



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Gynekologisk kreft og seksuell helse/Gynecological cancer and sexual health**

**Kandidatnr: 23 og 55**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 80**

**Molde, 31.05.2019**



## 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 URKUND, 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"/>

# Personvern

## Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

## Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer: 29.05.2019

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder:

## 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.

Oppgaver 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

Dato: 29.05.2019

**Antall ord:** 11 014

**Forord**

*Sykdommen er smertefri  
det er kuren som gjør vondt*  
- Katharine Whitehorn

## **Sammendrag**

### *Bakgrunn*

Gynekologisk kreft er en av de hyppigste kreftformene som rammer kvinner årlig. I 2016 ble 1786 kvinner diagnostisert med gynekologisk kreft. Gjennom god behandling blir de fleste kreftfrie. Kvinner kan få negative konsekvenser etter behandling relatert til seksuell helse.

### *Hensikt*

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hvordan gynekologisk kreft og behandling av denne kan påvirke kvinners seksuelle helse, og hvordan sykepleiere bedre kan informere og følge opp kvinnenens seksuelle helse etter behandling av gynekologisk kreft.

### *Metode*

En litteraturstudie med systematiske søk, basert på 10 kvalitative forskningsartikler.

### *Resultat*

Våre funn viser at kreftbehandling forårsaket både fysiske og psykiske forandringer relatert til seksuell helse. Kvinnene følte på skam rundt de negative konsekvensene fra behandlingen og følte det var et tabubelagt tema. Kvinnene i vår studie opplevde å ha mottatt utilstrekkelig informasjon om konsekvensene av kreftbehandlingen.

### *Konklusjon*

Det er ingen videreutdanning i gynekologisk kreft, og dette er noe vi mener burde opprettes. Rammeplanen til sykepleien inneholder ikke seksuell helse og seksualitet, og vi mener det burde komme i fokus under utdanningen. Vi anbefaler også at kvinner blir henvist til sexolog etter endt behandling.

### *Nøkkelord*

Gynekologisk kreft, seksuell helse, behandling, erfaringer

## **Abstract**

### *Background*

Gynecological cancer is one of the most common forms of cancer that affects women annually. In 2016, 1786 women were diagnosed with gynecological cancer. Through good treatment most people are cancer-free. Women can have negative consequences after treatment related to sexual health.

### *Purpose*

The purpose of this literature study was to elucidate how gynecological cancer and its treatment can affect women's sexual health and how nurses can better inform and follow up on women's sexual health after treating gynecological cancer.

### *Method*

A literature study with systematic searches, based on 10 qualitative research articles.

### *Result*

Our findings show that cancer treatment caused both physical and mental changes related to sexual health. The women felt ashamed of the negative consequences of the treatment and felt it was a taboo theme. The women in our study experienced receiving insufficient information on the consequences of the cancer treatment.

### *Conclusion*

There is no further education in gynecological cancer, and this is something we believe should be created. The framework plan for nursing does not contain sexual health and sexuality, and we believe it should come into focus during the education. We also recommend that women be referred to a sexologist after finishing treatment.

### *Keywords*

Gynecological cancer, sexual health, treatment, experiences

## **Innhold**

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Begrunnelse for valg av tema .....	1
1.2	Hensikt.....	1
<b>2.0</b>	<b>Teoribakgrunn</b> .....	<b>3</b>
2.1	Gynekologisk kreft .....	3
2.2	Behandling og bivirkninger av gynekologisk kreft .....	5
2.3	Seksuell helse .....	8
<b>3.0</b>	<b>Metode</b> .....	<b>9</b>
3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	9
3.2	Datainnsamling/søkehistorikk .....	9
3.3	Kvalitetsvurdering .....	10
3.4	Etisk hensyn .....	11
3.5	Analyseprosessen .....	11
<b>4.0</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>13</b>
4.1	Endret seksuell funksjon .....	13
4.2	Psykiske reaksjoner etter behandling av gynekologisk kreft .....	15
4.3	Endret kroppsbilde .....	16
4.4	Innvirkning på partnerforholdet .....	17
4.5	For lite eller ingen informasjon .....	18
<b>5.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>21</b>
5.1	Metodediskusjon .....	21
5.2	Resultatdiskusjon.....	24
5.2.1	Fysiske faktorer som påvirker kvinners seksualitet .....	24
5.2.2	Skam, tabu, frykt, angst og usikkerhet knyttet til seksuell helse .....	26
5.2.3	Endret kroppsbilde, selvilde og identitet.....	28
5.2.4	Positive og negative innvirkninger på partnerforholdet.....	30
5.2.5	Tørre å spørre!.....	31
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>35</b>
6.1	Videre forskning .....	35



