



Kvinner's erfaringer –
Livmorhalskreft og informasjon om seksualitet
Women's experiences –
Cervical cancer and information about sexuality

Kandidatnummer: 16
VID vitenskapelige høgskole
Oslo

Fordypningsoppgave MAKSP-OS5400
Videreutdanning i kreftsykepleie

Kull: Deltid 2021

Antall ord: 4040

Sammendrag

Innledning: Kvinner med livmorhalskreft kan oppleve utfordringer knyttet til seksualitet, avhengig av sykdomsstadiet og behandlingsmåte. Hensikten med studien er å undersøke hvordan kvinner under livmorhalskreftbehandling erfarer å bli møtt og informert om seksualitet av helsepersonell.

Problemstilling: «Hvordan erfarer kvinner informasjon om seksualitet under livmorhalskreftbehandling?»

Metode: Litteraturstudie ble anvendt som metode. Litteratursøk ble utført i databasene CINAHL, MEDLINE, Pubmed og PsycINFO. Flere søkeord og kombinasjoner ble brukt for å finne relevant litteratur. Det ble inkludert både kvalitative og kvantitative artikler. Aktuelle artikler ble analysert, der tema og nøkkelfunn ble identifisert.

Resultat: Åtte forskningsartikler ble inkludert i litteraturstudien. Kvinnene erfarer manglende forståelse og anerkjennelse om at de trenger informasjon om seksualitet. Flere opplever ingen, eller mangelfull informasjon og må selv etterspørre informasjonen. Seksualitet er tabubelagt å snakke om både for kvinnene og helsepersonell.

Konklusjon: God informasjon kan bidra til at kvinner som behandles for livmorhalskreft håndterer og mestrer utfordringer knyttet til seksualitet. Til tross for dette er det mange kvinner som ikke får tilstrekkelig informasjon og hjelpen de behøver. Kvinnene må få individuelt tilpasset informasjon og helsepersonell må ta initiativ til dialog. Ut ifra resultatene kan det tyde på at det er behov for økt kunnskap om seksualitet blant helsepersonell, samt bedre rutiner for hvordan informering skal gjennomføres i praksis.

Nøkkelord: Livmorhalskreft, informasjon, seksualitet, pasienterfaringer.

Abstract

Introduction: Women with cervical cancer may experience challenges related to sexuality, depending on the stage of the disease and method of treatment. The purpose of the study is to investigate how women during cervical cancer treatment experience being met and informed about sexuality by healthcare personnel.

Problem statement: "How do women experience information about sexuality during cervical cancer treatment?"

Method: Literature study was used as method. Literature searches were performed in the databases CINAHL, MEDLINE, Pubmed and PsycINFO. Several keywords and combinations were used to find relevant literature. Both qualitative and quantitative articles were included. Relevant articles were analyzed, and themes and key findings were identified.

Result: Eight research articles were included in the literature study. The woman experiences a lack of understanding and recognition that they need information about sexuality. Many experience no or insufficient information and must request the information themselves. Sexuality is taboo to talk about both for the women and healthcare personnel.

Conclusion: Good information can help women being treated for cervical cancer to handle and master challenges related to sexuality. Despite this, many women do not receive sufficient information and the help they need. The woman must receive individually tailored information and health personnel must initiate dialogue. The results may indicate that there is a need for increased knowledge about sexuality among healthcare personnel, as well as better routines for how information sharing should be carried out in practice.

Keywords: Cervical cancer, information, sexuality, patient experience

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Problemstilling.....	2
1.2 Hensikt.....	2
2 Metode.....	3
2.1 Litteratursøk	3
2.2 Utvelgelse av artikler.....	4
2.3 Analyse	5
3 Resultat	6
3.1 Riktig tidspunkt.....	6
3.2 Betydningen av anerkjennelse og åpenhet.....	7
3.3 Informasjonsbehov og utfordringer knyttet til kommunikasjon	8
4 Diskusjon	10
5 Konklusjon.....	14
Litteraturliste	15
Vedlegg 1: PICO-skjema	20
Vedlegg 2: Litteraturmatrise	21
Vedlegg 3: Oversikt over likheter og ulikheter i artiklene	24

1 Innledning

Livmorhalskreft rammet 302 kvinner i Norge i 2022, og dersom sykdommen oppdages tidlig er det nesten 96 prosent som overlever i fem år eller mer (Kreftregisteret, 2023). Kreftregisteret (2023) rapporterer at 7847 kvinner i Norge har eller har hatt livmorhalskreft i løpet av livet. De vanligste behandlingsmodalitetene er kirurgi, ekstern strålebehandling, brakyterapi og kjemoterapi, enten alene eller i kombinasjon med hverandre (Kristensen, 2018, s. 320).

Helsedirektoratet (2021, pkt. 4.6) definerer seksuell helse som «fysisk, psykisk, emosjonelt og sosialt velvære relatert til seksualitet». Seksuell helse er individuelt, og en viktig ressurs og beskyttelsesfaktor som kan fremme mestringsferdigheter og livskvalitet gjennom livet (Helsedirektoratet, 2021, pkt. 4.6). Livmorhalskreft kan ha en markert virkning på kvinnenes intimitet og seksualitet, avhengig av sykdomsstadiet og behandlingsmåte (Dahl, 2016, s. 232). Utfordringer som tørrhet og sammenvoksninger i skjeden, forkortet skjede, dislokasjon av skjeden, fisteldannelser og inkontinens for både urin og avføring kan forekomme. Disse problemene kan gjøre seksuallivet vanskelig, og kan gi smerter ved samleie, illeluktende væskeansamlinger i skjeden, nedsatt libido og infertilitet (Borg, 2017, s. 124). For flere er seksualiteten noe de deler med en annen person, derfor kan seksuelle dysfunksjoner ha innvirkning på partneren og parforholdet (Borg, 2017, s. 127).

Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) har pasientene rett på informasjon om mulige risikoer og bivirkninger av sin helsetilstand og helsehjelp. Åpen kommunikasjon er avgjørende for at kvinnene skal tilpasse seg endringer som påvirker deres seksuelle helse. Kvinnene har behov for informasjon og emosjonell støtte fra helsepersonell og sine partnere for å tilpasse seg seksuelle endringer (Liberacka-Dwojak & Izdebski, 2021, s. 386). Helsepersonell unngår fremdeles å snakke om seksualitet med kvinnene og deres partnere. Mangel på tid, kunnskap, ferdigheter, sjenanse og fraskrivelse av ansvar er begrunnelser for at tema ikke blir tatt opp. Dette kan medføre negative konsekvenser for kvinnenes og deres partnere sin seksualitet (Borg, 2017, s. 126).

1.1 Problemstilling

«Hvordan erfarer kvinner informasjon om seksualitet under livmorhalskreftbehandling?»

1.2 Hensikt

Hensikten med litteraturstudien er å undersøke og få økt kunnskap om hvordan kvinner erfarer informasjonsutveksling om seksualitet fra helsepersonell under livmorhalskreftbehandling. På bakgrunn av dette kan oppgaven tydeliggjøre hva kvinnene opplever de trenger av informasjon, som kan bidra til å imøtekomme kvinnenes behov og gi økt kvalitet i praksis.

2 Metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap» (Dalland, 2015, s. 111).

For å besvare problemstillingen, ble litteraturstudie anvendt som metode. Dette er en metode som tar utgangspunkt i allerede eksisterende forskningslitteratur rundt valgt tema (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 80). Litteraturstudien presenterer ikke ny kunnskap, men det kan komme frem ny forståelse gjennom å sammenligne allerede utført forskning ut ifra flere forskningsartikler (Aveyard, 2019, s. 2).

2.1 Litteratursøk

Når problemstillingen er identifisert, kan systematisk søk i litteraturen begynne (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 83). Prosessen startet med å dele opp og strukturere problemstillingen i et PICO-skjema (Vedlegg 1). «PICO gir struktur og klargjør spørsmålet for litteratursøk, utvelgelse og kritisk vurdering av litteraturen» (Helsebiblioteket, 2021, pkt. 2.1). Videre ble det benyttet MeSH-termer på norsk for å finne engelske søkeord.

Søkeordene har endret seg etter hvert som innholdet i oppgaven ble tydeliggjort (Rienecker & Jørgensen, 2013, s. 124). Til å begynne med ble det foretatt søk med tekstord på Google Scholar, Google, ORIA og sykepleieforskning. Dette ga en oversikt over temaet, samt at det avdekket nye søkeord underveis i prosessen (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 84). I tillegg ble det funnet artikler og annet relevant fagstoff.

Videre ble systematisk litteratursøk i databasene CINAHL, MEDLINE, Pubmed og PsycINFO utført. Disse databasene ble benyttet da de inneholder artikler innen valgt tematikk. PsycINFO ble brukt da det hovedsakelig omhandler erfaringsbaserte artikler. Søkeordene som ble mest anvendt var: “cervix neoplasms/cervix cancer”, “sexuality/sexual health”, “communication”,

“information”, “nurse-patient-relation” og “patient experience”. Søket ble utvidet ved å bruke samlebegrepet «gynecological cancer», da det var noe begrenset treff på «cervix neoplasms/cervix cancer». Søkene ble gjennomført ved å bruke boolske operatører. «AND» ble brukt for å avgrense søket, da flere søkeord måtte være med i artikkelen, som for eksempel «cervix neoplasms» AND «sexuality». «OR» ble brukt for å utvide søket ved å gi treff på artikler som inneholdte enten det ene, det andre eller begge søkeordene som eksempelvis «cervix cancer» OR «cervix neoplasms» (Helsebiblioteket, 2021, pkt. 3.5). Flere søk ga mange treff, mens andre søk ga færre treff.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble benyttet for å sikre at litteraturen som ble funnet var relevant for problemstillingen (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 89). Artiklene skulle ikke være eldre enn ti år, de skulle inneholde abstrakt og skulle være skrevet på engelsk eller nordisk. I tillegg ble det tilstrebet at artiklene var kvalitative, da fokuset i problemstillingen ligger på kvinners subjektive erfaringer og opplevelser. Med utgangspunkt i søkene ble det funnet åtte forskningsartikler som egnet seg for problemstillingen. I tillegg ble en av forskningsartiklene funnet i referanselisten til en annen studie (Chapman et al., 2019).

2.2 Utvelgelse av artikler

For å vurdere artiklene, ble tittel og abstrakt lest. De aktuelle artiklene ble lest flere ganger samt vurdert med sjekklister fra helsebiblioteket, for å finne styrker og mangler, og å utforske om studiene oppfylte inklusjonskriteriene (Helsebiblioteket, 2021, pkt. 4.1). På grunnlag av dette ble åtte forskningsartikler valgt for å kunne besvare problemstillingen.

De inkluderte forskningsartiklene hadde ulik hensikt, men felles var at funnene ble ansett som nyttig da kvinnes stemmer ble hørt i alle studiene. Samtlige av forskningsartiklene er godkjent i etisk komite. Informantene i de kvalitative studiene ga informert samtykke, hadde mulighet til å trekke seg og ble anonymisert. I flere av studiene ble informantene intervjuet 1-12 år etter behandling (Vedlegg 2). En styrke er at disse informantene regnes som

langtidsoverleve og hadde erfart flere oppfølgingstimer. Samtidig kan en langsiktig bivirkning av behandlingen være hukommelsesproblemer og man kan derfor ikke være sikker på at kvinnene i disse studiene husker innholdet av informasjonen etter flere år (Kiserud et al., 2018, s. 159). Til tross for dette, korrelerer funnene i disse studiene med funnene i de andre inkluderte forskningsartiklene og annet fagstoff. Videre omfatter flere av forskningsartiklene all gynekologisk kreft, men mye av behandling og utfordringer knyttet til seksualitet er lik som ved livmorhalskreft.

En studie eldre enn ti år (Rasmusson & Thomé, 2008) er inkludert i litteraturstudien, da artikkelen er relevant for problemstillingen. Det er i tillegg inkludert forskning fra USA og Kina hvor kulturforskjeller kan påvirke erfaringene informantene har rundt seksuell helse. Tre av forskningsartiklene er av kvantitativt design (Vedlegg 3), men er allikevel inkludert da funnene bekrefter resultatene i de kvalitative studiene.

