

Ingvild Sivesind Holthe - 10122
Mari Haugen - 10148

Hvordan kan sykepleier bidra til å forberede pasienten på å håndtere senkomplikasjoner knyttet til seksualitet etter livmorhalskreft?

Antall ord: 9830

Bacheloroppgave i Sykepleie - BSPLGH_2019
Veileder: Wenche Bergseth Bogsti
Mai 2022

Ingvild Sivesind Holthe - 10122

Mari Haugen - 10148

Hvordan kan sykepleier bidra til å forberede pasienten på å håndtere senkomplikasjoner knyttet til seksualitet etter livmorhalskreft?

Antall ord: 9830

Bacheloroppgave i Sykepleie - BSPLGH_2019

Veileder: Wenche Bergseth Bogsti

Mai 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan sykepleier bidra til å forberede pasienten på å håndtere senkomplikasjoner knyttet til seksualitet etter livmorhalskreft?	Dato:	21/3-22 - 20/5-22
Forfattere:	Ingvild Sivesind Holthe <hr/> Mari Haugen		
Veileder(e):	Wenche Bergseth Bogsti		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Livmorhalskreft, seksualitet, senkomplikasjoner, sykepleier		
Antall ord: 9830	Antall vedlegg: 2		
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven: Hensikt: Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleier kan hjelpe pasienter å håndtere senkomplikasjoner etter livmorhalskreft. Bakgrunn: Kvinner som behandles for livmorhalskreft risikerer å få flere senkomplikasjoner knyttet til seksualitet etter behandling. Sykepleieren har dermed en sentral rolle, hvor de kan hjelpe pasienten å forberede seg på disse. Metode: Dette er en litteraturstudie, hvor vi har utført strukturerte søk i to ulike databaser, og sammenlignet forskning fra flere land. Ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriterier, endte vi opp med seks forskningsartikler. Vi har utført analysen ved å bruke Evans analysemodell. Datainnsamling skjedde mars - mai 2022. Resultat: Det kommer tydelig fram at kvinnene strever med senkomplikasjoner i ettertid, både fysiske og psykiske, som er med på å påvirke seksualiteten. Kvinner i behandling for livmorhalskreft har et stort behov for informasjon om disse, særlig i forbindelse med seksualitet og seksualliv. Det finnes flere barrierer som forhindrer dette, både holdninger hos sykepleiere og organisatoriske faktorer. Konklusjon: Man ser tydelig at kvinner i behandling av livmorhalskreft har et behov for informasjon og veiledning knyttet til senkomplikasjoner og seksualitet, som ikke blir møtt. Flere faktorer forhindrer at temaet blir tatt opp, både fra sykepleierens- og pasientens side. Det må også tas høyde for at det trengs mer forskning på temaet.			

ABSTRACT

Title:	How can nurses help prepare the patient to deal with late complications related to sexuality after cervical cancer?	Date : 21/3-22 - 20/5-22
Authors:	Ingvild Sivesind Holthe	
	Mari Haugen	
Supervisor	Wenche Bergseth Bogsti	
Keywords	Cervical cancer, sexuality, late complications, nurse	
(3-5)		
Number of words: 9830	Number of appendix: 2	
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Aim: The purpose of this research is to investigate how nurses can help patients deal with late complications after cervical cancer.</p> <p>Background: Women who are treated for cervical cancer risk having more late complications related to sexuality, after treatment. The nurse therefore has a central role, where they can help the patient to prepare for these.</p> <p>Method: This is a literature study, where we performed structured searches on two different databases, and compared research from several countries. Using inclusion- and exclusion criteria, we ended up with six research articles. We performed the analysis using Evan's analysis model. Data collection took place March- May 2022.</p> <p>Results: The study finds that women struggle with late complications in retrospect, both physical and psychological, that contribute to affect women's sexuality. Women in treatment for cervical cancer have a great need for information about these, especially in connection with sexuality and sex life. There are several barriers that prevent this, both attitudes of nurses and organizational factors.</p> <p>Conclusion: It is clear that women in treatment of cervical cancer have a need for information and guidance related to late complications and sexuality, which are not met. Several factors, both on patients and nurse's side, contribute to affect this. It must be taken into account that more research is necessary on the topic.</p>		

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
2.0 Bakgrunn	5
2.1 Livmorhalskreft.....	5
2.2 Seksualitet.....	7
2.3 Sykepleieteori	7
2.3.1 Menneskers grunnleggende behov	8
2.3.2 Kari Martinsens omsorgsteori.....	9
2.4 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere	9
2.5 Lovverk	10
2.6 Hensikt.....	10
2.6.1 Problemstilling.....	10
2.7 Avgrensing.....	10
3.0 Metode	11
3.1 Litteraturstudie	11
3.2 Søkestrategi	11
3.2.1 Søkematrise 1.....	13
3.2.2 Søkematrise 2.....	14
3.3 Forskningsetisk vurdering	15
3.4 Analyse	15
4.0 Resultatpresentasjon	16
4.1 Resultatpresentasjon 1.....	16
4.2 Resultatpresentasjon 2.....	17
4.3 Resultatpresentasjon 3.....	18
4.4 Resultatpresentasjon 4.....	19
4.5 Resultatpresentasjon 5.....	20
4.6 Resultatpresentasjon 6.....	21
4.7 “Bacheloroppgavens sammenfattede resultat”	22

5.0 Drøfting	23
5.1 Fysiske senkomplikasjoner	23
5.2 Livmorhalskreftbehandlings påvirkning på psyken	24
5.3 Behovet for informasjon og kommunikasjon.....	27
5.4 Holdninger hos sykepleier	29
5.5 Organisatoriske påvirkningsfaktorer.....	31
5.6 Anbefalt tiltak	33
5.7 Flyer	34
6.0 Konklusjon	35
7.0 Litteraturliste	36
8.0 Vedlegg	40
8.1 Vedlegg 1	40
8.2 Vedlegg 2.....	40

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Livmorhalskreft er den fjerde mest utbredte kreftformen hos kvinner i verden, og i 2020 fikk 328 kvinner i Norge diagnosen livmorhalskreft (NHI, 2021). 82% av kvinnene lever fremdeles etter fem år ved tidlig oppdagelse (Kreftforeningen, 2022). Folkehelseinstituttet (2021) forklarer at i Norge kan ligge an til å være så og si utryddet innen 2039, takket være effektiv vaksine og livmorhalsprogrammet. I 2020 var det ifølge Kreftforeningen (2022) 40 kvinner under 30 år, og 64 under 40 år som fikk diagnosen. Selv om mange overlever ved tidlig diagnostisering av livmorhalskreft, er det velkjent at behandlingen gir flere senkomplikasjoner i ettertid (Kreftforeningen, 2022). Blant annet trekkes utfordringer knyttet til seksualliv frem som særlig framtrædende senkomplikasjoner. Temaet blir derfor både aktuelt og interessant, og noe vi ønsker å utforske. Vi ønsker med dette å sette fokus på sykepleiers rolle i forbindelse med seksualiteten til kvinner som behandles for livmorhalskreft.

2.0 Bakgrunn

2.1 Livmorhalskreft

Jerpseth (2016) viser til flere typer kreft i kvinnelige kjønnsorganer, deriblant cancer cervix, også kalt livmorhalskreft. Ifølge Jerpseth (2016) skjer utviklingen av livmorhalskreft svært langsomt - over flere år, før maligne celler etter hvert invaderer dypere strukturer, og danner en svulst. Jerpseth (2016) forklarer at hele prosessen begynner som celleforandringer, men kan ende opp med spredning til andre organer som vil komplisere sykdomsforløpet. Livmorhalsprogrammet har som nevnt hatt stor betydning for forebyggingen av livmorhalskreft (Kreftforeningen, 2022). Jerpseth (2016) forklarer 4 ulike stadier av livmorhalskreft:

Stadium I: Svulsten er lokalisert til cervix uteri.

Stadium II: Svulsten vokser over på vagina eller ut i parametriet.

Stadium III: Svulsten når nedre del av vagina eller fiksert til bekkenveggen.

Stadium IV: Svulstgjennombrudd til blære/og eller rectum eller spredning utenfor det lille bekkenet (Jerpseth, 2016, s.153).

I behandling av livmorhalskreft er både kirurgi, radioaktiv stråling og cytostatika viktige behandlingsmetoder (Jerpseth, 2016). Ofte kombineres to, eller tre behandlingsmetoder, og hva som velges er ifølge Jerpseth (2016) avhengig av hvilken type svulst det er, og dens utbredelse. I senere stadium benyttes stråleterapi i vagina, ofte etterfulgt av kirurgisk behandling (Jerpseth, 2016). Videre sier hun at ved langtkommen kreft, eller residiv etter kirurgisk behandling/stråleterapi, kan cytostatika benyttes for å redusere størrelsen på svulsten. Gjessing, Borg & Dahl (2013) forklarer at kreftsvulst lokalisert til kjønnsorganene kan påvirke seksualiteten gjennom smerter, funksjons-hormonsvikt eller innvekst av svulst i nerver eller blodkar.

I tillegg viser Gjessing, Borg & Dahl (2013) at strålebehandling kan gi redusert blodforsyning, stivhet og skrumping av kjønnsorganene. Ved cellegiftbehandling kan nerver og blodkar skades, i tillegg til endringer i hormonproduksjon som igjen kan redusere funksjon eller følsomhet (Gjessing, Borg & Dahl, 2013). Smerter, kvalme, dårlig allmenntilstand, svekket seksuallyst/interesse og kondisjon er ifølge Gjessing, Borg & Dahl (2013) allmennsymptomer etter behandling. Blant annet beskrives fatigue som en betydelig senkomplikasjon som påvirker livet i stor grad. Siden seksualitet er et overskuddsfenomen, vil kreftoverlevende som sliter med fatigue ofte mangle sexlyst, og dette vil dermed prege seksuallivet (Gjessing, Borg & Dahl, 2013). Også mange medikamenter, blant annet medisiner mot magesår eller antidepressiver, kan ha en innvirkning på seksualiteten på en negativ måte (Gjessing, Borg & Dahl, 2013).

Ifølge Jerpseth (2016) er senkomplikasjoner av behandlingen blant annet knyttet til opphisselse, lyst, smerter, endret kroppsbilde og selvtillit, tørrhet i skjeden, infertilitet og tidlig overgangsalder. Jerpseth (2016) beskriver at kvinner i tidlig stadium av sykdommen har svært gode sjanser for både overlevelse og fullstendig helbredelse, hvor 9 av 10 lever etter fem år. Kvinner med sykdom i stadium IV, lever 1 av 10 etter fem år (Jerpseth, 2016). Det er viktig å bemerke seg at ikke alle kvinner som behandles for livmorhalskreft opplever senkomplikasjonene vi snakker om. Det kan også være andre senkomplikasjoner enn nevnt her.