# 1.0 Innledning

## 1.1 Begrunnelse for valg av tema

I 2015 ble 1786 norske kvinner diagnostisert med gynekologisk kreft (Oncolex 2017). Gjennom god behandling, som består av kjemoterapi, strålebehandling og kirurgi blir de fleste kreftfri etter endt behandling (Nakken 2017, 388. Jetne 2017, 400). Pasientene får derimot lite informasjon og kunnskap om hvilke konsekvenser behandling av gynekologisk kreft kan gi for deres seksuelle helse (Jerpseth 2016, 141). Gynekologisk kreft og nedsatt seksuell funksjon har vist seg å være et tabubelagt tema for mange pasienter (Jacobsen 2017, 604).

I en studie av Dariusz Iżycki, Katarzyna Woźniak og Natalia Iżycka (2016) kommer det fram at behandlingen av gynekologisk kreft ofte er forbundet med redusert seksuell helse. Diagnosen gynekologisk kreft og de følgende konsekvensene av behandlingen endrer seksuallivet til kvinner og deres partnere. Disse konsekvensene skyldes ofte fjerning av reproduktive organer eller kjemo- og strålebehandling. Smerter under samleier og tidlig overgangsalder er de vanligste konsekvensene som er rapportert av kvinner. Kvinner har også rapportert om nedsatt livskvalitet relatert til sykdommen og behandlingen.

Som sykepleiere kan vi møte disse kvinnene i helsevesenet. Vi ønsker gjennom vår litteraturstudie å lære mer om de ulike konsekvensene som kan oppstå etter behandling, og hvilke tiltak som kan styrke verdighet og mestring hos disse kvinnene. Vi har valgt å ha fokus på pasientperspektivet. Vi ønsker å belyse kvinnenes opplevelser og erfaringer knyttet til seksuell helse etter behandling av gynekologisk kreft. Vi ønsker å dele kunnskapen vi har fått i sykepleiestudiet med dem som blir rammet av gynekologisk kreft og med kollegaer/behandlere, og dermed bidra til et enda bedre og bredere tilbud til denne pasientgruppen.

## 1.2 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hvordan gynekologisk kreft og behandling av denne kan påvirke kvinners seksuelle helse, og hvordan sykepleiere bedre

kan informere og følge opp kvinnenes seksuelle helse etter behandling av gynekologisk kreft.

## **2.0 Teoribakgrunn**

### **2.1 Gynekologisk kreft**

Gynekologisk kreft er en fellesbenevnelse for eggstokk-, eggledere og bukhinne-, livmorhals- og livmorkreft. Behandlingsformene består av kirurgi, strålebehandling og kjemoterapi, som ofte gis i kombinasjon med hverandre (Nakken 2017, 386).

#### **Kreft i livmorhalsen**

Livmorhalskreft er i mange utviklingsland den hyppigste kreftformen hos kvinner, imens kreftformen ligger på trettende plass i Norge. Sykdommen er forårsaket av humant papillomavirus (HPV). Forekomsten av HPV variere med alderen, men er sjelden hos kvinner som har passert 30 år, samt lever i et stabilt parforhold (Kristensen 2017, 592).

Livmorhalskreft oppstår i overgangssonen mellom sylinderepitel og plateepitelet. I tidlig stadium gir det ingen symptomer. De vanligste symptomene er uregelmessig blødning, blødning i forbindelse med samleie, uremi, blodtilblandet utflod, smerter, anemi, vekttap, appetittløshet og/eller tretthet. Diagnosen stilles ved cytologisk undersøkelse, biopsi og kolposkopi. Det tas også CT av thorax, buken og bekkenet for å vurdere spredning til lungene, lymfeknuter eller andre organer (Kristensen 2017, 593).

#### **Kreft i livmoren**

Livmorkreft rammer stort sett kvinner som har kommet i overgangsalderen. Blødning eller brunlig utflod er de vanligste symptomene på kreft i livmor (Kreftforeningen 2019a). Diagnosen stilles ved gynekologisk undersøkelse og transvaginal ultralydundersøkelse, sammen med andre bildeundersøkelser. Krefttypen behandles med kirurgi, der kjemoterapi benyttes, samt stråle- og hormonterapi. Hos de fleste kvinner oppdages sykdommen tidlig, og muligheten for helbredelse er derfor god (Jerpseth 2016, 153).

