualiteten

I våre funn ser vi at kvinnene har endret syn på seg selv og sliter med følelser som har oppstått som følge av behandlingen. Ved å ha en ekstra oppmerksomhet på det som er endret, blir kroppen mer tilstedeværende (Breivne & Bjørk, 2016, s. 24). Selv om endringene ikke er synlige for andre, kan det virke krevende og belastende (Solvoll, 2016, s. 115). Dette påvirker kvinnen selv, som er en bedømmelse av egen verdi basert på hvordan de klarer å leve opp til sitt ideelle bilde av seg selv (Solvoll, 2016, s. 108). Det kan være vanskelig for sykepleiere å oppdage om kvinnen har utviklet problematikk rundt eget kroppsbylde. Dette fordi det kan være vanskelig for kvinnene å søke hjelp og støtte. Dersom sykepleiere har tilstrekkelig med kunnskap om kroppsbylde og kropps komplekser, er det gode muligheter for bedring for kvinnen. Det er viktig at

sykepleiere tilnærmer seg temaet på en respektfull, utforskende og empatisk måte (Nesse, 2020, s. 286). Ved at sykepleieren lar kvinnen fortelle sin historie, hvordan hun opplever seg selv og stiller spørsmål rundt dette. Dette gir gode muligheter for sykepleier til å hjelpe kvinnen å se forskjellen mellom sine erfarte selvfølelse og de objektive, faktiske forholdene. På denne måten kan kvinnen revurdere sin selvforståelse og sette søkelys på sine styrker (Gonzalez, 2020, s. 280). Psykoedukasjon kan være en viktig del av samtalen, ved å gi informasjon og bekreftelse på at kvinnen ikke er alene om å streve med kroppsbildet. Sykepleier bør ikke underdramatisere smertene som følger et endret kroppsbilde, men heller anerkjenne at det både er mulig og realistisk å bli bedre. Dette kan bidra til å redusere skammen kvinnen bærer på (Nesse, 2020, s. 286).

Funnene viser til at kvinnene opplever depresjon som følge av tap av kontroll, helse og fremtidsmuligheter, samt endringer i kroppslige forhold og psykisk sårbarhet (Dahl, 2019, s. 157). Det depressive synet på seg selv og følelsen av å være lite attraktiv, kan ha store konsekvenser for kvinnenes seksualitet (Håkonsen, 2014, s. 309). Konsekvensene kan vise seg i form av nedsatt selvtillit og selvfølelse, selvbepreidelser, sterk skyldfølelse og følelsen av skam. Bekymringene rundt dette kan bli så ubehagelige at det tapper kvinnene for energi og krefter (Håkonsen, 2014, s. 277, 298-299, 307). Skyldfølelsen kan komme av at kvinner tar på seg mer ansvar rundt endringer de ikke kan kontrollere (Kristoffersen, 2016a, s. 42). For å kartlegge og identifisere depresjon krever samtale, for å avklare om plagene er kortvarige eller om de har vedvart i en lengre periode. Ordet depresjon har blitt en del av det norske dagligtale. Det er derfor viktig å avklare hva som plager kvinnen (Dahl, 2019, s. 157).

Depresjon og angst er tett nyttet opp mot hverandre (Martinsen, 2020, s. 117). Mennesker som har opplevd sterke følelsesmessige påkjenninger har stor sannsynlighet til å utvikle angst (Håkonsen, 2014, s. 298). Tankemønsteret, følelsesregisteret og adferd blir da preget av urasjonell frykt, bekymring og katastrofetenkning (Martinsen, 2020, s. 115). Ved å benytte et plagetermometer, kan sykepleier kartlegge hvordan angsten preger livssituasjonen til kvinnene (Dahl, 2019, s. 160).

For både depresjon og angst er det vanskelig å skille psykologiske plager fra kreftbehandlingen da de begge fører med seg nedsatt appetitt, utmattelse og søvnproblemer. Dersom disse symptomene er sterkere er det stor sannsynlighet at det foreligger behov for ekstra oppmerksomhet (Dahl, 2019, s. 157). Ved at sykepleier tar seg tid til gode samtaler med kvinnene i form av kognitiv terapi, samt viser respekt og forståelse, vil dette være gunstig både for angst og depresjon (Dahl, 2019, s. 161). Det er viktig at sykepleier tenker forebyggende ved å informere godt rundt fordelene ved fysisk aktivitet og ens positive virkning på angst og depresjon (Dahl, 2020, s. 105). Gode søvnrutiner kan også bidra til å dempe symptomproblematikken (Dahl, 2019, s. 161). Sykepleier må tilpasse informasjonen og tilretteleggingen, slik at en ikke forsterker følelsen av mislykkethet og nederlag. Tålmodighet og gode kommunikasjons evner viktig her (Håkonsen, 2014, s. 255).

Både fysiske og psykiske endringer etter livmorkreftbehandling påvirker kvinnenes seksualitet ved at de skapte problemer i partnerskapet. Kvinner kan på grunn av smerter under samleie spenne seg eller trekke seg unna partner, noe som for partner oppleves som ubehagelig og lite attraktivt (Almås & Benestad, 2006, s. 163). Dersom paret er barnløse og kvinnen har blitt infertil som følge av behandlingen, kan det resultere i at begge parter unngår samleie. Kvinnen kan på sin side bli minnet på at hennes evne til å lage barn er borte, mens mannen kan unnvike som en 'straff' for at hun ikke kan gi han

barn (Almås & Benestad, 2006, s. 291–292). For at paret skal føle tilhørighet er seksualitet mellom dem viktig. Dersom kvinnen ikke klarer å engasjere seg i seksuell aktivitet, kan partner føle seg såret og avvist (Almås & Benestad, 2006, s. 303–304). Kvinner som unngår seksuell kontakt på grunn av manglende sexlyst, kan oppleve tap av nærhet og seksualitet i partnerskapet (Almås & Benestad, 2006, s. 166). For å forbedre kvinnens seksualitet trenger partner informasjon og veiledning rundt de ulike tiltakene knyttet til fysiske og psykiske symptom. For å øke forståelsen til partner må vedkommende få innsikt i kvinnens helsetilstand. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-3) kan pårørende få informasjon om pasientens helsetilstand og helsehjelpen som ytes, dersom pasienten samtykker til dette. Sykepleier må derfor først spørre kvinnen om hun ønsker at partner skal få innsikt i hennes helsetilstand. Dersom kvinnen ikke samtykker må sykepleier respektere dette, og heller informere partner generelt om hva livmorhalskreft er og hvilke seneffekter behandling kan medføre uten å bryte taushetsplikten. Taushetsplikten hindrer uvedkommende til å få tilgang til helseopplysninger og sykdom relatert til pasienten (helsepersonelloven, 1999, §21). Sykepleier kan derimot informere partner om at Kreftforeningen (u.å.) har en egen nettside for pårørende hvor de kan finne informasjon, råd og tips. Det at partner får økt kunnskap kan gjøre at kvinnen føler seg mer forstått og det kan bedre seksualiteten i partnerskapet.

5.2.3 Manglende kommunikasjon påvirker seksualiteten

Ut ifra funnene våre ser vi at kvinnene opplevde at de ikke fikk tilstrekkelig informasjon rundt seneffekter og konsekvensene for kvinnens seksualitet. Opplevelsen av at helsepersonell var uinteressert eller ikke hadde kompetanse til å snakke om seksualitet gjorde at kvinnene selv ikke torde å ta opp temaet eller stille spørsmål. Ifølge Rannestad & Reidundatter (2014, s. 152) opplevde yngre kvinner som hadde blitt behandlet for underlivskreft at de fikk for lite informasjon om tidlig menopause og nedsatt fertilitet. De følte seg uforberedt på konsekvensene til disse seneffektene og hadde gjerne et økt symptomtrykk som virket negativt inn på seksuell funksjon. Dersom informasjon gis til kvinnene før behandling, kan det hende de er så stresset at de ikke oppfatter den. Det kan derfor ta flere måneder eller år før kreftoverlevende oppsøker helsevesenet for å få hjelp for seksuelle dysfunksjoner (Gjessing, 2018). Dette understreker viktigheten av at tilpasset informasjon må gis både før, under og etter kreftbehandling.

Ifølge Nortvedt (2016, s. 139) er det rundt informasjonsutgiving det synes mest hos helsepersonell, på grunnlag av dårlige rutiner. Legen har et overordnet ansvar til å overlevere informasjonen til kvinnene. Sykepleiers rolle er derimot å sikre at pasienten har forstått legens informasjon og veilede pasienten i helsespørsmål. Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at denne er forstått (NSF, 2019, pkt. 2.5). For å sikre at informasjonen blir forstått kan sykepleier tilby skriftlig informasjon i form av brosjyrer. I brosjyren «Kreft og seksualitet hos kvinnen» finnes informasjon om hvordan seksualiteten påvirkes etter livmorhalskreft (Kreftforeningen, 2015).

