



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Seksualitet etter behandling for gynekologisk kreft/  
Sexuality after treatment for gynecological cancer**

**Sofie Kvernberg og Emilie B. Hansen**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 75**

**Molde, 29.05.18**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Hege Bente Hol

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 29.05.18

**Antall ord: 10856**

## **Forord**

Vi kjenner den gjennom hele livet. Kraften vi kaller seksualitet. Noen tror den seksuelle delen av oss sitter mellom beina. Men den sitter like mye mellom ørene. Vi snakker ofte om at vi både har en fysisk og psykisk helse. Vi har en seksuell helse også. Den er både fysisk og psykisk. God seksuell helse er med på å holde oss friske og i trivsel. Dårlig seksuell helse gjør oss mer utsatt for sykdommer og mistrivsel.

Vi snakker fortsatt for lite og for sjelden om at seksualitet er en fantastisk kraft som kan gi god helse og høy livskvalitet. Når vi er ung eller gammel. Når vi er frisk eller syk.

(Helse og omsorgsdepartementet 2016, 3).



## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** I 2016 var det registrert 1786 nye tilfeller av gynekologisk kreft i Norge. Til tross for det store antallet, er pasientgruppen blitt kalt en stille gruppe, som det er lite fokus på. De fleste som får diagnostisert kreft i urogenitalområdet vil erfare at seksualiteten blir påvirket i negativ retning, både på grunn av sykdommen og behandlingens konsekvenser.

**Hensikt:** Belyse hvordan kvinner erfarer sin seksualitet etter behandling for gynekologisk kreft.

**Metode:** Litteraturstudie basert på 14 kvalitative forskningsartikler.

**Resultat:** Behandling for gynekologisk kreft resulterte i komplikasjoner som påvirket seksualiteten negativt. Fysiske endringer førte til endret seksualfunksjon og redusert seksualliv. Kvinnene erfarte psykiske reaksjoner, endret identitet, kroppsbilde og selvbilde, og problemer i partnerforhold. Det var behov for mer informasjon. Noen erfarte takknemlighet for å være i live, fikk nye verdier i livet og kom nærmere partner og familie.

**Konklusjon:** Kvinner erfarte psykiske, fysiske, sosiale og seksuelle komplikasjoner etter behandling for gynekologisk kreft. Komplikasjonene påvirket hverandre og gikk negativt ut over kvinners seksualitet. Flere lot være å oppsøke hjelp, men ønsket at sykepleier skulle ta initiativ til å tematisere hvordan behandling kan påvirke seksualiteten.

**Nøkkelord:** Gynekologisk kreft, seksualitet, behandling, erfaring

## **Abstract**

**Background:** In 2016, there were 1786 new cases of gynecological cancer registered in Norway. Despite the large number, the patient group has been called a quiet group, with little focus on. Most people who get diagnosed with cancer in the urogenital area will find that sexuality is adversely affected, because of the disease and the consequences of the treatment.

**Aim:** Illuminate how women experience their sexuality after treatment for gynecological cancer.

**Method:** Systematic literature study with 14 qualitative research articles.

**Result:** Treatment for gynecological cancer resulted in complications that negatively affected sexuality. Physical changes led to changed sexual function and reduced sexual life. The women experienced mental reactions, changed identity, body image and self-esteem, and partner problems. There was a need for more information. Some women were grateful for being alive, gaining new values in their lives and getting closer to their partner and family.

**Conclusion:** Women experienced mental, physical, social and sexual complications after treatment for gynecological cancer. The complications affect each other negatively on women's sexuality. Some avoided to seek help, but wanted nurses to take the initiative to thematise how treatment can affect sexuality.

**Keywords:** Gynecological cancer, sexuality, treatment, experience.

# Innhold

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Hensikt.....	2
<b>2.0 Teoribakgrunn</b> .....	<b>3</b>
2.1 Seksualitet.....	3
2.2 Gynekologisk kreft .....	4
2.3 Behandling og konsekvenser .....	5
2.3.1 Kirurgi.....	6
2.3.2 Stråleterapi.....	6
2.3.3 Kjemoterapi og medikamentell behandling.....	7
2.4 Identitet, kroppsbilde og selvbylde.....	7
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>9</b>
3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	9
3.2 Datainnsamling.....	10
3.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn.....	12
3.4 Analyse .....	12
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>15</b>
4.1 Endret seksualfunksjon.....	15
4.2 Psykiske reaksjoner i tiden etter behandling .....	18
4.3 Konsekvenser for kroppsbildet og følelse av å være kvinne .....	19
4.4 Innvirkning på partnerforhold.....	21
4.5 For lite eller ingen informasjon .....	22
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>24</b>
5.1 Metodediskusjon.....	24
5.1.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier .....	24
5.1.2 Søkestrategi.....	25
5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn.....	25
5.1.4 Analyseprosess .....	27
5.2 Resultatdiskusjon.....	27
5.2.1 Behandlingens innvirkning på seksualfunksjon .....	28
5.2.2 Vanskelige følelser og belastninger på opplevelsen av selvet.....	29
5.2.3 Partnerforholdets negative og positive utfall .....	31
5.2.4 Informasjonstilbudet .....	32

<b>6.0 Konklusjon .....</b>	<b>35</b>
6.1 Forslag til videre forskning.....	35
<b>Referanseliste.....</b>	<b>37</b>

**Vedlegg 1: P(IC)O-skjema**

**Vedlegg 2: Søkehistorikk**

**Vedlegg 3: Oversiktstabeller**

**Vedlegg 4: Hovedfunn i artiklene**

**Vedlegg 5: Eksempel på sjekklister**

## **1.0 Innledning**

I møte med helse- og omsorgstjenesten skal seksuell helse ivaretas da det er en vesentlig del av menneskets helse. Bruker- og interesseorganisasjoner påpeker at helsepersonell sjeldent snakker om seksualitet og seksuell helse i møte med pasienter. I 2014 ble det gjort en undersøkelse ved Sykehuset Innlandet HF der 90 % av de ansatte sa at deres grunnutdanning ikke hadde gitt tilstrekkelig kunnskap til å kunne snakke om sykdom og seksualitet (Helse- og omsorgsdepartementet 2016).

I 2016 var det registrert 1786 nye tilfeller av gynekologisk kreft i Norge (Kreftregisteret 2017). Gynekologisk kreft omfatter forskjellige typer kreft i kvinnens underliv (Dahl, Borgheim og Borg 2009). Behandling kan medføre fysiske og psykiske problemer som kan påvirke kvinnens seksualitet (Jacobsen 2010). Uavhengig av kjønn erfares seksuelle problemer like problematisk, likevel er forekomst av seksuell dysfunksjon blant kvinner dårligere kartlagt enn hos menn (Helse- og omsorgsdepartementet 2016). Pasientgruppen blir kalt en stille gruppe som det er lite fokus på (Rannestad 2006).

I 2016 ble det utgitt en strategi for seksuell helse av Helse- og omsorgsdepartementet. Helse- og omsorgsministeren Bent Høie står i spissen for strategien og vil med det bidra til å sikre god seksuell helse i befolkningen. Det er mangelfull tilgang på informasjon og veiledning om seksuelle problemer i helsetjenesten. Seksuelle problemer etter gjennomgått behandling for kreft blir sjeldent omtalt (Helse- og omsorgsdepartementet 2016).

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Den siste tiden har det vært økt fokus på HPV-viruset, livmorhalskreft og forebygging, særlig etter ”sjekk deg”- kampanjen ble igangsatt. Dette vekket mye interesse hos oss, og vi ville få mer kunnskap om komplikasjonene knyttet til seksualitet etter behandling for livmorhalskreft. Vi fikk bekreftet at det var lite forskning på temaet i våre prøvesøk. Vi ønsket fortsatt å fordype oss i seksualitet og utvidet hensikten til seksualitet etter behandling for gynekologisk kreft.

Gynekologisk kreft rammer en stor gruppe av den kvinnelige befolkningen. Likevel er dette fortsatt et ”tabubelagt” tema, som det er lite kunnskap og åpenhet om, og som for mange kan være vanskelig å snakke om (Jacobsen 2010). Gjennom vår praksis som sykepleiestudenter har vi utøvd sykepleie til kvinner som har gjennomgått behandling som kan påvirke seksualiteten. Da fikk vi inntrykk av at dette ikke ble tematisert.

## **1.2 Studiens hensikt**

Hensikten med studien var å belyse hvordan kvinner erfarer sin seksualitet etter behandling for gynekologisk kreft.

## 2.0 Teoribakgrunn

### 2.1 Seksualitet

Seksualitet er et bredt begrep som omfavner mange ulike ord og uttrykk (Gamnes 2012). Vi har valgt å definere begrepene seksualitet og seksuell helse, da vi opplever at begrepene blir brukt om hverandre i litteraturen og at begrepene er avhengig av hverandre.

Verdens helseorganisasjon har utarbeidet en foreløpig definisjon for seksuell helse som hevder at seksuell helse er en tilstand av fysisk, emosjonelt, mentalt og sosialt velvære i forhold til seksualitet som kan berike og fremme personlig utvikling, kommunikasjon og kjærlighet på en positiv måte (Borg 2010). Det er ikke bare fraværet av sykdom, dysfunksjon eller svakhet. Seksuell helse krever en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle forhold (World Health Organization 2010).

Seksuell helse kan ikke defineres eller forstås uten å se på seksualitet, og dens betydning for atferd og utfall relatert til seksuell helse. Verdens helseorganisasjon betrakter seksualitet som en vesentlig side av det å være menneske. Seksualitet omfatter kjønn og kjønnsroller, samt seksuell orientering, erotikk, nytelse, intimitet og reproduksjon. Det kan både være erfart og uttrykt i tanker, ønsker, holdninger, verdier, atferd og relasjoner. Videre vil samspillet mellom biologiske, psykologiske, sosiale, kulturelle, historiske og åndelige faktorer påvirke den enkeltes seksualitet (World Health Organization 2010).

Helse er en grunnleggende menneskerett. For å bevare god helse er seksualitet en viktig betingelse, da den har innflytelse på både vår fysiske og psykiske helse. Seksuell helse må derfor også anses som en menneskerett (Borg 2010).

Seksualitet er en menneskelig drivkraft som er tilstedeværende gjennom hele livet, uansett alder og livssituasjon. Vårt behov for seksualitet og seksualitetens innhold og uttrykk er individuelt og forandrer seg i løpet av livet (Borg 2010). Behovet for nærhet og den seksuelle lystfølelsen avtar nødvendigvis ikke med alderen, men evnen til seksuell aktivitet kan reduseres med årene (Gamnes 2012).

Ved sykdom som forårsaker psykisk eller fysisk stress vil seksualiteten lett bli rammet. Som sykepleier er det derfor nødvendig å ha kunnskap om seksualitet og dens betydning for kvinnen, slik at man kan hjelpe kvinner i disse situasjonene (Borg 2010).

## **2.2 Gynekologisk kreft**

Gynekologisk kreft omfatter ulike typer kreft i kvinnens underliv (Dahl, Borgheim og Borg 2009), og deles inn i tre hovedgrupper: kreft i eggstokkene, i livmoren og i livmorhalsen (Jacobsen 2010). Utover disse hovedgruppene har vi inkludert kreft i de ytre kjønnsorganene i vår studie.

### **Kreft i eggstokkene**

I det norske kreftregisteret var det rapportert 488 nye tilfeller av eggstokkkreft i 2016 (Kreftregisteret 2017), og rundt 300 dør av sykdommen (Tropé og Onsrud 2010). Årsaken til sykdommen er ikke kartlagt, men de fleste som får kreft i eggstokkene har ikke vært gravide eller får sitt første barn i høy alder. Dermed er det relativt sjeldent blant yngre kvinner. Risikoen for sykdomsutvikling ser ut til å knyttes til tallrike egglosninger (Tropé og Onsrud 2010).

### **Kreft i livmorhalsen**

Livmorhalskreft utvikles i livmorhalsen i overgangssonen mellom sylinderepitel og plateepitel. Som oftest er det en lang periode før svulsten blir invasiv, men hos noen, spesielt yngre kvinner, kan sykdomsutviklingen skje raskt. God screening og rutineundersøkelser har redusert insidensen av krefttypen, oppdaget flere kvinner i tidlig stadium og dermed redusert dødeligheten. I det norske kreftregisteret ble det rapportert 342 nye tilfeller av livmorhalskreft i 2016 (Kreftregisteret 2017). Årsaken til livmorhalskreft relateres til nedsatt infeksjonsforsvar med tanke på det seksuelle overførbare viruset humant papilloma virus (HPV). HPV kan utvikle seg til celleforandringer som er forstadier til livmorhalskreft (Tropé og Onsrud 2010).

### **Kreft i livmoren**

Livmorkreft har økende hyppighet i vestlige land og sykdommen ses i sammenheng med livsstilsfaktorer. Endometriekreft er en av to typer kreft i livmoren og den vanligste av dem. Den ondartede svulsten utgår da fra kjertlene i slimhinnen i livmorhulen (Tropé og



Onsrud 2010). I det norske kreftregisteret ble det rapportert 774 nye tilfeller av livmorkreft i 2016 (Kreftregisteret 2017).

### **Kreft i de ytre kjønnsorganene**

Kvinnens kjønnsorgan består av ytre og indre kjønnsorganer. De ytre kjønnsorganene består av skjedeinngang, kjønnslepper, klitoris og den ytre delen av skjeden (Rannestad 2006). Kreft i de ytre kjønnsorganene utgjør 5 prosent av forekomsten av gynekologisk kreft i Norge og 40-50 norske kvinner diagnostiseres årlig. De fleste som får kreft i de ytre kjønnsorganene er eldre, men forekomst blant yngre har økt. Det seksuelt overførbare viruset HPV kan disponere, men sammenhengen er ikke like klar som ved kreft i livmorhalsen (Tropé og Onsrud 2010).

## **2.3 Behandling og konsekvenser**

Det finnes forskjellige stadier av de ulike typene gynekologisk kreft. Når behandling er nødvendig foregår den i form av kirurgi, stråleterapi eller kjemoterapi, eller en kombinasjon av disse behandlingsformene. Hormonbehandling kan også hjelpe i en bedringsprosess og for å unngå tilbakefall (Jerpseth 2015).

De fleste som får diagnostisert kreft i urogenitalområdet vil erfare at den seksuelle helsen blir påvirket i negativ retning, både på grunn av sykdommen og behandlingens konsekvenser. Hormonproduksjon, nerveforsyning og blodsirkulasjon er noen av de biologiske prosessene som er nødvendig for et tilfredsstillende genitalt seksualliv. Kombinasjoner av ulike typer kreftbehandling vil som regel påvirke disse fysiologiske prosessene negativt og dermed føre til konsekvenser for kvinners seksualitet (Borg 2010).

Behandling for gynekologisk kreft kan føre til seksuelle problemer og seksuell dysfunksjon, av sammensatte årsaker. Seksuell dysfunksjon vil si at individet erfarer en type funksjonssvikt som på en smertefull, ubehagelig og/eller negativ måte fører til at individets eller parets seksualitet begrenses (Borg 2010).

### **2.3.1 Kirurgi**

Ved kirurgisk behandling fjernes det affiserte området, det affiserte organet eller den ondartede svulsten. Kirurgisk behandling for gynekologisk kreft er blant annet fjerning av livmor, fjerning av eggstokker og fjerning av kjønnslepper. Det finnes også inngrep som gjøres i håp om å bevare fertilitet. Dette inngrepet innebærer fjerning av svulster og det affiserte området. Da fjernes også lymfeknuter og et bånd legges på livmorhalsen. Disse kirurgiske inngrepene begrenses ut i fra hvilket stadium av krefttypen kvinnene har eller kombineres ved spredning eller dyptgående svulster (Trope og Onsrud 2010).

Kirurgi kan gi både fysiske og psykiske endringer. Fjerning av ovariene vil ha konsekvenser i form av hormonmangel som vil gi tidlig overgangsalder, infertilitet og tørre slimhinner. Ved kirurgisk fjerning av livmor fjernes som regel livmorhalsen og øverste del av skjeden. Dette vil føre til forkortet skjede som kan merkes ved samleie, ofte i form av støtsmerter (Jacobsen 2010).

### **2.3.2 Stråleterapi**

Stråleterapi er en av de vanligste behandlingsformene i moderne kreftbehandling. Strålebehandling skader cellenes arvestoff uten at dette repareres. Kreftsvulstens påvirkning av stråleterapi varierer ut i fra svulstens veksthastighet, størrelse og strålesensibilitet. Effekten av behandlingen skal først inntreffe kreftcellene da normalvev er mindre følsom for strålene, men normalvev, organer omkring kreftsvulsten, bindevev og blodkar kan også bli bestrålt. Det er utviklet moderne teknikker som gjør det mulig å skåne friskt vev (Fosså et al. 2009).