2.3 Analyse

Analyse er en metode for å få overblikk over forskningsartiklene, samt finne ut hva materialet har å fortelle (Dalland, 2015, s. 144). Etter å ha lest resultatdelen i alle forskningsartiklene grundig, ble viktige tema i hver artikkel kodet. Metoden for koding var at felles tema ble markert med farge. Dette ga oversikt over likheter og ulikheter i artiklene (Vedlegg 3). Forskningsartiklene som er inkludert i studien er satt inn en litteratormatrise (Vedlegg 2) for å systematisere og presentere resultatene (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 91). Ved å sammenfatte og analysere nøkkelfunnene, ble det utarbeidet tre hovedtema: «Riktig tidspunkt», «Betydningen av anerkjennelse og åpenhet» og «Informasjonsbehov og utfordringer knyttet til kommunikasjon».

3 Resultat

3.1 Riktig tidspunkt

Det første tema omhandler det informantene beskrev som passende tidspunkt for informering og samtale rundt temaet seksualitet. Dette ble beskrevet som elementært i flere av studiene (Vermeer et al., 2016; Rasmusson & Thomé, 2008; Vermeer et al., 2014; Sekse et al., 2015).

I studiene til Vermeer et al. (2016, s. 1682) og Rasmusson og Thomé (2008, s. 211) ga informantene uttrykk for at de ikke var opptatt av seksuelle utfordringer ved diagnostisering, men heller la vekt på behandling og kurasjon. Kvinnene erkjente at helsepersonell hadde nevnt noe om seksualitet tidlig i sykdomsforløpet. En informant i studien til Vermeer et al. (2016) sa «Du sitter ved et bord med en lege som forteller deg om operasjonen og dens konsekvenser. Og det blir fortalt, at det kan ha innvirkning på din seksualitet, at det kan bli mindre følsomt. Men i det øyeblikket er du oppslukt av operasjonen og kreften» (s. 1683).

Vermeer et al. (2016) antydte at det ideelle tidspunktet for å diskutere seksuelle utfordringer ville være mellom seks og 12 måneder etter behandlingsslutt (s. 1684). Dette fordi kvinnene i denne perioden gikk videre til oppfølgingstimer, og livet skulle tilbake til det normale. Informantene virket overrasket over at behandlingen hadde så stor innvirkning på deres seksuelle helse. Flere hadde skjøvet tanken om sex foran seg, men plutselig slår det dem at det er en realitet. En betydelig andel av kvinnene i studien til Chow et al. (2021) indikerte også at det riktige tidspunktet for slike samtaler, var etter avsluttet behandling (s. 9). Samtidig erfarte flere av informantene at det var behov for disse samtalene på et tidligere tidspunkt, som ved oppstart av kreftbehandlingen (Rasmusson & Thomé, 2008, s. 215; Chow et al., 2021, s. 9). Flere av kvinnene opplevde at tanker om seksualitet dukket opp på ulike tidspunkt fra diagnostisering, behandling og under rehabilitering (Rasmusson & Thomé, 2008, s. 215).

Vermeer et al. (2014) viste at det var forskjell på når kvinnene ønsket informasjon basert på hvilken behandling de hadde mottatt. Kvinnene som hadde fått strålebehandling erfarte og understreket viktigheten av informasjon tidlig og underveis i behandlingen. De opplevde også større behov for oppfølging etter behandlingen sammenlignet med kvinnene som hadde mottatt andre behandlingsmodaliteter (Vermeer et al., 2014, s. 463).

3.2 Betydningen av anerkjennelse og åpenhet

Flere erfarte at helsepersonell var tilgjengelige dersom de hadde spørsmål knyttet til seksualitet. Kvinnene hadde spurt helsepersonell om seksuelle spørsmål, og opplevde at det ikke var noen barrierer som hindret dem, eller vurderte disse barrierene som mindre viktig enn fordelene ved å søke hjelp (Vermeer et al., 2016, s. 1685; Chapman et al., 2019, s. 497). Vermeer et al. (2016) viser til at andre informanter var motvillige til å søke hjelp fordi de mente de burde løse bekymringene på egenhånd eller anså det som tabu å snakke med helsepersonell (s. 1685). Sekse et al. (2015, s. 1262) hevder at informantene hadde vansker med å uttrykke sine personlige erfaringer når det gjaldt seksualitet på grunn av sjenanse og samspillet mellom helsepersonell og kvinnene. Flere av kvinnene i samme studie måtte ta initiativ til dialog, selv om de skulle ønske helsepersonell gjorde det. En av informantene hadde forsøkt å ta opp seksuelle utfordringer med helsepersonell, men ga til slutt opp fordi de hverken responderte eller tok initiativ til dialog. Kvinnen hadde til slutt spurt om hjelp på en sexbutikk. Måten flere av kvinnene ble møtt av helsepersonell angående intimitet førte til mer sjenanse og endte i mer ensomhet relatert til deres seksuelle og intime problemer (Sekse et al., 2015, s. 1262).

Blant kvinner med behov for veiledning rapporterte 111 informanter i studien til Vermeer et al. (2014) å ha hatt en samtale med en profesjonell. Sekstien av disse kvinnene hadde selv tatt initiativ til samtalen om seksuelle bekymringer (s. 461). Dette støttes av Chow et al. (2021) som poengterer at informantene ikke fikk informasjon med mindre de selv ba om det. En informant i samme studie rapporterte at hun heller ville søke etter seksuell informasjon på internett enn å be om det fra helsepersonell (s. 8).

Ifølge Sekse et al. (2015) rapporterer kvinnene at de føler seg alene om å håndtere utfordringer og spørsmål knyttet til seksualitet. Informantene ble intervjuet 5-6 år etter behandling og flere fortalte at det var første gang de hadde snakket med noen om deres seksuelle liv og utfordringer. En av kvinnene hadde uttrykt behov for kommunikasjon med helsepersonell grunnet endringer i seksuallivet, men opplevde at helsepersonell ikke reagerte på hennes initiativ (Sekse et al., 2015, s. 1261).