Sykepleier må sørge for at pasientene får informasjon om sine rettigheter i forhold til deres helsetilstand. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §3-2 presiserer at alle pasienter har rett til informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen som skal ytes. Den forplikter sykepleier til å gi individuelt tilpasset og god informasjon, noe som krever gode rutiner og empatiske egenskaper (Nortvedt, 2016, s. 139). Alle pasienter har rett til å medvirke i gjennomføring av helsetjenester (pasient- og

brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). For å fremme pasientens ønske om å medvirke må sykepleier tilpasse informasjonen til pasientens behov og situasjon. Pasienten vil gjennom medvirkning oppleve empowerment som handler om økt kontroll over helsepåvirkende faktorer. Økt kontroll er en forutsetning for at pasienten skal mestre sin helsetilstand. Sykepleier kan veilede pasienten til å bruke tidligere positive erfaringer i nye situasjoner. Utvikling av mestring skjer når pasienten opplever å ha styring i livet (Harris & Ursin, 2018, s. 232). Andre rettigheter som er viktige å informere om er at alle pasienter med varig nedsatt seksuell funksjon har rett på stønad til å dekke utgifter til seksualtekniske hjelpemidler uten behov for forhåndsvedtak (folketrygdloven, 1997, §6-3a). Legen kan bestille hjelpemidler direkte fra Hjelpemiddeldatabasen (2021). Kvinner som opplever tarm- og blæreproblematikk bør tidlig få informasjon om at inkontinensutstyr dekkes av folketrygdloven (1997, §5-14) og at dette er lett tilgjengelig på alle apotek.

En forutsetning for å yte god sykepleie til kreftpasienter er god kommunikasjon (Reitan, 2017, s. 104). Kommunikasjon er ifølge sykepleieteoretiker Travelbee et viktig redskap for sykepleiere når det gjelder å etablere relasjoner. Ved hjelp av god kommunikasjon vil sykepleier bli kjent med pasienten som et unikt individ. Dersom sykepleier klarer å identifisere pasientens unike behov vil det bli enklere å planlegge tiltak. Fokuset bør være på at samhandlingen blir så spontan og naturlig som mulig (Kristoffersen, 2016b, s. 34-35). For at denne pasientgruppen skal få god og tilstrekkelig informasjon må sykepleiere og helsetjenesten opparbeide gode rutiner for å møte disse kvinnene. Ledere i helsetjenesten bør sørge for at sykepleierne opprettholder og utvikler sin kommunikasjonskompetanse ved å avholde kurs, veiledning eller refleksjonsgrupper på arbeidsplassen (Reitan, 2017, s. 107).

Relasjon er vesentlig for god sykepleie og man må kunne opptre faglig kyndig på en medmenneskelig måte. For å oppnå dette må en danne gode profesjonelle relasjoner. Sykepleieren må ha en personlig involvering i omsorgen, slik at en kan bygge tillit (Kristoffersen et al., 2016, s. 90-92). Ved at kvinnene åpner seg om sitt liv og sine problemer viser de tillit til sykepleieren. Sykepleier ivaretar denne tilliten ved å ta pasienten på alvor og imøtekomme de på best mulig måte (Kristoffersen, 2016c, s. 61). Sykepleier har rollen som giver av helsehjelp mens pasienten er mottaker, noe som fører til en vesentlig maktforskjell. Normalt sett blir helsepersonell møtt med tillitt på grunn av denne maktforskjellen (Eide & Eide, 2017, s. 26). Det er sykepleier sitt ansvar å sørge for at kvinnene blir sett og hørt, og oppsøke de med god tilrettelagt informasjon og tilstrekkelig kompetanse. For å invitere og ta initiativ til å snakke om temaet seksualitet med kreftpasienter, trenger sykepleier å innhente kunnskap om de fysiske og psykiske utfordringene pasienten opplever (Drageset et al., 2016, s. 180). Kreftforeningen (2005) har gitt ut heftet *Seksuell helse og kreft* som inneholder retningslinjer for hvordan helsepersonell skal snakke om seksualitet med pasientene sine. Punktene i retningslinjene gjenspeiler trinnene i PLISSIT-modellen.

Sykepleier bør invitere og be om tillatelse til å snakke om seksualitet med alle sine pasienter for å avdekke avvik. Sykepleier må legge til rette for at pasienten føler seg trygg nok til å snakke om seksualitet (Gamnes, 2021, s. 531). Dette innebærer å vise pasienten at det å snakke om seksualitet og seksuell helse er en naturlig del av behandlingen og oppfølgingen (Langhelle et al., 2021a). Sykepleier trenger ferdigheter i aktiv lytting for å kommunisere på en god måte. Er sykepleier bevisst rundt bruken av verbal og nonverbal kommunikasjon vil dette bidra til tilknytning og legger grunnlag for anerkjennelse. Samtidig må sykepleier ha en god struktur på samtalen, med

introduksjon, hoveddel og avslutning. Ved å mestre aktiv lytting kan kvinnene føle seg trygge og ivaretatt (Eide & Eide, 2017, s. 119–121). For å invitere til samtale kan sykepleier spørre; «Mange pasienter opplever at sexlivet påvirkes negativt etter behandling for livmorhalskreft. Har du opplevd dette?». Sykepleier må også være oppmerksom og ta initiativ til å snakke om seksualitet dersom pasienten kommer med hint som f.eks. «Jeg lurer på hvordan det skal gå 'der nede' etter behandling» (Gamnes, 2021, s. 532–533).

Videre vil mange pasienter ha behov for generell informasjon om seksualitet, enten skriftlig eller muntlig (Gamnes, 2021, s. 531). Sykepleier vil trenge god kunnskap om konsekvensene av behandlingen pasienten skal igjennom, slik at man kan svare på pasientens spørsmål. Informasjon om at spesielt strålebehandling kan føre til vaginale endringer vil høre med under generell informasjon (Langhelle et al., 2021a). Ifølge Drageset et al. (2016, s. 180) kan sykepleier stille konkrete og enkle spørsmål i starten, som f.eks. «Hvordan vil dette påvirke ditt seksualliv?». Målet blir å sette i gang en samtale rundt følelser og kroppslige forandringer. Når det er rom for at kvinnene får uttrykke sine tanker og følelser, kan dette bidra til at hun bearbeider den psykoseksuelle krisen hun er i. Dette er noe flere kvinner uttrykker er betydningsfullt for dem (Lorentsen & Grov, 2016, s. 408).

Dersom pasienten trenger spesifikke forslag tilpasset sin situasjon kreves det kompetanse både i forhold til kunnskap om seksualitet og rådgivning. Dersom en sykepleier skal gi spesifikke forslag må vedkommende tilegne seg mer kunnskap enn det sykepleierutdanningen i utgangspunktet gir (Gamnes, 2021, s. 531). Det er viktig at sykepleier her kjenner sine egne begrensninger og setter i gang et tverrprofesjonelt samarbeid dersom en ikke har den rette kompetansen. Spesifikke forslag kan gis av en sexologisk rådgiver (helsepersonell med spesialisering i sexologi), som blant annet har kunnskap om sykdommer, konsekvenser av behandling og seksualitet i ulike situasjoner og livsfaser (Langhelle et al., 2021b). Tverrprofesjonelt samarbeid handler om hvordan ulike faggrupper av helsepersonell arbeider sammen (Orvik, 2015, s. 242). Pasienter med komplekse sexologiske problemstillinger, spesielle seksuelle dysfunksjoner eller psykiske problemer knyttet til seksualitet må henvises videre til lege eller psykolog med spesialkompetanse innen sexologi (Gamnes, 2021, s. 531; Langhelle et al., 2021b).

Det er mange grunner til at sykepleiere ikke snakker om seksualitet med pasientene og deres partnere. Grunner kan være at det er et vanskelig tema, at en mangler kunnskap, overdreven respekt for at seksualitet er privat, dårlige kommunikasjonsferdigheter eller at det er ubehagelig å ta opp temaet. Mange sykepleiere hevder at de føler seg ukomfortable på grunn av det seksuelle språket som brukes i seksuell veiledning. Istedenfor å bruke ord som fertilitet, libido og lubrikasjon kan man f.eks. heller bruke mer allmennkjente ord som evnen til å få barn, sexlyst og fuktighet. Det gjelder å finne ord som en selv er komfortabel med (Borg, 2017, s. 126). Vi er enige med Drageset et al. (2016, s. 180) som mener det må utarbeides mer støttemateriale i form av f.eks. prosedyrer i hvordan sykepleier bør tilnærme seg, veilede og hjelpe kreftpasienter som har seksuelle utfordringer og spørsmål.

6 Konklusjon

Kvinner som har eller skal gjennomgå behandling for livmorhalskreft vil oppleve endringer rundt sin seksualitet. Seksualiteten blir påvirket av vaginale endringer, som fører til nedsatt lubrikasjon, blødninger og dyspareuni på grunn av endret elastisitet i vagina. Kreftbehandlingen kan også gi kvinnene merkbare kroppslige endringer som tarm- og blæredysfunksjon, menopause, lymfødem og vektoppgang. Dette kan bidra til at kvinnene endrer syn på seg selv, ved at de kan utvikler kroppskomplekser. Behandlingen førte også med seg psykiske endringer som depresjon, angst og bekymring. Både fysiske og psykiske symptomer av depresjon og angst preget kvinnene og hadde innvirkning på deres partnerskap. Kvinnene opplevde avvik i samhandling med sykepleier, ved at de fikk ufullstendig og manglende informasjon knyttet til sykdommen, behandling og seksualitet. Kvinnene opplever også at der er manglende kompetanse blant sykepleiere, og at sykepleier virker uinteressert i å snakke om seksualitet med kvinnene. Problemene blir forsterket ved at sykepleier har for lite kunnskap rundt behandlingen og symptomproblematikken som kan oppstå etter behandling.