Strålebehandling ved gynekologisk kreft vil i de fleste tilfeller påvirke seksualfunksjonen til kvinnen. Dersom ovariene blir bestrålt vil de slutte å produsere hormoner, som vil gi tidlig overgangsalder. Det meste av epitelet i vagina vil bli ødelagt ved strålebehandling og kan føre til fibrose, økt utflod, og trangere, kortere og mindre elastisk vagina. Vaginitt vil som regel være den akutte reaksjonen på strålebehandlingen og vil føre til sårhet, tørrhet, kløe og sammenvoksninger. Smerter under samleie etter behandling er vanlig (Siggerud 2010). Hormonmangel som følge av bortfall av ovarienes funksjon samt bestråling av slimhinne vil som regel resultere i tørr og sår slimhinne i skjeden. Dersom tarm og

urinblære blir bestrålt kan slimhinner bli skadet og dette kan føre til inkontinens (Jacobsen 2010). Strålebehandling kan også gi fatigue og hudreaksjoner (Siggerud 2010).

### **2.3.3 Kjemoterapi og medikamentell behandling**

Kjemoterapi er forskjellige typer cytostatika, også kalt cellegift. Behandlingen gis ofte kombinert med kirurgi i tidlig stadium. I disse tilfellene bedres langtidsoverlevelsen (Trope og Onsrud 2010). Noen cellegifter angriper cellens arvestoff på samme måte som stråleterapi, ved at den kan føre til umiddelbar celledød. Andre typer cellegift hindrer celledeling og formering (Fosså et al. 2009). Kjemoterapi har en rekke bivirkninger og må veies opp mot sannsynligheten for effekt av behandling. Det gis ofte hormonbehandling i kombinasjon med kjemoterapi, som kan bremse tumorutvikling ytterligere (Trope og Onsrud 2010).

Ovariens hormonproduksjon påvirkes ved cytostatikabehandling. Dette vil kunne medføre uregelmessig menstruasjon både under og etter behandling. Tidlig overgangsalder kan forekomme, men som regel vil menstruasjon komme tilbake og kvinnen vil fortsatt kunne få friske barn. Bevarelse av fertilitet avhenger av hvilken kombinasjonsbehandling som gis. Cytostatikabehandling vil føre til hårtap etter et par uker, men håret vokser som regel ut igjen i løpet av et par måneder etter endt behandling (Varre 2010).

## **2.4 Identitet, kroppsbilde og selvbilde**

Identitet dreier seg om opplevelsen av å være seg selv. Man opplever seg selv som en helhet gjennom å vurdere og legge merke til alle sider ved seg selv. Identitet er summen av alt som representerer en som menneske (Solvoll 2012). I følge Stuart (2008, sitert i Solvoll 2012, 17) er kroppsbildet av stor betydning i forbindelse med identitet og opplevelsen av det å være seg selv, og omtaler kroppsbildet som det "livslange ankeret" i selvet (Solvoll 2012).

Kroppsbildet som også kalles "det fysiske selvet" omslutter alle tanker menneske har om seg selv, kroppens funksjon og utseende (Schjølberg 2010). Schjølberg (2010) henviser til Price som definerer kroppsbildet som et "byggverk" av disse tre elementene: kroppsrealitet, kroppsrepresentasjon og kroppsideal. Dersom et element endrer seg, vil man

kompensere gjennom de to andre elementene. Mennesket vil gjennom hele livet forsøke å finne en balanse mellom disse tre elementene (Schjølberg 2010). Arv, sosialisering, mote, massemedier, kultur, rase og helseopplysninger er faktorer som er med på å forme kroppsbildet. Ved sykdom kan kroppsbildet bli negativt påvirket. Kroppen kan objektiveres på en annen måte enn tidligere som følge av en fremmedfølelse til egen kropp. Kroppen kan føles mer sårbar og problematisk (Jacobsen 2010).

Kroppsbildet er en viktig del av vårt selvbilde. Selvbildet sees på som "det personlige selvet" som omfavner det indre mentale bildet mennesker har av seg selv (Schjølberg 2010). Selvbildet er sammensatt og omfavner ulike aspekter av det å være menneske, som for eksempel utseende, kroppens funksjon, følelse av å være verdifull og å kunne fungere sosialt i ulike roller. For å bevare et positivt selvbilde er det avgjørende å ha et godt forhold til egen kropp (Schjølberg 2010), samt evnen til å kunne beherske en ny og endret livssituasjon (Jacobsen 2010). Selvbildet er knyttet tett opp mot seksualitet, da det å føle seg attraktiv og like sin egen kropp kan være en betingelse for å tro at andre kan ha samme tanker om din kropp. At man kjenner og kan stole på sin egen kropp, og oppleve at kroppen fungerer som den skal, har stor betydning for selvbildet og seksualiteten (Jacobsen 2010).

Tap av kroppsdel og at kroppen får nedsatt funksjon kan være traumatisk. Hvor viktig den aktuelle kroppsdel eller funksjonen er for den enkelte vil avgjøre størrelsen på traumet (Jacobsen 2010). I følge undersøkelser av kroppsdelers verdi og egenskap, er bryster og reproduksjonsorganer som er viktig for kjønnsidentiteten, av høy verdi for kvinner (Schjølberg 2010). Disse organene er viktig for at kvinnen skal føle seg hel, frisk og kvinnelig (Jacobsen 2010).

## 3.0 Metode

I følge Forsberg og Wengstrøm (2013) består en litteraturstudie av å gjennomføre et systematisk søk med kritisk vurdering og sammenligning av litteratur for å besvare en problemstilling. For å kunne gjennomføre en litteraturstudie forutsetter dette nok relevant forskning som kan gi svar på studiens hensikt. Kvalitative studier svarte best på vår hensikt. Erfaringer belyses godt gjennom kvalitativ metode da den fokuserer på å tolke og skape mening og forståelse av menneskets subjektive opplevelse av omverdenen (Forsberg og Wengstrøm 2013).

### 3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å begrense og systematisere litteratursøket utarbeidet vi inklusjon- og eksklusjonskriterier (Forsberg og Wengstrøm 2013). På den måten fant vi relevante artikler for vår hensikt.

Inklusjonskriterier:

- Engelskspråklig
- Kvalitativ forskning
- Kvinners erfaringer
- Gjennomgått behandling for gynekologisk kreft
- Vitenskapelige tidsskrifter som er fagfellevurdert/har publiseringsnivå på 1 eller 2
- Etske hensyn var tatt
- Pasientperspektiv
- Seksualitet

Eksklusjonskriterier:

- Studier gjort i land med ikke-vestlig kultur
- Studier hvor seksualitet ikke var tematisert
- Reviewartikler
- Andre krefttyper enn de som inngår under gynekologisk kreft
- Artikler publisert for mer enn 10 år siden

## 3.2 Datainnsamling

Vi utførte første prøvesøk i januar 2018 i Ovid Medline for å bli kjent med databasen og kartlegge om det var tilstrekkelig ny forskning på temaet vi ønsket å skrive om. Etter vi foretok prøvesøk endret vi vårt perspektiv på studien og hvilket fokus vi skulle belyse i oppgaven på grunn av mangel på nyere forskning. Tidlig i prosessen kontaktet vi bibliotekar som hjalp oss med bruke databasen på en hensiktsmessig måte. Da fant vi ut hvilke søkeord som ga best resultater og utførte systematiske søk ut i fra disse ved hjelp av PIO-skjema. Vi inkluderte en artikkel fra prøvesøkene (Vermeer et al. 2015). I dette søket benyttet vi blant annet søkeordet "quality of life", da vi i første omgang vurderte en problemstilling som angikk livskvalitet. Dette søkeordet er ikke benyttet i senere søk, da det ga treff på kvantitative artikler. I prøvesøkene hadde vi limits på "10 last years".

PICO-skjema er et hjelpemiddel for å sette sammen en søkestrategi som gir presis informasjon ut i fra problemstillingen en velger. PICO står for Patient/problem (hvilken pasientgruppe gjelder problemstillingen), Intervention (hvilke tiltak vil vi vurdere), Comparison (eventuelle tiltak å sammenligne med) og Outcome (utfall) (Nortvedt et al. 2012). Da vi ikke skulle sammenligne tiltak, var ikke C-en i PICO-skjemaet relevant for vår hensikt. Vi inkluderte ikke artikler hvor vi brukte I-en i PIO-skjemaet, da funnene på de søkene ikke var relevante nok. Da vi brukte søkeordet "treatment" fant vi mange artikler som fokuserte på sammenligning av behandlingsformer. Da vi benyttet ordet "experience" var noen av funnene de samme som når vi ikke benyttet ordet. Da vi benyttet dette søkeordet ble søket for smalt. Ved hjelp av vårt PO-skjema kombinerte vi søkeordene på en oversiktlig måte (se vedlegg 1). I databasene satt vi sammen søkeordene ut i fra PIO-skjemaet og brukte "OR" mellom hvert ord i samme kolonne. For å kombinere søkeordene brukte vi "AND" mellom hver kolonne. "OR" utvider søket og "AND" avgrensner søket (Forsberg og Wengström 2013).

Vi bestilte relevante artikler for å få de i full tekst. Etter gjennomlesning ble vi mer bevisst på inklusjon- og eksklusjonskriterier, og ekskluderte flere av artiklene. I de neste søkene fant vi ut at vi fikk best resultater ved å bruke få ord og mange synonymer. I Ovid Medline, som ble vår mest brukte database, benyttet vi "verktøyet" subject headings også kalt MeSH-termer. The National Library of Medicine bruker nøkkelord (termer) for å indeksere referanser til databasen Medline (Nordtvedt et al. 2012). Det vil si at da vi søkte

på Gynecological cancer kom det opp forslag til ”subject headings” som Uterine Cervical Neoplasms, Ovarian Neoplasms, Genital Neoplasms, female. Vi huket da av ønskede ”subject headings” samt ”explode” og ”include all subheadings”. Søkeordet og ”subject headings” ble da automatisk kombinert med OR. Det andre søkeordet var da Sexual\* (med trunkering) og følgende ”subject headings” ble huket av: Sexual dysfunction (psychological), sexual behavior, sexual dysfunction (physiological), sexual health, sexual partners og sexual function. Disse ordene ble da også kombinert med OR. Videre ble søkeord 1 med synonymer kombinert med AND til søkeord 2 med synonymer (se vedlegg 2).

Vi begrenset søkene med ”limits”. Hovedsakelig benyttet vi oss av disse begrensningene: English, last 5 years eller last 10 years, qualitative (maximize eller high specificity eller best balance). Vi inkluderte en artikkel fra et søk der aldersbegrensning var fra 19-24 og 19-44 år (Sekse, Råheim og Gjengedal 2014). Vi benyttet ikke aldersbegrensning i resten av søkene da vi fant ut at flertallet av artiklene ikke hadde aldersbegrensning på deltakerne, samt at vi ikke har aldersbegrensninger i vår studie. Denne søkestrategien ble vår mal. Videre var det relevans, inklusjons- og eksklusjonskriterier og kvalitetsvurdering som avgjorde hvilke artikler vi inkluderte. Vi benyttet databasene Ovid Medline, ProQuest, CINAHL, SweMed, PsychInfo og søkemotoren Oria. Vi inkluderte artikler fra Ovid Medline, CINAHL og Oria. Ved å benytte denne søkestrategien inkluderte vi seks artikler (Artikkel Barlow et al. 2013, Lloyd et al. 2014, Philip et al. 2016, Lindgren, Dunberger og Enblom 2016, Sekse, Råheim og Gjengedal 2014 og Giacomoni et al. 2014).

Etter flere systematiske søk i de ulike databasene bestilte vi og leste flere artikler i full tekst. Vi var fornøyd med mange, men ekskluderte noen på bakgrunn av relevans og kvalitet. For å få tilstrekkelig med forskningsartikler av god kvalitet utvidet vi til artikler publisert de siste ti årene. Vi foretok nye søk i Oria. Ved å utvide til ”last 10 years” og gjøre et nytt søk i Ovid Medline fant vi til slutt fem artikler vi valgte å inkludere (Cleary, Hegarty og McCarthy 2012, Sekse et al. 2009, Wilmoth et al. 2011, Hilary og Clifford 2011 og Hallowell et al. 2011).

I følge Forsberg og Wengström (2013) kan manuelle søk gjøres på forskjellige måter. Vi foretok manuelle søk i Google og via Kreftforeningen.no (Se vedlegg 2). Vi inkluderte to

vitenskapelige forskningsartikler (Solbrække og Bondevik 2015 og Sekse, Gjengedal og Råheim 2012).

### **3.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn**

Gjennom datainnsamlingen kvalitetsvurderte vi forskningsartiklernes egnethet til vår studie med utgangspunkt i inklusjon- og eksklusjonskriteriene. For å sikre at forskningsartiklene var fagfellevurdert, sjekket vi nivået på publiseringskanalen til tidsskriftet artiklene var utgitt i. Dette gjorde vi på Norsk Senter for Forskningsdata sitt register over vitenskapelige publiseringskanaler (Norsk senter for forskningsdata 2018). Fagfellevurdering forteller om artikkelen er av god kvalitet og viktigheten av forskningspubliseringen (Nortvedt et al. 2012). Forskningsartiklene vi har inkludert er fagfellevurdert eller publisert i vitenskapelig tidsskrift til nivå 1 eller 2 (Norsk senter for forskningsdata 2018).

Forskningsartiklene vi synes var av god kvalitet, kvalitetsvurderte vi ved hjelp av sjekklister for vurdering av kvalitative forskningsartikler (Folkehelseinstituttet 2014). Vi gjorde en kvalitetsvurdering hver for oss ved hjelp av sjekklister for å deretter sammenligne i felleskap etterpå. Kriteriene vi la vekt på var etiske overveielser, om utvalget var hensiktsmessig, at resultatene fra studiene kunne relateres til hensikten vår og om resultatet var overførbar til praksis (Se vedlegg 5 for eksempel). Vi ekskluderte artikler som hadde mer enn to nei eller uklare svar i sjekklisten.

I følge Forsberg og Wengstrøm (2013) er det viktig å velge studier som har fått tillatelse fra en etisk komité, for å ivareta personvern og sikre troverdigheten av resultatet fra forskningen (Dalland 2012). Tretten av våre inkluderte artikler var godkjent av etisk komité. Artikkelen som ikke hadde oppført etisk vurdering eller godkjenning, hadde tatt etiske hensyn som anonymisering og samtykke.

### **3.4 Analyse**

Å analysere betyr å dele opp det fenomenet man undersøker i mindre deler og undersøke de en og en for å så sette de sammen igjen for å skape en helhet, en syntese (Forsberg og



Wengström 2013). For å jobbe kunnskapsbasert og strukturert ved analyse av forskningsartiklene har vi tatt utgangspunkt i Evans (2002) fire faser:

- Datainnsamling
- Identifisere de viktigste funnene i hver studie
- Sammenligne funn på tvers av studiene
- Sammenfatte felles funn for å beskrive fenomenet

Den første fasen går ut på å samle relevant litteratur gjennom databasesøk eller andre medier, og identifisere de viktigste funnene i hver studie (Evans 2002). Databasene Ovid Medline, Oria og CINAHL ble brukt for å innhente data. Vi leste gjennom titlene på treffene vi fant i databasesøkene. Ut ifra artiklenes sammendrag vurderte vi relevans for vår hensikt. Vi lagret og bestilte artikler som virket å svare direkte på vår hensikt. Vi inkluderte 14 kvalitative forskningsartikler.

Fase to er å identifisere de viktigste funnene ved å nøye lese hver artikkel for å få en helhetlig forståelse. Hovedfunnene skal da samles fra hver studie (Evans 2002). Hver for oss leste vi forskningsartiklene og markerte hovedfunn med markeringstusj. Deretter gikk vi gjennom og diskuterte om vår tolkning og utarbeiding av hovedfunn, kvalitetsvurdering og relevans var god. Vi skrev ned hovedfunn fra hver studie i ei notatblokk og kategoriserte de etterpå for å få et helhetlig bilde av resultatet i de forskjellige artiklene. Dette gjorde det enklere å se hvilke funn som gikk igjen.