#### **Kreft i eggstokkene, eggleder og bukhinnen**

Ved eggstokkreft, egglederkreft og bukhinnekreft er histologien og behandlingen den samme, og vil derfor omtales under fellesbetegnelsen ovariecancer. I Norge er ovariecancer den niende hyppigste kreftsykdommen. Ovariecancer rammer kvinner i alle aldre, men er hyppigst hos kvinner som har menopausen (Kristensen 2017, 588).

Blant de maligne gynekologiske svulstene, er ovariecancer den som har den høyeste dødeligheten, med en femårs relativ overlevelse på 44,5%. Kreftformen er arvelig hos kvinner som har genfeil i BRCA1 eller BRCA2 i familien. Det kan også oppstå hos ikke-genetiske predisponerte, men årsaken til dette er ukjent. Antall eggløsninger kvinnen har synes imidlertid å være av betydning, fordi hyppigheten av eggstokkreft er betydeligere lavere hos kvinner som har brukt p-piller gjennom flere år, eller har født mange barn (Kristensen 2017, 588).

Eggstokkreft gir ingen symptomer i tidlig stadium, og derfor har  $\frac{3}{4}$  tilfeller utviklet seg til stadium III-IV før diagnosen stilles. Symptomene er ofte diffuse og kan derfor antyde andre sykdommer. Ved diagnosetidspunktet har kvinnen ofte ascites. Utspilt buk, buksmerter, nedsatt appetitt, kvalme og tretthet er symptomer som kan oppstå. Symptomer som at pasienten kjenner en kul i magen, trykk i underlivet, hyppig vannlatning, smerter ved samleie eller uterusprolaps, kan antyde malign, gynekologisk sykdom (Kristensen 2017, 589).

Diagnosen stilles ved vaginal ultralydundersøkelse, og ved mistanke om ovariecancer tas CT av thorax, abdomen og bekkenet. Den endelige diagnosen baseres på histologisk undersøkelse av vev ved bruk av biopsi eller operasjon (Kristensen 2017, 590).

### **Kreft i de ytre kjønnsorganer**

Kreft i kvinnens ytre kjønnsorgan er en sjelden krefttype. Gjennomsnittsalderen for de som får denne diagnosen er 65 år. Hovedårsaken er ukjent. Det finnes to typer. Den ene er forbundet med HPV-viruset og kan ses hos yngre kvinner. Den andre typen ses hos eldre kvinner som har hatt atrofiske hudforandringer i vulva som gir utslett, kløe, smerte og ubehag rundt kjønnsåpningen i lengre tid før forekomsten av kreften. Besvær med kløe og svie over lengre tid, samt at pasienten kjenner en kul, kan være symptomer på denne krefttypen. Diagnosen stilles ved gynekologisk undersøkelse, biopsi og kolposkopi, å undersøke lymfeknuter ved å palpere, røntgen av lungene, CT-, MR eller ultralyd for å utelukke metastaser. Prognosen for femårsoverlevelse for stadium I-IV er henholdsvis 80%, 60%, 50% og 20% (Kristensen 2017, 597).

### **Kreft i skjeden**

Kreft i skjeden forekommer sjelden, og utgjør kun 1-2% av gynekologiske krefttilfeller. Gjennomsnittsalderen for sykdommen ligger på omkring 60 år. Årsaken er ukjent, men HPV-viruset viser seg å ha en sammenheng. Vaginalblødning eller utflod kan gi mistanke, og diagnosen stilles ved gynekologisk undersøkelse, biopsi, cytologisk prøve og kolposkopi. Prognosen er femårsoverlevelse for stadium I-IV er henholdsvis 80%, 60%, 50% og 20% (Kristensen 2017, 596).

## **2.2 Behandling og bivirkninger av gynekologisk kreft**

Behandling av gynekologisk kreft er i hovedsak kirurgi, med fjerning av det aktuelle området som er rammet av kreftceller. Strålebehandling, hormonbehandling og cellegift er også behandlingsformer som vanligvis blir benyttet. Behandlingen varierer avhengig av hvilken krefttype kvinnen blir diagnostisert med, samt hvilket stadium sykdommen er i (Nakken 2017, 378)

### **Kirurgi**

Kirurgi er en kurativ behandlingsform for pasienter med solide kreftsvulster, enten alene eller i kombinasjon med strålebehandling og/eller legemiddelbehandling. Målet med kirurgi er å fjerne svulsten med en adekvat margin av normalvev og med så lite skadeomfang for pasienten som mulig (Nakken 2017, 378).