Sykepleiere har generelt sett for lite kunnskap rundt seksualitet, hvordan gi tilpasset informasjon og hvordan starte samtalen. Usikkerhet rundt kommunikasjon kan smitte over på kvinnene og gjøre det vanskelig å bygge et tillitsforhold. Sykepleier må forsikre seg om at informasjon blir gitt både før, under og etter behandling, og at denne blir forstått. Vi ser på informasjon og gode kommunikasjonsferdigheter som grunnleggende for å lette symptomproblematikken ved fysiske og psykiske endringer etter kreftbehandlingen. Dette vil gi kvinnene mulighet for empowerment, ved at de har konkret informasjon og tiltak å forholde seg til. Det er derfor viktig at sykepleier har kunnskap om hvordan behandlingen og sykdommen påvirker kvinnenes seksualitet.

Det er generelt lite nyere forskning rundt livmorhalskreft og seksualitet. Videre forskning bør se på konsekvensene livmorhalskreft har for partnerskapet, spesielt med tanke på partners reaksjoner. Mer kvalitativ forskning trengs for å få dypere innsikt i pasientenes erfaringer. For å få bedre forstå hvordan sykepleiere opplever samhandling med denne pasientgruppen, trengs det mer forskning med sykepleieperspektiv.

Referanser

- Agaard, H. (2016). Væske og ernæring. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, G. H. Grimsbø (Red.) & F. Nortvedt, *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov* (3. utg., s. 191–242). Gyldendal akademisk.
- Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2006). *Sexologi i praksis* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Aydın, R. & Oskay, Ü. Y. (2016). Sexual Experience of Women After Pelvical Radiotherapy Due to Cervical Cancer. *Turkish Journal of Oncology*.
<https://doi.org/10.5505/tjo.2016.1472>
- Borg, T. (2010). Seksualitet. I A. M. Reitan & T. Kr. Schølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (3. utg, s. 121–130). Akribe.
- Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. M. Reitan & T. Kr. Schølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4. utg, s. 120–131). Cappelen Damm akademisk.
- Breievne, G. & Bjørk, I. T. (2016). Kropp og velvære. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, G. H. Grimsbø (Red.) & F. Nortvedt, *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov* (3. utg., s. 13–44). Gyldendal akademisk.
- Burns, M., Costello, J., Ryan-Woolley, B. & Davidson, S. (2007). Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality. *European Journal of Cancer Care*, 16(4), 364–372. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2006.00743.x>
- Bye, A. (2019). Ernæring - mat og drikke. I C. E. Kiserud, A. A. Dahl & S. D. Fosså (Red.), *Kreftoverlevende: ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (3. utgave., s. 192–212). Gyldendal.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forlag.
- Corrêa, C. S. L., Leite, I. C. G., Andrade, A. P. S., de Souza Sérgio Ferreira, A., Carvalho, S. M. & Guerra, M. R. (2016). Sexual function of women surviving cervical cancer. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 293(5), 1053–1063.
<https://doi.org/10.1007/s00404-015-3857-0>
- Dahl, A. A. (2019). Psykiske symptomer og lidelser. I C. E. Kiserud, A. A. Dahl & S. D. Fosså (Red.), *Kreftoverlevende: ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (3. utgave., s. 138–166). Gyldendal.
- Dahl, A. A. (2020). Stemningslidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utgave., s. 97–114). Gyldendal.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- do Rosário Ramos Nunes Bacalhau, M., Pedras, S. & da Graça Pereira Alves, M. (2020). Attachment style and body image as mediators between marital adjustment and sexual satisfaction in women with cervical cancer. *Supportive Care in Cancer*, 28(12), 5813–5819. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05423-y>
- Drageset, S., Mæland, M. K. & Ellingsen, S. (2016). Helsefremmende sykepleie i møte med kreftsyke og deres utfordringer i sykehus. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten* (s. 174–189). Cappelen Damm akademisk.

- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2). <https://doi.org/10.3316/ielapa.405497388325103>
- folketrygdloven. (1997, februar 28). *Lov om folketrygd* [LOV-1997-02-28-19]. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1997-02-28-19>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Natur & kultur.
- Forskningsrådet. (2016, desember 16). *Enklere tilgang – mer forskning. Status og forbedringsmuligheter for norske persondata til helseforskning*. Forskningsrådet. <https://www.forskningsradet.no/om-forskningsradet/publikasjoner/2016/enklere-tilgang--mer-forskning/>
- Fosså, S. D., Haugnes, H. S. & Kiserud, C. E. (2019). Medisinske problemer hos kreftoverlevende. I C. E. Kiserud, A. A. Dahl & S. D. Fosså (Red.), *Kreftoverlevende: ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (3. utgave., s. 54–71). Gyldendal.
- Frantsen, A.-M. & Bastøe, L. K. H. (2016). Behovet for søvn og hvile. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, G. H. Grimsbø (Red.) & F. Nortvedt, *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov* (3. utg., s. 347–372). Gyldendal akademisk.
- Fredriksen, A. & Arneberg, H. M. (2015). Eliminasjon. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 674–710). Cappelen Damm akademisk.
- Gamnes, S. (2016). Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov* (3. utg., s. 373–407). Gyldendal akademisk.
- Gamnes, S. (2021). Seksualitet og helse. I G. H. Grimsbø (Red.), E.-A. Skaug, S. A. Steindal & N. J. Kristoffersen, *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov og helse* (4. utgave., Bd. 2, s. 515–548). Gyldendal.
- Gjessing, R. (2018, september). *Seksualiteten etter kreften*. Sykepleien.no. <https://sykepleien.no/forskning/2018/09/seksualiteten-etter-kreften>
- Gonzalez, M. T. (2020). Selvfølelse. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utgave., s. 275–283). Gyldendal.
- Harris, A. & Ursin, H. (2018). Stress og mestring i et helsefremmende perspektiv. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (2. utg., s. 221–236). Fagbokforl.
- Helland, Y. (2015). Seksualitet. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 861–886). Cappelen Damm akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022)*. https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf?fbclid=IwAR02H9iHFvts4qzDfRyVhHlUL1o2LopOD4jhq1vt3UDq2tLCP8LMrPFdVd8
- helsepersonelloven. (1999, juli 2). *Lov om helsepersonell m.v.* [LOV-1999-07-02-64]. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

- Heyn, L. (2015). Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 363–398). Cappelen Damm akademisk.
- Hjelpemiddeldatabasen. (2021, november 1). *Hjelpemiddeldatabasen - Rammeavtale - Hjelpemidler for seksuallivet*.
https://www.hjelpemiddeldatabasen.no/news.asp?newsid=8669&x_newstype=7
- HKDIR. (2021, september 2). *Kanalregisteret*. Direktoratet for høgare utdanning og kompetanse. <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringsskanaler/Forside>
- Holck, P. (2022). Livmoren. I *Store medisinske leksikon*. <http://sml.snl.no/livmoren>
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I H. Almås (Red.), D.-G. Stubberud & R. Grønseth, *Klinisk sykepleie: 2* (5. utg., s. 133–168). Gyldendal akademisk.
- Johansen, E. (2016). Sirkulasjon. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, G. H. Grimsbø (Red.) & F. Nortvedt, *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov* (3. utg., s. 129–165). Gyldendal akademisk.
- Kreftforeningen. (u.å.). *Til pårørende og etterlatte*. Kreftforeningen. Hentet 10. mai 2022, fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/til-paerørende-og-etterlatte/>
- Kreftforeningen. (2005, mai). *Seksuell helse og kreft: Retningslinjer for fagpersonell*. <https://docplayer.me/5382871-Seksuell-helse-og-kreft-retningslinjer-for-fagpersonell.html>
- Kreftforeningen. (2015, desember). *Kreft og seksualitet hos kvinnen*. Kreftforeningen. <https://kreftforeningen.no/content/uploads/2018/06/2516c08e1bd74af59d775b7f16b38946.pdf>
- Kreftforeningen. (2022, februar 23). *Livmorhalskreft*. Kreftforeningen. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/>
- Kreftregisteret. (2021, september 21). *Livmorhalskreft*. Kreftregisteret. <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Livmorhalskreft/>
- Kristensen, G. (2017). Kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A. M. Reitan & T. Kr. Schølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 588–603). Cappelen Damm akademisk.
- Kristoff, A. (2016). Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 401–418). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Helse og sykdom - utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 29–87). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Livsstil og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, G. H. Grimsbø (Red.) & F. Nortvedt, *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 295–348). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016c). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, G. H. Grimsbø (Red.) & F. Nortvedt, *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 15–80). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.),

- Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie - fag og funksjon* (3. utg., s. 15–27). Gyldendal akademisk.
- Langhelle, T. H., Paulsen, A., Fredly, K. & Sekse, R. J. T. (2021a). Seksuell helse på alvor 1:2 Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse. *Sykepleien*, 83207, e-83207. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83207>
- Langhelle, T. H., Paulsen, A., Fredly, K. & Sekse, R. J. T. (2021b). Seksuell helse på alvor 2:2: Slik arbeider sexologiske rådgivere. *Sykepleien*, 83187, e-83187. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83187>
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås (Red.), D.-G. Stubberud & R. Grønseth, *Klinisk sykepleie: 2* (5. utg., s. 397–436). Gyldendal akademisk.
- Martinsen, E. W. (2020). Angstlidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utgave., s. 115–120). Gyldendal.
- Matanes, E., Linder, R., Lauterbach, R., Mick, I., Matanis, J., Abdah-Bortnyak, R., Reiss, A., Amit, A. & Lowenstein, L. (2021). The impact of radiation therapy on vaginal biomechanical properties. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 264, 36–40. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.06.046>
- Mikkelsen, T. B., Sørensen, B. & Dieperink, K. B. (2017). Prediction of rehabilitation needs after treatment of cervical cancer: what do late adverse effects tell us? *Supportive Care in Cancer*, 25(3), 823–831. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3466-x>
- Nakken, E. S. (2017). Generell onkologi. I A. M. Reitan & T. K. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 347–368). Cappelen Damm akademisk.
- Nesse, L. (2020). Kroppsbilde. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utgave., s. 284–287). Gyldendal.
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Sykepleien.no. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- pasient- og brukerrettighetsloven. (1999, juli 2). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* [LOV-1999-07-02-63]. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Rannestad, T. & Reidundatter, R. (2014). Helsefremming hos overlevende etter brystkreft og underlivskreft. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 148–160). Cappelen Damm.
- Reitan, A. M. (2017). Klinisk kommunikasjon. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4. utg, s. 104–119). Cappelen Damm akademisk.
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E. & Bjålie, J. G. (2006). *Menneskekroppen: fysiologi og anatomi* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Schjøberg, T. Kr. (2017). Endret kroppsbilde. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 132–143). Cappelen Damm akademisk.

- Skaug, E.-A. (2016). Eliminasjon. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, G. H. Grimsbø (Red.) & F. Nortvedt, *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov* (3. utg., s. 243–314). Gyldendal akademisk.
- Solvoll, B.-A. (2016). Identitet og egenverd. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, G. H. Grimsbø (Red.) & F. Nortvedt, *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 105–140). Gyldendal akademisk.
- Sørensen, E. M., Lorvik, M. K., Erntsen, N. G. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved brystkreft. I H. Almås (Red.) & D.-G. Stubberud, *Klinisk sykepleie: 2* (5. utg., s. 437–451). Gyldendal akademisk.
- The World Medical Association. (1964, juni). Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *Helsinki-erklæringen*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Turkish Journal of Oncology. (u.å.). *Informations For Authors*. Turkish Journal of Oncology. Hentet 21. april 2022, fra <http://onkder.org/static.php?id=7>
- Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Stiggelbout, A. M. & ter Kuile, M. M. (2016). Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support. *Supportive Care in Cancer*, 24(4), 1679–1687. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2925-0>
- Wilson, C. M., McGuire, D. B., Rodgers, B. L., Elswick, R. K., Menendez, S. & Temkin, S. M. (2020). Body Image, Sexuality, and Sexual Functioning in Cervical and Endometrial Cancer: Interrelationships and Women's Experiences. *Sexuality and Disability*, 38(3), 389–403. <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09641-4>
- Winger, A. & Leegard, M. (2016). Smerter. I U. Knutstad (Red.) & A. K. T. Heggstad, *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg., Bd. 2, s. 172–197). Cappelen Damm akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Vedlegg 2: Oversiktsskjema

Vedlegg 3: Analysetabell

Vedlegg 4: Litteraturmatriser (8 stk.)

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Avgrensning	Antall treff	Leste abstrakter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
(Life experience s OR experience s) AND (Sexuality OR Sexuality) OR (Sexual health) AND cervical Neoplasms	5/11-21	CINAHL Complete	2011-2021 Peer reviewed	24	2	2	Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Stiggelbout, A. M., & Ter Kuile, M. M. (2016). Wilson, C. M., McGuire, D. B., Rodgers, B. L., Elswick, R. K., Menendez, S., & Temkin, S. M. (2020).
"Cervix Neoplasms +" OR "cervix neoplasms AND Survivors	14/11-21	CINAHL Complete	2015-2021 Europe, adult: 19-44 years, female, cervix neoplasms, English.	7	3	1	Mikkelsen, T. B., Sørensen, B., & Dieperink, K. B. (2017).
(Cervical cancer) AND (Life experience s OR experience) AND (Sexuality OR Sexuality)	17/12-21	CINAHL Complete	2011-2021 Peer reviewed, Cervix neoplasms, English, adult: 19-44 years	12	5	1	Aydin, R. & Oskay, Ü. Y. (2016).
("Cervix Neoplasms +" OR "cervix cancer") AND ("Sexuality +" OR ("Attitude to Sexuality+"))	17/12-21	CINAHL Complete	: 2014-2021 quality of life English - adult: 19-44 years female r: - sexuality : - cervix neoplasms	6	2	1	Corrêa, C. S. L., Leite, I. C. G., Andrade, A. P. S., Ferreira, A. D. S. S., Carvalho, S. M., & Guerra, M. R. (2016).
cervix cancer AND sexuality AND post-treatment	5/4-22	PubMed	2017-2022	9	4	1	Matanes, E., Linder, R., Lauterbach, R., Mick, I., Matanis, J., Abdah-Bortnyak, R., Reiss, A., Amit, A. & Lowenstein, L. (2021).

Frisøk

Søkeord	Dato	Database	Avgrensning	Antall treff	Leste abstrakter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
(MH "Body image" += OR ("body image") AND (MH "Cervix Neoplasms+") OR ("cervix neoplasms"))	30/3-22	CINAHL Complete	2007- 2022 - Sexuality	4	2	1	M. Burns., J. Costello., B. Ryan-Woolley & S. Davidson (2007)
(MH "Body image" += OR ("body image") AND (MH "Cervix Neoplasms+") OR ("cervix neoplasms"))	30/3-22	CINAHL Complete	2007- 2022 - adult: 19-44 years	23	5	1	do Rosário Ramos Nunes Bacalhau, M., Pedras, S., & da Graça Pereira Alves, M. (2020).

Vedlegg 2: Oversiktsskjema

Nr.	Artikkel	Metode	Deltakere
1	Corrêa et al. (2016) <i>Brasil</i>	<i>Kvantitativ</i> Spørreskjema	37 (+ 37 friske)
2	Vermeer et al. (2016) <i>Nederland</i>	<i>Kvalitativ</i> Intervju	30 (+ 12 partnere)
3	Wilson et al. (2020) <i>USA/Canada</i>	<i>Kvantitativ og Kvalitativ</i> Spørreskjema inkludert åpne spørsmål	14 hadde livmorhalskreft (6 hadde endometriekreft)
4	Mikkelsen et al. (2017) <i>Danmark</i>	<i>Kvantitativ</i> Spørreskjema	85
5	Aydin & Oskay (2016) <i>Tyrkia</i>	<i>Kvalitativ</i> Intervju	17
6	Burns et al. (2007) <i>Storbritannia</i>	<i>Kvalitativ</i> Intervju	13
7	Matanes et al. (2021) <i>Israel</i>	<i>Kvantitativ</i> Spørreskjema og målinger	25
8	do Rosário Ramos Nunes Bacalhau et al. (2020) <i>Portugal</i>	<i>Kvantitativ</i> Spørreskjema	113

Vedlegg 3: Analysetabell

Hovedtema	Undertema	I artikkel
Fysiske endringer	<i>Vaginale endringer:</i> <ul style="list-style-type: none">- Endringer i vagina /blødning- Lubrikasjon- Smerter under samleie	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
	<i>Kroppslige endringer:</i> <ul style="list-style-type: none">- Tarm og blære funksjon- Menopause/infertilitet- Lymfødem- Vekttoppgang	1, 2, 3, 4, 6
Psykiske endringer	<i>Kvinnens syn på seg selv:</i> <ul style="list-style-type: none">- Kroppsbilde/kroppskomplekser	2, 3, 4, 5, 6, 8
	<i>Følelser oppstått etter behandling:</i> <ul style="list-style-type: none">- Depresjon, angst, bekymring- Skyld, skam	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8
	<i>Konsekvenser for partnerskap:</i> <ul style="list-style-type: none">- Samhandling med partner- Tilknytningsproblem	1, 2, 3, 5, 6, 8
Informasjonsbehov	<i>Avvik i samhandling med helsepersonell:</i> <ul style="list-style-type: none">- Manglende informasjon- Manglende kompetanse	2, 3, 5, 6