2.2 Seksualitet

Ifølge Helland (2016) kan seksualitet anses som sentralt ved det å være menneske, og dette omfatter både psykiske, sosiale og fysiske aspekter. Det er viktig å huske på at seksualitet dreier seg om mer enn samleie, og menneskets seksualliv er derfor mer enn summen av seksuelle funksjoner (Helland, 2016). Videre beskriver hun seksualitetens seks R-er:

Reproduksjon (forplantning), **relasjon** (forhold mellom mennesker), **respekt** (for egne og andres grenser), **rehabilitering** (håndtering av samlivsmessige konflikter), **rekreasjon** (nyttelse, glede og lek), og **relaksasjon** (fysisk og psykisk avspenning), (Helland, 2016, s. 863).

Jerpseth (2016) forklarer også at seksualitet inngår som et grunnleggende behov, og det å være et menneske. Videre sier hun at seksualiteten er nødvendig for selvbildet og vår oppfattelse av oss selv. WHO definerer seksualitet som et sammensatt begrep bestående av seksuelle handlinger, intimitet, bekreftelse, kjærlighet og nærhet (Helland, 2016). Seksualitet er et mangfoldig begrep, og det benyttes flere synonymer til begrepet, som for eksempel seksuell fungering, seksualliv, og seksuell helse. Vi finner seksualitet og seksualliv mest beskrivende for vår studie, og vil derfor bruke disse begrepene som en fellesnevner i oppgaven. Man vet at behandling av livmorhalskreft kan gi senkomplikasjoner som kan påvirke seksualiteten lenge etter behandlingsslutt (Gjessing, Borg & Dahl, 2013). Med tanke på dette vil sykepleieren bli essensiell for pasienten i håndtering av eventuelle seksuelle problemer i etterkant. Det er derfor relevant å belyse grunnlaget for utøvelse av god sykepleie.

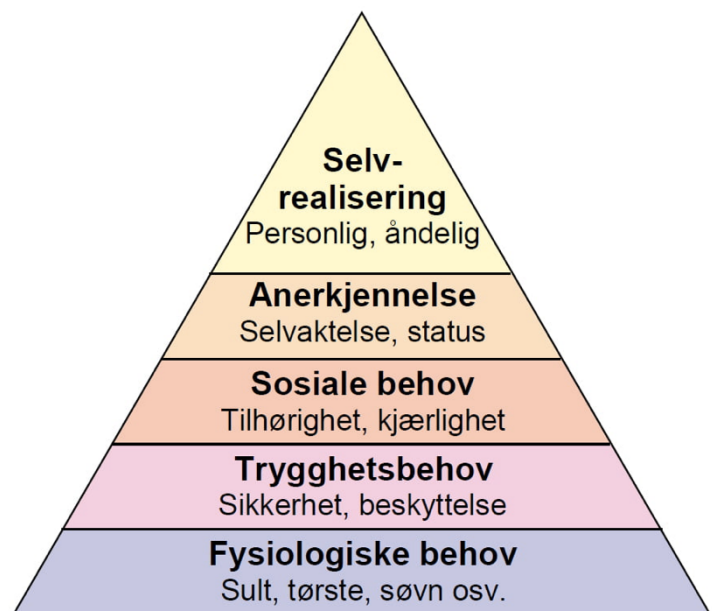
2.3 Sykepleieteori

Kirkevold (2001) forklarer at sykepleieteorier kan forstås som forsøk på å definere hva sykepleie er, og bør være. Derfor er det verken mulig eller ønskelig med bare en teori (Kirkevold, 2001). Videre sier hun at disse har til formål å gi føringer på hvordan man skal forstå og utøve sykepleie. Det eksisterer flere ulike sykepleieteorier med relevans, som for eksempel Virginia Hendersons sykepleieteori om menneskers grunnleggende behov (Kirkevold, 2001).

2.3.1 Menneskers grunnleggende behov

De grunnleggende behovene er ifølge Mathisen (2016) noe pasientene vanligvis dekker selv, men på grunn av helseutfordringer ikke klarer å mestre på egenhånd. Det blir da sykepleierens oppgave å dekke disse. Ifølge Mathisen (2016) handler god sykepleie om å hjelpe pasienten der han er, med de utfordringene vedkommende ikke klarer selv. Dette oppsummeres i Virginia Hendersons fjorten punkter, om menneskets grunnleggende behov (Mathisen, 2016). Noen eksempler på disse er blant annet å kunne kvitte seg med kroppens avfallsstoffer, å kunne få i seg tilstrekkelig ernæring og væske, og å kunne uttrykke følelser, behov og frykt gjennom kommunikasjon med andre (Mathisen, 2016). En annen teori knyttet til menneskers grunnleggende behov, er Maslows behovspyramide.

¹Maslow behovspyramide er en velkjent teori om menneskets motivasjon, og hvordan den er behovsdrevet etter hierarkiet vist i tabellen til høyre (Eide & Eide, 2017). Gruntanken er at de nederste behovene må være dekket før man motiveres av behov på høyere nivåer (Eide & Eide, 2017). Ifølge Eide & Eide (2017) er Maslows behovspyramide svært omdiskutert, da det er skepsis til om behov kan



kategoriseres på denne måten, og de hevder at flere behov istedenfor kan være gjeldende samtidig. Videre skriver de at behov kan eksistere side om side, altså for eksempel behovet for kjærlighet samtidig som behovet for søvn (Eide & Eide, 2017). Henderson kategoriserer også behov til en viss grad, men hennes behov er ikke avhengige av hverandre slik som Maslows. I tilknytning til teorier om menneskets grunnleggende behov, er Kari Martinsens omsorgsteori et verdigrunnlag i sykepleieutøvelse, og blir derfor et grunnperspektiv videre i oppgaven.

¹ Kilde Figur 1: Sander, K. (2022) *Maslows Behovspyramide*

2.3.2 Kari Martinsens omsorgsteori

Kirkevold (2001) beskriver Kari Martinsen som en av de i Norge som har hatt stor innflytelse på den teoretiske utviklingen av sykepleiefaget. Som Kirkevold (2001) forklarer er omsorg en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv. Omsorg blir beskrevet som sykepleiens verdigrunnlag, og er et relasjonelt begrep som beskriver forholdet mellom to mennesker, preget av gjensidighet, fellesskap og solidaritet (Kirkevold, 2001). I Martinsens omsorgsteori påpeker hun viktigheten av å ikke vente seg noe i gjengeld for omsorgsyttelsen, og spesielt i omsorgsyrke som sykepleier.

Alvsvåg (2016) beskriver Kari Martinsens omsorgsteori med å dele den opp i tre fenomener som oppstår når man snakker om omsorg. At omsorgen er relasjonell betyr at den forutsetter minst to parter, hvor den ene parten hjelper den andre med pleie, smerte, hjelp til økt selvstendighet og verdighet (Alvsvåg, 2016). I tillegg snakker hun om at omsorgen er praktisk og konkret, som omhandler hvordan vi gir omsorg til hverandre, og viktigheten av å forstå situasjonen som den andre befinner seg i (Alvsvåg, 2016). Det tredje fenomenet er at omsorgen er moralsk, som betyr at du skal utføre omsorg til andre, uten å nødvendigvis forvente noe tilbake, som også Kirkevold (2001) nevner i sin forklaring. Med dette er det derfor relevant å se yrkesetiske retningslinjer i tråd med omsorgsteorien, som en del av grunnlaget for utøvelsen av sykepleien.

2.4 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere kommer det frem at respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet er grunnlaget for all sykepleie (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Omsorg, respekt for menneskerettighetene og barmhjertighet er det sykepleie skal bygges på. Videre deles de yrkesetiske retningslinjene opp i seks ulike deler, som beskriver sykepleieren i kombinasjon med profesjonen, pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Yrkesetiske retningslinjer kombinert med lovverk, kan derfor fungere som et verktøy i arbeidshverdagen, samtidig som det er en kvalitetssikring for pasientene.

2.5 Lovverk

I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) finner vi flere paragrafer som er relevante for denne studien. Kapittel 3 omhandler pasientens rett til medvirkning og informasjon, hvor §3-2 sier: “Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, kapittel 3). Dette er relevant for oppgaven vår da det er sannsynlig at kvinner som gjennomgår livmorhalskreftbehandling har behov for informasjon rundt seksualitet, kanskje særlig med tanke på bivirkninger. I den forbindelse sier også Helsepersonelloven (1999) §10 at helsepersonell er pliktige til å gi informasjon til den som har krav på det.

2.6 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan pasienter opplever oppfølging av sykepleier knyttet til senkomplikasjoner og seksualitet i behandling av livmorhalskreft. Forskning viser at kvinner som behandles for livmorhalskreft, opplever store endringer og plager i seksualliv i etterkant. Ifølge Helland (2016) ønsker pasienter at seksualitet skal tas opp av helsepersonell, men at dette ikke vektlegges nok i helsetilbudet i dag. Vi ønsker derfor å undersøke hvordan kvinner opplever informasjon og veiledning fra helsepersonell, om hvordan endringer i dette kan ha betydning for seksuallivet deres etterpå. Gjennom dette litteraturstudiet ønsker vi å finne forskning som viser hvordan disse pasientene opplever sykepleierens fokus på seksualitet, og hvordan sykepleieren oppfatter viktigheten av temaet. Vi har derfor kommet fram til følgende problemstilling:

2.6.1 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til å forberede pasienten på å håndtere senkomplikasjoner knyttet til seksualitet etter livmorhalskreft?

2.7 Avgrensning

Vi velger å avgrense oss til kvinner som er i et behandlingsforløp. Vi velger også å avgrense oss til kvinner under 55 år, da vi anser denne fasen som mest betydningsfull for seksualiteten med tanke på mulighet for reproduksjon og ha et aktivt, fungerende seksualliv. I tillegg velger vi å avgrense oss til livmorhalskreft, det betyr at andre kreftformer i kvinnelige kjønnsorganer

ikke vil bli diskutert her. Grunnen til dette er at forskning viser at særlig livmorhalskreft ser ut til å påvirke seksualiteten i større grad enn ved andre gynekologiske kreftsykdommer (Jacobsen, 2019). Vi vil ta høyde for at kvinnene behandles på sykehus og poliklinisk, og at det er her de møter sykepleieren. Vårt hovedfokus blir på senkomplikasjoner knyttet til seksualitet. Vi vil ikke fokusere på utfordringene rundt infertilitet og tidlig overgangsalder, da oppgavens omfang må begrenses. Vi tar for oss både fysiske og psykiske senkomplikasjoner i oppgaven. Ved større utfordringer som krever spesialkompetanse, må det henvises til helsepersonell innen et spesielt fagfelt med større kompetanse (Helland, 2016).