Ved gynekologisk kreft er standardinngrepet å fjerne de områdene som er affisert, blant annet livmor, eggstokker og eggledere og kjønnslepper avhengig av hvilke typer kreftform de har. Ved risiko for mikroskopisk spredning til lymfeknuter, vil de også bli fjernet. Pasienter som ikke har spredning utenfor eggstokkene eller egglederne, har totalt sett en god prognose i motsetning til pasienter som har påvist spredning (Kristensen 2017, 590). Ifølge Nakken (2017, 378) er hele 80 prosent av pasientene som kureres for kreft kirurgisk behandlet.

## **Strålebehandling**

Strålebehandling er den andre hovedbehandlingsformen ved kreft. Mellom 40-55% av kreftpasienter vil behandles med strålebehandling i løpet av sykdomsperioden.

Strålebehandling blir brukt til både kurativ- og palliativbehandling. Pasienter i palliativfase vil ha behov for strålebehandling flere ganger gjennom sykdomsperioden (Jetne 2017, 400).

Strålebehandling går i hovedsak ut på å fjerne rester av svulstvev som kirurgen ikke har fått fjernet ved kirurgi. Pasienten kjenner ikke noe under selve strålingen ettersom energimengdene er for små. Denne behandlingsformen benyttes ved de fleste kreftformene, både ved dyptliggende og overflatiske svulster. Strålens virkning på cellene er at de skader cellenes arvestoff, celledelingen hemmes og cellene dør (Jetne 2017, 405). Medisinsk tradisjon og mangel på strålebehandlingsutstyr kan være noen av årsakene til at behandlingens utbredelse varierer fra land til land (Jetne 2017, 400).

## **Kjemoterapi**

Kjemoterapi, også kalt cellegift, er medisiner som brukes for å bekjempe og drepe kreftceller. Kjemoterapi, samt kirurgi og strålebehandling er en av grunnpilarene i moderne kreftbehandling (Nakken 2017, 385).

Kjemoterapi kan brukes alene eller i kombinasjon med kirurgi og/eller strålebehandling og/eller hormonbehandling. Vanligvis brukes det som en tilleggsbehandling etter kirurgi, og kan forlenge pasientens liv og forhindre tilbakefall. I kombinasjon med strålebehandling kan den også øke overlevelsen. Til tross for stor suksess, er kjemoterapi en av de mest toksiske legemidlene vi har i medisinen. Det er en kort vei fra effekt til svært alvorlige bivirkninger. Det er derfor viktig at kjemoterapi administreres av helsepersonell med høy kompetanse (Nakken 2017, 392).

Hovedprinsippet ved kjemoterapi er å utnytte forskjellen mellom kreftsvulster og normalvev. Dosene har smal terapeutisk bredde, altså er det liten forskjell mellom liten, passe og for høy dose. Er dosen for lav, vil den ikke ha noe effekt på tumor, og er dosen for høy forekommer uakseptable bivirkninger (Nakken 2017, 390).

### **Bivirkninger ved behandlingene for gynekologisk kreft**

Behandlingene for gynekologisk kreft kan medføre fjerning av organer, hormonforandringer, infertilitet og for tidlig overgangsalder. Det kan også føre til alvorlige bivirkninger i form av skade på slimhinnene i blæra, tarmen og skjeden (Jacobsen 2017, 606). Behandlingene kan medføre redusert livskvalitet, og problemer av fysisk og psykisk karakterer, som blant annet relasjonsproblemer, isolasjon, endret livssituasjon, problemer med identitet og angst (Jacobsen 2017, 605).

Det kan oppstå bivirkninger ved kirurgisk behandling for gynekologisk kreft. Ved fjerning av livmoren vil også livmorhalsen og øverste del av skjeden bli fjernet, noe som medfører forkortet skjede, og som vil kunne merkes under samleie. Ved bruk av kirurgi fjernes også eggstokkene, mens strålebehandlingen og kjemoterapi gir bortfall av eggstokkenes funksjon. Manglende eggstokkfunksjon vil føre til at kvinner kommer i overgangsalderen (uavhengig av alder), noe som gir symptomene hetetokter og tørre slimhinner. Mange kvinner er ikke opplyst om mulige bivirkninger, og stiller følgelig helt uforberedt på denne senkomplikasjonen (Jacobsen 2017, 605).