Vedlegg 4: Litteratormatriser

LITTERATORMATRISER 1

Referanse	Corrêa, C. S. L., Leite, I. C. G., Andrade, A. P. S., Ferreira, A. D. S. S., Carvalho, S. M., & Guerra, M. R. (2016). Sexual function of women surviving cervical cancer. <i>Archives of gynecology and obstetrics</i> , 293(5), 1053-1063. https://doi.org/10.1007/s00404-015-3857-0
Studiens hensikt/mål	Målet med studien er å få en bedre oversikt over hvordan livmorhalskreft har påvirket kvinners seksuelle helse.
Nøkkelbegrep	Cervical cancer, Survivors, quality of life, Psychological sexual dysfunction.
Metode	<p>Metoden: Kvantitativ studie. En case-control studie hvor kvinnene ble observert og innholdet i intervjuene ble analysert.</p> <p>Utvalg: Besto av 37 kvinner som undergått kreftbehandling (kirurgi, stråle- eller cellegiftbehandling, kombinert eller alene.) i perioden 2005 til 2013. Kontrollgruppen besto av 37 kvinner som ikke hadde livmorhalskreft eller annen type kreft. Studien ble gjennomført på en institusjon i Brasil, hvor de hadde henvist kvinnene til kreftavdelingen.</p> <p>Datainnsamling: Individuelle fysiske intervju med flere spørreskjema. Som ble delt i tre hovedtema: 1) Sykdomsbilde og behandling, 2) Sosialt nettverk, økonomi og levemåte, 3) Seneffekter av sykdom og behandling. Female Sexual Function Index (FSFI) med 19 spørsmål om kvinnenes seksualitet i løpet av de siste 4 ukene ble også benyttet. De samme spørsmålene ble også stilt til friske kvinner, for å finne merkbare forskjeller.</p> <p>Analyse: Data ble samlet og organisert gjennom statistical package for social sciences SPSS software. Den bivarierte analysen ble utført for å fastslå forskjeller mellom gruppene. For å bestemme påvirkningen av variabler relatert til mulige negative effekter på seksuell funksjon etter behandling, ble det utført en multippel lineær regresjonsanalyse med enten metode, for variabel oppføring i henhold til den statistiske signifikansen av disse og den endelige modellen.</p>
Resultat/konklusjon	<p>Resultat: Knyttet til etterbehandlingens seksuell rapporterte 56,8 % av kreftgruppen å ha fått veiledning: av disse fem benyttet seg av en vaginal dilator. De største funnene ved kreftgruppen var: 1) overgangsalder 2) blødning under eller etter seksuelle forhold. 3) økning i hyppighet, haster, inkontinens og oppbevaring av vannlating. 4) økning av diaré, urininkontinens og inkontinens av avføring. 5) anal smerte og slim. 6) tarmblødning og lymfødeme i underknekstremiteter. 64,9 % rapporterte at overgangsalderen relaterte til behandlingen. 59,5 % rapporterte at diagnosen og/eller behandlingen forstyrret deres seksuelle funksjoner. Gjennomsnittet for FSFI-score var 21,72 i kreftgruppen, klassifisert som seksuell dysfunksjon fordi grensepunktet ble ansett for å være under 26.</p> <p>Konklusjon: Konklusjonen til studien viser til den seksuelle funksjonen til overlevende av livmorhalskreft var dårlig sammenlignet med kontrollgruppen. Dette viser at behandlingen har en negativ innvirkning på seksualiteten til kvinnene. Seksuell dysfunksjon ble observert hos 80 % av kvinnene. (73,6%) av kvinnene rapporterte seksuell avholdenhet. Flertallet av CC-overlevende viste seksuelle forstyrrelser, primær dyspareuni og reduksjon av seksuell lyst 1 år etter behandling. Dette hadde en negativ innvirkning for partnerskapet hos de enkelte. Videre fremhever studien at de nevnte negative innvirkningene kan være konsekvens av mangel på orientering og tilstrekkelig støtte fra profesjonell assistanse. Studien understreker den positive effekten av å tilby informasjon, råd og løsninger på de psykoseksuelle til disse pasientene i en kontekst av multiprofesjonell bistand. Tilnærming er ekstremt viktig, uaktsomhet er observert fra flertallet av helsepersonell i akkompagnement rutiner etter behandling. Det kom også frem at kvinner med høyere utdanning viser flere interne ressurser til å håndtere sykdommen og har en nærmere ide om omfanget av sykdommen.</p>
Relevans	Denne studien er relevant for oss da den gir en god statistikk over forskjellene mellom kvinner som har gjennomgått livmorhalskreft kontra til friske kvinner. Studien viser til både forskning på det seksuelle spekteret, samt på andre ettervirkninger sykdommen hadde for kvinnene. Studien kan gi oss en større forståelse over forskjellene mellom den "friske" og "syke" kvinnen, som igjen kan gi oss et innblikk på hva seksualitet har å si for kvinnen og viktigheten av denne.

LITTERATURMATRISE 2

Referanse	Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Stiggelbout, A. M., & Ter Kuile, M. M. (2016). Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support. <i>Supportive Care in Cancer</i> , 24(4), 1679-1687. https://doi.org/10.1007/s00520-015-2925-0
Studiens hensikt/mål	Studien hadde som mål å vurdere kvinners erfaringer med seksuell dysfunksjon, psykoseksuel støtte og psykoseksuel helsehjelp etter livmorhalskreft. Studien ville bygge videre på den eksisterende forskningen rundt dette. Der den vil ta for seg opplevelsene til både kvinner som er sliter seksuelt og kvinne som ikke sliter, samt inkludere både overlevende og partnerperspektivet.
Nøkkelbegrep	Female sexual dysfunction, cervical cancer, psychosexual support, Qualitative analysis, Needs assesment.
Metode	<p>Metoden: Kvalitativ studie med semistrukturerte intervju med kvinner som har hatt livmorhalskreft og deres partnere.</p> <p>Utvalg: 30 kvinner og 12 partnere deltok i studien.</p> <p>Kvinnene hadde gjennomgått behandling ved Leiden University Medical Center eller Academic Medical Center Amsterdam, 1 til 12 år fra forskningen startet.</p> <p>Datainnsamling: Personlige intervju enten på sykehuset eller i intervjuobjektets hjem. Det ble brukt 65 minutter per intervju for kvinnene og 56 minutter per partner. Tema for intervjuene var</p> <p>1) Hvordan behandlingen hadde påvirket den seksuelle funksjonen.2) Informasjon og omsorgstilbud.3) Behov for psykoseksuel helsehjelp.4) Holdninger ovenfor ulike typer og metoder for utlevering av informasjon.</p> <p>Analyse: Dataene ble kodet og analysert med NVio ved bruk av rammeverkmetoden. Denne tilnærmingen tillot både eksisterende kunnskap om dette emnet og innsikt som dukket opp direkte fra dataene. Hvert intervju ble kodet inn i systemet og dobbeltsjekket om kodingen tilsvarte intervjuet.</p>
Resultat/konklusjon	<p>Resultat: Nesten halvparten av deltakerne oppga å ha blitt infertile av behandlingen. Dette påvirket deres kvinnelighet. To tredjedeler av kvinnene fikk inkontinens eller tarmproblemer. Dette gjorde at seksuell aktivitet ble mindre spontant, pga. bekymring for urinlekkasje under seksuell aktivitet. Nesten halvparten av kvinnen rapporterte å ha lymfødem. 2/3 sa at kirurgi og/eller RT hadde forårsaket fysiske endringer i skjeden. Ca. 1/2 av kvinnen følte at sykdommen hadde ført til negativt kroppsbilde og følelse av utrygghet. Mer enn halvparten av kvinnen opplevde redusert interesse for sex. Som følge av at forholdets varighet, alder eller at seksualitet har blitt mindre viktig. Kvinner med nye partnere fikk fornyet interesse for seksuell kontakt. Ca.2/3 nevnte at skjeden deres hadde blitt tørr. Mer enn halvparten oppleve smerter under samleie eller angst for smerter som førte at de unngikk samleie. 1/2 av kvinnene uttrykte følelser av seksuell misnøye. Andre kvinner følte skyldfølelse overfor sine partnere pga. redusert interesse for sex. Ca.1/2 av kvinnene som fikk kreftbehandling eller seksuell dysfunksjon, følte at det hadde påvirket deres seksuelle forhold negativt. Noen av kvinnene følte seg presset av at partneren deres seksuelt eller var klar over at deres partner hadde vanskeligheter med å akseptere hennes seksuelle begrensninger.</p> <p>Konklusjon: Kvinnene og deres partnere påvirkes negativt av seksuelle dysfunksjoner. Psykoseksuel støtte bør ta hensyn til seksuell misnøye, forholds tilfredshet og partnerperspektivet. Kvinnene ikke var fornøgd med informasjonen som ble gitt. Informasjonen var enten motsigende, ikke fullstendig, eller ikke individualisert til deres behov. Informasjonen var også vanskelig å forstå siden det ble brukt fagtermologi. Ved å tilby mer praktisk og betryggende informasjon om seksualitet og relasjonskonsekvenser etter livmorhalskreft vil det være verdifullt for både livmorhalskreft overlevende og deres partnere. Det ble nevnt at kvinnene satte pris på å snakke med sykepleieren siden de var mer tilgjengelige og viste empati, men på den andre siden var kvinnene i undersøkelsen usikre på om sykepleierne hadde nok kunnskap om emne.</p>
Relevans	Denne studien kan være relevant for oss, da den tar for seg kinnenes opplevelser rundt sin seksualitet og hvordan kreftbehandlingen har endret den. Vi får også et større bilde over hva kvinnene i etterkant føler at de trenger informasjon om, og hva de kjente på når de undergikk behandling for livmorhalskreft. Denne studien kan gi oss også et bilde på ulike faktorer som har hedret seg for kvinnene under behandlingen.