Videre kommer et metodekapittel som viser hvordan vi har utført søk og analyse, for å komme fram til relevant forskning og sammenfattet resultat som svar på vår problemstilling.

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie

Aveyard (2010) forklarer en litteraturstudie som et omfattende studie, hvor forskningen tolkes i en bestemt retning. Videre forklarer hun at et forskningsspørsmål identifiseres, og at man forsøker å finne svar på dette ved å søke etter og analysere relevant litteratur. Aveyard (2010) beskriver at man kan se på hver del av litteraturen som en del av et større bilde, som alle er like nødvendige for helheten. Anmeldelsen man deretter gjør, fører ifølge Aveyard (2010) til utvikling og ny innsikt, som kun er mulig når alle deler av den relevante informasjonen blir sett i sammenheng med annen informasjon. Aveyard (2010) beskriver at ved å analysere resultatene av selve studien på ny, kan ny innsikt utvikles, og dermed oppdages nye elementer.

3.2 Søkestrategi

Før vi begynte på selve søkeprosessen satte vi opp en liste med aktuelle søkeord. Disse fant vi både i faglitteratur, men også etter vi ble enige om hva vi ønsket å søke etter. Med tanke på at livmorhalskreft er et dagsaktuelt tema med mye oppmerksomhet, skjer det også endringer innen forskning, og vi har derfor avgrenset søkene til nyere studier. Vi har valgt å inkludere forskning fra de siste 12 år, da vi ønsket å utforske om det hadde skjedd endringer rundt informasjon om seksualitet, som kunne være interessant i studien vår. Nedenfor har vi satt opp en tabell over inklusjons- og eksklusjonskriterier for å vise hvilke avgrensninger vi har gjort:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Omhandler livmorhalskreft - Sykepleieperspektiv og/eller pasientperspektiv - Fagfellevurdert tidsskrift - IMRAD struktur - Etisk forsvarlig - Språk: norsk/engelsk/svensk/dansk - Pasienter i behandling eller nylig gjennomgått behandling - Artikler publisert 2010-2022 - Behandlingssted er sykehus 	<ul style="list-style-type: none"> - Artikler eldre enn 12 år - Selve behandlingsforløpet av livmorhalskreft - Palliative kreftpasienter - Kreftoppfølging i kommunen - Kvinner over 55

Vi har utført strukturerte søk i ulike databaser, for å få et bredere utvalg av artikler. Databasene vi valgte å bruke er CINAHL og Ovid Medline, fordi vi opplevde disse som oversiktlige og troverdige. Disse har vi også erfaring med fra før. Når vi søkte etter artikler ønsket vi å finne artikler som viste både pasientens perspektiv, men også sykepleierens perspektiv på temaet.

Søkestrategien har vært å finne ut hvilke søkeord vi kunne bruke i begge databaser. Dette var krevende, da de ulike databasene ikke nødvendigvis bruker samme søkeord. Vedlagt ligger to tabeller som viser hvordan vi har gått fram for å finne søkeordene, se vedlegg 1 og 2. Databasene hadde også store forskjeller i antall treff på de ulike søkeordene. På grunn av dette har vi valgt å utføre to ulike søk, hvor søkeordene viker noe. Vi prøvde likevel å samsvare søkeordene i størst mulig grad, hvor fokuset har vært på sykepleier, seksualitet og livmorhalskreft. Selv om vi søkte et mer generelt søk med “genital neoplasms” i det ene søket, var vi bevisste at vi kun ønsket artikler hvor fokuset lå på livmorhalskreft. Grunnen til at det ble to forskjellige søk, var at vi ønsket resultater med ulike perspektiver, noe som var vanskelig å få til i ett og samme søk. Gjennom de to ulike søkene, fikk vi derfor seks relevante artikler som var aktuelle for problemstillingen vår. Flere av artiklene fant vi også i begge databasene. Nedenfor vises oversikt over de to ulike søkene våre, med antall treff, database, avgrensninger, kombinasjoner og valgte artikler.

3.2.1 Søkematrise 1

Database	Søkeord	Dato	Kombinasjoner	Antall treff	Valgt artikkel og nr.
Ovid MEDLINE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Genital Neoplasms, female 2. Gynecological cancer (kw) 3. 4. Nursing care OR Nursing care (kw) 5. Sexuality OR Sexuality (kw) 6. 	31/3	<p>1 OR 2</p> <p>3 AND 4 AND 5</p>	<p>245182</p> <p>2631</p> <p>245976</p> <p>158970</p> <p>58776</p> <p>13</p>	<p>Artikkel 1: Barriers for the inclusion of sexuality in nursing care for women with gynecological and breast cancer: perspective of professionals</p> <p>Artikkel 2: Sexuality in Irish Women With Gynecologic Cancer</p>
CINAHL	<ol style="list-style-type: none"> 1. Genital neoplasms, female OR gynecological cancer (kw) 2. Nursing care OR nursing care (kw) 3. 4. Sexuality OR sexuality (kw) 5. 	31/3	<p>1 AND 2</p> <p>3 AND 4</p>	<p>44 813</p> <p>347594</p> <p>891</p> <p>48 244</p> <p>59</p>	<p>Artikkel 3: Addressing sexuality issues of women with gynaecological cancer: Chinese nurses' attitudes and practice.</p>

3.2.2 Søkematrise 2

Database	Dato	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Valgt artikkel og nr.
ovid MEDLINE	1/4	1. Cervix Neoplasms (kw)		4261	Artikkel 6: A systematic review of the supportive care needs of women living with and beyond cervical cancer
		2. Uterine Cervical Neoplasms		81044	
		3. Uterine Cervical Neoplasms (kw)		81262	
		4.	1 OR 2 OR 3	81274	
		5. Sexuality		46288	
		6. Sexuality (kw)		21317	
		7.		58769	
		8. Communication	5 OR 6	343113	
		9. Communication (kw)		407672	
		10.		611899	
		11.	8 OR 9 4 AND 7 AND 10	20	
	1. Innenfor 2010-2022		7		
CINAHL	1/4	1. Cervix neoplasms OR cervix neoplasms (kw)		17993	Artikkel 4: Sexual Function and the Role of Sexual Communication in Women Diagnosed with Cervical Cancer: A Systematic Review. Artikkel 5: Body Image, Sexuality, and Sexual Functioning in Cervical and Endometrial Cancer: Interrelationships
		2. Uterine cervical neoplasms		13940	
		3.	1 OR 2	17997	
		4. Sexuality		40388	
		5. Sexuality (kw)		41613	
		6.	4 OR 5	48244	
		7. Communication		309924	
		8. Communication (kw)		191065	
		9.	7 OR 8	386800	
		10.	3 AND 6	444	
		11.	9 AND 10	29	
		12. Innenfor 2010-2022		25	

					and Women's Experiences
--	--	--	--	--	-------------------------

3.3 Forskningsetisk vurdering

For å kvalitetssikre artiklene vi brukte, har vi gjort en nøye vurdering på om artiklene er fagfellevurdert, etisk forsvarlig og innenfor våre inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dette gjorde vi ved å se på artikkelens struktur, om den har IMRAD, og om den er fagfellevurdert. Når vi fant artikler som vi tenkte kunne være aktuelle, leste vi artiklene nøye for å se om de svarte på vår problemstilling, og om de tok opp de temaene vi ønsket å drøfte. Selv om noen av artiklene er fra land man kanskje ikke tenker kan sammenlignes med vårt helsevesen, ser vi likevel at studiene har innhold som er relevant for vår oppgave. Noen av artiklene tar også opp annen gynekologisk kreft, men de har likevel et hovedfokus på livmorhalskreft, som gjør funnene overførbare til studien vår. I tillegg tar enkelte av artiklene også opp andre temaer enn bare seksualitet, som gjør at vi kun har prioritert funnene som har betydning for oss.

3.4 Analyse

Ifølge Aveyard (2019) er målet med en analyse å samle ulike studier, for å finne ny mening. Dette gjøres fra summen av studiene sett under ett. Istedenfor å lese hver artikkel individuelt, får man dermed et nytt resultat (Aveyard, 2019). For å analysere forskningsartiklene har vi tatt utgangspunkt i Evans (2002) analysemodell. Denne prosessen er delt opp i fire deler, hvor man samler inn forskningsartikler, identifiserer nøkkelfunn i hver enkelt studie, samler nøkkelfunn til felles temaer og til slutt setter sammen temaene til et sammenfattet resultat.

For å samle inn ulike forskningsartikler har vi søkt i ulike databaser, og sjekket opp imot inklusjons- og eksklusjonskriteriene våre, som gjør at vi kom fram til seks artikler vi mener er relevante til vårt studie. Vi har inkludert både oversiktsstudier, tverrsnittstudie, beskrivende korrelasjonsstudier med både kvalitativ og kvantitativ vinkling. For å forstå hver forskningsartikkel så godt som mulig, har vi lest artiklene opptil flere ganger, begge to. I tillegg har vi skrevet et sammendrag fra hver artikkel for å luke ut det viktigste. Vi har også diskutert oss imellom hva vi mener er artiklenes resultater, for å kunne sammenligne og finne et felles resultat.

4.0 Resultatpresentasjon

For å få fram funnene som er av betydning for vår oppgave, velger vi å legge fram resultatene som er relevante for oss. De andre funnene vil derfor ikke bli vektlagt. Nedenfor har vi laget en tabell med funn fra hver enkelt artikkel:

4.1 Resultatpresentasjon 1

Artikkel 1	Barriers for the inclusion of sexuality in nursing care for women with gynecological and breast cancer: perspective of professionals
Forfatter	Araujo Ferreira, S.M <i>et al.</i> (2015)
Tidsskrift	<i>Revista lation-americana de enfermagem</i>
Hensikt	Hensikten med studien er å identifisere barrierer som påvirker sykepleiepraksis knyttet til seksualitet til kvinner med gynekologisk kreft eller brystkreft
Nøkkelord	Nursing, Sexuality, Genital Neoplasms, Female, Breast Cancer, Comprehensive Health Care
Metode	Kvalitativ studie. 16 kvinnelige deltakere, sykepleiere og pleieassistenter fra to ulike sektorer på et sykehus i Brasil. Data er innhentet via dybdeintervjuer, hvor alle svar ble kategorisert med innholdsanalyse. Deltakerne var kvinner med brystkreft eller gynekologisk kreft. Studien sammenligner andre studier fra bla. Kina, USA, og Hellas
Forskningsetisk vurdering	IMRAD, fagfellevurdert artikkel, innholdsanalyse, kvalitativ studie med dybdeintervjuer
Resultat	Resultat: Tre hovedfunn: barrierer knyttet til (1) helsemodellen - Biomedisinsk modell - fokus på det medisinske og kreftbehandlingen, ser ikke behovet for ivaretagelse av den psykiske helsen (2) Dynamikken- mangel på tid, ressurser, privatliv, og private rom (3) Holdninger til seksualitet - “for privat”, tabu tema, “for syke til å ha fokus på seksualitet”, ukomfortable med å snakke om det, “pasienten bør ta opp temaet selv” Konklusjon: Studien gjør det mulig å se hvilke barrierer som har betydning for hvorfor helsepersonell ikke tar opp temaet med pasienter med gynekologisk kreft/brystkreft. Det konkluderes med at det må skje endringer for å integrere dette i sykepleierens rutiner.