Den tredje fasen går ut på å relatere og sammenligne temaer på tvers av studiene (Evans 2002). Notatene over hovedfunnene fra hver artikkel ble brukt til å identifisere sentrale tema. Vi lagde et kryss-skjema med oversikt over hovedfunn i artiklene der vi krysset av hvilke artikler som hadde funn som var viktige for oss. Dette for å sammenligne de viktigste funnene i hver studie med hverandre. Fase tre ga oss oversikt over hvor mange av studiene som sa noe om hvert tema, og fungerte som et arbeidsverktøy for oss.

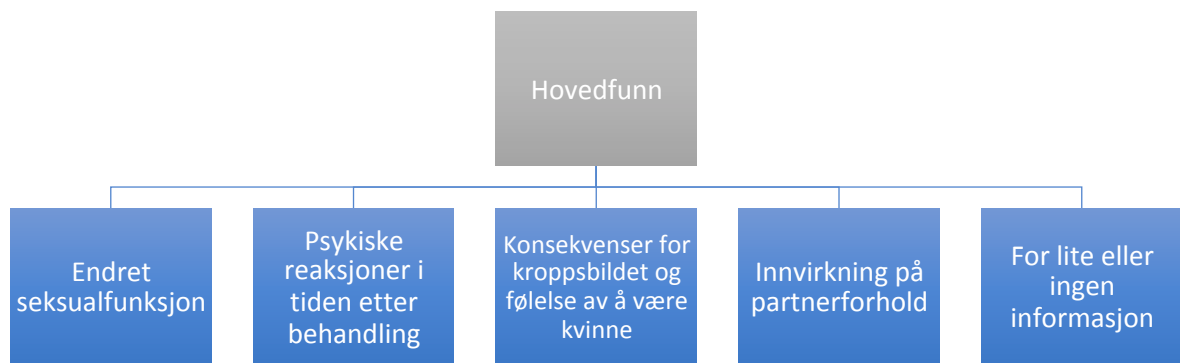
Den fjerde fasen går ut på å sammenfatte funn (Evans 2002). Kryss-skjemaet vi lagde ga oss oversikt over likheter og ulikheter mellom studiene. Vi benyttet fargekoding, som for eksempel blå farge for funn som gikk under fysiske erfaringer og rød for psykiske erfaringer. Samtidig skrev vi stikkord og setninger om detaljer under hovedfunnene. Vi

noterte da hvilken artikkel det aktuelle funnet hadde sin opprinnelse, og hvor mange artikler som hadde samme funn ved hjelp av nummerering av artikler bak de detaljer i funnene (se vedlegg 4). Vi nummererte artiklene våre etter kvalitet og/eller relevans. Ut i fra skjemaet formulerte vi egne hovedfunn og lagde et en figur for å fremstille hovedfunnene på en oversiktlig måte (se figur 1.).

Ved detaljer og utdypning i enkelte hovedfunn, dobbeltsjekk vi artikkel ut i fra krysskjemaet og leste igjen for å være sikker på at formuleringen vår var realistisk og korrekt. Etter hvert samlet vi noen av hovedfunnene til ett, og ”positive funn” ble flettet inn i hovedfunnene de var relatert til.

## 4.0 Resultat

Hensikten med vår litteraturstudie var å belyse hvordan kvinner erfarer sin seksualitet etter behandling for gynekologisk kreft. I dette kapittelet presenteres våre hovedfunn fra 14 inkluderte forskningsartikler. Analysen resulterte i fem hovedfunn.



Figur 1. Hovedfunn i studien.

### 4.1 Endret seksualfunksjon

Kvinner har erfart at behandling for gynekologisk kreft medfører endret seksualfunksjon, endret seksualliv og/eller at seksualiteten har blitt påvirket. Alle inkluderte artikler hadde funn relatert til fysiske konsekvenser som følge av sykdom og behandling som påvirket seksualfunksjon (Barlow et al. 2013, Vermeer et al. 2015, Cleary, Hegarty og McCarthy 2012, Sekse et al. 2009, Sekse, Gjengedal og Råheim 2012, Wilmoth et al. 2011, Lloyd et al. 2014, Jefferies og Clifford 2011, Philip et al. 2016, Lindgren, Dunberger og Enblom 2016, Sekse, Råheim og Gjengedal 2014, Giacomoni et al. 2014, Solbrække og Bondevik 2015). I studien til Cleary, Hegarty og McCarthy (2012) kom det frem at over halvparten av kvinnene hadde endret seksualfunksjon relatert til den seksuelle responssyklus.

Endret følsomhet eller nummenhet nedentil var en konsekvens mange kvinner erfarte etter behandling for gynekologisk kreft (Barlow et al. 2013, Cleary, Hegarty og McCarthy

2012, Lloyd et al. 2014, Jefferies og Clifford 2011 og Philip et al. 2016). En av deltagerne beskrev følgende om sitt kjønnsorgan: "It feels numb all the time; I have no sexual thoughts, no, no nothing like that." (Barlow et al. 2013, 1861).

Mange kvinner hadde problemer med tørrhet i vagina etter behandling (Vermeer et al. 2015, Cleary, Hegarty og McCarthy 2012, Sekse et al. 2009, Sekse, Gjengedal og Råheim 2012, Wilmoth et al. 2011, Philip et al. 2016 og Sekse, Råheim og Gjengedal 2014). I studien til Hallowell et al. (2011, 219) sa en kvinne: "It is just the pain side of it, I didn't realize how dry you would be and I just felt that, my husband's changed towards it as well."

Smerte og ubehag ved samleie etter behandling erfarte flere kvinner (Vermeer et al. 2015, Cleary, Hegarty og McCarthy 2012, Sekse et al. 2009, Sekse, Gjengedal og Råheim 2012, Wilmoth et al. 2011, Lloyd et al. 2014, Philip et al. 2016, Giacomoni et al. 2014, Hallowell et al. 2011). Tørrhet i vagina kunne gjøre samleie vondt og ubehagelig (Sekse et al. 2009, Philip et al. 2016, Wilmoth et al. 2011). Forkortet skjede var en konsekvens av behandling for enkelte og kunne føre til smerte eller ubehag (Wilmoth et al. 2011, Lloyd et al. 2014). Smerte kunne lede til usikkerhet og dårlige assosiasjoner til samleie (Sekse et al 2009). Frykt for smerte førte til redusert seksualliv blant mange kvinner (Barlow et al. 2013, Vermeer et al. 2015, Sekse, Gjengedal og Råheim 2012, Cleary, Hegarty og McCarthy 2012 og Giacomoni et al. 2014).

Flere kvinner erfarte nedsatt lidibo (nedsatt sexlyst) etter behandling for ulike typer gynekologisk kreft (Vermeer et al. 2015, Cleary, Hegarty og McCarthy 2012, Sekse et al. 2009, Sekse, Gjengedal og Råheim 2012, Wilmoth et al. 2011, Lloyd et al. 2014, Giacomoni et al. 2014, Hallowell et al. 2011). I studien til Wilmoth et al. (2011) var det 8 kvinner som hadde gjennomgått behandling for eggstokkreft. De beskrev deres kvalitet på seksualitet etter diagnosen som aseksuell eller ikke lenger hel. En kvinne sa følgende: "My intimate life is null and void." (Wilmoth et al. 2011, 704). Noen kvinner følte at kroppen deres ikke kunne kontrolleres lenger (Sekse, Gjengedal og Råheim 2012). En kvinne uttalte:

I've lost all my sexual emotions and i feel as if everything here (points to her womb) is a big black hole. Just empty. It's as if they have ripped out all of my sexual feelings (Sekse, Gjengedal og Råheim 2012, 23-24).

Noen kvinner hadde sett for seg at kirurgisk behandling kom til å påvirke sexlysten, men ikke at den nedsatte sexlysten skulle være så dyp eller langvarig (Hallowell et al. 2011) En kvinne uttalte:

...more than just a lack of libido, it's complete, complete disinterest, you know – I don't know how to put it,...I don't think that they really tell you how strongly enough that it's a complete disinterest (Hallowell et al. 2011, 219).

Inkontinens og endret urinavgang var en konsekvens av behandling for flere typer gynekologisk kreft. (Vermeer et al. 2015, Jefferies og Clifford 2011, Philip et al. 2016, Lindgren, Dunberger og Enblom 2016, Giacomoni et al. 2014). I studien til Vermeer et al. (2015) og Lindgren, Dunberger og Enblom (2016), erfarte kvinner frykt for lekkasje. For noen kvinner ble samleie mindre spontant, som en konsekvens av å bekymre seg for urinlekkasje under seksuelle aktiviteter (Vermeer et al. 2015). I Lindgren, Dunberger og Enbloms (2016) studie kom det frem at inkontinens førte til vanskeligheter i seksuallivet. Enkelte var redde for å danne ny seksuell relasjon med tanke på frykten for ufrivillig urinavgang. De som var i et stabilt forhold opplevde også frykt for lekkasje, men noen følte at partneren viste forståelse og ikke anså dette som et problem (Lindgren, Dunberger og Enblom 2016).

Behandling medførte infertilitet for noen kvinner (Sekse et al. 2009, Sekse, Gjengedal og Råheim 2012, Wilmoth et al. 2011, Hallowell et al. 2011, Solbrække og Bondevik 2015). Kirurgisk fjerning av eggstokker førte til hormonelle endringer (Wilmoth et al. 2011). Både kjemoterapi og fjerning av reproduktive organ førte til symptomer på eller vanskeligheter med overgangsalder hos flere kvinner (Wilmoth et al. 2011, Sekse et al. 2009). Det ble rapportert symptomer som hetetokter, inkontinens, nattesvette, vektøkning, glemsomhet, hjertebank, hodepine og vaginal tørrhet (Hallowell et al. 2011). Mange fikk manglende temperaturkontroll eller endret temperaturregulering (Wilmoth et al. 2011, Sekse, Gjengedal og Råheim 2012, Sekse et al. 2009, Hallowell et al. 2011). En kvinne som allerede var kommet i overgangsalder før hun fikk kreftdiagnose uttalte: "When they removed my uterus and all that, they removed my temperaturecontrol." (Sekse et al. 2009, 803). Overgangsalder påvirket kvinners seksualitet (Wilmoth et al. 2011). Flere ble informert om disse konsekvensene, men mange ble sjokkert av omfanget (Sekse et al. 2009).

## 4.2 Psykiske reaksjoner i tiden etter behandling

Flere kvinner erfarte angst, bekymring eller nervøsitet knyttet til seksuell aktivitet (Vermeer et al. 2015, Cleary, Hegarty og McCarthy 2012, Lloyd et al. 2014). Mange var bekymret og nervøs for første seksuelle samkvem etter behandling (Lloyd et al. 2014). Noen erfarte angst for smerte og penetrering som kunne føre til at kvinnen unngikk samleie (Vermeer et al. 2015). Frykten for smerte ved samleie kunne lede til angst (Cleary, Hegarty og McCarthy 2012). "When I saw him coming at me... it's like no, get it away from me, I just have a mental blockage of thinking it's going to hurt" (Cleary, Hegarty og McCarthy 2012, 35).

Følelse av tap og opplevelse av sorg var en reaksjon blant mange som følge av det å bli infertil (Sekse et al. 2009, Sekse, Gjengedal og Råheim 2012, Wilmoth et al. 2011, Hallowell et al. 2011, Solbrække og Bondevik 2015), miste en del av kroppen (Sekse, Gjengedal og Råheim 2012, Hallowell et al. 2011) og tap av seksualliv (Sekse, Gjengedal og Råheim 2012).

I studien til Sekse, Råheim og Gjengedal (2014) kom det frem hvordan problemene til kvinnene kunne føre til følelse av skam. De hadde blitt møtt med korte svar og ingen initiativ til videre samtale i forsøk på å ta opp problemer med helsepersonell. Flere uttrykte følelse av ensomhet og å være alene i perioden etter behandling (Sekse et al. 2009, Lloyd et al. 2014 og Philip et al. 2016, Sekse, Råheim og Gjengedal 2014).

Mange erfarte frykt for tilbakefall i etterkant av avsluttet behandling (Sekse et al. 2009, Sekse, Gjengedal og Råheim 2012, Lloyd et al. 2014, Jefferies og Clifford 2011). Etter oppfølgingen på fem år ble avsluttet, var det noen som savnet forsikringen om at de fortsatt var friske. Dette førte til at flere ikke stolte på kroppen sin, var konstant på alerten og kjente etter om de følte på symptomer eller tegn som kunne indikere fare (Sekse et al. 2009, Sekse, Gjengedal og Råheim 2012).

Flere kvinner var takknemlig for å være live og hadde fått et nytt perspektiv på livet (Sekse et al. 2009, Lloyd et al. 2014, Jefferies and Clifford 2011, Lindgren, Dunberger og Enblom 2016).

### 4.3 Konsekvenser for kroppsbildet og følelse av å være kvinne

I 11 av artiklene blir forskjellige aspekter omkring identitet, kroppsbilde og selvbilde trukket frem, hvor sykdom og behandlingens, både synlige og ikke synlige konsekvenser i ulik grad har påvirket dette i negativ retning (Barlow et al. 2013, Vermeer et al. 2015, Cleary, Hegarty og McCarthy 2012, Sekse et al. 2009, Sekse, Gjengedal og Råheim 2012, Wilmoth et al. 2011, Jefferies og Clifford 2011, Philip et al. 2016, Giacomoni et al. 2014, Hallowell et al. 2011, Solbrække og Bondevik 2015).

Kvinner definerte seksualitet som hvordan en føler seg som kvinne, og tilføyde at kropp, bekledning og hvordan de presenterer seg for andre også omfattet begrepet. Mange mente at det var to deler av seksualitet, en som handlet om å føle seg attraktiv og ha det godt med selv og en mer intim seksualitet som omfattet relasjon til partner og samleie (Wilmoth et al. 2011). Noen eldre kvinner definerte seksualitet som hvordan en er som kvinne og inkluderer berøring, verbal kommunikasjon og muligheten til å fylle kvinnens tradisjonelle ansvar i et hushold (Wilmoth et al. 2011).

I studien til Cleary, Hegarty og McCarthy (2012) definerte alle deltagerne seksualitet som noe mer enn fysisk samleie, det hadde en dypere mening som omfattet holdning, feminitet, utseende og relasjoner. På spørsmål om seksualitet var en viktig del av deres liv, svarte alle ja (Cleary, Hegarty og McCarthy 2012).

Kvinner erfarte at konsekvenser av behandling førte til en følelse av å være mindre kvinnelig og/eller feminin (Barlow et al. 2013, Vermeer et al. 2015, Cleary, Hegarty og McCarthy 2012, Giacomoni et al. 2014, Hallowell et al. 2011, Solbrække og Bondevik 2015). De belyste at feminitet var et fundament for kvinners seksualitet (Cleary, Hegarty og McCarthy 2012), samt at deres seksuelle problemer hadde negativ effekt på deres kjønnsidentitet (Hallowell et al. 2011). For å fremheve sin feminitet og føle seg mer attraktiv var det flere som kledde seg annerledes (Giacomoni et al. 2014).

Noen kvinner uttrykte fortvilelse etter hårtap. Dette førte til at de ikke følte seg attraktiv eller kvinnelig uten hår, og påvirket deres kroppsbilde i negativ retning (Cleary, Hegarty og McCarthy 2012, Wilmoth et al. 2011, Giacomoni et al. 2014). Noen erfarte nedsatt

selvtillit som følge av et endret kroppsbilde, som igjen påvirket seksualiteten (Cleary, Hegarty og McCarthy 2012).

Muligheten til å kunne bære frem et barn var blant mange assosiert med å være kvinne (Cleary, Hegarty og McCarthy 2012). Mange følte på tap og sorg over å bli infertil som følge av behandling, spesielt hos yngre kvinner som hadde ønske om å få barn (Sekse et al. 2009, Sekse, Gjengedal og Råheim 2012, Wilmoth et al. 2011, Solbrække og Bondevik 2015). I en artikkel beskrev en kvinne sin opplevelse av at seksuallivet med hennes partner ble redusert som følge av infertilitet, da det ikke ville resultere i at de fikk barn. Hun uttalte følgende: "They have in a way, removed what made me a woman, what distinguishes a man from a woman" (Solbrække og Bondevik 2015, 6).