LITTERATURMATRISE 3

Referanse	Wilson, C. M., McGuire, D. B., Rodgers, B. L., Elswick, R. K., Menendez, S., & Temkin, S. M. (2020). Body Image, Sexuality, and Sexual Functioning in Cervical and Endometrial Cancer: Interrelationships and Women's Experiences. <i>Sexuality and Disability, 38</i> , 389-403. https://doi.org/10.1007/s11195-020-09641-4
Studiens hensikt/mål	Hensikten med studien var å undersøke forholdene mellom kroppsbilde, seksualitet og seksuell funksjon hos kvinner med endometriose og cervix cancer. Sekundærmålet var å finne ut om kvinnes syn på disse 3 konseptene forandret seg og hvilket som skilte seg ut som viktigst.
Nøkkelbegrep	Body image, Sexuality, Sexual functioning, Cervical cancer, endometrial cancer, United States.
Metode	<p>Metoden: Kvantitativ og kvalitativ studie for å se sammenhengen mellom tilstedeværelse, endringsgrad, kroppsbilde, seksualitet og seksuallfunksjon. 10 spørsmål rundt kroppsbilde, på et spørreskjema ble gitt til kvinnene. Skjemaet hadde ca. 54 og 19 spørsmål med svaralternativ 1-5 om seksualitet og seksuallfunksjon. Kvinnes perspektiv ble utforsket ved å svare på 7 åpne spørsmål: 1. Hvordan har kroppsbilde/seksualitet/seksuallfunksjon blitt påvirket? 2. Hvilke av disse har mest innflytelse? 3. Har du forandret deg etter behandling? 4. Hva hjalp for å forbedre disse tre temaene? 5. Kommunikasjon med helsepersonell. 6. Pårørende 7. Noe du ønsker å dele?</p> <p>Utvalg: Kvinne i studien var fra en gynekologisk kreftklinik i USA. Kvinne hadde grad I-III livmorhalskreft eller endometriekreft, var i fruktbar alder, fravær av psykiatrisk diagnose og at det var 3-36 måneder siden de ble ferdig med kreftbehandling. Totalt 20 kvinner av 736 (hvorav 14 hadde cervix cancer) ble inkludert og med gjennomsnittsalder 40,3 år. Studien ble utført i perioden 2016-2018.</p> <p>Datainsamling: Kvinnes kroppsbilde ble målt med skjemaet Body Image Scale (BIS). Female Sexuality Questionnaire (FSQ) ble benyttet ved seksualitet, og Seksuell funksjon ble målt ved Female Sexual Function Index (FSI).</p> <p>Analyse: All data ble lagret på en sikker server. Gjennomsnitt og standardavvik på alle skalaspørsmålene ble regnet ut. Pearson's korrelasjonskoeffisient ble benyttet for å estimere sammenhengen mellom kroppsbilde, seksualitet og seksuallfunksjon. Åpne spørsmålene ble i et Excel-dokument sortert etter om de var positive, negative eller nøytrale. Svarene ble kategorisert: psykologisk, reproduksjon og/eller kommunikasjon.</p>
Resultat/konklusjon	<p>Resultat: Det ble funnet sammenheng mellom kroppsbilde og seksualitet, og seksualitet og seksuallfunksjon. De åpnespørsmålene fant: 1. problemer med kroppsbilde og seksuallfunksjon pga. vektøst, smertefulle samleier, nedsatt sexlyst, følelsen av å være annerledes og å ha blitt infertil. 2. Kroppsbilde og seksuallfunksjon var viktigst. 3. De fleste kjente på endret sexlyst og smertefulle samleier. 4. Tiltak som ble anbefalt var fysisk trening, sosialt samvær og deling av erfaringer. 5. De fleste kvinnene hadde ikke snakket med helsepersonell om disse tre temaene, eller hadde negative/nøytrale reaksjoner på samtaler rundt temaet. 6. Syv deltagere hadde pårørende å snakke med. 7. Viste at kjærlighetsforhold hadde innvirkning på kvinnes kroppsbilde, seksualitet og seksuallfunksjon.</p> <p>Konklusjon: De fleste kvinnene i undersøkelsen erfarte negative endringer ved sitt kroppsbilde, sin seksualitet, samt endringer i seksuallfunksjonen. De hadde vansker for å snakke med helsepersonell om kroppsbilde, seksualitet og seksuallfunksjon. De følte seg oversett, og ble ikke sett og hørt under samtale. Kvinne ønsket å spurt spørsmål rundt disse temaene. Helsepersonell må ta ansvaret for å starte en samtale rundt temaene kroppsbilde, seksualitet og seksuallfunksjon hos pasienter med livmorhalskreft.</p>
Relevans	Studien fokuserer på hvordan kvinnene ser på seg selv, sin seksualitet og de fysiske endringene som kan oppstå etter kreftbehandling. Den belyser også problemet med å snakke om dette med helsepersonell og at de har et stort ønske om å bli sett og hørt. Dette er det svært viktig at sykepleiere er klar over, og tar initiativ til å snakke om kroppsbilde, seksualitet og seksuallfunksjon med kvinner som har gjennomgått kreftbehandling.

LITTERATURMATRISE 4

Referanse	Mikkelsen, T. B., Sørensen, B., & Dieperink, K. B. (2017). Prediction of rehabilitation needs after treatment of cervical cancer: what do late adverse effects tell us? <i>Supportive care in cancer</i> , 25(3), 823-831. https://doi.org/10.1007/s00520-016-3466-x
Studiens hensikt/mål	Formålet med denne studien var å identifisere et bedre bilde på symptom/problem som oppstår etter gjennomgått livmorhalskreft. Studien fokuserer på livskvalitet og følelsen av mestringsevne av danske livmorhalskreftpasienter, som kan bidra til å kunne gi bedre rehabiliterings tiltak.
Nøkkelbegrep	Cervical cancer, late effects, health-related quality of life, self-efficacy, Rehabilitation needs.
Metode	Metoden: Kvantitativt tverrsnittstudie med spørreskjemaer. Utvalg: 85 kvinner i behandling for livmorhalskreft ved University hospital i Danmark fra januar 2010 til juni 2013. Datainnsamling: Kvinnene fikk utdelt spørreskjema med temaene: 1) Sosiodemografiske spørsmål om samliv, hjemmeboende barn, utdanning, arbeid, alkoholinntak og røyking. 2) Enkeltspørsmål om seksuell, kroppsbilde, tarm- og urinproblemer. 3) Mestringstro ble målt av den validerte danske versjonen av Generalized Self-efficacy-skalaen. Analyse: Alle beregninger av EORTC-skalaer og statistisk analyse ble utført ved bruk av SAS 9.3. Self-efficacy-spørreskjemaet ble alle svar lagt til en sumskåre, og gjennomsnittet ble beregnet med nummerering fra 1 til 4 poeng. Statistiske analyser: Data om helsereelatert livskvalitet, sykdomsspesifikk livskvalitet og Self-efficacy ble analysert etter alder, sykdomsstadium og tid siden diagnose ved bruk av ANOVA og flere generelle lineære modeller. Sekundæranalyser med BMI-grupper ble inkludert i modellene.
Resultat/konklusjon	Resultat: Hele 32% av de 198 deltakere som først ble med i studien døde i løpet av studieperioden. 31 % av deltakerne var overvektige, og 12 % hadde fedme. Deltakere under 45 år hadde signifikant flere menopausale symptomer, lavere kroppsbilde, var mer seksuelt aktive og hadde en tendens til å ha flere seksuelle bekymringer enn eldre deltakere. Lymfeødem var høyere blant deltakere som var overvektige enn blant deltakere med BMI under 30. Studien viste også at kvinner som var operert hadde større risiko for lymfeødem, og kvinner som fikk cellegift under behandling hadde lavere livskvalitet. Den eldre aldersgruppen hadde en signifikant lavere skår enn gjennomsnittet for menopausale symptomer og seksuell bekymring og flere problemer med seksuell/vaginal funksjon. Deltakere med høy BMI hadde høyere risiko for å ha menopausale symptomer, kroppsbilde under gjennomsnittsverdien. Kvinnene hadde ulike variasjoner av alvorlige problemer angående seksuelle, inkontinens- eller kroppsbildeproblemer. Konklusjon: Denne studien fant at pasienter med livmorhalskreft har høy risiko for død, og at overlevende kan ha alvorlig risiko for å utvikle sen effekter angående tarm-, menopausale og seksuelle problemer som ser ut til å eksistere selv opptil 4 år etter kreftdiagnosen. Yngre og overvektige kvinner opplevde menopausale og seksuelle problemer, og eldre kvinner fikk flere problemer med diaré.
Relevans	Denne er relevant fordi den fokuserer på de problemene som kan oppstå etter gjennomgått kreftbehandling. Vi får et større bilde over hvilke faktorer som kan ha innvirkning på hvilke problemer som kan oppstå. Studien viser også til hvordan alder kan spille inn på hvilke problemer kvinnen kan få etter gjennomgått livmorhalskreft.