Rasmusson og Thomé (2008) antydte at mangelen på tid på sykehuset ble opplevd som en hindring for å fremme tilliten til helsepersonell. En av informantene fortalte «Hvis jeg har et spørsmål, aner jeg ikke hvem jeg skal rette det til; alle er så opptatt av akutte problemer» (s. 215). Et flertall av kvinnene i studien til Wilson et al. (2020) indikerte at de ikke hadde noe kommunikasjon med helsepersonell, negative eller nøytrale interaksjoner med dem om kroppsbilde, seksualitet og seksuell funksjon. En av kvinnene sa «Jeg føler at de ikke lyttet eller trodde meg» (s. 394).

3.3 Informasjonsbehov og utfordringer knyttet til kommunikasjon

Kvinnene har et stort informasjonsbehov om seksuell helse under behandling av livmorhalskreft, dette blir i liten grad ivaretatt på en tilstrekkelig måte (Vermeer et al., 2016; Sekse et al., 2014; Rasmusson & Thomé, 2008).

Vermeer et. al (2016) vurderte erfaringer med psykoseksuell støtte blant livmorhalskreftoverlevende. Omtrent en tredjedel av informantene husket å ha mottatt informasjon om effekten av behandlingen på seksuell funksjon. Spesifikke opplysninger som ble nevnt var mulige fysiske forandringer i skjeden, viktigheten av å holde skjeden åpen og sårbehandling. Informantene uttrykte et behov for praktiske råd, bli forsikret om at det er vanlig å oppleve seksuelle plager og å snakke mer omfattende med en profesjonell om seksuelle bekymringer. Informantene opplevde at det ikke var nødvendig med lange dialoger om temaet,

men at informasjon om hvordan den seksuelle funksjonen kan blir påvirket, i tillegg til at det kunne bli bedre over tid var viktig å få frem (Vermeer et al., 2016, s. 1684).

Generelt var informantene ikke tilfreds med mottatt informasjon. De anså den som motstridende eller ufullstendig, kommunisert på en for teknisk måte, eller ikke skreddersydd deres behov (Vermeer et al., 2014, s. 462; Chow et al., 2021, s. 8). Selv om fagpersonell hadde gitt informasjon, var det begrenset til råd om når seksuell omgang kunne gjenopptas og lite dybdekunnskap (Chow et al., 2021; Vermeer et al., 2016; Sekse et al., 2014; Rasmusson & Thomé, 2008). I studien til Rasmusson & Thomé (2008) sa en av informantene at ordene sex, samleie eller seksualitet ikke var nevnt på noen tidspunkt gjennom hennes seks ukers behandling (s. 215). Chow et al. (2021, s. 8) gjengir en kvinne som fortalte at den seksuelle omsorgen gitt av helsepersonell var utilstrekkelig under kreftbehandlingen, og at det ikke ble gitt informasjon om dette emnet.

Vermeer et al. (2014) beskriver at de mest foretrukne kanalene blant kvinnene var en nettside, brosjyrer og verbal informasjon (s. 463). Når det oppsto mer komplekse problemer angående seksualitet, var ansikt-til-ansikt kontakt med sexolog ønsket (Vermeer et al., 2016, s. 1685).

To informanter i studien til Vermeer et al. (2016) erfarte at helsepersonell ikke hadde involvert partneren i tilstrekkelig grad i informasjonsutvekslingen (s. 1685). Flere av kvinnene og partnerne anså det som ønskelig at partnere blir involvert i samtaler om seksualitet (Vermeer et al., 2014, s. 462). Ifølge det store flertallet av informantene bør partneren involveres for å motta informasjon, lære dem hvordan de kan støtte sin partner om seksuelle bekymringer, eller møte et mulig behov for støtte fra deres side. Samtidig viser forskning at noen kvinner er skeptiske til partnerinvolvering, fordi de mener at det kan være vanskeligere å diskutere seksuelle bekymringer i nærvær av partneren (Vermeer et al., 2016, s. 1685).

4 Diskusjon

Funnene tyder på at god og riktig informasjon er avgjørende for hvordan pasientene opplever sin seksuelle helse (Vermeer et al., 2016; Rasmusson & Thomé, 2008; Vermeer et al., 2014; Sekse et al., 2015).

Når det gjelder informasjon om seksualitet, var kvinnene enige i at riktig tidspunkt var betydningsfullt (Vermeer et al., 2016; Rasmusson & Thomé, 2008; Vermeer et al., 2014; Sekse et al., 2015). Det kunne variere når dette var, men flere av kvinnene understreket at det foretrukne tidspunktet var etter behandling (Vermeer et al., 2016, s. 1684; Rasmussen & Thomé, 2008, s. 211). Generelt vil det for flere oppleves som en krise å diagnostiseres med kreftsykdom. Dessuten kan det å få informasjon om kreftdiagnosen være preget av følelsesmessige reaksjoner, slik at kvinnen er blokkert for ytterligere informasjon (Loge & Ekeberg, 2018, s. 457). I tillegg beskriver Loge & Ekeberg (2018) sterkere reaksjoner til pasienter med kreft i organer som er forbundet med selvfølelse, slik som kjønnsorganer. Andre kvinner kan derimot mestre situasjonen med overvekt av kognisjon, og blir opptatt av detaljert informasjon om sykdom og behandling (Loge & Ekeberg, 2018, s.457). Videre kan kreftbehandlingen gi symptomer som kan sette en stopper for seksuallivet, og flere har nok med å gjennomføre behandlingen (Dahl, 2016, s. 246-247).

På en annen side erfarte flere av kvinnene behov for informasjon tidlig i forløpet av sykdommen (Rasmusson et al., 2008, s. 215; Chow et al., 2021, s. 9; Sekse et al., 2015, s. 1262). Det kan være lett å tenke at kvinnene ikke er opptatt av seksualitet når de er syke eller gjennomgår behandling, men dette vet vi imidlertid lite om (Langhelle et al., 2021). Dessuten kommer seksualiteten til uttrykk på forskjellig vis og er ikke nødvendigvis avhengig av at man er frisk eller har god fysisk og psykisk helse (Langhelle et al., 2021). Vermeer et al. (2016, s. 1684) og Chow et al. (2019, s. 8) viste at kvinnene ikke var forberedt på bivirkningene etter behandling, og derfor fikk vanskeligheter med å håndtere de kroppslige endringene. Det medførte derfor konsekvenser for kroppsbildet, identiteten, sexlivet og partnerforholdet. Vermeer et al. (2014, s.