Enkelte kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft opplevde en følelse av at kroppen var endret (Barlow et al. 2013, Vermeer et al. 2015, Sekse et al. 2009, Sekse, Gjengedal og Råheim 2012, Wilmoth et al. 2011, Jefferies og Clifford 2011, Philip et al. 2016). Mange uttrykte en fornemmelse av å ikke være hel (Barlow et al. 2013, Sekse, Gjengedal og Råheim 2012, Wilmoth et al. 2011, Philip et al. 2016). I studien til Jefferies og Clifford (2011) uttalte flere kvinner at kroppen hadde sviktet dem og at usynlige endringer for andre likevel påvirket hvordan de følte seg. Noen kvinner opplevde en fremmedfølelse til egen kropp og beskrev kroppen sin med ord som fremmed, uforutsigbar, ukontrollerbar, usikker og sårbar (Sekse, Gjengedal og Råheim 2012). En kvinne sa: "I do feel my body's let me down, yeah, I am definitely not the same person... I mean from the outside I don't, but that doesn't change how I feel inside" (Jefferies og Clifford 2011, 2330).

I studien til Wilmoth et al. (2011) erfarte kvinner vektendring, og mente det hadde både fysisk og psykisk negativ påvirkning på seksualiteten. "I don't feel very sexual/haven't felt very sexual since surgery" (Wilmoth et al. 2011, 704). Blant kvinnene i studien til Hallowell et al. (2011) omtalte 12/32 vektøkning og flere følte seg dermed mindre attraktiv. Mange var forberedt på vektøkning eller endret kroppslig utseende, men var ikke forberedt på omfanget og i hvor stor grad det påvirket kroppsbildet (Hallowell et al. 2011). Lymfeødem var en problematisk konsekvens hos kvinner som hadde gjennomgått kirurgisk behandling som også omfattet fjerning av lymfer. Mange fikk utfordringer med klesvalg og kunne ikke lenger kle seg som de ønsket. Lymfeødem førte til hovne bein og



påvirket kroppsbildet negativt (Barlow et al. 2013, Vermeer et al. 2015, Lloyd et al. 2014, Jefferies og Clifford 2011, Philip et al. 2016).

Noen kvinner opprettholdt stabilt kroppsbilde fordi feminiteten ikke ble påvirket av behandlingen da endringen ikke var synlig (Lloyd et al. 2014). I Solbrække og Bondeviks studie (2015, 6) fortalte en kvinne: "Without a uterus I feel more like a woman". Dette begrunnet hun med at symptomer som ukontrollerte blødninger ble borte og at hun følte seg fri og mer feminin (Solbrække og Bondevik 2015). Kvinner som tidligere var plaget med blødning og smerte og hadde barn fra før, opplevde en lettelse etter inngrepet (Sekse et al. 2009).

Å være i fysisk aktivitet ble et større fokus for noen og hadde positiv effekt på det psykiske og ledet til et positivt selvbilde. Kvinnene beskrev fysisk aktivitet som en måte å håndtere endringene i selvet på (Wilmoth et al. 2011).

#### **4.4 Innvirkning på partnerforhold**

Kreftbehandlingen hadde både negativ og positiv innvirkning på relasjon til partner (Vermeer et al. 2015, Cleary, Hegarty og McCarthy 2012, Sekse, Gjengedal og Råheim 2012, Wilmoth et al. 2011, Philip et al. 2016, Sekse, Råheim og Gjengedal 2014, Solbrække og Bondevik 2015).

Enkelte kvinner hadde ikke det samme seksuelle forholdet til partner som før (Philip et al. 2016). Noen kvinner merket at partneren hadde mistet sin seksuelle interesse. De opplevde da en ensomhetsfølelse, som følge av distanse fra partner. Andre kvinner følte press fra partner for å være seksuelt aktiv, og opplevde at partner hadde vanskeligheter med å akseptere kvinnens seksuelle begrensninger (Vermeer et al. 2015). Flere kvinner synes kommunikasjonen med partner ble vanskeligere (Vermeer et al. 2015, Cleary, Hegarty og McCarthy 2012).

I en av studiene hadde seksuelle problemer skapt ansenhet i forholdet. To kvinner separerte seg fra ektemannen sin (Cleary, Hegarty og McCarthy 2012). Det seksuelle forholdet til partner var ikke det samme som før (Philip et al. 2016). Intimiteten ble for noen negativt påvirket (Cleary, Hegarty og McCarthy 2012, Philip et al. 2016). Flere

beskrev intimitet som samleie, men også det å føle nærhet, holde hender, kysse og andre tegn på kjærlighet. En kvinne hadde mistet intimiteten til partner helt (Cleary, Hegarty og McCarthy 2012). I artikkelen til Solbrække og Bondevik (2015) kjente den ene kvinnen på skyld ovenfor partner da muligheten til å få barn var borte. I studien til Vermeer et al. (2015) sa de som ikke hadde en partner at det var vanskelig å involvere seg i en ny relasjon og gjenoppta seksuell aktivitet.

Gjennom god kommunikasjon, åpenhet og støtte opplevde flere å komme nærmere familie og venner, samt at relasjon til partner ble styrket (Vermeer et al. 2015, Wilmoth et al. 2011, Lloyd et al. 2014 og Jefferies and Clifford 2011). Enkelte kvinner beskrev viktigheten av at partner ga komplementer, viste seksuell interesse og justerte seg til kvinnens seksuelle endringer (Wilmoth et al. 2011). Noen hadde skapt en forståelse for problemene og funnet løsninger i seksuallivet sammen med partner (Sekse, Gjengedal og Råheim 2012).

#### **4.5 For lite eller ingen informasjon**

Mange kvinner fikk for lite eller ingen informasjon om hvordan konsekvensene av behandlingen kan påvirke seksualiteten (Vermeer et al. 2015, Cleary, Hegarty og McCarthy 2012, Sekse et al. 2009, Wilmoth et al. 2011, Lloyd et al. 2014, Philip et al. 2016, Lindgren, Dunberger og Enblom 2016, Sekse, Råheim og Gjengedal 2014 og Hallowell et al. 2011).

Kvinner som fikk informasjon om konsekvensene av behandling, opplevde at graden av konsekvensene var større enn forventet (Hallowell et al. 2011). En kvinne sa: "It is my body and my life. At least, I could have been told how it is." (Sekse, Råheim og Gjengedal 2014, 1262). Kvinner som fikk informasjon i forkant av behandlingen slet med å huske innholdet, da fokuset i første omgang var å bli kvitt kreften. Noen kvinner hadde ikke mottatt informasjon om seksualitet i det hele tatt. Kvinnene understreket behovet for informasjon, med bekreftelse på at problemer knyttet til seksuell dysfunksjon er normale (Vermeer et al. 2015).

Oppfølgingen mange fikk var medisinsk orientert (Vermeer et al. 2015, Philip et al. 2016). Kvinnene opplevde at oppfølgingstimerne var alt for kort og hektiske (Sekse, Gjengedal og

Råheim 2012). Det var et ønske å snakke om hverdagsproblemer som påvirket livene deres. Dette kunne være problemer knyttet til selvtillit, bekledning, seksualitet og intimitet (Philip et al. 2016). Flere lot være å oppsøke hjelp, da de opplevde seksualitet som et ”tabubelagt” tema (Vermeer et al. 2015). En kvinne utalte: "I needed to talk to someone, to go a bit deeper into things. These are touchy topics to bring up, but short answers do not really encourage deep conversations." (Sekse, Gjengedal og Råheim 2012, 25).

Måten mange av kvinnene ble møtt på av helsepersonell angående tema, førte til økt beskjedenhet og skam, og førte til ytterligere følelse av ensomhet knyttet til sine seksuelle og intime problemer (Sekse, Råheim og Gjengedal 2014). Flere følte seg alene eller isolert (Sekse et al. 2009, Lloyd et al. 2014 og Philip et al. 2016), fordi de ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon og veiledning etter behandlingen (Sekse et al. 2009).

Behovet for informasjon og støtte knyttet til seksuelle forhold ble understreket (Cleary, Hegarty og McCarthy 2012). Mange kvinner ønsket råd til hvordan en kunne håndtere de endringene behandlingen medførte (Vermeer et al. 2015). I Hallowell et al. (2011) og Lloyd et al. (2014) sine studier ønsket kvinner sexrådgivning og informasjon om behandlingens konsekvenser på seksuallivet. Statistikk på behandling og graviditet etter kirurgisk inngrep var også ønsket. Noen kvinner understreket at det burde være økt bevissthet og allmennkunnskap i samfunnet omkring temaet (Lloyd et al. 2014 og Philip et al. 2016).

## **5.0 Diskusjon**

Vi hadde ingen forkunnskap om å utføre en litteraturstudie, eller om temaet vi ønsket å studere. Det kan være en styrke at vi ikke hadde noen forkunnskaper om temaet, da vi ikke hadde noen inhabile meninger forut. Det vil derimot kunne være en svakhet at vi ikke hadde forkunnskaper og erfaringer om å gjøre en litteraturstudie.

### **5.1 Metodediskusjon**

I metodediskusjonen har vi drøftet styrker og svakheter med vår metodiske fremgangsmåte, med vurdering av vår søkestrategi, kvalitetsvurdering og analyseprosess.

#### **5.1.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier**

I vår litteraturstudie har vi inkludert studier som var gjort i Norge, Australia, Nederland, Irland, USA, England, Frankrike og Sverige. Disse landene anser vi som tilnærmet lik kulturelt sett, som Norge. Vi tenker at seksualitet kan oppleves forskjellig ut i fra kulturbakgrunn og religion, og mener at studiene vi har inkludert er overførbare til norsk praksis. Vi ekskluderte blant annet artikler fra Indonesia, Kina og Tyrkia. Dette kan også ses på som en svakhet da vi ikke får belyst kvinners erfaringer i andre kulturer. Vi har og viet en tanke til hvordan flere land stadig blir flerkulturell, og da viktigheten av kunnskap rundt ulike kulturer.

Vi begrenset søk med både fem og ti års tid på artiklenes publiseringsdato. Dette med mål om å finne nyest mulige forskning, som vi anser som en styrke. Etter søk på artikler publisert de siste fem årene, måtte utvide til ti år for å finne nok relevant forskning. Dette kan ses på som en svakhet da forskningen kan være gjort lenge før artikkelen ble publisert og at behandlingsmetoder er bedre i nyere tid.

Det var vanskelig å finne artikler som forsket på kvinnens seksualitet etter behandling for gynekologisk kreft generelt. Derfor inkluderte vi også artikler som omhandlet seksualitet etter både livmorkreft, kreft i de ytre kjønnsleppene, eggstokkreft og livmorhalskreft hver for seg. På denne måten var risikoen for at vi gikk glipp av relevante artikler mindre.

I studien vår kom det frem at graden av behandlingens innvirkning på for eksempel seksualfunksjon varierte ut ifra hvilken type underlivskreft kvinnen hadde og hvilke behandlingsmetode kvinnen gikk gjennom. Dette kan være en mulig svakhet i studien vår.

Vi satt ikke aldersbegrensning på deltagerne i studiene da vi erfarte at dette ble vanskelig med tanke på at det var begrenset forskning på feltet. Dette kan være en svakhet med tanke på hvordan seksualitetens betydning og uttrykk kan endres med alder (Borg 2010).

Samtidig opplever vi at de individuelle forskjellene kunne variere sett bort i fra alder og at vi har belyst ulike erfaringer fra ulike perspektiv.

### **5.1.2 Søkestrategi**

Vi hadde ingen bestemt søkestrategi før vi startet med søkene våre, søkestrategien vår ble til underveis. Vi anser dette som en styrke, da dette bidro til at vi utformet søkene i henhold til det som ga best resultater for vår studie. Det medvirket også til at vi ikke låste oss tidlig til søkeord i prosessen, men sjonglerte med ordene og verktøyene, i stadig forsøk på å oppnå nye treff. Vi mener selv at vi lyktes med denne strategien.

Vi gikk etterhvert bort i fra å benytte søkeordene fra I-en i PIO-skjemaet, da søkene som bare inkluderte ord fra P-en og O-en i skjemaet ga bedre resultat. I etterkant kan vi vurdere om det er en svakhet at vi ikke forsøkte flere synonymer for "treatment" og "experience". Vi benyttet trunkering (\*) i liten grad, da vi hadde større utbytte ved å bruke MESH-termer knyttet til søkeordene våre.

De fleste av våre artikler er hentet fra databasen Ovid Medline. Vi utførte flertallet av søkene våre i ulike databaser, men fikk samme resultat og ser derfor ikke på dette som en svakhet. Vi har to artikler som ble funnet gjennom manuelle søk, og anser ikke dette heller som en svakhet da det er gode artikler som svarer på vår hensikt og som følger våre inklusjon- og eksklusjonskriterier.

### **5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn**

I forskningsartikler som i sin helhet ikke svarte direkte på vår hensikt, inkluderte vi bare funn som var relevant for vår litteraturstudie. Vi mener at forskningsartiklene vi

inkluderte, svarer godt på hensikten vår og er av god kvalitet. Totalt har vi inkludert 14 kvalitative vitenskapelige forskningsartikler. Vi ser ulike styrker og svakheter med flere og ønsket å beholde alle da vi synes at funnene er relevante for vår hensikt.

Tre av de inkluderte artiklene har samme forfattere. Dette kan være en svakhet, men vi mener at artiklene har noen ulike funn og fokus, og har derfor valgt å inkludere alle tre. Da vi har 14 artikler til sammen, hvor 11 har ulike forfattere, synes vi at det likevel er bredde i artiklene vi har inkludert.

Sett bort i fra en artikkel, har alle inkluderte artikler i litteraturstudien vår, blitt godkjent av etisk komité. I den ene artikkelen hvor det ikke kom frem noen godkjennelse eller vurdering av etisk komité, kom det frem at etiske hensyn var foretatt, som for eksempel anonymisering. Den var også fagfellevurdert og publisert i en tidsskrift, noe vi anser som en bekreftelse på at de etiske hensynene er gode nok.

Alle inkluderte artikler har publiseringsnivå 1 eller 2, bortsett fra artikkel 3. Denne artikkelen var fagfellevurdert og publisert i tidsskriftet *Cancer Nursing Practice*. Tretten av de inkluderte artiklene fikk bare "JA" på sjekklister for kvalitativ forskning. Artikkelen som kom svakest ut etter sjekklister vurderingen var artikkel 12, som ikke viste til godkjenning av etisk komité. Den manglet også utdypende redegjørelse av datainnsamling og dataanalyse. En del av vår kvalitetsvurdering var å sammenligne funnene mellom studiene. Vi kunne ikke se at noen av studiene hadde usannsynlige eller sprikende funn fra resten, og anser det som en styrke i vår litteraturstudie.

Forskningsartikkelen til Solbrække og Bondevik (2015) tok for seg motstridende erfaringer fra to kvinner, når de egentlig hadde et større utvalg av kvinner i studien. De brukte det de hørte fra alle informantene i løpet av hele prosessen, for å skape forståelse av hva som var det viktigste forskningsspørsmålet. De trakk fram to dybdeintervju for å belyse spørsmålet på en livlig og levende måte, da resterende var mye av det samme som de to motstridende funnene som ble beskrevet i studien. At denne studiens formål ble endret underveis, gjorde at vi anså den som svakere. Likevel inkluderte vi denne artikkelen da funnene var gode og relevant for vår litteraturstudie.

Vi har inkludert en artikkel der kvinnene ikke hadde utviklet kreft ennå, men gjennomførte kirurgisk fjerning av eggstokker og bryst, for å redusere risiko for kreft. Vi inkluderte da bare funn etter fjerning av eggstokker fra denne artikkelen. Konsekvensene av behandling og funnene var lik flere funn i våre andre inkluderte artikler. Dette er en svakhet ved vår studie, da den går bort i fra et av våre inklusjonskriterier som sier at kvinnene skal ha gjennomgått behandling for gynekologisk kreft.

#### **5.1.4 Analyseprosess**

Vi leste gjennom artiklene hver for oss for så å diskutere hvilke funn som var relevante for vår hensikt. Dette mener vi var en fordel for å få to ulike perspektiv på hva som er mest relevant, samt at vi diskuterte fortolkningen av funnene. I den tredje fasen markerte vi det vi ville inkludere fra artiklene samtidig som vi formulerte hovedfunn i artiklene, og lagde en tabell hvor vi krysset av hvilke av artiklene som sa noe om hvert hovedfunn. Dette ser vi på som en styrke da god struktur i arbeidet er viktig for kvaliteten på resultatet.

Underveis skrev vi stikkord under hvert hovedfunn for å vite noe om hva som var sagt knyttet til hovedfunnet. Vi ble etterhvert oppmerksom på at vi ikke hadde notert hvilke artikler som hadde sagt noe i forhold til de stikkordene vi hadde skrevet ned. Dette førte til noe dobbelt arbeid da vi måtte gå gjennom artiklene og stikkordene på nytt. I tillegg slo vi ofte opp i artiklene underveis i skrivingen av resultatdelen for å finne konkret hva som ble sagt rundt det aktuelle stikkordet. Selv om dette medførte en tidkrevende prosess, mener vi at det alt i alt styrket analysen av artiklene.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

I resultatdiskusjonen har vi diskutert litteraturstudiens resultat opp mot studiens hensikt, relevant litteratur, egne erfaringer og konsekvenser for praksis.