4.2 Resultatpresentasjon 2

Artikkel 2	Sexuality in Irish Women With Gynecologic Cancer
Forfatter	Cleary, V., Hegarthy, J., & McCarthy, G. (2011)
Tidsskrift	<i>Oncology Nursing Forum</i>
Hensikt	Å undersøke seksualiteten til kvinner i Irland etter en gynekologisk kreftdiagnose, og under behandling. De spesifikke punktene var å identifisere (a) den seksuelle selvoppfattelsen, seksuelle relasjoner og seksuell fungering, og (b) forholdet mellom disse og visse demografiske variabler
Nøkkelord	Ingen nøkkelord stod oppført i artikkelen
Metode	En beskrivende, korrelasjonell, tverrsnitt tilnærming er brukt. Studien foregikk på en poliklinisk avdeling ved et sykehus i Irland. 136 deltakere, hvor 106 svarte. Inklusjonskriterier: >18 år, minst 6 uker post diagnostisert for enhver form for gynekologisk kreft, behandlet med operasjon, kjemoterapi eller strålebehandling. Verktøy benyttet er: The Body Image Scale, Sexual Esteem Scale, Sexual Self- Schema Scale, og ANOVA. Deltakerne hadde ulike kreftdiagnoser, men den vanligste var livmorhalskreft. De hadde ulik behandling, 24% var under behandling nå
Forskningsetisk vurdering	IMRAD, fagfellevurdert artikkel, inklusjons/eksklusjonskriterier, ANOVA analyseverktøy
Resultat	<p>Resultat: Gjennomsnittsalder på 53,8, med ulike behandlingsmetoder. De negative effektene deltakerne opplevde var et resultat av diagnosen og behandlingen. Halvparten sa at sykdommen hadde gitt dem “tap av femininitet”. Mange mente at “noe manglet i kroppen deres”, og følte seg mindre attraktive. Kommunikasjon rundt seksuelle utfordringer var dårlig, og 60% hadde dårligere seksuell fungering enn før. De yngre var mer preget enn eldre. Seksuallivet var redusert, og flere følte på et økt behov for nærhet og omsorg. Utfordringer knyttet til opphisselse, tørrhet i skjeden, og manglende orgasme.</p> <p>Konklusjon: Seksualitet må tas opp av helsepersonell. Kvinner med gynekologisk kreft er utsatt for endringer knyttet til alle deler av seksualiteten. Trenger mer studie på dette også i andre land.</p>

4.3 Resultatpresentasjon 3

Artikkel 3	Addressing sexuality issues of women with gynaecological cancer: Chinese nurses' attitudes and practice
Forfatter	Zeng Y.C., Liu X. & Loke A.Y. (2012)
Tidsskrift	<i>Journal of Advanced Nursing</i>
Hensikt	Målet med studien var å undersøke hvordan kinesiske sykepleieres holdninger hadde betydning for hvordan de tok opp bekymringer og spørsmål rundt seksualitet hos kvinner med gynekologisk kreft, og hvordan dette ble gjort i praksis
Nøkkelord	Chinese nurses, Gynaecological cancer, Sexuality
Metode	Dette er en beskrivende korrelasjonsstudie, hvor 202 sykepleiere deltok. Sykepleierne arbeidet på utvalgte sykehus, i 3 ulike byer i Kina. 60% var mellom 21 og 30 år, og alle var kvinner. Inklusjonskriterier var: Sykepleierne måtte jobbe på en gynekologisk kreftavdeling i en av de valgte sykehusene, og sykepleierne måtte være i direkte pasientbehandling. Dataene ble samlet inn ved hjelp av et spørreskjema delt opp i 4 deler, som inneholdt 12 elementer som målte holdninger og tro på å ta opp seksualitet i praksis. Deltakerne ble informert om studien på forhånd, og alle svar var anonyme.
Forskningsetisk vurdering	IMRAD, fagfelleverdert artikkel, inklusjonskriterier, SPSS analyse
Resultat	Resultat: Flertallet mente at seksualitet var for privat, skamfullt, og vanskelig å ta opp med pasienter. Sykepleierne vurderte også pasientene som for syke til å ha fokus på seksualliv, og mente at dette ikke var en prioritet hos pasientene. Mange mente at å gi pasientene mulighet til å snakke om bekymringer rundt seksualliv var en sykepleie oppgave, men få satte av tid til å snakke om dette med pasientene. Konklusjon: Selv om sykepleiere mener at det er viktig å snakke om seksualitet for pasientenes helse, og at de har et ansvar for å gjøre dette, gir de i praksis sjeldne muligheter for dette. Forbedring av temaet er nødvendig, og burde fokuseres mer på i sykepleien.

4.4 Resultatpresentasjon 4

Artikkel 4	Sexual Function and the Role of Sexual Communication in Women Diagnosed with Cervical Cancer: A Systematic Review
Forfatter	Liberacka-Dwojak, M. & Izdebski, P. (2021)
Tidsskrift	<i>International Journal of Sexual Health</i>
Hensikt	Hensikten med denne systematiske studien var å oppsummere endringene i forhold til et fungerende seksualliv, som livmorhalskreft-overlevende opplever. I tillegg ønsket de å vise hvilken rolle kommunikasjon med helsepersonell har for å takle de endringene som skjer.
Nøkkelord	Sexual function, Cervical cancer, Sexual communication, A systematic review.
Metode	Denne studien er en oversiktsstudie. I studien ble det gjennomført systematiske søk i fire ulike databaser. Inklusjonskriteriene de brukte: publikasjonen var skrevet på engelsk, studien var publisert i en fagfelleverdert tidsskrift, studier om kvinner diagnostisert med livmorhalskreft og hvordan deres seksualliv var før, under og etter ulike behandlingsmåter. Til slutt endte de opp med 18 studier som møtte inklusjonskriteriene. De fulgte retningslinjene for meta-analyse for å evaluere og analysere artiklene, også kalt PRISMA.
Forskningsetisk vurdering	IMRAD, fagfelleverdert artikkel, PRISMA, inklusjons/eksklusjonskriterier
Resultat	<p>Resultat: De mest vanlige endringene i forhold til seksualliv, var smerte under samleie, tørrhet i skjeden, redusert grad av tilfredshet, og mangel på seksuell interesse. Anatomiske endringer og blødninger ble også hyppig rapportert. Kommunikasjon med både partner og helsepersonell er svært viktig og et stort behov hos pasientene i behandlingsforløpet, men det blir for sjeldent tatt opp.</p> <p>Konklusjon: Studien konkluderer med at mange faktorer påvirker seksuallivet i ettertid av livmorhalskreft, og åpen kommunikasjon med helsepersonell kan bidra til økt kunnskap om temaet. I tillegg vil det å kunne diskutere seksuelle problemer med partner være viktig.</p>

4.5 Resultatpresentasjon 5

Artikkel 5	Body Image, Sexuality, and Sexual Functioning in Cervical and Endometrial Cancer: Interrelationships and Women's Experiences.
Forfatter	Wilson, C.M. <i>et al.</i> (2020)
Tidsskrift	<i>International Journal of Sexual Health</i>
Hensikt	Målet med forskningen er å undersøke sammenhenger mellom kroppsbilde, seksualitet og seksuell fungering hos pasienter med livmorkreft og livmorhalskreft, og å forstå deres syn på dette.
Nøkkelord	Body image, Sexuality, Sexual functioning, Cervical cancer, Endometrial cancer, United States.
Metode	Et tverrsnitts kvantitativt beskrivende korrelasjonsstudie, i tillegg til at kvalitative data ble innhentet gjennom åpne-spørsmål. Inklusjonskriterier: 1. Diagnostisert livmorhals- eller livmorkreft i stadium I-III. 2. I reproduksjonsalder 3. Ikke preget av tydelig psykiske lidelser (schizofreni, bipolar, anoreksi, bulimi, depresjon) 4. Fullføre behandling i løpet av 3-36 mnd. 20 kvinnelige deltakere, gjennomsnittsalder: 40.3 år, og de fleste var diagnostisert med livmorhalskreft stadium I og behandlet med kirurgi og/eller strålebehandling.
Forskningsetisk vurdering	IMRAD, fagfelleverdert artikkel, tverrsnittstudie, inklusjons/eksklusjonskriterier, ANOVA
Resultat	Resultatet: De fleste opplevde negative problemer med kroppsbilde, seksualitet og seksuell fungering, inkludert vektøkning, underlivssmerter, mangel på lyst, følelsen av å være annerledes og mangel på muligheten til reproduksjon. Mange mente at kroppsbilde og seksuell fungering var de primære problemene. Kommunikasjon med helsepersonell var problematisk, og de fleste rapporterte ingen, negativ eller nøytral kommunikasjon. Flesteparten mente at kroppen hadde endret seg siden diagnostisering. Konklusjon: Kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell om disse temaene må forskes mer på og forbedres. Kvinner har betydelige utfordringer med tanke på kroppsbilde, seksualitet og seksuell fungering under behandling og i ettertid.