463) viste at kvinnene som hadde mottatt strålebehandling hadde størst informasjonsbehov under behandlingen. Dette kan forklares ved at det er denne behandlingsmodaliteten som er vist å ha størst konsekvens for kvinnens seksuelle helse (Chapman, 2019, s. 499). Cullen et al. (2013) viste at kvinner erfarte at vaginale dilatorer vanligvis ble introdusert når kvinnene nærmet seg slutten av behandlingen. Ved å se på denne studien kommer det frem at dersom kvinnene ble introdusert for vaginale dilatorer tidlig i behandlingen, kunne det hjelpe kvinnene til å se den som en utvidelse av behandlingen og internalisere verdien av den (s. 1913). Gamel et al. (1993) og Rasmusson og Thomé (2008) bekreftet dette og antydte at informasjon kan være nødvendig tre ganger i sykdomsforløpet: ved diagnostisering, under behandling samt i ettertid. Dessuten mottar pasientene mye informasjon og situasjonen kan oppleves overveldende, slik at det er behov for at informasjonen blir gjentatt flere ganger (Langhelle et al., 2021). Informasjon tidlig kan bidra til å gjøre kvinnen mer forberedt og klar om det eventuelt oppstår seksuelle utfordringer. På en annen side kan det skape bekymring og «på-vakt»-holdning (Dahl, 2016, s. 27). Alt i alt er det viktig å invitere til samtale allerede før behandlingen innledes, slik at dialogen eventuelt kan tas opp igjen når kvinnen er klar for det. Likevel er det alltid kvinnens utgangspunkt som er fokus for informasjonsutvekslingen, og tidspunkt må tilpasses den enkelte (Borg, 2017, s. 128).

For å oppleve anerkjennelse ønsket kvinnene at helsepersonell skulle ta initiativ til å samtale om temaet (Sekse et al., 2015; Vermeer et al., 2014; Chow et al., 2021). Dette understøttes i Helse- og omsorgsdepartementets (2016) strategi «Snakk om det», der det beskrives et ønske om at helsepersonell skal ta mer initiativ til å snakke om seksualitet. Videre i strategien kommer det frem at respekt, åpenhet og positive holdninger til seksualitet er faktorer som fremmer seksuell helse. Likedan bidrar det til å motvirke skam, fordommer, tabuer og stigmatisering knyttet til seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016, s. 8). Likevel opplever kvinnene at de ikke mottar informasjon med mindre de selv spør om det, samt at helsepersonell unngår å prate om seksuelle problemer (Sekse et al., 2015, s. 1261; Chapman et al., 2019, s. 498). Funnene støttes av Jerpseth (2017, s. 141) som mener at kvinnene er misfornøyde med at helsepersonell unnviker å snakke om seksuell helse. Flere barrierer ligger til grunn for at kvinnene ikke tar opp

temaet seksualitet. Skam, forlegenhet og skyld kommer frem som mulige årsaker. Selv om dette er kjent for helsepersonell, er det samtidig barrierer som hindrer dem i å ta opp temaet, som personlig eller faglig ubehag, mangel på tid og kunnskap (Borg, 2017, s. 126). Derimot vil dette styrke fordommene om at seksualitet er et avsluttet kapittel for disse kvinnene, dersom man unngår å snakke om seksuelle problemer (Borg, 2017, s. 126). På en annen side erfarte flere kvinner åpenhet rundt tematikken, men disse kvinnene opplevde imidlertid ingen barrierer ved å selv spørre helsepersonell om seksualitet (Vermeer et al., 2016, s. 1685; Chapman et al., 2019, s. 497). Dette betyr at sykepleiere må være åpne og nysgjerrige, slik at alle pasienter får tilbud om å samtale om seksualitet (Borg, 2017, s. 126). Det viktigste arbeidsredskapet en sykepleier har er kommunikasjon (Borg, 2017, s. 127). PLISSIT-modellen kan være til hjelp for helsepersonell til å komme i gang med samtalen om seksuell. Første trinn omhandler nettopp det å gi tillatelse til å snakke om temaet, som videre bidrar til åpenhet og opplevelse av at seksualitet er et naturlig samtaleemne gjennom sykdomsforløpet (Langhelle et al., 2021).

Liberacka-Dwojak et al. (2021, s. 385) viser at seksuelle problemer etter livmorhalskreftbehandling er utbredt. Ut ifra dette kan en tenke at seksualitet er et grunnleggende tema å informere pasientene om. Funn både fra Vermeer et al. (2016, s. 1684) og Chow et al. (2021, s. 8) viser imidlertid at kvinnene erfarer begrenset informasjon om seksualitet. Dessuten erfarer kvinnene ufullstendig informasjon som ikke er skreddersydd deres behov. Det ble i 2014 utført en brukerundersøkelse av Kreftforeningen om mestring og rehabilitering blant kreftoverlevende. Her ble det generelt rapportert at de ikke hadde mottatt informasjon om hvordan behandlingen ville påvirke deres seksuelle helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 37). Hoel et al. (2021) hevder at kvinner behandlet for gynekologisk kreft opplever mangelfull informasjon fra helsepersonell om seksualitet. Likeledes er det helsepersonell sin oppgave å undervise og informere om endringer i seksualiteten som kan oppstå som følge av behandlingen, og å veilede om hjelpemidler som fins, og hvordan de benyttes (Jerpseth, 2017, s. 141). Ifølge Jerpseth (2016, s. 155) bør muntlig informasjon kombineres med skriftlig informasjon. Kvinnene opplever at det å få skriftlig informasjon er en trygghet og bedrer oppfattelsen av informasjonen (Vermeer et al., 2014, s. 463). Kunnskapen

helsepersonell har om de endringene kvinnene kan oppleve etter behandlingen, kan dras nytte av i informeringen, oppfølging og veiledning av kvinner med livmorhalskreft. Dette blir beskrevet i de to neste trinnene i PLISSIT-modellen som begrenset informasjon og konkrete råd (Borg, 2017, s. 128).