Komplikasjoner etter behandling for gynekologisk kreft kan være av fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell karakter (Rannestad 2006). I vår studie kommer det frem hvordan alle disse faktorene påvirker kvinners seksualitet, da mange kvinner beskrev seksualitet som et fundament i å være kvinne.

### 5.2.1 Behandlingens innvirkning på seksualfunksjon

I studien vår kom det frem at graden av behandlingens innvirkning på seksualfunksjonen varierte ut ifra hvilken type underlivskreft kvinnen hadde og hvilke behandlingsmetoder kvinnen gikk gjennom. Et av våre hovedfunn var at behandling for gynekologisk kreft medførte endret seksualfunksjon, endret seksualliv eller at seksualiteten hadde blitt påvirket. Mange av funnene var relatert til fysiske konsekvenser som endret følsomhet eller nummenhet nedentil. En rekke kreftoperasjoner kan påvirke nervevevet som er viktig for seksualfunksjonen (Kreftforeningen u.å.). Andre konsekvenser var inkontinens og endret urinavgang, tørrhet, forkortet skjede, hormonelle endringer, overgangsalder og endret menstruasjon. Mange av disse problemene kan gi smerter ved samleie og nedsatt libido (Borg 2010).

Kreftbehandling i urogenitalområdet vil innvirke både direkte og indirekte på den seksuelle responssyklus (Borg 2010). Omkring 1970-tallet utviklet Maters og Johnson en fire-fase-modell som kalles den seksuelle responssyklus. De fire fasene består av lystfasen, opphisselsesfasen, orgasmefasen og til slutt avslapningsfasen (Dahl, Borgheim og Borg 2009). I en av studiene var det presisert at behandling førte til endringer i den seksuelle responssyklus. Siden normal anatomi og fysiologi av kjønnsorganet er ekstensiell for den seksuelle responssyklus, vil behandling i kjønnsorganet medføre negative endringer (Dahl, Borgheim og Borg 2009). I litteraturstudien vår kom det frem at mange kvinner erfarte nedsatt libido, på grunn av smerte, ubehag, inkontinens, tørrhet, frykt, at kroppen ikke kunne kontrolleres lenger og at seksuelle følelser ikke var det samme som før. Seksuell dysfunksjon kan komme av frykt, både for kvinnen og partneren, eller så kan problemene også skyldes organiske endringer som følge av behandling (Tropé og Onsrud 2010).

Både kjemoterapi og kirurgisk fjerning av reproduktive organ førte til hormonelle endringer og symptomer på eller vanskeligheter med overgangsalder. Kvinner erfarte en rekke negative symptomer, blant annet tørrhet i vagina, endret menstruasjon og endret temperaturregulering. Strålebehandling (Siggerud 2010) og kjemoterapi kan føre til redusert funksjon i blant annet eggstokkene. En kan da komme i tidlig overgangsalder, få endret menstruasjon og slimhinnene i skjeden kan bli tørre (Kreftforeningen u.å.). Behandling for gynekologisk kreft kan medføre infertilitet (Jacobsen 2010). Det å bli



infertil var en konsekvens av enkelte behandlingsmetoder og var en stor påkjenning for noen.

### **5.2.2 Tap og opplevelsen av selvet**

Medisinsk behandling kan resultere i endret kroppsbilde og utgjøre belastninger på opplevelsen av en selv (Solvoll 2012 side 23). Underlivskreft og forandringene som følge av behandling, kan affisere selvbildet og skape psykiske problemer. Kjønnsgorganet har ofte en symbolsk betydning. Å fjerne livmor er mer enn å fjerne menstruasjon og fertilitet. Gynekologisk kreft betyr at noe av det som gjør en til kvinne går tapt. Det er ikke uvanlig at kvinner kan føle på mindreverd og skyld (Tropé og Onsrud 2010). Dette støtter vår litteraturstudie hvor mange av kvinnene følte seg mindre feminin og kvinnelig etter behandling, samt at deres kroppsbilde ble negativt påvirket.

For mange var muligheten til å kunne bære frem barn assosiert med det å være en kvinne, og det som skiller kvinner fra menn. Ensomhetsfølelse, sorg og opplevelse av tap var blant psykiske reaksjoner som kom frem i vår litteraturstudie. Dette var ofte knyttet til det å bli infertil, miste en del av kroppen og tap av seksualliv.

Ved sykdom kan kroppens utseende endres. Noen endringer kan være veldig synlige, mens andre trenger ikke være så tydelige for andre. Selv om endringene er usynlig for andre, vil det kunne være belastende for personen selv (Solvoll 2012). Vi har funn i vår studie hvor kvinner beskriver nettopp dette. Selv om endringene er usynlige erfarer kvinner at kroppen er endret og fremmed sammenlignet med før sykdom og behandling. Utseende er i vår kultur viktig. Endringer i utseende vil ha betydning for ens kroppsbilde, det blir påvirket både av hva man selv tenker om sitt utseende og hvilke holdninger til utseende omgivelsene har. En slank og fin kropp er et ideal for mange (Solvoll 2012). Hårtap og vektendringens negative konsekvenser var blant våre funn i denne studien. Kvinner erfarte at vektøkning og hårtap hadde negativ påvirkning på deres kroppsbilde og følelse av å være attraktiv, som igjen påvirket deres seksualitet. Hårtap vil for mange oppleves som en trussel mot kvinneligheten, i tillegg er endringen synlig for andre (Jacobsen 2012). Schjølberg (2010) bekrefter at et endret kroppsbilde gir en rekke negative ringvirkninger, som kan føre til både psykiske og seksuelle problemer.

Utvikling av lymfeødem hadde også en negativ konsekvens for kvinnenes utseende og førte til utfordringer i bekledning. Kroppspresentasjon blir av Price definert som en av tre elementer til kroppsbildet. Kroppspresentasjon innebærer altså hvordan kroppen blir presentert, hvordan man kler seg er da et fundament (Schjølberg 2010). Kvinner endret også sin bekledning for å fremme sin feminitet og føle seg mer attraktiv.

I litteraturstudien vår fant vi ut at kvinner fikk endringer i den seksuelle responssyklus etter behandling for gynekologisk kreft. Kroppsbildet og selvbildet ble påvirket i stor grad og hadde sammenheng med blant annet fysiske endringer. Tidligere nevnte vi fire-fase modellen for den seksuelle responssyklus. I senere tid har kritikere uttalt at denne modellen ikke nødvendigvis passer til kvinner, da kvinners seksuelle respons er mer sammensatt og situasjonsbetinget. Kvinner behøver ikke alltid seksuell stimuli i lystfasen, men påvirkes i større grad av følelser. De mentale forandringene ser også ut til å være viktigere enn de fysiologiske som følge av seksuell opphisselse (Dahl, Borgheim og Borg 2009). Kritikken av modellen for den seksuelle responssyklus bekrefter våre funn.

Sykepleier kan spille en viktig rolle for kvinner som erfarer endret identitet, kroppsbilde og selvbilde som følge av tap og endringer av kroppen. Det er ikke alltid godt å vite hva man skal si i situasjoner hvor kvinner uttrykker vanskelige følelser. Å være til stede, lytte og anerkjenne kvinners følelser og opplevelse av situasjonen kan ofte være bedre enn å si noe i forsøk på å bedre situasjonen (Solvoll 2012).

Et positivt funn i vår litteraturstudie var at noen kvinner opprettholdt et stabilt kroppsbilde da feminiteten ikke ble synlig påvirket av behandlingen. Noen kvinner erfarte lite til ingen senkomplikasjoner som påvirket seksualitet og kroppsbilde. Enkelte kvinner følte seg mer som kvinne etter å ha blitt kvitt symptomer som blødning og smerte. Rannestad (2006) hevder at når man har hatt problemer som dette i hverdagen, vil man sette pris på slike endringer. Flere kvinner var takknemlig for å ha bekjempet kreften og fått et nytt perspektiv på livet. I følge, Rannestad (2006), kan mange oppleve en nyorientering og at livet er blitt satt i perspektiv. Kvinner viser i kritiske situasjoner at de har en unik evne til å tilpasse seg og mestre utfordringer. Noen kan også vokse som menneske ved vanskelige situasjoner. Forfatteren påpeker at enkelte har bedre forutsetninger for å takle kriser, som for eksempel personlige egenskaper og et godt sosialt nettverk (Rannestad 2006).

### 5.2.3 Partnerforholdets negative og positive utfall

I vår litteraturstudie fant vi ut at kreftbehandlingen hadde enten negativ og positiv innvirkning på relasjon til partner, eller både positiv og negativ. Dette bekrefter Grov (2010) som sier at kreftsykdom har direkte påvirkning på kvinnen, men at pårørende også blir involvert i situasjonen.

Seksuallivet og intimiteten til partner ble negativt påvirket. Flere beskrev intimitet som noe mer enn bare samleie, men også det å føle nærhet, holde hender, kysse og andre tegn på kjærlighet. I litteraturstudien var intimiteten helt forsvunnet hos enkelte. Noen kvinner følte at partneren hadde mistet sin seksuelle interesse. De erfarte da en ensomhetsfølelse og distanse fra partner. Seksuelle problemer skapte en anspenhet i forholdet. Enkelte separerte seg eller erfarte vanskeligheter i ekteskapet, som for eksempel kommunikasjonsproblemer. I perioder med motgang er seksuallivet sårbart. Lysten og gleden av nærhet kan utfordres ved vanskeligheter, og konsekvensen kan bli at man glir fra hverandre (Gamnes 2012).

Noen kvinner kom nærmere familie og venner og fikk en styrket relasjon til partner etter behandling. Enkelte var fornøyd med sitt seksuelle forhold til partner selv om seksualfunksjonen var endret. I disse tilfellene fremhevet kvinnene viktigheten av støtte fra partner, tilpasning, åpenhet og god kommunikasjon. For at seksualiteten og kjærligheten skal vedlikeholdes er fellesskap og åpenhet viktige faktorer. Begge parter har behov for å gi og motta omsorg, ved å møte hverandres behov kan motgang også bringe forholdet tettere sammen (Gamnes 2012). Støtte fra familie og venner er en svært viktig faktor når man må håndtere endringer i kroppens utseende som kan påvirke kroppsbildet (Solvoll 2012).

De som ikke hadde partner synes det var vanskelig å involvere seg i en ny relasjon og gjenoppta seksuell aktivitet. Dahl, Borgheim og Borg (2009) bekrefter dette funnet og sier at det å finne seg en ny partner vil kunne by på ekstra utfordringer. Terskelen vil være høyere for å ta et nytt steg for å oppnå bekræftelse og intimitet (Gamnes 2012).

Noen kvinner følte press fra partner for å være seksuelt aktiv, og erfarte at partner hadde vanskeligheter med å akseptere kvinnens seksuelle begrensninger. De fleste kvinner ønsker

å gjenoppta sitt seksualliv, men man bør prøve seg frem og bruke god tid. En forståelsesfull partner er nødvendig, da kvinnens opplevelse av seg selv kan være endret (Rannestad 2006). Man må kanskje finne nye metoder for at begge parter ønsker i seksuallivet skal imøtekommes (Gamnes 2012). Kvinner kunne også føle skyld ovenfor partner med tanke på at muligheten til å få barn var borte, og følte at seksuallivet ble redusert av den grunn. Menneskers seksuelle atferd har sterkt påvirkning fra den reproduktive delen av seksualitet (Gamnes 2012).

Kritikk av fire-fase modellen av den seksuelle responsyklus sier at relasjoner og interesse fra partner samt partners ønsker og behov er en viktig faktor for kvinnen ved seksuelt samkvem i motsetning til modellens fire faser. Kvinner er som regel mer opptatt av den følelsesmessige relasjonen og en god opplevelse for begge parter, enn oppnåelsen av orgasme (Dahl, Borgheim og Borg 2009). Dette bygger opp funnene i vår litteraturstudie der kvinnene beskriver hvordan deres relasjon til partner påvirket deres intimitet og seksualitet.

Som sykepleier må en være spørrende, åpen og tilgjengelig i møte med kvinnene. En av sykepleiers oppgave er å informere og veilede kvinnen om endringer i seksualiteten når den oppstår som følge av sykdom og behandling. Kvinnen skal selv bestemme hvor stor grad av åpenhet hun tillater og om hun vil inkludere partner (Jerpseth 2015). Ut i fra våre funn er støtte, åpenhet og god kommunikasjon av betydning for relasjonen til tross for utfordringer i seksuallivet.

#### **5.2.4 Informasjonstilbudet**

Et stort funn i litteraturstudien vår var at kvinner får for lite eller ingen informasjon om seksualitet etter behandling. Alle pasienter har en lovfestet rett på informasjon om konsekvenser av den behandlingen de får. Dette gjelder også konsekvenser som påvirker seksualitet. Både lege og sykepleier har informasjonsplikt (Gamnes 2012). De kvinnene som hadde fått informasjon i vår litteraturstudie, fikk informasjon på et tidspunkt hvor de var fokuserte på å bli kvitt kreften. Informasjon og oppfølging var ofte for medisinsk orientert.

Følelse av skam og beskjenhet var ikke uvanlig etter måten enkelte hadde blitt møtt på av helsepersonell. Dette førte til en følelse av ensomhet og isolasjon knyttet til sine intime problemer, da de ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon og veiledning etter behandlingen. Kvinner mente også at lite allmennkunnskap i samfunnet omkring temaet bidro til isolasjon. Sykepleiere mener at seksualitet og seksuell helse er relevant i helse- og omsorgstilbudet. Til tross for dette viser undersøkelser at mange unngår å snakke om seksuell helse med pasienter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Kvinner med kreft isolerer seg ofte, og mange har problemer med å forholde seg til disse kvinnene på en naturlig måte. Følelsen av isolasjon blir da forsterket. Støtte fra partner og familie er av størst betydning (Tropé og Onsrud 2010).

Flertallet av kvinnene hadde et stort ønske om mer informasjon, med fokus på hvordan endringene etter behandling kan påvirke seksualiteten. Mange ønsket også råd til hvordan en kan håndtere endringene, statistikk på behandling og graviditet, og sexrådgivning. Kvinner ønsket å snakke om hverdagsproblemer knyttet til selvtillit, bekledning, seksualitet og intimitet. Flere lot være å oppsøke hjelp fordi de erfarte seksualitet som et ”tabubelagt” tema. Mange kvinner ønsker at seksualitet skal tematiseres, men foretrekker at helsepersonell tar initiativet (Helse- og omsorgsdepartementet 2016). Dette kom også frem i vår litteraturstudie. I praksis erfarte vi at seksualitet ikke ble tematisert av sykepleier etter behandling som kan påvirke seksualitet.

Som sykepleier skal en være spørrende, åpen og tilgjengelig. Sykepleiere bør også jobbe med seg selv og egne holdninger til seksualitet for å tørre å møte kvinner med seksuelle problemer. Det er ikke bare lege, men også sykepleiers oppgave å veilede kvinner om endringer i seksualitet når det kan oppstå som følge av sykdom og behandling (Jerpseth 2015). I følge Jerpseth (2015) er det viktig å veilede både kvinnen og partneren om seksualitetens mangfold og informere om praktiske råd og hjelpemidler. Informasjonen bør gis skriftlig og muntlig, gjerne gjentatte ganger (Jerpseth 2015).

Seksuelle problemer kan være en årsak til mindre livsglede, stress, redusert mestringsfølelse og eventuelt samlivsbrudd. Seksuell helse og helse er tett knyttet sammen, da et godt seksualliv bidrar til helse og trivsel. Forståelsen for dette bør derfor økes i helse- og omsorgssektoren. (Helse- og omsorgsdepartementet 2016).

Det finnes en rådgivningsmodell for seksuelle problemer, der enhver sykepleier bør kunne utføre de to første av trinnene i modellen. I PLISSIT-modellen er første trinn, tillatelse (Permission), som handler om å gi pasienten mulighet til å diskutere seksuelle bekymringer, plager og spørsmål. Trinn to går ut på å gi begrenset informasjon (Limited information) om seksuelle forhold med tanke på kreftsykdom og behandling (Dahl, Borgheim og Borg 2010).