4.6 Resultatpresentasjon 6

Artikkel 6	A systematic review of the supportive care needs of women living with and beyond cervical cancer.
Forfatter	Maguire et al. (2015)
Tidsskrift	<i>Gynecologic Oncology</i>
Hensikt	<p>Hensikten med studien var å fremstille nåværende tilgjengelig forskning angående behov i personsentrert omsorg hos kvinner som lever med/ etter livmorhalskreft, med følgende spørsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva sier nåværende forskning om de nåværende behovene i personsentrert omsorg til kvinner som lever med livmorhalskreft? • Hva er de hyppigste og minst hyppige individuelle behovene rapportert i forskningen som er tilgjengelig nå?
Nøkkelord	Supportive care needs, Cervical cancer, Unmet needs, Patient- centered care, Systematic review
Metode	Oversiktsstudie, som har fulgt PRISMA. Benyttet 7 ulike databaser, med både kvalitative og kvantitative studier. Benyttet mange nøkkelord. Alle referanselister ble undersøkt, for evt. oversette artikler. Inklusjonskriterier: >18, behov i personsentrert omsorg/ bekymringer til kvinner med livmorhalskreft, uavhengig av sykdomsstadium, og behandlingsprotokoll, fagfelleverderte originale artikler mellom 1990-2013.
Forskningsetisk vurdering	IMRAD, fagfellevurdert artikkel, inklusjons/eksklusjonskriterier, PRISMA
Resultat	<p>Resultat: Gjennomsnittsalder på 50,7 år. Majoriteten var diagnostisert med stadium II, og ble kirurgisk behandlet for dette. Smerter, blødninger, utflod, fatigue, inkontinens, søvnvansker. Seksualitet og informasjon rundt dette var manglende. Særlig rundt kortvarige/langvarige bivirkninger av betydning for seksualiteten/intimitet. OBS- ikke for mye informasjon, til riktig tid, person osv.</p> <p>Konklusjon: Behovet for mer informasjon fra helsepersonell rundt bivirkninger og betydningen disse har for seksuallivet etterspørres av kvinnene med livmorhalskreft uavhengig av etnisitet, og diagnostiserings tidspunkt. Livmorhalskreft ser særlig ut til å gi bekymringer og plager rundt seksuell fungering. Denne gruppen burde prioriteres å forskes mer på.</p>

4.7 “Bacheloroppgavens sammenfattede resultat”

Ut ifra de nøkkelfunnene vi gjorde i hver enkelt studie, har vi prøvd å samle disse under fem ulike temaer, som vi fant som fellesnevnerne for resultatene i studiene:

Tema	Artikkel
Fysiske senkomplikasjoner	2,4,5,6
Livmorhalskreftbehandlings påvirkning på psyken	2,4,5,6
Behovet for informasjon og kommunikasjon	1,2,3,4,5,6
Holdninger hos sykepleier	1,3
Organisatoriske påvirkningsfaktorer	1,3

Artiklene er nummerert i søkematriksen, og tabellen ovenfor viser hvilke temaer de forskjellige studiene tar opp. Det vi ser er at behovet for informasjon og kommunikasjon er et tema som går igjen i alle studiene. Det siste punktet i Evans (2002) analysemodell handler om å skape et sammenfattet resultat ved å sette sammen temaene som vist under:

Artikkel 1 - Resultat: Tre barrierer som hindrer sykepleiernes kommunikasjon

Artikkel 2 - Resultat: Utfordrende senkomplikasjoner, psykisk påkjenning, mangel på kommunikasjon

Artikkel 3 - Resultat: Sykepleiers holdninger

Artikkel 4 - Resultat: Utfordrende senkomplikasjoner, stort behov for kommunikasjon

Artikkel 5 - Resultat: Redusert selvbilde, dårligere seksuell fungering, opplevelse av lite/for dårlig kommunikasjon

Artikkel 6 - Resultat: Utfordrende senkomplikasjoner, behov for kommunikasjon

Alle seks artiklene viser tydelig at det er en generell mangel på kommunikasjon og informasjon internasjonalt om seksualitet for denne pasientgruppen. Videre ser vi at fysiske og psykiske senkomplikasjoner av behandlingen ved livmorhalskreft tydelig preger livene til overlevende i ettertid. Fra sykepleieperspektivet ser det ut til at organisatoriske faktorer og egne holdninger er av de mest framtrede faktorene for hvorfor det er en generell mangel på informasjon og kommunikasjon.

5.0 Drøfting

5.1 Fysiske senkomplikasjoner

I forskningen til Cleary, Hegarthy & McCarthy (2011) kommer det fram at 60% av pasientene hadde utfordringer med opphisselse, tørrhet i skjeden og lyst etter behandling av livmorhalskreft. 35% hadde vansker med å oppnå orgasme, og 23% oppnådde aldri orgasme. Over halvparten mente at deres seksuelle forhold var negativt påvirket siden de fikk diagnosen livmorhalskreft (Cleary, Hegarthy & McCarthy, 2011). Dette samsvarer med funnene til Liberacka-Dwojak & Izdebski (2021) som forklarer at smerte under samleie, tørrhet i skjeden, redusert tilfredsstillelse og redusert seksuell interesse var de vanligste endringene i forhold til seksualiteten etter behandling. Liberacka-Dwojak & Izdebski (2021) trekker fram strålebehandling, som den behandlingsformen som ga størst senkomplikasjoner knyttet til seksualliv, da særlig fatigue.

Anatomiske forandringer i vagina og psykososiale endringer knyttet til bekymringer rundt kroppsbilde og seksualliv med partner belyses (Liberacka-Dwojak & Izdebski, 2021). Maguire *et al.* (2015) finner også i sin forskning at tap av sexlyst, illeluktende utflod, blødninger, mangel på opphisselse, smerter og urininkontinens er fremtredende senkomplikasjoner hos disse pasientene. Videre forklarer Maguire *et al.* (2015) at den negative påvirkningen senkomplikasjonene har på seksuallivet, er vel dokumentert og har stor betydning for livskvaliteten til pasientene. I et behandlingsperspektiv har dermed sykepleieren en mulighet til å påvirke og forberede pasienten, som igjen kan ha betydning for videre seksualliv. Med dette blir det derfor relevant å belyse hvordan sykepleier kan bistå pasienten i å håndtere disse senkomplikasjonene best mulig.

For det første kan sykepleier bistå pasientene med senkomplikasjoner knyttet til seksualitet, ved å informere om hvilke utfordringer de kan og vil møte i etterkant av behandling. Dette kommer tydelig fram som et samlet behov i studien vi har utført. I den forbindelse kan man spørre om det er realistisk å tenke at seksualitet har en plass i kreftbehandling? På den ene siden forklarer Gjessing, Borg & Dahl (2013) at de fleste pasienter selvsagt er mest opptatt av behandling, diagnose og prognose når de får en kreftdiagnose. Videre sier de at spørsmålene rundt seksualfunksjon gjerne kommer senere, opptil flere år etter behandlingsslutt, og at pasientene da gjerne søker råd og veiledning om dette. På den andre siden viser Cleary, Hegarthy & McCarthy, (2011) til et behov for informasjon om potensielle senkomplikasjoner

hos pasientene, allerede når de er i behandling. Hun viser at flere pasienter ønsker informasjon fra helsepersonell om senkomplikasjoner som har betydning for alle aspekter av seksualiteten, før behandlingsslutt. Dette underbygges av §3-2 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) som forklarer pasientens rett til å få informasjon om mulige risikoer og bivirkninger.

For det andre kan sykepleier informere og veilede pasienten i bruk av hjelpemidler, som dilatorer og glidemiddel, for å bistå pasienten å håndtere senkomplikasjoner (Jacobsen, 2019). Først og fremst vil dette være særlig aktuelt med tanke på sammenvoksninger, arrdannelse, smerter og tørrhet i skjeden. Jacobsen (2019) forklarer at disse kan forebygges ved dilatasjon av skjeden, enten ved hjelp av plaststav, eller ved rask gjenopptakelse av samleie. Videre forklarer hun at en viktig sykepleieoppgave er å alminneliggjøre bruken av stav, da skjeden kan vokse sammen igjen hvis man ikke bruker den. Man kan derfor stille spørsmål ved om man kan forvente at pasient og sykepleier har et like stort fokus på seksualitet under behandling av livmorhalskreft.

Med hensyn til dette ser man ifølge Jacobsen (2019) at sykepleierne kan oppleve det som utfordrende å ta opp seksualitet med pasienten, da temaet ofte er forbundet med ubehag, skam og unnvikelse for begge parter. Dette underbygges av Zeng, Liu & Loke (2012) hvor 71,3 % av sykepleierne ble flau for å ta opp temaet, og mente det var en lav prioritet i sykepleien. I tillegg er det viktig å ta høyde for at alle kvinners seksualitet er forskjellig, som derfor kan gjøre det utfordrende for sykepleierne å dekke alles individuelle behov. Det er forståelig at pasientens fokus ligger på selve sykdommen. Likevel er det viktig at sykepleieren minner pasienten på at bruk av hjelpemidler ikke kun handler om sexliv og muligheten for samleie med partner, men også forebygging av smerter og sammenvoksninger i skjeden (Jacobsen, 2019). Når det gjelder de fysiske senkomplikasjonene, er det naturlig å ta høyde for at psykiske reaksjoner kan forekomme, og vi må derfor se disse i sammenheng.

5.2 Livmorhalskreftbehandlings påvirkning på psyken

Kvinner i behandling av livmorhalskreft rapporterer om økt behov for nærhet og omsorg, ikke bare seksuelt, men også for intimitet og kjærlig berøring (Cleary, Hegarthy & McCarthy, 2011). Som nevnt tidligere er omsorg sykepleierens verdigrunnlag, med bakgrunn i Kari Martinsens omsorgsteori (Kirkevold, 2001). Sykepleieren har i den forbindelse en mulighet til

å gi omsorg som kan ha betydning for seksualiteten. Blant annet gjennom å sette seg inn i den andres situasjon, og for å bevisstgjøre pasienten om hva man kan forvente å møte av psykiske påkjenninger etter behandling (Alvsvåg, 2016). På den andre siden kan det være nok at sykepleieren gir omsorg bare ved et støttende smil, en klem, eller en hånd å holde i. Mens andre har behov for at sykepleieren har en større omsorgsrolle. Noen pasienter har et behov for at sykepleieren fyller en container-funksjon, altså at sykepleieren evner å ta imot og tåle alt pasienten har å fortelle, uten å respondere og reagere (Strand, 2014). For andre kan dette bli for personlig, og noe som kun er naturlig å ta opp med sine nærmeste.

I forskningen til Liberacka-Dwojak & Izdebski (2021) finner de at forandringer i seksualiteten kan føre til emosjonelt stress, lavere selvtillit og et negativt kroppsbilde. Til tross for dette viser Cleary, Hegarthy & McCarthy (2011) at de negative effektene på egen kropp, er knyttet til behandlingen og ikke sykdommen i seg selv. Man kan derfor undre seg om disse negative effektene også er relevante etter behandling. Cleary, Hegarthy & McCarthy (2011) forklarer at mange av kvinnene følte seg “mindre hele” eller at “noe manglet” i kroppen deres. Dette var særlig med tanke på de kvinnene som hadde hatt kirurgisk inngrep som behandlingsmetode.

Maguire *et al.* (2015) viste til psykiske senkomplikasjoner som angst, frustrasjon, depresjon, skam og isolasjon. Mange av pasientene hadde en frykt for å gjenoppta seksuell aktivitet, frykt for å ikke kunne nyte sex, samtidig som de kjente på en “plikt” til å tilfredsstille partner (Maguire *et al.*, 2015). Med dette ser man kanskje at de negative effektene ikke bare gjelder under behandling, men preger hverdagen også etter behandling. Liberacka-Dwojak & Izdebski (2021) forklarer at seksualitet er en del av grunnleggende helse, og dersom seksualiteten endres ved sykdom, kan dette påvirke livskvaliteten. Livskvalitet defineres som et flerdimensjonalt begrep, som legger vekt på hva som er viktig for en selv i livet, og den enkeltes vurdering av tilfredshet (Rustøen, 2016). På denne måten kan det forstås som en subjektiv opplevelse. Likevel viser Wilson *et al.* (2020) at mange av kvinnene har funnet gode løsninger og alternativer for å håndtere disse bekymringene som kan gjøre at de opplever økt livskvalitet.