Å involvere partner ved informasjon om sykdommen og behandlingen ble vist å være viktig for forholdet for flere av kvinnene (Vermeer et al., 2014, s. 463). Liberacka-Dwojak et al. (2021, s. 390) bekrefter at informantene rapporterte behov for informasjon om seksualitet med partner fra helsepersonell. På en annen side ble det påpekt at det ikke var et ønske å involvere partner ved informasjon (Vermeer et al., 2016, s. 1685). For at partner skal kunne støtte kvinnen, er det imidlertid viktig med informasjon om hvordan kvinnens seksualitet kan påvirkes av behandling. Flertallet av partnerne ønsket å bli inkludert ved informering, da de følte det ble enklere å gi støtte (Vermeer et al., 2016, s. 1685). Likevel er det kvinnen selv som bestemmer hvor åpen hun ønsker å være, og om hun vil ha med seg partneren ved samtale (Jerpseth, 2017, s. 155). Kvinnene bør få tilbud om å ha med partner ved samtaler, på denne måten får partner samme informasjon og kunnskapsgrunnlag (Dahl, 2016, s. 248).

5 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke hvordan kvinner behandlet for livmorhalskreft erfarer informasjon og kommunikasjon om seksualitet. Kvinnene erfarer at de har behov for å bli anerkjent om deres behov for informasjon om seksuelle utfordringer under hele sykdomsforløpet. Flere hadde fått ingen eller mangelfull informasjon om bivirkninger under behandlingen som kunne ha negativ innvirkning på deres seksuelle helse. Videre viser litteraturgjennomgangen at seksualitet er et tabubelagt tema, og kvinnene opplever ofte at helsepersonell ikke tar initiativ til samtale.

Kvinnenes erfaringer indikerer at det er behov for mer, bedre og individtilpasset informasjon rundt seksualitet. Kvinnene bør få tilbud om å involvere partneren, da dette kan bidra til trygghet for begge parter. Videre kan det tyde på at det ikke er gode nok rutiner for hvordan informering og samtale om seksualitet gjennomføres, og videre arbeid med implisering av gode rutiner er hensiktsmessig. Bruk av modeller som PLISSIT i samtale om seksualitet, burde innlemmes i praksis. Slik kunnskap må synliggjøres slik at helsepersonell bidrar til å forebygge at behandlingen får negative konsekvenser for kvinnenes seksuelle helse.

Det er behov for mer og oppdatert kvalitativ forskning på kvinners erfaringer og opplevelser om informasjon og kommunikasjon rundt seksualitet. På denne måten kan helsepersonell få økt forståelse for hvordan de best kan ivareta informasjonsbehovet.

Litteraturliste

Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care, a practical guide* (4. Utg.). Open University Press.

Borg, T. (2017). Seksualitet. I A. M. Reitan & T. K. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-Utfordring-Handling* (4. utg., s. 120-131). Cappelen Damm Akademisk.

Chapman, C. H., Heath, G., Fairchild, P., Berger, M. B., Wittmann, D., Uppal, S., Tolpadi, A., Maturen, K. & Jolly, S. (2019). Gynecologic radiation oncology patients report unmet needs regarding sexual health communication with providers. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, *145*, 495-502. <https://doi.org/10.1007/s00432-018-2813-3>

Chow, K. M., Chan, C. W. H., Law, B. M. H., Bouhnik, A. D., Duijts, S. F. A., & Spelten, E. R. (2021). Perceptions of Chinese Patients Treated for Gynaecological Cancer about Sexual Health and Sexual Information Provided by Healthcare Professionals: A Qualitative Study. *Cancers*, *13*(7), 1654. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.3390/cancers13071654>

Cullen, K., Fergus, K., Dasgupta, T., Kong, I., Fitch, M., Doyle, C., & Adams, L. (2013). Toward clinical care guidelines for supporting rehabilitative vaginal dilator use with women recovering from cervical cancer. *Supportive Care in Cancer*, *21*(7), 1911–1917. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1007/s00520-013-1726-6>

Dahl, A. A. (2016). *Kreftsykdom: Psykologiske og sosiale perspektiver*. Cappelen Damm Akademisk.

Dalland, O. (2015). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Gyldendal akademisk.

Gamel, C., Davis, B. D., & Hengeveld, M. (1993). Nurses' provision of teaching and counselling on sexuality: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*, 18(8), 1219–1227. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1046/j.1365-2648.1993.18081219.x>

Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie: praktiske råd i skriveprosessen*. Fagbokforlaget.

Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#e-laeringskurs-i-kunnskapsbasert-praksis>

Helsedirektoratet. (2021). *Sektorrapport om folkehelse 2021*.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse/sunne-valg/seksuell-helse>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2016, 6. desember). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. Regjeringen.

https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018, 18. april). *Leve med kreft – Nasjonal kreftstrategi (2018-2022)*. Regjeringen.

https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjerings_kreftstrategi_180418.pdf

Hoel, V., Leite, M. & Grønvik, C. K. U. (2021). Sykepleiere må kunne snakke om seksuell helse etter gynekologisk kreft. *Sykepleien*, 109. [10.4220/Sykepleiens.2021.83455](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83455)

Jerpseth, H. (2017). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie*, Bind 2 (5.utg., s. 133-165). Gyldendal akademisk.

Kiserud, C. E., Dahl, A. A. & Fosså, S. D. (2018). Seneffekter etter kreftbehandling. I E. Schlichting & E. Wist (Red.), *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell* (5. utg., s. 148-162). Gyldendal akademisk.

Kreftregisteret. (2023, 10. mai). *Livmorhalskreft*. Hentet 11. mai 2023 fra

<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Livmorhalskreft/>

Kristensen, G. (2018). Svulster i kvinnelige genitalia. I E. Schlichting & E. Wist (Red.), *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell* (5. utg., s. 312-326). Gyldendal akademisk.