## **6.0 Konklusjon**

Gjennom vårt arbeid med litteraturstudien viste det seg at kvinnene erfarte psykiske, fysiske, sosiale og seksuelle komplikasjoner etter behandling for gynekologisk kreft. Komplikasjonene påvirket hverandre, dermed var alle av betydning for kvinnens seksualitet. Skam og beskjedenhet var årsaker til at flere lot være å oppsøke hjelp. Kvinner får for lite informasjon om hvordan behandling kan føre til endringen i ens seksualitet. De ønsket at sykepleier skulle ta initiativ til å tematisere problemet.

Erfaringene til kvinnene vi har funnet i vår studie kan bidra til økt refleksjon og kunnskap blant sykepleiere angående tema. Dette vil kunne bidra til at sykepleiere blir mer bevisst og oppmerksom på kommunikasjon og informasjon om seksualitet. Kvinner erfarer at helsepersonell har en unnvikende holdning til å ta opp seksuelle problemer. Sykepleier må åpne opp for at kvinnen kan fortelle om sine erfaringer knyttet til dette intime problemområdet. En sykepleier skal ha god nok kunnskap til å gi kvinnen mulighet til å diskutere seksuelle bekymringer og gi begrenset informasjon. Videre kan en eventuelt henviser til for eksempel sexolog eller psykolog.

### **6.1 Forslag til videre forskning**

Vi mener at dette feltet generelt har behov for mer forskning. Et viktig hovedfunn var for lite informasjon fra helsepersonell, derfor mener vi at det bør forskes mer på hva sykepleiere kan gjøre for å best mulig ivareta seksualitet etter behandling for gynekologisk kreft. Vi fant ut at behandling for gynekologisk kreft ikke bare rammet kvinnen, men også partner. Derfor kunne det vært spennende og nyttig med forskning som utforsket partner eller pårørendes erfaringer.

## Referanseliste

- Barlow, L. Ellen, Neville F. Hacker, Rafat Hussain og Glenda Parmenter. 2013. "Sexuality and body image following treatment for early-stage vulvar cancer: a qualitative study." *Journal of Advanced Nursing* 70(8), 1856-1866. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.12346>
- Borg, Tore. 2010. "Seksualitet." *I Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling*, red. Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg, 121-130. Oslo: Akribe
- Cleary, Vicky, Josephine Hegarty og Geraldine McCarthy. 2012. "How a diagnosis of gynecological cancer affects women's sexuality." *Cancer Nursing Practice* Vol. 12 Nr. 1. DOI: 10.7748/cnp2013.02.12.1.32.e648
- Dahl, Alv A., Randi Gjessing Borgheim og Tore Borg. 2009. "Problemer med seksualitet og fruktbarhet." I *Kreftoverlevende: ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*, red Sophie D. Fosså, Jon Håvard Loge og Alv A. Dahl, 136-153. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, Olav. 2012. "Ethiske overveielser og personvern." *I Metode og oppgaveskriving*, red. Olav Dalland, 95-109. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of proceed data." *Australian Journal of Advanced Nursing* 20(2):22-26.
- Folkehelseinstituttet. 2014. "Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler." Lest: 16.04.18. <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur
- Fosså, Sophie D., Karl-Erik Giercksky og Sigbjørn Smeland. 2009. "Oversikt over kreftbehandling og bivirkninger." *I Kreftoverlevende: ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*, red Sophie D. Fosså, Jon Håvard Loge og Alv A. Dahl, 41-57. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gammes, Siv. 2012. "Nærhet og seksualitet." I *Grunnleggende sykepleie 3 Pasientfenomener og livsutfordringer*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nordtvedt og Eli-Anne Skaug, 71-104. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Giacomoni C., E. Venturini, H. Hoarau, F. Guyon og V. Conri. 2014. "How women with gynaecological cancer deal with treatment: issues of visibility and invisibility." *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 42 (2014) 795-799. DOI: [10.1016/j.gyobfe.2014.09.013](https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2014.09.013)
- Grov, Ellen Karine. "Pårørende." *I Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling*, red. Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg, 269-280. Oslo: Akribe
- Hallowell, Nina, Brandi Baylock, Louise Heiniger, Phyllis N. Butow, Deepa Patel, Bettina



- Meiser, Christobel Saunders, kConFab Psychological Group on behalf of the kConFab Investigators og Melanie A. Price. 2011. "Looking different, feeling different: women's reactions to risk-reducing breast and ovarian surgery." *Familial Cancer* (2012) 11:215-224. DOI: [10.1007/s10689-011-9504-4](https://doi.org/10.1007/s10689-011-9504-4)
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2016. Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022). Lest: 28.03.18  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi\\_seksuell\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf)
- Jacobsen, Anne Mette Lindhjem. 2010. "Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorganer." *I Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling*, red. Anne Marie Reitan og Tore. Kr. Schjølberg, 542-550. Oslo: Akribe.
- Jefferies, Hilary og Collette Clifford. 2011. "All change: the lived experience of younger women with cancer of the vulva." *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2327-2335. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04043.x>
- Jerpseth, Heidi. 2015. "Sykepleie ved gynekologiske sykdommer." *I Klinisk sykepleie 2*, red. Hallbjørg Almås, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth, 17-52. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kreftforeningen. U.å. "Seksualitet." Lest: 04.05.18  
<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/seksualitet/>
- Kreftregisteret. 2017. "Cancer in Norway 2016." Lest: 26.03.2018  
<https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2016/cin-2106.pdf>
- Lindgren, Anna, G. Dunberger og A. Enblom. 2016 "Experiences of incontinence and pelvic floor muscle training after gynecologic cancer treatment." *Support Care Cancer* (2017) 25:157-166. DOI: [10.1007/s00520-016-3394-9](https://doi.org/10.1007/s00520-016-3394-9)
- Lloyd, A. Philippa, Emma V. Briggs, Nichola Kane, Arjun R. Jeyarajah, John H. Shepherd. 2014. "Women's experiences after a radical vaginal trachelectomy for early stage cervical cancer. A descriptive phenomenological study." *European Journal of Oncology Nursing*. 18 (2014) 362-371. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.03.014>
- Nordtvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. "Spørsmålsformulering." *I Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. 4.opplag. 29-39. Oslo: Akribe AS.
- Norsk senter for forskningsdata. 2018. "Register over vitenskapelige publiseringskanaler." Lest 16.04.18  
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Philip S., Mellon A., Barnett C, D'abrew N. og White K. 2016. "The road less travelled: Australian women's experiences with vulval cancer." *European Journal of Cancer Care* 26, e12465. DOI: [10.1111/ecc.12465](https://doi.org/10.1111/ecc.12465)

- Rannestad, Toril. 2006. *Uten livmor – livet etter operasjon*. Høyskoleforlaget: Kristiansund.
- Schjølberg, Tore Kr. 2010. "Endret kroppsbilde." I *Kreftsykepleie pasient – utfordring – handling*, red. Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg, 131-141. Oslo: Akribe
- Sekse, Ragnhild J. T., Eva Gjengedal og Målfrid Råheim. 2012. "Living in a Changed Female Body After Gynecological Cancer." *Health Care for Women International*, 34:1, 14-33. DOI: [10.1080/07399332.2011.645965](https://doi.org/10.1080/07399332.2011.645965)
- Sekse, Ragnhild J. T., Maalfrid Raaheim, Gunnhild Blaaka og Eva Gjengedal. 2009. "Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynecological cancer." *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 2010; 24; 799-807. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00778.x>
- Sekse, Ragnhild J. T., Målfrid Råheim og Eva Gjengedal. 2014. "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. DOI: [10.1080/07399332.2014.989436](https://doi.org/10.1080/07399332.2014.989436)
- Siggerud, Målfrid Almelid. 2010. "Sykepleieutfordringer ved strålebehandling." I *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling*, red. Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg, 150-160. Oslo: Akribe
- Solvoll, Betty-Ann. 2012. "Identitet og egenverd." I *Grunnleggende sykepleie 3 Pasientfenomener og livsutfordringer*, red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nordtvedt og Eli-Anne Skaug, 15-37. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Solbrække, Kari N. og Hilde Bondevik. 2015. "Absent organs – Present selves: Exploring embodiment and gender identity in young Norwegian women's accounts of hysterectomy." *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2015, 10:26720. DOI: [10.3402/qhw.v10.26720](https://doi.org/10.3402/qhw.v10.26720)
- Tropé, Claes og Mathias Onsrud. 2010. "Maligne svulster." I *Obstetikk og gynekologi*, red Per Bergsjø, Jan Martin Maltau, Kåre Molne og Britt-Ingjerd Nesheim, 337-352. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Varre, Pernille. 2010. "Sykepleieutfordringer ved kjemoterapi." I *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling*, red. Tore Kr. Schjølberg, 161-173. Oslo: Akribe
- Vermeer, M. Willemijn, Rinske M. Bakker, Gemma G. Kenter, Anne M. Stiggelbout, Moniek M. Ter Kuile. 2015. "Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support." *Support Care Cancer* (2016) 24:1679-1687. DOI: [10.1007/s00520-015-2925-0](https://doi.org/10.1007/s00520-015-2925-0)
- World Health Organization. 2010. "Sexual and reproductive health: Defining sexual health." Lest: 25.03.18  
[http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)

Wilmoth, C. Margaret, Elizabeth Hatmaker-Flanigan, Vanessa Laloggia og Traci Nixon.  
2011. "Ovarian Cancer Survivors: Qualitative Analysis of the Symptom of  
Sexuality." *Oncology Nursing Forum*, 38(6):699-708. DOI: 10.1188/11.ONF.699-  
70

### Vedlegg 1: P(I)O-skjema

P - Patient/problem	I – Intervention	O – Outcome
Cervix cancer Cervical cancer Uterine Cervical Neoplasms Gynecological cancer Survivor Survivors	(Treatment) (Experienc*)	Sexuality Sexual health Quality of life Sexual function Sexual*

## Vedlegg 2: Søkehistorikk

	<b>Søkeord</b>	<b>Dato</b>	<b>Database</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Leste abstracts</b>	<b>Leste artikler</b>	<b>Inkluderte artikler</b>
1.	Cervical cancer or Uterine Cervical Neoplasms	22.01.18	Ovid Medline 1946 to March Week 3 2018	81602			
2.	Quality of life or "Quality of life"	22.01.18		274970			
3.	Sexuality or Sexuality	22.01.18		48668			
4.	2 OR 3	22.01.18		321445			
5.	Survivor or Survivors	22.01.18		32082			
6.	1 AND 4 AND 5	22.01.18		92			
7.	Limit to english, 2008-current, qualitative (maximizes sensitivity)	22.01.18		68	26	7	1 Artikkel 2

	<b>Søkeord</b>	<b>Dato</b>	<b>Database</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Leste abstracts</b>	<b>Leste artikler</b>	<b>Inkluderte artikler</b>
1.	Sexuality or Sexuality	20.03.18	Ovid Medline 2014 to March Week 3 2018	7284			
2.	Sexual health or Nurse's Role or Reproductive Health or Neoplasms or Survivors or Sexual Behavior	20.03.18		425967			
3.	Cervix cancer or Uterine Cervical Neoplasms	20.03.18		8212			
4.	Cervical cancer or Uterine Cervical Neoplasms	20.03.18		9869			
5.	1 OR 2	20.03.18		426390			
6.	3 OR 4	20.03.18		9904			
7.	5 AND 6	20.03.18		9074			
8.	Limit to english, female, qualitative (maximizes specificity) and last 5 years			165	73	11	1 Artikkel 7

	<b>Søkeord</b>	<b>Dato</b>	<b>Database</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Leste abstracts</b>	<b>Leste artikler</b>	<b>Inkluderte artikler</b>
1.	Gynecological cancer OR Uterine Cervical Neoplasms OR Ovarian Neoplasms OR Genital Neoplasms, female	20.03.18	Ovid Medline	25179			
2.	Sexual* OR Sexual dysfunction, psychological OR sexual behavior OR sexual dysfunction, physiological OR sexual health OR sexual partners			38975			
3.	1. AND 2.			693			
4.	Limits: 2014-current, young adult and adult (19-24 og 19-44), English, qualitative maximizes specificity og least five years			43	10	6	1 Artikkel 11

	<b>Søkeord</b>	<b>Dato</b>	<b>Database</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Leste abstracts</b>	<b>Leste artikler</b>	<b>Inkluderte artikler</b>
1.	Cervical cancer	20.03.18	CINAHL				
2.	sexuality						
3.	Sexual function						
4.	2. OR 3.						
5.	1. AND 4.						
6.	Limits: 2014-2018, qualitative – high specificity, English			10	3	2	1 Artikkel 1



	<b>Søkeord</b>	<b>Dato</b>	<b>Database</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Leste abstracts</b>	<b>Leste artikler</b>	<b>Inkuderte artikler</b>
1.	Uterine Cervical Neoplasms OR Ovarian Neoplasms OR Genital Neoplasms, female OR Gynecological cancer	21.03.18	Ovid Medline	25179			
2.	Sexual dysfunction, psychological OR sexual behavior OR sexual functioning OR sexual dysfunction, physiological			17017			
3.	1. AND 2.			268			
4.	Limits: English, last five years			252	32	12	3 Artikkel 9 Artikkel 10 Artikkel 12

	<b>Søkeord</b>	<b>Dato</b>	<b>Database</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Leste abstracts</b>	<b>Leste artikler</b>	<b>Inkluderte artikler</b>
1.	Gynecological cancer OR Uterine Cervical Neoplasms OR Ovarian Neoplasms OR Genital Neoplasms, female	05.04.18	Ovid Medline	209634			
2.	Sexual dysfunction, psychological OR Sexual behavior OR Sexual functioning OR Sexual dysfunction, physiological			122353			
3.	1. AND 2.			1847			
4.	Limits: English, qualitative (maximizes specificity), last 10 years			44	5	2	2: Artikkel 6 Artikkel 8

	<b>Søkeord</b>	<b>Dato</b>	<b>Database</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Leste abstracts</b>	<b>Leste artikler</b>	<b>Inkluderte artikler</b>
1.	Gynecological cancer OR Ovarian Neoplasms OR Genital Neoplasms, female OR uterine Cervical Neoplasms OR Endometrial Neoplasms	05.04.18	Ovid Medline	209634			
2.	Sexual* OR Sexual dysfunction, psychological OR Sexual behavior OR Sexual dysfunction, physiological OR Sexual health			277169			
3.	1. AND 2.			4907			
4.	Limits: English, qualitative (maximizes specificity), last 10 years			118	19	3	2 Artikkel 4 Artikkel 13

	Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1.	Sexuality	05.04.18	Oria				
2.	Gynaecological cancer						
3.	Qualitative						
4.	1. OG 2. OG 3.						
5.	Engelsk, 2013-2018			385	5	2	1 Artikkel 3

Artikkel	Dato	Manuelt søk
<p>Artikkel 14</p> <p>Forfattere: Kari Nyheim Solbrække og Hilde Bondevik</p> <p>Tittel: Absent organs – present selves: exploring embodiment and gender identity in young Norwegian women´s accounts of hysterectomy</p> <p>År: 2015</p> <p>Tidsskrift: International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being</p>	16.04.2018	<p>Forsiden til Kreftforeningen.no</p> <p>-&gt; Livmorhalskreft</p> <p>-&gt; Link til ”En studie viser at gynekologisk kreft fortsatt er tabubelagt”</p> <p>-&gt; Referanser: Solbrække og Bondevik: <i>Absent organs—present selves: exploring embodiment and gender identity in young Norwegian women’s accounts of hysterectomy</i></p>
<p>Artikkel 5</p> <p>Forfattere: Ragnhild J. Tveit Sekse, Eva Gjengedal og Målfrid Råheim</p> <p>Tittel: Living in a Changed Female Body After Gynecological Cancer</p> <p>År: 2012</p> <p>Tidsskrift: Health Care for Women International</p>	16.04.2018	<p>Googlesøk: Gynecological cancer treatment survivors sexuality qualitative</p> <p>-&gt; <i>Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services.</i></p> <p>-&gt; Linker i sidemarg for lignende artikler</p> <p>-&gt; Nederste link var artikkelen vi inkluderte</p>