Både stråle- og hormonbehandling kan gi tørre og såre slimhinner i skjeden, noe som kan være smertefullt og kan gi økt infeksjonsfare. Det kan også føre til diaré og malabsorpsjonsproblematikk i tarmen, samt gi smerte, cystittplager og infeksjonsfare i blæren. Enkelte kvinner kan også oppleve fisteldannelse i blæra, tarmen eller skjeden til andre organer i bekkenet. Dette kan gi store problemer som siving av urin eller avføring, økt infeksjonsfare, plager med utflod og lukt, noe som kan vanskeliggjøre seksuallivet. Lymfeødem kan oppstå etter fjerning av lymfekjertler i bekkenet (Jacobsen 2017, 605).

## 2.3 Seksuell helse

Seksualitet er et grunnleggende behov. Alle mennesker har et behov for å få en bekreftelse på sin egen seksualitet, da seksualiteten er en grunnstein for selvbilde og hvordan vi oppfatter oss selv (Jerpseth 2016, 140).

WHO's arbeidsdefinisjon på seksuell helse:

En tilstand av fysisk, emosjonelt, mentalt og sosialt velvære i forhold til seksualitet; det er ikke bare fraværet av sykdom, dysfunksjon eller svakhet. Seksuell helse krever en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle forhold, samt muligheten for å ha behagelige og sikre seksuelle opplevelser, uten tvang, diskriminering og vold. For seksuell helse skal oppnås og opprettholdes, må alle menneskers seksuelle rettigheter respekteres, beskyttes og oppfylles (World Health Organization [WHO], 2006).

Seksuelle problemer kan være store og sammensatte, og kan skyldes både psykiske, fysiske og sosiale forhold. Seksualitet bør oppleves som noe meningsfylt. Seksualitet er knyttet til samkvem, følelser, intimitet og identitet (Jerpseth 2016, 140).

### **Selvbilde og kroppsbilde**

Ifølge Jacobsen (2017, 607) er selvbildet komplekst, ettersom det omfatter utseendet, opplevelsen av å ha en verdig kropp og kroppsfunksjonalitet, det å fungere sosialt, beherske ulike roller og det å kunne mestre en ny og endret livssituasjon. Alle disse faktorene er grunnleggende for å kunne opprettholde et godt selvbilde. Kroppsbildet er den enkeltes subjektive vurdering av egen kropp, og legger grunnlaget for å kunne leve godt med seg selv. Det skaper et bilde av hvordan vi ser oss selv (Renolen 2008, 121). Kroppsbildet kan endres, og kan oppfattes som mer sårbart, fremmed og problematisk ved sykdom (Jacobsen 2017, 136).



## 3.0 Metode

Vi har ved denne litteraturstudien fulgt retningslinjer for bacheloreksamen i sykepleie (Eines 2018). I dette kapitlet har vi presentert datainnsamling, kvalitetsvurdering, etiske hensyn og analyse av våre funn.

### 3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi har utarbeidet følgende inklusjons og eksklusjonskriterier for å finne ut hvilke artikler vi skulle inkludere eller ekskludere i søkeprosessen.

Inklusjonskriterier:

- Artikler med pasientperspektiv
- Artikler på norsk, dansk og engelsk
- Kvalitative forskningsartikler
- Alle typer gynekologisk kreft
- Gjennomgått behandling for gynekologisk kreft
- Fagfellevurdert
- Originale artikler

Eksklusjonskriterier:

- Sykepleieperspektiv
- Pårørendeperspektiv
- Review artikler

### 3.2 Datainnsamling/søkehistorikk

Med utgangspunkt i vår hensikt med denne litteraturstudien brukte vi et PICO-skjema for å strukturere våre søkeord. Vi gjorde søk i databasene Ovid Medline og Google Scholar og kom frem til artiklene i vedlegg 1.

Et PICO-skjema brukes for å dele opp spørsmålene, slik at søket blir mer hensiktsmessig og strukturert. I et PICO-skjema står hver bokstav for bestemte elementer som ofte er med i et klinisk spørsmål (Nortvedt et.al 2013, 33).

**P** står for pasient eller problem. Her skal det stå om hvilken type pasient eller pasientgruppe det kliniske spørsmålet handler om.