Langhelle, T. H., Paulsen, A., Fredly, A. & Sekse, R. J. T. (2021). Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse. *Sykepleien* 109 (83207). [10.4220/Sykepleiens.2021.83207](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83207)

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*, 33(3), 385–395. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1080/19317611.2021.1919951>

Loge, J. H. & Ekeberg, Ø. (2018). Psykiske og psykiatriske aspekter ved kreftsykdommer. I E. Schlichting & E. Wist (Red.), *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell* (5. utg., s. 454-468). Gyldendal akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Rasmusson, E., & Thomé, B. (2008). Women's wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease. *Sexuality & Disability, 26*(4), 207–218. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1007/s11195-008-9097-5>
- Rienecker, L. & Jørgensen, P. S. (2013). *Den gode oppgaven: Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Sekse, R. J. T., Blaaka, G., Buestad, I., Tengesdal, E., Paulsen, A., & Vika, M. (2014). Education and counselling group intervention for women treated for gynaecological cancer: does it help? *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 28*(1), 112–121. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1111/scs.12024>
- Sekse, R. J. T., Råheim, M., & Gjengedal, E. (2015). Shyness and Openness—Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer. *Health Care for Women International, 36*(11), 1255–1269. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1080/07399332.2014.989436>
- 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.ezproxy.vid.no/10.1007/s00520-015-2925-0>
- Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., de Kroon, C. D., Stiggelbout, A. M., & Ter Kuile, M. M. (2014). Sexual issues among cervical cancer survivors: how can we help women seek help? *Psycho-Oncology, 24*(4), 458–464. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1002/pon.3663>
- 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 & Disability*, 38(3), 389–403. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1007/s11195-020-09641-4>

Vedlegg 1

PICo-skjema

Kvalitativ Problemstilling: «Hvordan erfarer kvinner informasjon om seksualitet under livmorhalskreftbehandling?»		
P Population/problem	I (Phenomenon of) Interest	Co Context
Kvinner under behandling/behandlet for livmorhalskreft.	Erfaringer til informasjon om seksualitet fra helsepersonell.	Under/etter all slags behandlingsmodaliteter (kirurgi, medikamenter og stråleterapi).

	P	I	Co
Boolske operatører	AND	AND	
OR	Norske tekstord	Kvinner Livmorhalskreft Partner Gynekologisk kreftsykdom	Informasjon Kommunikasjon Seksuell helse Seksualitet Pasienterfaringer Pasientperspektiv Dialog
OR	Engelske tekstord	Women Cervix cancer/Uterine Cancer/Cervix neoplasms Spouse Gynecological cancer	Treatment for cervical cancer Surgery Chemotherapy Medical treatment Radiotherapy/Radiation therapy

Vedlegg 2

Litteratormatrise

Referanse (forfattere, årstall, tittel, tidsskrift)	Hensikt med studien	Populasjon/kontekst for studien	Metode og utvalg	Nøkkelfunn knyttet til egen problemstilling	Kort vurdering av artikkelens relevans for oppgaven
<p>Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Stiggelbout, A. M. & Ter Kuile, M. M.</p> <p>2016.</p> <p>Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support.</p> <p><i>Supportive Care in Cancer.</i></p>	<p>Vurdere erfaringer med seksuelle dysfunksjoner, psykoseksuell støtte og psykoseksuelle helsebehov blant livmorhalskreftoverlevende og deres partnere.</p>	<p>30 kvinner i alderen 36-68 år deltok.</p> <p>Kvinnene hadde blitt behandlet for livmorhalskreft på sykehus de siste 1-12 årene (gjennomsnittlig 6 år).</p> <p>12 partnere deltok.</p> <p>Nederland.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Semistrukturerte intervju.</p> <p>Pasient/pårørendeperspektiv.</p> <p>Godkjent av etisk komite.</p>	<p>Det ideelle tidspunktet for informasjon ville være mellom 6-12 måneder etter behandling.</p> <p>Flere opplevde barrierer for å spørre helsepersonell, mens andre ikke.</p> <p>Generell misnøye med informasjonen fra helsepersonell.</p>	<p>Betraktninger om kvinners og partners perspektiv og erfaringer knyttet til informasjon.</p>
<p>Wilson, C. M., McGuire, D. B., Rodgers, B. L., Elswick, S. M., Menendez, M. & Temkin, S. M.</p> <p>2020</p> <p>Body Image, Sexuality, and Sexual Functioning in Cervical and Endometrial Cancer: Interrelationships and Women's Experiences.</p> <p><i>Sexuality and Disability</i></p>	<p>Undersøke sammenhenger mellom kroppsbilde, seksualitet og seksuell funksjon, og å forstå kvinners syn på disse konseptene.</p>	<p>20 kvinner deltok.</p> <p>14 hadde livmorhalskreft. Flest deltakere gjennomgikk kirurgi og ble behandlet med stråling.</p> <p>3-36 måneder siden de ble ferdig med kreftbehandling.</p> <p>USA.</p>	<p>Både kvantitativt og kvalitativt design.</p> <p>Spørreskjema og åpne spørsmål.</p> <p>Godkjent av etisk komite.</p>	<p>Et flertall av kvinnene indikerte at de hadde ingen kommunikasjon med helsepersonell, eller negative eller nøytrale interaksjoner med dem, om kroppsbilde, seksualitet og/eller seksuell fungering.</p>	<p>Kvalitative data ble innhentet gjennom åpne spørsmål for å få frem kvinners erfaringer om kommunikasjon om seksualitet.</p>
<p>Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., de Kroon, C. D., Stiggelbout, A. M. & ter Kuile, M. M.</p> <p>2014.</p>	<p>Undersøke utbredelsen av psykoseksuelle helsehjelpsbehov og hjelpesøkende atferd blant livmorhalskreftoverlevende, og vurdere</p>	<p>343 kvinner med en historie med livmorhalskreft deltok (gjennomsnittsalder 49 år).</p> <p>154 partnere deltok.</p>	<p>Tverrsnittsundersøkelse.</p> <p>Pasient og pårørende perspektiv.</p>	<p>Informasjonsbehov om seksualitet. Flere måtte ta initiativ til samtale selv.</p> <p>Størst informasjonsbehov</p>	<p>Får frem kvinnene sine erfaringer knyttet til psykoseksuell støtte og hvilke udekkede behov de opplevde.</p>