### Vedlegg 3: Oversiktstabeller

<b>Artikkel 1</b>	
<b>Forfattere</b>	Barlow, Ellen L., Neville F. Hacker, Rafat Hussain & Glenda Parmenter
<b>År</b>	2013
<b>Land</b>	Australia
<b>Tidsskrift</b>	JAN – Journal of Advanced Nursing
<b>Tittel</b>	Sexuality and body image following treatment for early-stage vulvar cancer: a qualitative study.
<b>Hensikt</b>	Beskrive kvinnens erfaringer av seksualitet og kroppsbilde etter behandling for tidlig stadium av vulvakreft.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode med semi-strukturerte dybdeintervju basert på fortolkende fenomenologi.
<b>Deltagere/ frfall</b>	10 kvinner fra 37 til 76 år som har gjennomgått kirurgisk behandling for gynekologisk kreft på grunn av tidlig stadium av vulvakreft.
<b>Hovedfunn</b>	Flertallet av kvinnene erfarte lite til ingen senkomplikasjoner knyttet til seksualitet og kroppsbilde etter konservativ behandling for tidlig stadium av vulvakreft. Intimitet og relasjon var mer relatert til kvinnens seksuelle tilfredsstillelse enn fysisk opphisselse. Kvinner som hadde negative følelser og erfaringer var de som hadde gjennomgått radikal vulvektomi, hatt gjentatte inngrep i vulva og utvikling av lymfeødem. Kvinnene anså vulva som skjult og ikke synlig for andre og var begrunnelsen for bevarelsen av kroppsbildet. Enkelte følte ikke at kroppen var den samme som før. Flere av kvinnene var redd for inngrepets påvirkning på klitoris og smerte ved seksuelt samkvem etter behandling. Mange deltakere følte nummenhet i vulva og unngikk å berøre området både seksuelt og hygienisk.
<b>Etisk vurdering</b>	Etisk godkjenning fra Human Research Ethics Committees of the Health Service and The University. Samtykke til studie og opptak av intervjuene ble mottatt i forkant av studien. Deltagerne kunne trekke seg fra studien når som helst og ble anonymisert.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning. Funnet i studien er sammenlignet med andre studier. Pn: 2

<b>Artikkel 3</b>	
<b>Forfattere</b>	Cleary, Vicky, Josephine Hegarty og Geraldine McCarthy
<b>År</b>	2012
<b>Land</b>	Irland
<b>Tidsskrift</b>	Cancer Nursing Practice
<b>Tittel</b>	How a diagnosis of gynecological cancer affects women's sexuality.
<b>Hensikt</b>	Å undersøke gynekologisk krefts og behandlingens innvirkning på seksualitet fra et pasientperspektiv.
<b>Metode</b>	Kvalitativ beskrivende metode med semi-strukturerte intervju. Åpne spørsmål ble også brukt i stor grad.
<b>Deltagere/fracfall</b>	8 kvinner fra 25-68 år med diagnosen gynekologisk kreft deltok i studie (livmorhalskreft (2), vulvakreft (2), eggstokkreft (2)). 2 av deltagerne var i behandling, mens 6 av deltagerne hadde gjennomgått behandling.
<b>Hovedfunn</b>	Deltakerne rapporterte forstyrrende endringer i alle aspekter av seksualiteten etter gynekologisk kreft og behandling. Det var endringer i seksualitetens mening og viktighet, den seksuelle funksjonen og seksuelle forhold. De understreket behovet for muntlig og skriftlig informasjon og støtte knyttet til seksuelle forhold fra helsepersonell. Kvinnene foreslo at informasjonen ville være mest nyttig dersom den ble gitt i behandlingsperioden og ikke umiddelbart ved diagnose.
<b>Etisk vurdering</b>	Etisk godkjenning ble gitt fra The local research ethics committee.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning. Funnet i studien er sammenlignet med andre studier. Fagfellevurdert.

<b>Artikkel 12</b>	
<b>Forfattere</b>	Giacomoni, C., E. Venturini, H. Hoarau, F. Guyon og V. Conri
<b>År</b>	2014
<b>Land</b>	Frankrike
<b>Tidsskrift</b>	Gynécologie Obstétrique & Fertilité
<b>Tittel</b>	How women with gynaecological cancer deal with treatment: issues of visibility and invisibility
<b>Hensikt</b>	Evaluere utfordringer knyttet gynekologisk krefts innvirkning på kvinnens kropp og seksualitet.
<b>Metode</b>	Longitudinell utforskende studie med psyko-antropologisk tilnærming, dybdeintervju.
<b>Deltagere/frafall</b>	30 kvinner ble intervjuet før behandling for gynekologisk kreft, tre måneder etter første behandling og tre måneder etter endt behandling.
<b>Hovedfunn</b>	Behandling av gynekologisk kreft går utover kvinnens estetikk og feminitet. Kvinnene uttrykker bekymring for å ikke bli ansett som feminin lengre av utenforstående samt av sin mannlige partner. Angst for infertilitet kom til uttrykk hos flere av deltagerne. Seksuallivet ble for mange redusert på grunn av redsel for smerte i forbindelse med penetrering, samt bekymringer for å ikke føle seg attraktiv. Flere kvinner erfarte endret forhold til sin vagina og seksuallyst, på grunn av komplikasjonene behandlingen hadde medført. De kvinnene som hadde gjennomgått cellegiftbehandling erfarte en større utfordring med følelsen av feminitet og seksuell identitet, på grunn av hårtap. Noen kvinner fortalte om vekttap som en konsekvens av behandlingen. Til tross for sykdom, refererte kvinner til vekttap som et positivt resultat.
<b>Etisk vurdering</b>	Ingen etisk vurdering av komite, men vi så at etiske hensyn som anonymisering var tatt. Fagfellevurdert og publisert i et tidsskrift.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Kvalitetsvurdert ved bruk av sjekklister for å vurdere kvalitativ forskning, mangler beskrivelse av dataanalyse. Publiseringsnivå: 1

<b>Artikkel 13</b>	
<b>Forfattere</b>	Hallowell, Nina, Brandi Baylock, Louise Heiniger, Phyllis N. Butow, Deepa Patel, Bettina Meiser, Christobel Saunders, kConFab Psychological Group on behalf of the kConFab Investigators, Melanie A. Price
<b>År</b>	2011
<b>Land</b>	Australia
<b>Tidsskrift</b>	Familial Cancer
<b>Tittel</b>	Looking different, feeling different: women's reactions to risk-reducing breast and ovarian surgery
<b>Hensikt</b>	Utforske kvinners erfaringer omkring utfallet av risiko reduserende mastektomi og/eller risiko reduserende salpingo oophorektomi 3 år etter behandling.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode med semi-strukturerte telefonintervju.
<b>Deltagere/frafall</b>	40 kvinner i alderen 32-66 år som har gjennomgått RRM og/eller RRSO innhentet fra en tidligere prospective study gjort av Kathleen Cuninghams Foundation Consortium for Research into Familial Breast Cancer Psychosocial study.
<b>Hovedfunn</b>	Vi har bare innhentet funn fra deltagerne som hadde fjernet eggstokkene, og erfaringene knyttet til dette. Kvinnene som hadde gjennomgått RRSO følte seg annerledes med tanke på at de erfarte endret overgangsalder. Det førte med seg urininkontinens, økende hårvekst, vektøkning, nedsatt sexlyst, tørrhet i vagina, smerte ved samleie, angst/panikk, skjelving, hjertebank, humørsvingninger. Inngrepet hadde negativ påvirkning på seksualiteten, kvinnenes feminine identitet og syn på kroppen. 12 av 32 kvinner rapporterte at vektøkning medførte at de følte seg mindre attraktiv. Mange fikk informasjon om konsekvensene, men graden av konsekvensene ble erfart som mye større. Flere ønsket mer informasjon om påvirkning av seksuelliv og foreslo tilbud om sexrådgivning.
<b>Etisk vurdering</b>	Etisk vurdert av University of Sydney Human Research Ethics Committee og Ethics committee på hver kConFab recruitment site.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Kvalitetsvurdert ved bruk av sjekkliste, samt at hovedfunn er sammenlignet med andre studier. Publiseringnivå: 1



<b>Artikkel 8</b>	
<b>Forfattere</b>	Jefferies, Hilary og Collette Clifford
<b>År</b>	2011
<b>Land</b>	England
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Clinical Nursing
<b>Tittel</b>	All change: the experience of younger women with cancer of the vulva
<b>Hensikt</b>	Å skape en forståelse av kvinners egne perspektiver av omsorg og ta opp et gap i kunnskap i forhold til den bredere effekten av vulva kreft.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode med fortolkende fenomenologisk tilnærming. Semi-strukturert intervju.
<b>Deltagere/frafall</b>	13 kvinner under 50 år som har gjennomgått behandling for vulvakreft. Tid siden kirurgisk behandling varierte fra 6 måneder siden til 5 år siden.
<b>Hovedfunn</b>	Alle kvinnene erfarte endringer både fysisk, psykisk og seksuelt, men i varierende grad. 3 av kvinnene greide ikke å gjennomføre samleie etter kirurgi, 3 hadde samleie av og til, 3 beskrev at det krevde utholdenhet for å kunne gjennomføre et samleie, 2 erfarte tilfredsstillende retur til tidligere seksuelt forhold og 2 var ikke seksuelt aktive. Lymfeødem, problemer knyttet til urinering og menstruasjon og endret kroppsbilde var blant andre funn som ble løftet frem av deltagerne. Noen av deltagerne hadde også positive erfaringer, hvor de fikk et nytt perspektiv på livet og erfarte støtte fra familie, venner og kollegaer.
<b>Etisk vurdering</b>	Etisk godkjent av Local Research Ethics Committee. Deltagerne ble anonymisert.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Kvalitetsvurdert ved bruk av sjekklister, samt at hovedfunn er sammenlignet med andre studier. Publiseringsnivå: 2

<b>Artikkel 10</b>	
<b>Forfattere</b>	Lindgren, Anna, G. Dunberger og A. Enblom
<b>År</b>	2016
<b>Land</b>	Sverige
<b>Tidsskrift</b>	Support Care Cancer
<b>Tittel</b>	Experiences of incontinence and pelvic floor muscle training after gynaecologic cancer treatment
<b>Hensikt</b>	Beskrive hvordan overlevende av gynekologisk kreft erfarte inkontinens relatert til livskvalitet, deres mulighet for fysisk aktivitet og trening og deres oppfatninger og erfaringer av bekkenbunnstrening.
<b>Metode</b>	Kvalitative beskrivende intervju studie. Semi-strukturerte intervju.
<b>Deltagere/frafall</b>	13 deltagere fra 48-82 år som var behandlet for gynekologisk kreft og har hatt urin- og/eller avføringsinkontinens, ingen frafall.
<b>Hovedfunn</b>	Symptomer relatert til inkontinens og restriksjoner i dagliglivet reduserte fysisk livskvalitet. Følelser knyttet til inkontinensen reduserte psykologisk livskvalitet, og sosial og eksistensiell livskvalitet, på grunn av begrensninger inkontinensen fører til. Det kom frem i studien at deltagerne brukte praktiske og mentale strategier for å opprettholde livskvaliteten, som å alltid bringe med seg klesskift og å akseptere situasjonen. Muligheter for seksuell og fysisk aktivitet var hemmet av inkontinensen. De beskrev også mangel på informasjon om risiko for inkontinens etter behandling. Kvinnene var villige til å investere mye tid og penger i behandling for deres komplikasjon.
<b>Etisk vurdering</b>	The Regional Ethical Review Board godkjente studien. Deltagerne skrev under samtykke i forkant av studien. Deltagerne ble anonymisert.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Kvalitetsvurdert med sjekklister for kvalitativ forskning og sammenlignet funn fra andre artikler. Publiseringsnivå: 1

<b>Artikkel 7</b>	
<b>Forfattere</b>	Lloyd, Philppa A., Emma V. Briggs, Nichola Kane, Arjun R. Jeyarajah, John H. Shepherd
<b>År</b>	2014
<b>Land</b>	England
<b>Tidsskrift</b>	European Journal of Oncology Nursing
<b>Tittel</b>	Women's experiences after a radical vaginal trachelectomy for early stage cervical cancer. A descriptive phenomenological study.
<b>Hensikt</b>	Utforske kvinners erfaringer opptil ti år etter radikal vaginal trakelektomi og beskrive inngrepets påvirkning på helse, seksualitet, fertilitet og behov for helsehjelp knyttet til dette.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode med beskrivende fenomenologisk tilnærming, semi-strukturert telefonintervju.
<b>Deltagere/frafall</b>	12 kvinner fra 29-45 år som har gjennomgått radikal vaginal trakelektomi for tidlig stadium av livmorhalskreft for 1-10 år siden.
<b>Hovedfunn</b>	Flere følte at kreften gjorde at de kom nærmere familien og fikk et nytt perspektiv på livet. Noen erfarte forsinkede psykologiske reaksjoner og/eller frykt for tilbakefall, lymfeødem og intermenstruell blødning. Mange isolerte seg og ønsket å kontakte andre i samme situasjon. Seksuell nedsatt funksjon var ikke et langsiktig problem for de fleste. Noen erfarte stikkende følelse under samleie, men utviklet teknikker for å redusere dette. Kvinner uten partner følte seg sårbar i nye relasjoner. Graviditet i etterkant var en engstelig tid, spesielt for de som hadde erfart abort eller for tidlig fødsel. De fleste kvinner fikk støtte via klinisk sykepleier, familie/venner, kirurgisk konsulent, online pasientforum og støttegrupper. Det var et ønske om mer informasjon om statistikk på behandling, omsorg knyttet til graviditet, anbefalinger, samt tilgang til rådgivning og økt bevissthet i samfunnet om tema.
<b>Etisk vurdering</b>	Godkjent av The Central London Research Ethics Committee 4 under UK's National Research Ethics Service. Deltagerne ble anonymisert.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekklister for kvalitativ forskning. Samt at funnene er sammenlignet med andre studier. Pn:1.

<b>Artikkel 9</b>	
<b>Forfattere</b>	Philip S., Mellon A., Barnett C., D'abrew N. & White K.
<b>År</b>	2016
<b>Land</b>	Australia
<b>Tidsskrift</b>	European Journal of Cancer Care
<b>Tittel</b>	The road less travelled: Australian women's experiences with vulval cancer
<b>Hensikt</b>	Å utforske og beskrive kvinners erfaringer rundt diagnosen, behandlingen og rehabiliteringen etter kreft i vulva.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode med semi-strukturerte intervju.
<b>Deltagere/frafall</b>	12 kvinner som var diagnostisert med vulva kreft og hatt behandling innen de fem siste årene.
<b>Hovedfunn</b>	Kvinnene uttrykte følelse av ensomhet og erfarte diagnosen som en vanskelig. De rapporterte at de fikk for lite informasjon og støtte. Fysisk erfarte kvinnene flertall av problemer som ubehag, endret urinfunksjon og lymfeødem. Noen kvinner følte at oppfølgingen var kun medisinsk sett, og at mange hverdagsproblemer som påvirket livene deres i stor grad ikke ble tatt stilling til. Dette kunne være problemer knyttet til kledning/undertøy, selvtillit, intimitet og seksualitet. I etterkant av sykdommen uttrykte kvinnene at konsekvensene av sykdommen og behandlingen hadde stor innvirkning på deres intimitet og samlivsforhold, sett bort i fra om de var i et forhold eller ikke. Flere av kvinnene uttalte problemer med seksual funksjon som nummenhet, tørrhet, smerte og manglende evne til å oppnå orgasme.
<b>Etisk vurdering</b>	Etisk godkjent av Human Research Ethics Committees på Royal Prince Alfred Hospital, Sydney and John Hunter Hospital, Newcastle. Kvinnene er anonymisert.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekklister for å vurdere kvalitativ forskning, samt at resultat har blitt sammenlignet med annen forskning. Publiseringnivå: 1.