LITTERATURMATRISE 5

Referanse	Aydin, R. & Oskay, Ü. Y. (2016). Sexual Experience of Women After Pelvic Radiotherapy for Cervical Cancer. <i>Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi</i> , 31(4). https://doi.org/10.5505/tjo.2016.1472
Studiens hensikt/mål	Studiens hensikt var å vurdere seksuelle livserfaringer, tanker og problemer hos de livmorhalskreftpasientene som har fått strålebehandling av bekkenet.
Nøkkelbegrep	Cervical cancer, pelvic radiotherapy, sexual life.
Metode	<p>Metoden: Kvalitativ studie med kvinner som har gjennomgått strålebehandling av bekkenet pga. livmorhalskreft. Kvinnene ble intervjuet på Istanbul i Tyrkia, mellom 22. april til 20. juni 2014.</p> <p>Utvalg: Besto av 17 seksuelt aktive kvinner gjennomgått strålebehandling, ca. 3 måneder etter behandling. Kvinnene var mellom 42 og 69 år. 9 av de 17 hadde fjernet både livmor, eggstokker og eggledere kirurgisk.</p> <p>Datainnsamling: Ved hjelp av semistrukturerte intervjueskjema ble kvinnene individuelt intervjuet og stilt spørsmål om hvordan behandling hadde påvirket seksuallivet deres. Samtalene ble tatt opp, intervjuene varte i 45-60 minutter og besto av følgende tema: 1. Seksuallivet før sykdommen. 2. Hva var symptomene på sykdommen og hvordan den ble diagnostisert. 3. Seksuelle problemer på grunn av strålebehandlingen. 4. Frykt for å gjennomføre samleie på grunn av sykdommen. 5. Påvirkninger av sexlivet. 6. Mannens oppførsel under behandlingsprosessen. 7. Mannens oppførsel etter kreftbehandlingen. 8. Hjelp og støtte for seksuelle problem</p> <p>Analyse: Ved hjelp av en innholdsanalyse ble opptakene sortert etter temaene kvinnene tok opp.</p>
Resultat/konklusjon	<p>Resultat: Gjennomsnittsalderen til kvinnene var på 55 år, hadde født fra 1 til 6 barn. Gjennomsnittlig behandlingsperiode var 3,17 år. (76,47%) av kvinnene opplevde vaginal blødning, 2 opplevde blødning og smerte under samleie. Alle kvinnene ble diagnostisert ved hjelp av biopsi av cervix. (41,17%) av kvinnene opplevde vaginalsmerter etter behandling. Flere hadde også problemer med Vaginal tørrhet. <i>Kategoriene hadde følgende funn:</i> 1. smerter eller blødning etter samleie, fraværende orgasme og fravær av nytelse. 2. Symptomer: Vaginalblødning, postmenopausal blødning, blødning etter samleie, bekkensmerter. Diagnose: Rutineundersøkelse, biopsi og celleprøve. 3. nedsatt sexlyst, smerter eller blødning under samleie, følelse av tranghet i skjeden, frykt for å ha samleie, tørrhet i skjeden, kortere skjede, manglende orgasme og utilfredshet. 4. Frykt for at kreften skal komme tilbake, føle seg mindre kvinnelig, føle seg syk, føle at seksualiteten er borte, frykt for at samleie ikke kan gjennomføres etter kirurgi. 5. Frykt for smerter, vaginal tørrhet/tranghet, føle seg svak/trøtt, høy alder, frykt for å ikke ville ha sex og å oppleve fortvilelse på grunn av kreften. 6. Mannens oppførsel under behandling: ikke påvirket, prøvde å være støttende, han var alltid støttende, han var sønderknust, trist fordi vi ikke kan få flere barn. 7. Mannens oppførsel etter behandling: ikke påvirket, ventet på behandlingsprosessen, samlivsbrudd som følge av kreften, var nervøs for ha samleie og frykt for å skade kvinnen under samleie. 8. Har ikke delt problemene mine med noen, for skamfull til å snakke om temaet, ville ikke ha informasjon og følte det ikke var viktig.</p> <p>Konklusjon: Studien viser at livmorhalskreft påvirker kvinners liv, hvordan de tar vare på seg og at de føler de mister kvinneligheten sin. Bekkenstrålebehandling har negative effekter som vaginal tørrhet, smerter under samleie, vaginal tranghet og nedsatt vaginal følsomhet. Dette har store konsekvenser for seksuallivet til kvinnene. Kvinner som deltok i studien ønsket ikke å dele disse problemene med andre fordi de skammet seg, de følte det var uviktig og var ikke komfortable med å snakke om problemene med helsepersonell. De ønsket et trygt sted hvor de kunne dele sine erfaringer og bekymringer. Helsepersonell bør være klar over ettervirkningene som bekkenstrålebehandling kan gi og ha individuelle samtaler med pasientene hvor de får snakke om sine seksuelle problemer.</p>
Relevans	Artikkelen belyser hvilke endringer som påvirker livene til livmorhalskreftpasienter som har tatt strålebehandling. Vi får nærmere innblikk i erfaringene og problemene til hver enkelt deltager med direkte sitering fra flere av dem. Relevansen er stor fordi alle deltakerne har livmorhalskreft og ønsker å snakke åpent rundt seksualitet.

LITTERATURMATRISE 6

Referanse	Burns., M., Costello., J., Ryan-Woolley, B. & Davidson, S. (2007) Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality. <i>European Journal of Cancer Care</i> 16, 364–372 https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2006.00743.x
Studiens hensikt/mål	Hensikten med denne studien var å ta for seg og utforske kvinners seksualitet 2-3 år etter gjennomgått behandling for Livmorhalskreft.
Nøkkelbegrep	Cervical cancer, treatment effects, sexuality, survival.
Metode	<p>Metoden: Kvalitativ studie. Denne studien tar utgangspunkt i Husserlian phenomenological design. Der de tar for seg kvinners subjektive erfaringer. Denne modellen bidrar til å få en større forståelse av levde erfaringer gjennom refleksjoner og gjenoppleve gjennom bevilgningsmetode.</p> <p>Utvalg: 13 kvinner fra North West England som hadde ble behandlet for livmorhals kreft med radikal strålebehandling 2-3 år før studien. Alle kvinnene som deltok i studien, var også del i LENT SOMA studien (late effects Normal tissue, subjective Objective Management Analysis) og var over 18 år.</p> <p>Datainnsamling: Det ble brukt en semistrukturert guide for å veilede til gode dybdesamtaler med intervjuobjektene. Den semistrukturerte guiden hadde noe fokus på psykologiske påkjenninger etter behandling, seksuelle bekymringer og hvordan dette spilte inn på den enkelte kvinners seksualitet. Intervjuene var på enmannsband og ble tatt opp ved skriftlig godkjenning av kvinnen. Hvert intervju varierte mellom 25 til 55 min.</p> <p>Analyse: Alle intervjua transkribert og kodet som innebar å utvikle en kodingsramme der beskrivende og fortolkende koder kunne identifiseres fra dataene. Deretter ble kodene kategorisert og gruppert under ulike temaer: 1) fysiske påkjenninger etter behandling, inkludert urin urininkontinens og tarmdysfunksjon. 2) Seksualitet ble påvirket negativt som følge av behandlingen. 3) Opplevelsen av mangelfull informasjon om behandlingen og dens effekter.</p>
Resultat/konklusjon	<p>Resultat: 1) Flertallet at kvinnene opplevde mange ulike fysiske påkjenninger. Flertallet erfarte blære- og tarmdysfunksjon. Dette hadde en stor effekt på livskvaliteten til kvinnene, men for noen av kvinnene var effekten av symptomene så store at de påvirket også stort deres seksualitet og partnerskap. 2) For flertallet av kvinnene var behandlingseffekten på seksualitet knuttet like direkte til fysiske påkjenninger som til psykiske problem. De psykiske problemene var like aktuelle for de som var seksuelt aktive, samt de som ikke var det. De fysiske problemene var store og komplekse der noen av problemene knyttet til seksualitet var a) Blære og tarm funksjon som også knyttet opp mot smerter og b) dyspareuni. Psykiske påkjenninger som hadde negativ effekt på kvinnenens seksualitet var: a) Angst knuttet til samleie, nedsatt sexlyst og kroppsbilde. 3) Flertallet av kvinnene opplevde å ikke få tilstrekkelig informasjon. som igjen førte til usikkerhet og fortvilelse.</p> <p>Konklusjon: Denne Studien konkluderer med at fysiske påkjenninger rundt blære- og tarmfunksjoner etter behandling for livmorhals kreft og dens virkning på kvinners seksualitet. Treng å bli satt mer i søkelyset og møtt på en forståelig måte. Kvinnen etter effekter av behandling er komplekse og blir ofte dårlig møtt av helse personell. Dette med å bli møtt med tilstrekkelig informasjon rundt bihandlingen, effekter/påkjenninger som kan forekomme i etterkant og om seksualitet.</p>
Relevans	Artikkelen belyser kvinners perspektiv på ettervirkning av behandling for livmorhals kreft 2-3 år etter gjennomgått behandling. Dette gir oss en betreforståelse av hvor omfattende ettervirkninger av livmorhals kan oppleves for kvinner. Dette gir oss igjen informasjon om hva som kan bli sett på som mangler i helsesektoren. Denne informasjonen kan hjelpe oss til å identifisere hva helse sektoren må jobbe med for å sikre bedre oppfølging av denne kvinne gruppen.