<p>Sexual issues among cervical cancer survivors: how can we help women seek help?</p> <p><i>Psycho-Oncology</i></p>	<p>pasientenes og partners preferanser angående psykoseksuelle helsetjenester.</p>	<p>Gjennomsnittlig 5,7 år siden kvinnene gjennomgikk behandling.</p> <p>Amsterdam.</p>	<p>Godkjent av etisk komite.</p>	<p>ved strålebehandling.</p> <p>Muntlig og skriftlig informasjon var å foretrekke.</p>	
<p>Sekse, R. J., Råheim, M., & Gjengedal, E.</p> <p>2015</p> <p>Shyness and openness— common ground for dialogue between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynecological cancer.</p> <p><i>Health care for women international.</i></p>	<p>Undersøke sjenanse og åpenhet knyttet til seksualitet og intimitet hos langvarige kvinnelige overlevende av gynekologisk kreft, og hvordan de opplevde dialog med helsepersonell.</p>	<p>16 deltagere. Kvinnene hadde ulike diagnoser av gynekologisk kreft i ulike stadier. Alle hadde gjennomgått operasjon. Fem kvinner hadde fått tilleggsbehandling (cellegift og strålebehandling).</p> <p>Deltok 5-6 år etter behandling.</p> <p>Norge.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Intervju.</p> <p>Pasientperspektiv</p> <p>Godkjent av etisk komite.</p>	<p>Behovet for tidlig dialog med helsearbeidere. Mangel på informasjon om konsekvenser for det seksuelle liv etter behandling. Flere var for sjenerte til å ta opp problemet. Ønsket at helsepersonell skulle ta opp tema, men flere erfarte at det ikke ble gjort.</p>	<p>Pasienterfaringer som bidrar til å belyse problemstillingen.</p>
<p>Chow, K. M., Chan, C. W. H. & Law, B. M. H.</p> <p>2021</p> <p>Perceptions of Chinese Patients Treated for Gynaecological Cancer about Sexual Health and Sexual Information Provided by Healthcare Professionals: A Qualitative Study</p> <p><i>Cancers</i></p>	<p>Undersøkte gynekologiske pasienters oppfatninger angående effekten av kreftbehandling på deres seksuelle liv, deres forhold til partnerne deres, og deres syn på kvaliteten på seksualomsorgen.</p>	<p>21 kvinner deltok. De var ferdig behandlet for gynekologisk kreft. Alle behandlingsmodaliteter.</p> <p>Det hadde gått fra 3 måneder til 1 år siden behandling.</p> <p>Kina.</p>	<p>Kvalitativt design.</p> <p>Pasientperspektiv</p> <p>Semistrukturerte intervju.</p> <p>Godkjent av etisk komite.</p>	<p>Ønsker samtaler både før og under behandling.</p> <p>Utilstrekkelig informasjon om seksualitet under behandling.</p> <p>Pasienter får ikke informasjon med mindre de tar opp tema selv.</p>	<p>Utforsker kvinnenes erfaringer på fenomen som passer problemstilling. Uttalelser fra pasienter som er relevante.</p>
<p>Chapman, C. H., Heath, G., Fairchild, P., Berger, M. B., Wittmann, D., Uppal, S., Tolpadi, A., Maturen, K. & Jolly, S.</p> <p>2019.</p> <p>Gynecologic radiation oncology patients report unmet needs regarding sexual health communication</p>	<p>Studien tar for seg kvinners tanker om samtaler knyttet til seksuell helse med helsepersonell.</p>	<p>75 kvinner ferdig behandlet med stråleterapi for gynekologisk kreft (endometrie 28%, livmor 18,7%, cervix 20%, vagina 1,3%, vulva 2,7%).</p> <p>USA.</p>	<p>Tverrsnittstudie gjennomført i forbindelse med oppfølgingstime på kreftpoliklinikk.</p> <p>Pasientperspektiv</p> <p>Godkjent av etisk komite.</p>	<p>Flere mente helsepersonell burde snakke jevnlig om seksuell helse under behandlingen. Få ga uttrykk for flauhet rundt tema.</p> <p>Flere rapporterte å aldri bli spurt om seksuell helse.</p>	<p>Flere interessante pasienterfaringer som er relevante.</p>

with providers.					
<i>Clinical Oncology</i>					
Rasmusson, E. -M. & Thomé, B. 2008. Women's Wishes and Need for Knowledge Concerning Sexuality and Relationships in Connection with Gynecological Cancer Disease.	Undersøke kvinner behandlet for gynekologisk kreft sine ønsker og behov for kunnskap om seksualitet.	11 kvinner i alderen 36-60 år (gjennomsnittsalder 48) behandlet for cervix (7)-, corpus (2)- og eggstokkreft (2). Alle hadde gjennomgått kirurgi, kjemoterapi og/eller stråleterapi. 6-8 uker etter behandling. Sverige.	Kvalitative dybdeintervju. Pasientperspektiv Godkjent av etisk komite.	Kvinnene uttrykte et ønske om mer dybdeinformasjon. Kvinnene ønsket informasjon under hele forløpet. Ønske om å inkludere partner i informasjonsutveksling.	Relevant for min problemstilling. Får frem kvinnens opplevelser og ønsker.
<i>Sexuality & Disability</i>					
Sekse, R. J. T., Blaaka, G., Buestad, I., Tengesdal, E., Paulsen, A., & Vika, M 2014 Education and counselling group intervention for women treated for gynecological cancer: does it help? <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences.</i>	Målet var å få innsikt i kvinners egne levde erfaringer med å delta i en utdannings- og veiledningsgruppe i intervensjon etter kurativ behandling for gynekologisk kreft.	17 deltagere. Fullført behandling innen siste 2 år. Norge.	Fokusgruppeintervju. Kvalitativt design. Pasientperspektiv Godkjent av etisk komite.	Flere opplevde mangelfull informasjonsutveksling under behandling. Helsepersonell hadde ikke tatt opp seksuell helse under behandling.	Flere aspekter som anses som nyttig knyttet til min problemstilling.

Vedlegg 3

Oversikt over likheter og ulikheter i artiklene

Oransje felt = Tema er identifisert i artikkelen

Forfatter (år)	Metode	Riktig tidspunkt	Betydningen av anerkjennelse og åpenhet	Informasjonsbehov og utfordringer knyttet til kommunikasjon
Vermeer et al. (2016)	Kvalitativ			
Wilson et al. (2020)	Kvantitativ tverrsnittstudie og kvalitative intervju			
Vermeer et al. (2014)	Tverrsnittstudie med spørreskjema			
Sekse et al. (2015)	Kvalitativ			
Chow et al. (2021)	Kvalitativ			
Chapman et al. (2019)	Tverrsnittstudie			
Rasmusson & Thomé (2008)	Kvalitativ			
Sekse et al. (2014)	Kvalitativ			