Fysisk aktivitet, deling av erfaringer, og åpenhet rundt temaet var eksempler på disse løsningene (Wilson *et al.*, 2020). En pasient sa: “The biggest help has been sharing my feelings with a cervical cancer support group and sharing experiences. Talking to other women has been the biggest help” (Wilson *et al.*, 2020, s. 399). Derimot er det lite sannsynlig at det er like mye hjelp, og interesse for alle kvinner å delta i blant annet støttegrupper. Siden flere strevde med angst og depresjon kan dette kanskje ha betydning for hvor mye hjelp de oppsøker eller ønsker. Andre kvinner har igjen kanskje behov for hjelp til andre ting, som veiledning i bruk av hjelpemidler. Selv om mange av kvinnene strevde med selvtillit, tap av femininitet og selvfølelse etter behandling, var det ifølge Cleary, Hegarthy & McCarthy (2011) overraskende mange av kvinnene som likevel hadde et positivt syn på egen kropp og god selvtillit. Særlig yngre så ut til å streve med kropp og seksualitet i større grad enn de eldre kvinnene (Cleary, Hegarthy & McCarthy, 2011). Med dette ser vi at det oppleves svært ulikt, og derfor ikke finnes en enkelt løsning på kvinnenes plager.

Med tanke på sykepleierens rolle, blir det hensiktsmessig å se en viss sammenheng mellom de fysiske og psykiske senkomplikasjonene. Dette er som nevnt før, fordi de på mange måter påvirker hverandre, og henger sammen. I den forbindelse er det naturlig at de fysiske endringene i kroppen etter behandlingen, kan gi engstelse, bekymring, og en følelse av sårbarhet (Gjessing, Borg & Dahl 2013). Dette kan ifølge Gjessing, Borg & Dahl (2013) igjen påvirke lyst og evne til å ha sex. Videre forklarer de at partner også til dels kan oppleve mange av de samme psykiske reaksjonene, slik at de påvirker hverandre negativt, som igjen kan redusere følelsen av å være attraktiv og kjenne tiltrekningskraft. I henhold til dette kan sykepleieren spille en vesentlig rolle i tilpasning av disse endringene, ved å ta initiativ til samtale om seksualitet, og inkludere partner i disse (Liberacka-Dwojak & Izdebski, 2021). Kanskje vil det bidra til å bevisstgjøre forventninger knyttet til seksualitet hos begge parter. Dermed kan dette muligens skape en større åpenhet i parforholdet, som igjen kan bedre for eksempel følelse av sårbarhet og endret kroppsoppfatning. Likevel forklarer Cleary, Hegarthy & McCarthy (2011) at helsepersonell ikke tar opp seksualitet som rutine, og partner blir ikke nødvendigvis involvert i behandlingsforløpet. Dette blir også tydelig i forskningen til Zeng, Liu & Loke (2012) hvor kun 34 % av sykepleierne var komfortable med å ta opp disse problemene med pasienten, og bare litt over 30% faktisk satte av tid til det. Med dette ser man at det er et behov for informasjon om temaet.

5.3 Behovet for informasjon og kommunikasjon

Mangelen på informasjon og veiledning knyttet til seksualitet kommer fram som et samlet resultat av vår analyse. Med tanke på dette er det hensiktsmessig å huske på de nevnte fysiske og psykiske senkomplikasjonene tidligere i oppgaven som utgangspunkt for hvilken informasjon og hva slags veiledning pasientene etterspør. Kvinner med livmorhalskreft ser særlig ut til å ha et behov for fakta, og å kunne drøfte følelser og tanker, og på denne måten få mulighet til å uttrykke bekymringer eller informere andre om sine behov og endringer rundt seksualitet (Liberacka-Dwojak & Izdebski, 2021). Dette kan være informasjon og veiledning knyttet til blant annet smerter under samleie, endringer i seksuallivet, endret selvtillit og kroppsbilde. I den anledning har sykepleieren derfor en viktig funksjon ved å kunne gi denne type informasjon, men som Wilson *et al.* (2020) forklarer opplevde de fleste kvinnene at de hadde ingen, negativ eller nøytral kommunikasjon med helsepersonell. En av pasientene fortalte:

I feel like they didn't listen or believe me; I felt gaslit pertaining to my complaints and symptoms with phrases like "hmm that's uncommon" or "oh no, sorry to hear about sex", but then doing nothing or confusing my symptoms (Wilson *et al.*, 2020, s.399).

Dette underbygges i Zeng, Liu & Loke (2012) sin forskning, hvor 80% av sykepleierne sa at de aldri, sjelden eller noen ganger lyttet til pasientenes bekymringer rundt seksualitet. Også Maguire *et al.* (2015) finner mangel på støtte, tilfredshet rundt informasjon om prøvesvar og hvilke effekt dette hadde på seksualiteten, som mangelvare hos pasientene.

Det å kunne uttrykke følelser, behov og frykt gjennom å kommunisere med andre er som vist et av de grunnleggende behovene i Hendersons sykepleieteori. Som sagt innebærer dette at sykepleieren skal hjelpe pasienten med disse, når pasienten ikke mestrer dette på egenhånd (Mathisen, 2016). Som Helland (2016) beskriver skal ikke sykepleieren ha en terapeutisk rolle i forhold til pasientens seksualitet, men likestille seksualitet med andre grunnleggende behov og se på dette som et aspekt av helserelatert livskvalitet. Likevel viser Cleary, Hegarthy & McCarthy (2011) at helsepersonell ikke har som rutine å ta opp seksualitet med kvinner som behandles for livmorhalskreft. Det blir derfor nødvendig å stille seg kritisk til om sykepleierne bidrar til å dekke det grunnleggende behovet, dersom de ikke gir pasienten rom for å uttrykke sine følelser og behov rundt seksualitet. Som Liberacka-Dwojak & Izdebski (2021) forklarer må helsepersonell være bevisste på at livmorhalskreft overlevende er særlig sårbare for

seksuell dysfunksjon, og derfor burde forstå viktigheten av å ta det opp. Et videre spørsmålet blir derfor, når er riktig tidspunkt for å gi denne informasjonen og hvordan skal den gis?

Ifølge Maguire *et al.* (2015) forklarte pasientene at for mye informasjon kunne gi fortvilelse, og derfor ble rett tidspunkt, miljø og kvaliteten på informasjonen og hvordan dette ble gitt, særlig viktig. Det er forståelig at for noen pasienter kan det bli overveldende å skulle få mye informasjon samtidig, da særlig med tanke på at å være i behandling i seg selv kan føles overveldende nok. Alle pasienter er forskjellige, noen ønsker alt av informasjon, mens for andre kan det kanskje føles mer håpløst enn nyttig. Dessuten ønsker noen pasienter for eksempel veiledning knyttet til blødninger og anatomiske forandringer i vagina, mens andre for eksempel ønsker samtale om frykt for å gjenoppta sexlivet (Maguire *et al.*, 2015). Likevel er det viktig å understreke betydningen av kvaliteten på informasjonen som gis, og hvordan denne blir gitt når det gjelder sårbare temaer som seksualitet (Maguire *et al.*, 2015). Sykepleieren må derfor vurdere når pasienten er mottakelig for informasjonen, og ikke minst hvordan denne gis.

Å informere om at mange opplever at sykdommen påvirker seksualiteten, kan gjøre det lettere for sykepleieren å åpne opp for samtale om seksuelle temaer (Helland, 2016). Som sykepleier forklarer Jacobsen (2019) at man må stille direkte spørsmål, og gi kvinnen en “invitasjon” om at det er greit å snakke om seksualitet. Videre beskriver hun at man bør benytte de “naturlige” situasjonene, som f.eks. når kvinnene får utdelt plaststav etter operasjon. I tillegg belyser Liberacka-Dwojak & Izdebski (2021) viktigheten av at helsepersonell tar initiativ til samtaler, for å normalisere bekymringene pasientene har, gi økt kunnskap, og oppmuntre kvinnene til å søke videre hjelp med tematikken. Liberacka-Dwojak & Izdebski (2021) forklarer at kvinnene ønsker at helsepersonell skal ta opp tematikken, da bare 10 % av kvinnene tar initiativ til samtale selv. Dette betyr at det stilles krav til sykepleiers kompetanse med tanke på å snakke om og ta opp seksualitet (Liberacka-Dwojak & Izdebski, 2021).

I henhold til § 10 i Helsepersonelloven (1999) er helsepersonell pliktig til å gi informasjon til den som har krav på det. Dette underbygges i § 3-2 i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) som viser til pasientens krav på informasjon om mulige risikoer og bivirkninger av behandlingen. Som vist i oppgaven gir behandling av livmorhalskreft flere senkomplikasjoner. På denne måten kan man forstå det som at sykepleier har juridisk plikt til

å informere pasienten om disse, til tross for usikkerhet om hvor mye dette vektlegges i praksis. For øvrig er det flere faktorer som kan påvirke grad av informasjon som gis, da pasienten ofte fokuserer på sykdom og behandling, eller synes det blir overveldende med mye informasjon under behandling. Derimot kan det for sykepleierne være en usikkerhet rundt eget kompetansenivå knyttet til å ta opp seksualitet med pasienter, som kan gjøre at det ikke blir tatt opp (Araujo Ferreira *et al.*, 2015). Med hensyn til dette er det derfor relevant å trekke fram yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

Ifølge Norsk Sykepleierforbund (2019) er blant annet kravet om å erkjenne grenser for egen kompetanse og søke veiledning i situasjoner hvor man har behov for det, en av de yrkesetiske retningslinjene som ligger til grunn for utøvelse av sykepleie. På denne måten kan man stille seg kritisk til om helsepersonell likevel skal gi informasjon, dersom de ikke har kompetansen som trengs. Siden seksuell helse anses som et grunnleggende behov, kan man argumentere for at dette er noe sykepleieren kanskje burde ha tilstrekkelig kunnskap om (Jerpseth, 2016). På den andre siden vil det sannsynligvis heller ikke være riktig av sykepleieren å gi feil informasjon, da det også kan gi negative følger for pasienten, gjennom for eksempel økt frykt og bekymring. Med dette kan det derfor være nyttig med et tverrfaglig samarbeid, slik at pasienten i større grad får dekket sine behov. Cleary, Hegarthy & McCarthy (2011) forklarer at kvinnene burde henvises til rådgivere eller støttegrupper, slik at de får hjelp med sine utfordringer. Dette underbygges av Liberacka-Dwojak & Izdebski (2021) som formidler viktigheten av kommunikasjon om seksualitet som en del av det medisinske tilbudet. I tillegg viser de til at kvinner burde oppmuntres til å søke hjelp hos sexolog, for å få mulighet til å forbedre seksuallivet i størst mulig grad. I den forbindelse kan man kanskje forstå mangel på kompetanse som en holdning hos sykepleiere som kan skape en barriere for å ta opp seksualitet med pasienter (Araujo Ferreira *et al.*, 2015).