**I** står for intervention og her skal det stå hvilket tiltak vi ønsker å vurdere. Det er viktig at intervensjon kan tolkes på flere måter her; det være alt fra råd til pasientene eller det kan være forbyggende tiltak man gjør daglig for pasientgruppen.

**C** står for comparison, og her skal eventuelle tiltaket du ønsker å sammenligne oppstilles.

**O** står for outcome. Her skal eventuelle utfall eller endepunkter settes opp. Hva er det en ønsker å oppnå eller vurdere? (Nortvedt et.al 2013, 33). Vi har brukt et PICO-skjema, men valgte å ekskludere C da vi ikke skulle sammenligne funn.

Vi valgte å kombinere søkeord, og brukte kombinasjonsord eller boolske søk. Dette er for å enten avgrense eller utvide søket vårt. Da vi ønsket å utvide søket vårt brukte vi OR. Dette for at søket gir treff på artikler som inneholder enten det ene eller det andre søkeordet. Da vi ønsket å avgrense søket vårt brukte vi AND. Da fikk vi kun få treff på artikler som inneholdt begge søkeordene (Nortvedt et.al 2013, 55).

Vi valgte også å ta i bruk trunkering. Dette vil si at man søker på stammen av et ord. Man skriver starten av et ord for å deretter legge til et tegn slik man får med alle variantene av ordet (Nortvedt et.al 2013, 56).

### **3.3 Kvalitetsvurdering**

Ved et systematisk søk i en litteraturstudie skal man besvare et tydelig formulert spørsmål gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg og Wengström 2013, 27).

Ifølge retningslinjene for bacheloreksamen i sykepleie skal artiklene være av god kvalitet (Eines 2018). Vi brukte sjekkliste for kvalitative forskningsartikler, se vedlegg 5. (Helsebiblioteket 2016). Sjekklisten består av 10 kontrollspørsmål, og alle inkluderte artikler i vår litteraturstudie oppfylte samtlige kriterier. Vi inkluderte de artiklene som svarte på vår hensikt og problemstilling, og som hadde en helhetlig god kvalitet. Gjennom spørsmålene i sjekklistene fikk vi et grunnlag for å vurdere troverdigheten til resultatet i artiklene, samt artiklenes kvalitet.

Alle våre artikler er fagfellevurdert, se vedlegg 3. Dette sjekket vi ved å se hvilket nivå publiseringskanalen til tidsskriftet artiklene var utgitt i. Alle artiklene var publisert i vitenskapelig tidsskrift til nivå 1 eller nivå 2 (Norsk Senter for Forskningsdata [NSD] 2019). Fagfellevurdering er en vurderingsprosess man bruker for å kontrollere kvaliteten på en artikkel. En artikkel som er fagfellevurdert er kvalitetssikret av andre eksperter på fagfeltet eller metoden artikkelen er skrevet med (Nortvedt et.al 2013,197).

### **3.4 Etisk hensyn**

Ifølge retningslinjene til Høgskolen i Molde skal man vurdere om etiske hensyn er ivarettatt i de enkelte studiene (Eines 2018). Når man skal gjøre medisinsk forskning som innebærer at man møter mennesker, skal man utføre den forskningen etter høye etiske standarder. Dette innebærer at man skal vise deltageren respekt og at man beskytter deres juridiske rettigheter og helse (Malterud 2017, 214). 9 av våre 10 artikler har blitt godkjent av en etisk komite. Den siste artikkelen var ikke etisk godkjent av en komite, men deltakerne ble opplyst om at studien var anonym og at de kunne trekke seg fra studien når som helst.

Ifølge Forsberg og Wengstróm (2013, 132) er etiske hensyn viktig i vitenskapelig forskning. Det er viktig å beskytte enkeltpersoner som deltar i forskningsartikler. Samtidig er det viktig at forskeren er forsiktige i konklusjonene sine og gjør en velbegrunnet redegjørelse for resultatene av forskningen. Et krav til vitenskapelige studier er at etiske hensyn blir ivarettatt. Vi har skrevet inn våre etiske vurderinger i vedlegg 3.