LITTERATURMATRISE 7

Referanse	Matanes, E., Linder, R., Lauterbach, R., Mick, I., Matanis, J., Abdah-Bortnyak, R., Reiss, A., Amit, A. & Lowenstein, L. (2021). The impact of radiation therapy on vaginal biomechanical properties. <i>European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology</i> , 264, 36-40. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.06.046
Studiens hensikt/mål	Undersøke om kvinner som har undergått strålebehandling for livmorhalskreft opplever forandring i seksuell funksjon.
Nøkkelbegrep	Cervical cancer, radiotherapy, vaginal tactile imaging, sexual activity, gynecological cancer
Metode	<p>Metoden: Kvantitativ studie. En prospektiv kohortstudie hvor kvinner som var kandidater for strålebehandling av bekkenet ble forespurt om å delta i studien. Studien ble utført mellom mai-2018 og juni-2020.</p> <p>Utvalg: Deltagerne var 25 kvinner med forskjellige grader av livmorhalskreft som skulle få strålebehandling av bekkenet over 5 uker. Alle kvinnene fikk beskjed om å bruke en vaginal dilator 3 ganger pr uke i 10 min pr gang. De som skulle fjerne livmoren og de som ikke var seksuelt aktive ble ikke inkludert i studien. Gjennomsnittsalderen var 39 år og gjennomsnittlig KMI var 24.8. Alle deltakerne signerte et informert samtykke til deltakelse. Relevant sosiodemografisk informasjon og sykehistorie ble lagt til i egne studiejournaler.</p> <p>Datainnsamling: Alle kvinnene ble før strålebehandlingen undersøkt med vaginal taktill bildebehandling for å måle trykkfordeling i vagina (VTI). Parametrene som ble undersøkt var vaginal elastisitet, tranghet og lengde. Informasjon om vaginale blødninger og bekken smerter ble notert i studiejournal. Kvinnene svarte så på FSFI-spørreskjema (Female Sexual Function Index). Alt dette ble gjort både før strålebehandling og 6 måneder etter. VTI og gynekologisk undersøkelse ble utført av en gynekolog utenfor studien for å hindre skjevhet i vurderingen av resultatene.</p> <p>Analyse: Hvor mange deltakere studien burde ha ble bestemt ved hjelp av Open-Epi ver. 3, som er en gratis kildekodeprogramvare for epidemiologisk statistikk. Konklusjonen var at man burde rekruttere minst 33 kvinner, forbeholdt at ca. 20% ville falle ifra.</p>
Resultat/konklusjon	<p>Resultat: Gjennomsnittresultatene på målingene var lavere etter strålebehandling.</p> <p>Vaginal elastisitet gikk fra 28,3 til 11,3. (-60,01%) Vaginal tranghet gikk fra 16,7 til 2,6. (-84,43%) Vaginalveggenes mobilitet gikk fra 1,77 til 0,36. (-79,66%) Muskelstyrke i bekkenbunn gikk fra 2,55 til 0,52. (-79,61%) Vaginal lengde gikk fra 7,64 til 3,3. (-56,81%) Antall samleier pr måned gikk fra 2 til 1. (-50,00%)</p> <p>Den gjennomsnittlige skåren på FSFI-spørreskjemaet viste også lavere resultat etter strålebehandling: fra 14,5 til 6,6. (-53,79%). Det var spesielt resultatene på lyst (-62,96%), opphisselse (-57,69%), våthet (-55,17%), orgasme (-63,33%) og smerter (-47,37%) at verdiene sank betraktelig.</p> <p>Konklusjon: Studien fant at den vaginale anatomien i stor grad endres etter strålebehandling av bekkenet som behandling av livmorhalskreft. Kvinnene opplevde mindre elastisitet, økende følelse av tranghet, lavere mobilitet og muskelstyrke og kortere vagina. Videre viste nedgangen i FSFI-skårene at kvinnene bekymret seg for forandringene og endringene i deres seksuelle fungering.</p>
Relevans	Studien er relevant fordi den fokuserer på statistiske endringer som kan nedsette seksuell funksjon hos kvinner med livmorhalskreft. Disse svært konkrete resultatene kan hjelpe helsepersonell med å forstå hvilken informasjon som er viktig å snakke med kvinnene om og hva vi bør informere dem om før kreftbehandling. Vi ser på det som en fordel å ha med noen kvantitative studier hvor vi får ut konkrete tall som resultat.

LITTERATURMATRISE 8

Referanse	do Rosário Ramos Nunes Bacalhau, M., Pedras, S., & da Graça Pereira Alves, M. (2020). Attachment style and body image as mediators between marital adjustment and sexual satisfaction in women with cervical cancer. <i>Supportive Care in Cancer</i> , 28(12), 5813-5819. https://doi.org/10.1007/s00520-020-05423-y
Studiens hensikt/mål	Hensikten til denne studien var å utforske om ekteskaps tilpassing og kroppsbilde hadde tilknytning til seksuell funksjon, seksuell tilfredshet og tilknytning-stil hos kvinner med livmorhalskreft.
Nøkkelbegrep	Oncology, Cancer, Cervical, Sexual, Satisfaction, Attachment, Marital satisfaction, Body image.
Metode	<p>Metoden: Kvantitativ tversnittstudie. Kvinnene i undersøkelsen har besvart EROTC QLQ C 30 og EROTC QLQ CX24, Index of sexual satisfaction, the experiences in close relationships scale og the revised dyadic adjustment scale.</p> <p>Utvalg: Studien tar for seg 113 kvinner som seksuelt aktive med livmorhals kreft. Alle kvinnene var over 18 år.</p> <p>Datainnsamling: For å samle inn data rundt kvinnene, ble de sendt spørsmål skjema i forkant av sin første oppfølgings time etter behandling.</p> <p>Analyse: For å innblikk i seksual tilfredsheten i forhold ble Sexual satisfaction the index of sexual satisfaction (ISS) brukt. Ved å bruke Experiences in close relationships scale (ECR) ble det innhentet data om tilknytningsstil i de romantiske forholdene. For å hente inn informasjon om Ekteskapeilig tilpasning ble Revised Dyadic Adjustment scale (RADs) brukt til å samle og analysere data. Data som ble hentet inn på grunnlag av kroppsbilde, symptom erfaringer og vaginalfunksjon ble hentet inn med EROTC Cervical Cancer Module (QLQCX24). Det ble formet en modell ved bruk chi-square , godess-of.fit.statistic (GFI), comparative fit index (CFI), standarized root mean square residual (SRMR) og root mean square error approxximation (RMSEA).</p>
Resultat/konklusjon	<p>Resultat: Studien viser til at seksuell og vaginal funksjon har en direkte effekt på seksuell tilfredsstillelse og en indirekte effekt på ekteskaps tilpasninger hos kvinnene. Kvinner med smerter knyttet til behandlingen hadde vanskeligheter til å føle seg nær, nyttet og vise kjærlighet til sine partnere. Behandlingen hadde påvirket kvinnene negativt seksuelt, direkte med vaginal funksjon, som forhindret dem i samleie. Kvinnene skilte seg ut fra den vanlige befolkningen grunnet sterke symptom på dårlig kroppsbilde, lav sexlyst, dårlig vaginal funksjon og hadde mer bekymringer rundt seksualitet. Det som kom tydelig fram i studien var at de kvinnene med god tilknytning til mann eller samboer hadde en bedre relasjon til eget kroppsbilde og hadde bedre seksuelt samliv. Disse funnene viser til viktigheten mellom kroppsbilde og et godt seksuelt samliv.</p> <p>Konklusjon: Viser til resultatene at vaginal og seksuell funksjonalitet, tilknytning stil og kroppsbilde er vesentlig for kvinnenes seksuale samliv. Denne studien avdekket viktigheten av rollen til kroppsbilde i patologier som ikke er synlige for andre, for eksempel livmorhalskreft.</p>
Relevans	Denne studien belyser viktigheten rundt god relasjon til sine partnere, ektefeller har for sykdoms forløpet og seksualiteten til kvinnene med livmorhals kreft. Den vektlegger også hvordan disse relasjonene kan være med på å styrke eller svekke kvinnenes syn på egen kropp etter behandling og hvordan de håndterer dårligere vaginal funksjon.