5.4 Holdninger hos sykepleier

Zeng, Liu & Loke (2012) forklarer at en av grunnene til at sykepleierne ikke tok opp seksualitet med pasientene, var at de mente at pasientene ikke hadde interesse av sex samtidig som de var i behandling. 72,3 % av sykepleierne mente at kvinnene hadde andre ting å bekymre seg for enn å ha sex, og at pasientene var “for syke til å snakke om det” (Zeng, Liu & Loke, 2012). Denne holdningen kommer fram i sitatet under:

Thinking about sex is pleasure, it's joy, it's... I don't know. It's something good and, at that time, she doesn't have to focus on that. Because I actually think that they believe, like, that it would be a "sin" to address it at a time when they should be focusing on other things (Araujo Ferreira *et al.*, 2015, s. 87).

I denne forbindelse kan man forsøke å se disse holdningene i tilknytning til Maslows behovspyramide, hvor grunntanken er at nederste behov skal dekket før de øvrige (Eide & Eide, 2017). Dette kan sees i samsvar med holdningene til sykepleierne vist i forskningen til Zeng, Liu & Loke (2012), da de ser ut til å mene at pasientene først må fokusere på behandlingen de er i, før de kan fokusere på seksuallivet. Også i Maslows behovspyramide ser man at fysiologiske behov, skal dekket før blant annet sosiale behov (Eide & Eide, 2017). Dette velger vi å stille oss kritiske til, da studien vår viser tydelig at pasientene kan ha flere behov samtidig, som for eksempel behovet for kjærlighet samtidig som man har et behov for søvn eller sult (Cleary, Hegarthy & McCarthy, 2011). Dersom sykepleieren kun skal fokuserer på ett og ett behov, vil dette kanskje føre til en holdning hvor seksualitet ikke stilles på lik linje med andre behov.

"It's because it's such an intimate thing right? So, it's a very restricted thing right, which we learn since when we are very young, you know, that there are some things restricted to your home, which you don't talk about, right?" (Araujo Ferreira *et al.*, 2015, s.87). Gjessing, Borg & Dahl (2013) viser også at menn oftere tar opp seksualitet med helsepersonell enn kvinner, noe som kan ha sammenheng med tidligere seksuell undertrykkelse av kvinner. Dette er relevant da forskningen til Araujo Ferreira *et al.* (2015) viser motstridende holdninger knyttet til hvorfor temaet ikke tas opp med pasientene. Noen av sykepleierne mente det var for privat til å ta opp, mens ca 80% mener at det ikke er for privat, men føler seg likevel ukomfortable til å snakke om det (Araujo Ferreira *et al.*, 2015). Ved å sammenligne forskning fra flere land ser vi at dette er funn som går igjen som en samlet holdning, uavhengig av land eller tradisjoner. Det kan derfor se ut som at dette er et område med behov for forbedring, generelt i helsevesenet i verden. I tillegg kan praktisering av den biomedisinske modellen være en faktor med betydning for hvorfor tematikken ikke tas opp, da fokuset ligger på det medisinske (Araujo Ferreira *et al.*, 2015).

I forskningen til Araujo Ferreira *et al.* (2015) ligger derfor omsorgsaspektet hos sykepleierne i større grad på det fysiske, med selve sykdommen og behandlingen av den (Araujo Ferreira *et al.*, 2015). Ifølge Jacobsen (2019) kan kvinner ofte føle seg delt eller splittet under behandling, da det er kroppen som er i fokus, og kroppslige tegn og symptomer måles og registreres. Det er dette helsepersonell er opptatt av, men pasientene opplever seg som så mye mer enn det - de er hele mennesker som har en sykdom, ikke bare en diagnose (Jacobsen, 2019). I den forbindelse kan det oppleves krenkende bare å bli spurt om symptomer og prøvesvar, og ikke hvordan du faktisk har det. Dette viser dermed at pasientene har et behov for at sykepleierne tar initiativ til samtale om seksualitet, selv om de er under behandling. Zeng, Liu & Loke (2012) forklarer at 62,9 % av sykepleiere mente at det er deres ansvar å gi pasienten mulighet til å snakke om sine seksuelle problemer, og nesten 60 % hadde forståelse for at diagnosen og behandlingen kan påvirke seksuallivet.

På den andre siden viser Araujo Ferreira *et al.* (2015) at sykepleierne mener pasientene selv burde ta opp temaet hvis de ønsker å snakke om det, da det som vist er flere faktorer som gjør at sykepleierne ikke fokuserer på dette. I tillegg vil kanskje terskelen med at “det er for privat”, ikke lenger være gjeldende dersom pasienten selv tar det opp, og inviterer til samtale selv. På denne måten vil kanskje ikke sykepleierne føle at de invaderer privatlivet til pasienten i like stor grad. En forutsetning for at sykepleieren eventuelt skal kunne ta opp temaet, er at de har en god relasjon med pasienten og gode kommunikasjonsevner (Zeng, Liu & Loke, 2012). Det blir derfor viktig at sykepleierne blant annet setter av tid til å snakke om temaet, i tillegg til tilgang på private rom for samtale.

5.5 Organisatoriske påvirkningsfaktorer

I følge Araujo Ferreira *et al.* (2015) gir ikke arbeidsdynamikken ved institusjoner rom for at kvinner kan få et så nært bånd til helsepersonell, at de kan uttrykke sine subjektive behov. Videre sier hun at dette skyldes både mye rullering av personale, mangel på tid, og medisinske prioriteringer. Araujo Ferreira *et al.* (2015) forklarer at praksis ved hjelp av biomedisinsk modell gjør at sykepleiere ikke anerkjenner andre omsorgsaspekter, som blant annet involverer pasientens subjektivitet, som like viktig som den fysiske kroppen. Som en av sykepleierne sa: “I’ve already talked to some [patients] don’t worry about your hair, or about your breast, right, first worry about preserving your health” (Araujo Ferreira *et al.*, 2015,

s.85). Med dette kan vi forstå det som at sykepleierne har overveiende fokus på det grunnleggende medisinske, og det som har med selve sykdommen og behandlingen å gjøre.

I henhold til dette er det relevant å ta høyde for at ulike land har ulik praksis, og dermed er det ikke gitt at dette er en fellesnevner i helsevesenet verden over. Sannsynligvis vil det være vanskelig for sykepleieren å skape gode relasjoner, hvor temaer som seksualitet kan tas opp, dersom den biomedisinske modellen skaper organisatoriske faktorer som er med å forhindre dette. Blant annet mangel på tid, private rom, antall pasienter, mangel på kompetanse, antall ansatte og byråkratiske oppgaver som skal utføres er eksempler på disse (Araujo Ferreira *et al.*, 2015). Som en av sykepleierne sa: “How are you supposed to have time to address that, if sometimes you can’t even see all patients and do, let’s say, progress reports for them, you see?” (Araujo Ferreira *et al.*, 2015, s. 85). Slike organisatoriske faktorer kan skape en barriere mellom pasientene og sykepleierne, da pasientene kanskje ser at sykepleierne har det for travelt for samtale, og dermed ikke søker veiledning. I tillegg finnes det få rom som er tilpasset slike samtaler, for eksempel når pasientene ligger på flermannsrom (Araujo Ferreira *et al.*, 2015). Det blir derfor forståelig at pasientene kan oppleve høy terskel for å ta opp temaet, som kan gjøre at de blir sittende med disse utfordringene på egenhånd.

Zeng, Liu & Loke (2012) finner også i sin forskning flere barrierer som er med på å forklare hvorfor seksualitet ikke blir diskutert med pasientene. Blant annet mangel på personale, ressursmangel og mangel på kunnskap hos sykepleierne kommer fram (Zeng, Liu & Loke, 2012). Liberacka-Dwojak & Izdebski (2021) beskriver også mangel på kunnskap, skam, og prioritering som terskler for å ta opp temaet med pasienter. Et sitat fra en sykepleier illustrerer dette: “I change, change. Like last month I was in wound dressing, the month before I was in orientation, now I’m in the screening service” (Araujo Ferreira *et al.*, 2015, s. 85). På denne måten er det derfor til en viss grad forståelig at sykepleierne ikke føler de har kunnskapen for å ta opp tematikken, da de ikke alltid arbeider innenfor samme arbeidsområder, med ulikt fokus. Araujo Ferreira *et al.* (2015) forklarer at sykepleierne synes temaet er viktig å ta opp med pasientene, men mangelen på tid og private rom gjør dette utfordrende. Likevel kan man stille spørsmål ved om organisatoriske faktorer er grunn nok til å ikke ta opp seksualitet med pasientene. Selv om sykepleieren kanskje har det travelt, viser Liberacka-Dwojak & Izdebski (2021) tydelig at pasientene har et behov for informasjon. Med dette blir det tydelig at organisatoriske faktorer spiller inn på hvor mye det fokuseres på å gi pasientene informasjon

om temaet. Siden oppgaven sammenligner forskning fra flere ulike land, ser man dermed et klart behov for endring generelt i helsevesenet.

5.6 Anbefalt tiltak

Dette litteraturstudiet viser en tydelig informasjonsmangel rundt senkomplikasjoner og seksualitet, hos kvinnene i behandling for livmorhalskreft. Av den grunn ser man derfor at det kunne vært nyttig med skriftlig informasjonsmateriell som et hjelpemiddel for pasientene til å håndtere eventuelle senkomplikasjoner. Et informasjonsskriv kan sette fokus på dette, og derfor være en motivasjon for å ta opp seksualitet med sykepleierne (Jacobsen, 2019). I tillegg kan det være en støtte for sykepleierne, dersom de er ukomfortable med hva de skal formidle av informasjon. Et informasjonsskriv er lett tilgjengelig informasjon som pasienten kan oppsøke selv, som også gjør det anonymt ved at pasienten ikke behøver å utlevere seg selv, dersom de ikke ønsker. Det er dermed viktig å presisere at et slikt informasjonsskriv ikke skal være erstatning for samtale om seksualitet med sykepleier, men heller er ment som et hjelpemiddel for begge parter. Med grunnlag i studien vår har vi derfor utarbeidet et eksempel på en flyer for pasienter i behandling av livmorhalskreft, som for eksempel kan henge synlig i ulike behandlingsrom. Den kan blant annet inneholde diverse fakta om eventuelle senkomplikasjoner som kan ha betydning for seksualiteten, og hvordan man kan håndtere disse. I tillegg kan det være godt for pasienten å slippe og måtte "google" seg fram til ting man lurer på, da man kanskje ikke orker å bruke energi på dette i en krevende tid. Flyeren er derfor ment som et tilskudd for å svare på problemstillingen vår. Alt av informasjon er hentet fra denne oppgaven, og kilder for illustrasjoner ligger som fotnote. ²

² Kilde figur 2: Hafstad (u.å) *Tegnehanne: 19.mars*

LIVMORHALSKREFT – utfordringer du kan møte

Uansett hva slags kreftbehandling du får, vil du oppleve endringer i kroppen til en viss grad.
Det er normalt at du føler et behov for informasjon og veiledning, særlig med tanke på senkomplikasjoner som har betydning for seksualiteten din.