<b>Artikkel 5</b>	
<b>Forfatter</b>	Sekse Ragnhild J. Tveit, Eva Gjengedal og Målfrid Råheim
<b>År</b>	2012
<b>Land</b>	Norge
<b>Tidsskrift</b>	Health Care for Women International
<b>Tittel</b>	Living in a Changed Female Body After Gynecological Cancer
<b>Hensikt</b>	Utdype hvordan kvinner erfarer å leve i en endret kvinnelig kropp 5-6 år etter behandling for gynekologisk kreft.
<b>Metode</b>	Kvalitativ beskrivende og fortolkende metode med fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Dybdeintervju.
<b>Deltagere/Frafall</b>	16 kvinner mellom 39 og 66 år som hadde overlevd gynekologisk kreft og avsluttet behandling for over 5 år siden. De ble rekruttert fra en poliklinikk fra Universitetssykehuset i Norge.
<b>Hovedfunn</b>	Kvinnene erfarte at endringer førte til en opplevelse av at kroppen var ukjent og at de ikke kunne stole på den. Følelse av tomhet og at noe manglet var typisk rett etter kirurgi. Mange kvinner uttalte at de opplevde tap, følelse av ufullstendighet og sorg rundt det å få fjernet noe av kroppen samt å bli infertil. Nesten alle kvinnene erfarte problemer knyttet til seksualitet etter behandling, både fysisk og psykisk. Tørrhet, sårhet og smerte under samleie, og frykt for dette var blant problemene. Mange mistet også sin libido. Følelsen av å ikke kunne elske sin partner like fullstendig som før var også tungt. Noen følte at de hadde mistet sitt seksuelle liv totalt, mens enkelte hadde funnet løsninger som gjorde at de fortsatt kunne ha et seksualliv. Frykt for tilbakefall var også blant funnene.
<b>Etisk vurdering</b>	Godkjent av Regional Committees for Medical and Health Research Ethics. Kvinnene ble informert om at deltagelse i studien var frivillig og at de kunne trekke seg fra studien når som helst. De skrev under samtykke for at intervjuene skulle bli tatt opptak av og alle deltagerne ble anonymisert.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Kvalitetsvurdert ved bruk av sjekklister, samt at hovedfunn er sammenlignet med andre studier. Pn: 2

<b>Artikkel 4</b>	
<b>Forfattere</b>	Sekse, Ragnhild Johanne Tveit, Maalfrid Raaheim, Gunnhild Blaaka og Eva Gjengedal
<b>År</b>	2009
<b>Land</b>	Norge
<b>Tidsskrift</b>	Scandinavian Journal of Caring Sciences
<b>Tittel</b>	Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynecological cancer.
<b>Hensikt</b>	Å få en dypere forståelse av langtidsoverlevende sine erfaringer fem år etter behandling for gynekologisk kreft og hvordan de erfarte kreftbehandling.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie med fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Dybdeintervju.
<b>Deltagere/frafall</b>	16 kvinner fra 39-66 år, som ikke hadde hatt metastaser eller residiv gynekologisk kreft etter behandling for fem år siden. Livmorhalskreft (2), livmorkreft (11), eggstokkreft (3).
<b>Hovedfunn</b>	Kvinnene erfarte utfordringer i deres hverdag etter å ha gjennomgått behandling for gynekologisk kreft. Deres liv var dominert av spenningen mellom personlig utvikling og frykt for tilbakefall. De erfarte også kroppslige utfordringer som utfordret seksuallivet. Det var blant annet problemer med smerte relatert til tørrhet i vagina, infertilitet og overgangsalder. Flere delte også deres følelse av å være alene med tanke på å ikke få tilstrekkelig informasjon og veiledning etter behandlingen.
<b>Etisk vurdering</b>	The Regional Medical Research Committee godkjente studien. Vurderingen ble gjort i samsvar med retningslinjene til Norwegian Social Science Data Services. Intervjuene ble anonymisert.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekkliste for kvalitativ forskning. Funnt i studien er sammenlignet med andre studier. Publiseringsnivå 1.

<b>Artikkel 11</b>	
<b>Forfattere</b>	Sekse, Ragnhild. J. T., Målfrid Råheim & Eva Gjengedal
<b>År</b>	2014
<b>Land</b>	Norge
<b>Tidsskrift</b>	Health Care for Women International
<b>Tittel</b>	Shyness and Openness – Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer
<b>Hensikt</b>	Å se nærmere på hvordan kvinnene beskrev deres måte å håndtere seksuelle endringer og intimitet på, og hvordan dialog med helsepersonell med slike spørsmål fant sted.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode med fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Dybdeintervju.
<b>Deltagere/frafall</b>	16 kvinner fra 39-66 år som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft for minst fem år siden, uten tilbakefall.
<b>Hovedfunn</b>	Gynekologisk kreft førte til store kroppsendringer, som har gitt konsekvenser for kvinnenes seksuelle liv og intimitet. Kvinnene hadde behov for informasjon og forståelse for sine kroppslige endringer samt seksualitet knyttet til de. Beskjedenhet omkring temaet preget både kvinnene og helsepersonell. Kvinnene erfarte at helsepersonell ikke tok initiativ til å snakke om temaet, men hadde et ønske om at de skulle gjøre det. Kvinnene som prøvde å åpne seg og ta initiativ til å snakke om tema ble ofte møtt med korte svar og ingen initiativ til videre samtale. Dette førte ofte til at kvinnene følte på skam, og mistet gjerne motet til å ta opp tema på nytt. Kvinnene følte seg alene i prosessen.
<b>Etisk vurdering</b>	Etisk godkjenning ble innhentet av Regional Committee for Medical and Health Research Ethics. Kvinnene ble informert om frivillig deltagelse og at de kunne trekke seg når som helst. Skriftlig samtykke ble innhentet. Alle deltakerne ble anonymisert i studien.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Kvalitetsvurdert ved bruk av sjekklister for kvalitative studier, samt at funn er sammenlignet med andre artikler. Publiseringnivå: 2.

<b>Artikkel 14</b>	
<b>Forfattere</b>	Solbrække, Kari Nyheim og Hilde Bondevik
<b>År</b>	2015
<b>Land</b>	Norge
<b>Tidsskrift</b>	International Journal og Qualitative Studies on Health and Well-being
<b>Tittel</b>	Absent organs – Present selves: Exploring embodiment and gender identity in young Norwegian women's accounts of hysterectomy
<b>Hensikt</b>	Utforske hvordan yngre kvinner i Norge konstruerer deres legemliggjørelse og følelse av selvtillit etter hysterektomi.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode med bred fenomenologisk tilnærming. Dybdeintervju som ble analysert med narrativ tilnærming.
<b>Deltagere/frafall</b>	8 etnisk norske kvinner mellom 25 og 43 år som hadde gjennomgått hysterektomi i løpet av i de siste 3 årene.
<b>Hovedfunn</b>	To motstridende historier angående tema skilte seg ut, derfor ble disse funn i studien. Den ene kvinnen uttalte at de fjernet det som gjorde henne til en kvinne. Hun følte at hun tok fra partneren mulighet til å få barn sammen. Kvinnen følte skyld med tanke på dette og at mannen hennes ikke lenger hadde samme seksuallyst. Hun følte seg mindre feminin og opplevde sorg. Den andre kvinnen følte seg mer kvinnelig uten livmor etter kirurgisk fjerning. Hun hadde barn fra før og fikk et nytt liv etter operasjon da hun ble kvitt ukontrollerte blødninger. Det eneste negative var vektøkning. Hun følte seg mer fri da hun slapp å tenke på å ta med seg ekstra klesskift og å sove med bleie. Disse to historiene viser kontraster over hvordan det kan oppleves å gjennomføre behandling for gynekologisk kreft og at alder og ønsker om barn spiller en rolle.
<b>Etisk vurdering</b>	Etisk godkjent av Regional Committee for Medical and Health Research Ethics. Deltagerne ble anonymisert med andre navn.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Kvalitetsvurdert ved bruk av sjekkliste, samt at hovedfunn er sammenlignet med andre studier. Publiseringsnivå: 1



<b>Artikkel 2</b>	
<b>Forfattere</b>	Vermeer, Willemijn M., Rinske M. Bakker, Gemma G. Kenter, Anne M. Stiggelbout og Moniek M. Ter Kuile
<b>År</b>	2015
<b>Land</b>	Nederland
<b>Tidsskrift</b>	Support Care Cancer
<b>Tittel</b>	Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support.
<b>Hensikt</b>	Vurdere erfaringer med seksueldysfunksjon, psykoseksuell støtte og behov for psykoseksuell helsehjelp blant livmorhalskreftoverlevende og deres partner.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode med semi-strukturert intervju
<b>Deltagere/frafall</b>	30 kvinner fra 34-68 år og 12 partnere fra 31-54 år som hadde erfart behov for ytterligere informasjon og hjelp deltok i studien.
<b>Hovedfunn</b>	Her har vi bare tatt med kvinnenenes erfaringer og ikke partner. Mange kvinner erfarte en eller flere seksuelle dysfunksjoner som ofte forårsaket negative følelser som blant annet angst eller smerte. De fleste deltagerne rapporterte at de hadde blitt spurt om deres seksuelle funksjon etter behandling, selv om oppmerksomheten på temaet ofte var begrenset og medisinsk orientert. Flere hadde latt være å oppsøke hjelp fordi de så på seksualitet som et tabubelagt tema. De rapporterte mangel på informasjon om behandlingens konsekvenser, praktiske råd om å håndtere dysfunksjoner og en forsikring om at det var vanlig å erfare seksuell dysfunksjon.
<b>Etisk vurdering</b>	The LUMC Medical Ethical Committee godkjente studien. Deltagerne var anonymisert.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Kvalitetsvurdert ved bruk av sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning. Funnet i studien er sammenlignet med andre studier. Publiseringsnivå: 1

<b>Artikkel 6</b>	
<b>Forfattere</b>	Wilmoth, Margaret C., Elizabeth Hatmaker-Flanigan, Vanessa LaLoggia og Traci Nixon
<b>År</b>	2011
<b>Land</b>	USA
<b>Tidsskrift</b>	Oncology Nursing Forum
<b>Tittel</b>	Ovarian Cancer Survivors: Qualitative Analysis of the Symptom of Sexuality
<b>Hensikt</b>	Å bedre forstå endringer i seksualitet som resultat av behandling fra pasientperspektivet, for å lære hvordan kvinner håndterer disse endringene i seksualitet, og å identifisere hvilken informasjon de vil ha fra sykepleiere om disse symptomene.
<b>Metode</b>	Kvalitativ beskrivende metode, med individuelle intervju av 8 deltagere og fokusgrupper med 5 deltagere. Semi-strukturert intervju.
<b>Deltagere/frafall</b>	8 kvinner mellom 33 og 69 år som på tidspunktet var under behandling eller hadde gjennomgått behandling for eggstokkreft. 5 kvinner mellom 40 til 75 år, deres status varierte fra ny diagnostisert (1), kreftfri (3) til terminalt syk av eggstokkreft (1).
<b>Hovedfunn</b>	Vi har bare tatt med funn fra kvinner som hadde gjennomgått behandling fra studien. Uansett alder og sivilstatus rapporterte kvinner at behandling for eggstokkreft hadde skadelig påvirkning på deres seksualitet, og at forandringene ga de en følelse av at de ikke lenger var hel. Mekaniske forandringer forårsaket av kirurgi, hormonelle endringer og andre fysiologiske, psykologiske og sosiale faktorer påvirket også seksualiteten. Ingen av deltagerne rapporterte å ha mottatt informasjon om endringer som kunne skje knyttet til seksualiteten.
<b>Etisk Vurdering</b>	Carolinas Medical Center og University of North Carolina-Charlotte godkjente gjennomføring av studien.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Kvalitetsvurdert ved hjelp av sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning. Funnt i studien er sammenlignet med andre studier. Publiseringsnivå: 1

#### Vedlegg 4: Våre hovedfunn fra artiklene

Artikkel	Endret seksual-funksjon	Nedsatt libido	Redusert seksualliv	Fysiske endrin-ger	Psykiske reaksjon-er	Følelse av å være alene	Frykt	Konsekve-nser for kroppsbil-de og følelse av å være kvinne	Innvirkn-ing på partnerf-orhold	For lite eller ingen Informa-sjon	Positive funn
1	X		X	X			X				X
2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
3	X	X	X	X	X		X	X	X	X	
4	X		X	X		X	X	X		X	X
5	X		X	X	X		X	X	X		X
6	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
7	X	X	X	X	X		X			X	X
8	X		X	X	X		X	X			X
9	X		X	X		X		X	X	X	
10	X		X	X	X	X	X			X	X
11	X		X	X	X	X			X	X	
12	X	X	X	X	X		X	X			
13	X	X	X	X				X		X	
14			X	X	X			X	X		X

Fargekoding:

**Rød:** Funnsom går under hovedfunnet: psykiske reaksjoner i tiden etter behandling

**Blå:** Funnsom går under hovedfunnet: endret seksualfunksjon

**Svart:** Andre hovedfunn i artiklene

## Vedlegg 5: Eksempel på sjekkliste

Artikkel: Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support.

### SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?  
Hva forteller resultatene?  
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

## INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p><b>1. Er formålet med studien klart formulert?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Er det oppgitt en problemstilling for studien?</i></li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td><b>Ja</b></td> <td><b>Uklart</b></td> <td><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> </table> <p>Hensikten med studien var å undersøke erfaringer med seksuell dysfunksjon, psykoseksuell støtte og behov for psykoseksuell helsehjelp blant livmorhalskreftoverlevende.</p>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	X	O	O
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>					
X	O	O					
<p><b>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</i></li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td><b>Ja</b></td> <td><b>Uklart</b></td> <td><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> </table> <p>Studien har som mål å undersøke erfaringer.</p>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	X	O	O
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>					
X	O	O					

## KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p><b>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</b></p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</i></li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td><b>Ja</b></td> <td><b>Uklart</b></td> <td><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> Utvalg, måte å samle inn og analysere data på er beskrevet og begrunnet.</p>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	X	O	O
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>					
X	O	O					
<p><b>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</b></p> <p><i>TIPS:</i> <i>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)?</i></li> <li>• <i>Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta?</i></li> <li>• <i>Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)?</i></li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td><b>Ja</b></td> <td><b>Uklart</b></td> <td><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b> 54 kvinner invitert til å delta, noen takket nei på grunn av at tema var for intimitet. 30 kvinner deltok, alle ble spurt om å ha med partner, 26 kvinner hadde partner, men bare 12 ble med i studien. (Vi inkluderte bare kvinnens erfaringer.) Utvalget ble innhentet gjennom Medical Center Amsterdam. Karakteristika er beskrevet i egen tabell.</p>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	X	O	O
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>					
X	O	O					



<p><b>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</b></p> <p><i>TIPS:</i>            Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er metoden som ble valgt god for å belyse problemstillingen?</li> <li>• Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier, intervjuer, dokumentanalyse?</li> <li>• Er måten data ble samlet inn på beskrevet? (intervjuguide)</li> <li>• Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?</li> </ul>	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Uklart</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>X</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Kommentar:</b>            Ja, semistrukturerte intervju, ansikt til ansikt. Data ble samlet inn ved hjelp av en intervjuguide, som er vist i artikkelen.</p>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O
Ja	Uklart	Nei					
X	O	O					
<p><b>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</b></p> <p><i>TIPS:</i>            En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.).</li> <li>• Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)?</li> <li>• Er motstridende data tatt med i analysen?</li> <li>• Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til?</li> </ul>	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Uklart</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>X</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Kommentar:</b>            Hvordan analysen ble gjennomført er tydelig redegjort for. Motstridende data er tatt med, og man ser en sammenheng mellom innsamlede data og kategorier som forskerne har kommet fram til.</p>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O
Ja	Uklart	Nei					
X	O	O					
<p><b>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</b></p> <p><i>TIPS:</i>            Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor?</li> <li>• Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn?</li> </ul>	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Ja</th> <th>Uklart</th> <th>Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>X</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Kommentar:</b>            Ja            Ja</p>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O
Ja	Uklart	Nei					
X	O	O					

<p><b>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</b></p> <p><i>TIPS:</i>  <i>Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares tilfredsstillende.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?</i></li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td><b>Ja</b></td> <td><b>Uklart</b></td> <td><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b>  Ja, det er benyttet andre kilder for å underbygge funnene.</p>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	X	O	O
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>					
X	O	O					
<p><b>9. Er etiske forhold vurdert?</b></p> <p><i>TIPS:</i>  • <i>Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)?</i>  • <i>Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komitee?</i></p>	<table border="0"> <tr> <td><b>Ja</b></td> <td><b>Uklart</b></td> <td><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b>  Studien ble forelagt etisk komitee: Lumc Medical Ethical Committee.</p>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	X	O	O
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>					
X	O	O					

#### HVA ER RESULTATENE?

<p><b>10. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Kan du oppsummere hovedfunnene?</i></li> <li>• <i>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</i></li> </ul>	<table border="0"> <tr> <td><b>Ja</b></td> <td><b>Uklart</b></td> <td><b>Nei</b></td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> </table> <p><b>Kommentar:</b>  Ja, hovedfunnene er oppsummert og diskutert.</p>	<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>	X	O	O
<b>Ja</b>	<b>Uklart</b>	<b>Nei</b>					
X	O	O					

#### KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p><b>11. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</b></p> <p><i>TIPS:</i>  <i>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Kan resultatene hjelp meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</i></li> <li>• <i>Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</i></li> </ul>	<p><b>Kommentar:</b></p> <p>Ja, vi kan lettere forstå og få økt kunnskap om hvordan kvinner erfarer sin seksualitet etter behandling for gynekologisk kreft. Dermed kan vi lettere hjelpe disse kvinnene.</p>
---	---