Mange kvinner opplever ...

- Smerter i underlivet
- Sammenvoksinger og tørrhet i skjeden
- Uregelmessige blødninger
- Illeluktende utflod
- Smerter under samleie

Det er normalt at du da føler på ...

- Manglende sexlyst og opphisselse
- Et endret kroppsbilde og redusert selvtillit
- Frykt for å gjenoppta sexlivet
- At noe «mangler» i kroppen
- En følelse av sårbarhet

HUSK! Du er ikke alene om å føle dette

Helsepersonell kan blant annet hjelpe deg med...

- Samtale om tanker og bekymringer rundt seksuelle problemer, med og uten partner
- Informasjon om støttegrupper & kurs
- Informasjon og veiledning i bruk av hjelpemidler
- Henvisning til sexolog



♥ Og ikke minst ... vær åpen med de rundt deg, om det er en partner, sykepleier eller venninne. Det finnes hjelp å få!



TegneHanne

6.0 Konklusjon

I denne litteraturstudien har vi hatt som hensikt å belyse hvordan pasienter opplever oppfølging av sykepleier knyttet til senkomplikasjoner og seksualitet, i behandling av livmorhalskreft. Som vist er oppgavens problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til å forberede pasienten på å håndtere senkomplikasjoner knyttet til seksualitet etter livmorhalskreft? For å svare på problemstillingen oppsummerte vi resultatene fra artiklene med fem temaer som ble grunnlaget for den videre drøftingen. Under temaet fysiske senkomplikasjoner, viste forskningsartiklene blant annet til flere senkomplikasjoner knyttet til smerter, tørrhet i skjeden, og illeluktende utflod. Videre viser temaet som omhandler psykisk påvirkning at pasientene særlig følte på redusert selvtillit, endret kroppsbilde og følte seg “mindre hele”. Behovet for informasjon og kommunikasjon var et viktig funn i analysen, da alle seks forskningsartikler viste at pasientene ikke følte de fikk tilstrekkelig med informasjon rundt seksualitet og senkomplikasjoner fra helsepersonell. Temaene holdninger hos sykepleieren og organisatoriske faktorer var begge viktige for å vise hvilke barrierer som er med på å forhindre informasjonsformidling hos sykepleier. Med dette ser vi at pasienter med livmorhalskreft kan møte flere senkomplikasjoner som kan ha betydning for seksualiteten. Behovet for informasjon og kommunikasjon rundt disse kommer tydelig fram, til tross for barrierer hos sykepleieren.

Vi har derfor forsøkt å komme med konkrete eksempler på hvordan sykepleieren kan bidra med dette, blant annet veiledning knyttet til bruk av hjelpemidler, eller samtale om naturlige følelser og bekymringer. “Invitasjon” til samtale, tilgang på private samtalerom, informasjonsskriv, og prioritering av temaet hos sykepleieren var faktorer som kan gjøre det enklere for sykepleier å møte disse behovene. Studiens funn kan også ha betydning for videre sykepleiepraksis, da disse viser områder med mangler som har implikasjoner for pasienten etter behandling, da særlig knyttet til informasjon om seksualitet. Et fremtidig mål bør derfor være at seksualitet blir likestilt med andre grunnleggende behov, til tross for ulike barrierer hos sykepleieren. Vi har derfor utarbeidet et eksempel på en flyer til pasienten, som et hjelpemiddel for å håndtere senkomplikasjoner knyttet til seksualitet. Kanskje kan det hjelpe pasient og sykepleier til å ta initiativ til samtale. Siden studien sammenligner forskning fra ulike land, kan vi forstå det som at mangel på informasjon rundt seksualitet er et internasjonalt problem i helsevesenet. Det er viktig å påpeke at studiens omfang begrenser resultatet, og at det er behov for mer forskning på temaet.

7.0 Litteraturliste

Alvsvåg, H. (2016) Omsorg - med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning, i Heggstad, A.K.T & Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. 4.utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 348-350.

Araujo Ferreira, S.M. *et al.* (2015) Barriers for the inclusion of sexuality in nursing care for women with gynecological and breast cancer: perspective of professionals, *Revista lation-americana de enfermagem*, Vol. 23 (1), s.82-89. Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3602.2528>

(Artikkel 1)

Aveyard, H. (2010) *Doing a Literature Review in Health and Social Care - a practical guide*. 2.utg. Glasgow: Bell and Bain Ltd.

Aveyard, H. (2019) *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide*. 4.utg. London: Open University Press.

Cleary, V., Hegarthy, J., & McCarthy, G. (2011) Sexuality in Irish Women With Gynecologic Cancer, *Oncology Nursing Forum*, Vol. 38 (2), s. 87-96, Tilgjengelig fra:

<https://onf.ons.org/onf/38/2/sexuality-irish-women-gynecologic-cancer> (Hentet: 31/3-22)

(Artikkel 2)

Clipartmax (u.å.) *Flying Butterflies Border Stock Photography - Group Of Butterflies Clipart* [Clipart] Tilgjengelig fra: https://www.clipartmax.com/middle/m2i8b1b1b1i8i8K9_flying-butterflies-border-stock-photography-group-of-butterflies-clipart/ (Hentet 05.05.22)

(Illustrasjon - flyer)

Eide, H & Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner*. 3.utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske

Evans, D. (2002) Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data, *Australian Journal of Advanced Nursing*, Vol. 20 (2), s. 22-26. Tilgjengelig fra: <https://www.ajan.com.au/index.php/AJAN> (Hentet 18.04.22)

Flyclipart (u.å.) *Nurse Clip Art Black And White Free Clipart Images - Nurse Clipart Black And White* [clipart] Tilgjengelig fra: <https://flyclipart.com/nurse-clip-art-black-and-white-free-clipart-images-nurse-clipart-black-and-white-91394> (Hentet 05.05.22) **(Illustrasjon - flyer)**

Folkehelseinstituttet (2021) *Livmorhalskreft nesten utryddet i Norge innen år 2039*, Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2021/livmorhalskreft-nesten-utryddet-i-norge-innen-ar-2039/> (Hentet 04.05.22)

Gjessing, R., Borg, T & Dahl, A.A (2013) Problemer med seksualitet, i Loge, J.H., Dahl, A.A., Fosså, S.D & Kiserud, C.E. (red.) *Kreftoverlevende*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske, s. 87- 108.

Hafstad, A (u.å) *Tegnehanne: 19 mars* [medium] Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/tegnestriper/tegnehanne/tegnehanne-19-mars> (Hentet: 05.05.22) **(Illustrasjon flyer – figur 2)**

Helland, Y. (2016) Seksualitet, i Grov, E.K., Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5.utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 861-876.

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2 (Hentet 03.05.22)

Jacobsen, A.M.L. (2019) Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorganer, i Reitan, A.M. & Schjølberg, T.Kr. (red.) *Kreftsykepleie, Pasient-Utfordring-Handling*. 4.utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 604-613.

Jerpseth, H. (2016) Sykepleie ved gynekologiske sykdommer, i Stubberud, D-G., Grønseth, R., & Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie 2*. 5. utgave. Oslo: Gyldendal Akademiske, s. 133 - 168.

Kirkevold, M. (2001) *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kreftforeningen (2022) *Livmorhalskreft*. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/> (Hentet 28.03.22)

Liberacka-Dwojak, M. & Izdebski, P. (2021) Sexual Function and the Role of Sexual Communication in Women Diagnosed with Cervical Cancer: A Systematic Review, *International Journal of Sexual Health*, Vol. 33(3), s. 385-395. doi: [10.1080/19317611.2021.1919951](https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1919951) (**Artikkel 4**)

Maguire *et al.* (2015) A systematic review of the supportive care needs of women living with and beyond cervical cancer, *Gynecologic Oncology*, 136(3), s. 478-490. Tilgjengelig fra: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0090825814014760?via%3Dihub> (Hentet: 1/4- 22) (**Artikkel 6**)

Mathisen, J. (2016) Hva er sykepleie?, i Grov, E.K., Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 119-141.

NHI (2021) *Livmorhalskreft*. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/sykdommer/kreft/gynekologisk-kreft/livmorhalskreft/> (Hentet 28.03.22)

Norsk Sykepleierforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet 03.05.22)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient%20og%20brukerrettighetsloven#KAPITTEL_3 (Hentet 29.03.22)

Rustøen, T. (2016) Livskvalitet og velvære, i Heggstad, A.K.T., Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. 4.utgave. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 80-107.

Sander, K (2022) *Maslows Behovspyramide* [Digitalt fotografi] Tilgjengelig fra: <https://estudie.no/maslows-behovhierarki/> (Hentet: 29/3-22) **(Figur 1)**

Strand, L. (2014) *Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Wilson, C.M. *et al.* (2020) Body Image, Sexuality, and Sexual Functioning in Cervical and Endometrial Cancer: Interrelationships and Women's Experiences, *Sexuality and Disability*, Vol. 38, s.389-403. doi: [10.1007/s11195-020-09641-4](https://doi.org/10.1007/s11195-020-09641-4) **(Artikkel 5)**

Zeng Y.C., Liu X. & Loke A.Y. (2012) Addressing sexuality issues of women with gynaecological cancer: Chinese nurses' attitudes and practice, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 68(2), s. 280–292. doi: [10.1111/j.1365-2648.2011.05732.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05732.x) **(Artikkel 3)**

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1

Søkeord	CINAHL	ovid MEDLINE
1. Genital neoplasms, female	44642	245230
1. Genital neoplasms (kw)	3755	14701
1. Gynecological cancer	0	0
1. Gynecological cancer (kw)	676	2632
1. Nursing care	326766	139750
1. Nursing care (kw)	66816	54635
1. Sexuality	40388	46288
1. Sexuality (kw)	41613	21317

8.2 Vedlegg 2

Søkeord	CINAHL	ovid MEDLINE
1. Cervix neoplasms	17992	0
1. Cervix neoplasms (kw)	17850	4261
1. Uterine cervical neoplasms	0	81044
1. Uterine cervical neoplasms (kw)	13940	81262
1. Sexuality	40388	46288
1. Sexuality (kw)	41613	21317
1. Communication	309924	343113
1. Communication (kw)	191065	407672