### **3.5 Analyseprosessen**

Vi har valgt å ta utgangspunkt i Evans analysemodell (2002) i analysearbeidet av vår litteraturstudie. Evans modell består av fire faser som hjelper oss å jobbe kunnskapsbasert og strukturert. Evans første fase handler om å samle inn relevant litteratur i databasesøk. Dette gjorde vi først ved å lage et PICO-skjema (vedlegg 2). Vi lagde også en oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier vi ville ha i vår litteraturstudie (se kapittel 3, punkt 3.1) før vi søkte igjennom databasene Ovid Medline og Google Scholar.

Da vi startet med bacheloroppgaven fokuserte vi på livmorhalskreft. Da vi begynte med søkeprosessen oppdaget vi imidlertid raskt at vi ikke fikk gode nok litteratursøk av dette, og vi forandret dermed hensikten til gynekologisk kreft. Vi inkluderte til slutt 10 kvalitative forskningsartikler i vår litteraturstudie, da vi mente disse svarte på vår hensikt.

Evans (2002) andre fase handler om å identifisere de viktigste funnene i hver studie for å få en helhetlig forståelse av hver forskningsartikkel. Vi leste nøye gjennom samtlige artikler hver for oss, for å forsikre oss at vi hadde fått med oss og forstått funnene i artiklene. Dette gjorde vi ved at vi markerte hovedfunnene. Vi gikk deretter sammen for å gå gjennom hovedfunnene vi fant og diskuterte hvilke funn som var relevante opp mot vår hensikt. Hovedfunnene ble skrevet ned og kategorisert i kategorier som er representere resultatene i oppgaven (figur 1). Vi kontrollerte også om artiklene var etisk godkjent og fagfellevurdert.

Tredje fase i Evans (2002) modell går ut på å finne nøkkelfunn i hver artikkel og sammenligne funnene på tvers av hverandre. Etter vi hadde lest alle artiklene grundig gikk vi igjennom hovedfunnene. Hovedfunnene fra hver artikkel ble brukt til å finne ulike tema. Vi nummererte artiklene og lagde et skjema der vi skrev ned alle artiklene som inneholdt de ulike temaene vi ønsket å belyse (Vedlegg 4). Dette gjorde vi for å sammenligne de viktigste funnene i hver artikkel med hverandre.

Evans (2002) fjerde og siste fase handler om å sammenfatte felles funn for å beskrive fenomenet, og få en oversikt over likheter og ulikheter. Vi gikk gjennom alle artiklene sammen for å finne likheter og ulikheter ved hovedfunnene. Samtidig skrev vi notater og stikkord rundt detaljene i hovedfunnene. Etterhvert underkategoriserte vi dem, slik at det ble enklere for oss å se de felles funnene fra forskningsartiklene (Vedlegg 4).

## 4.0 Resultat

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hvordan gynekologisk kreft og behandling av denne kan påvirke kvinners seksuelle helse, og hvordan sykepleiere bedre kan informere og følge opp kvinnenens seksuelle helse etter behandling av gynekologisk kreft.



Figur 1. Hovedfunn fra studien

### 4.1 Endret seksuell funksjon

Funn fra vår litteraturstudie viser at kvinner opplevde endret seksuell funksjon etter behandling av gynekologisk kreft. I alle artiklene kom det frem at kvinnene opplevde fysiske endringer (Burns et al. 2007, Jeppesen et al. 2015, Juraskova et al. 2002, Lloyd et al. 2014, Sekse, Råheim og Gjengedal 2015, Sekse et al. 2010, Wilmoth et al. 2011, Bal, Yilmaz og Beji 2012, Lindgren, Dunberger og Enblom 2016, Rasmusson og Thomè 2008).

Mange kvinner opplevde tørrhet i vagina etter behandling (Sekse et al. 2010, Wilmoth et al. 2011, Bal, Yilmaz og Beji 2012). I studien til Bal, Yilmaz og Beji (2012, 89) sa en kvinne:

I felt my vagina to be lubricated before and during the intercourse, but the lubrication disappeared after the surgery and having intercourse with dry-vagina is so difficult. Both my husband and I have difficulty uring intercourse, so I'd rather not have intercourse.

Smerter under samleie var noe mange kvinner opplevde (Burns et al. 2007, Jeppesen et al. 2015, Juraskova et al. 2002, Lloyd et al. 2014, Sekse et al. 2010, Wilmoth et al. 2011, Bal, Yilmaz og Beji 2012, Lindgren, Dunberger og Enblom 2016). Flere av kvinnene opplevde smerter ved samleie på grunn av tørrhet i vagina (Sekse et al. 2010, Bal, Yilmaz og Beji 2012).

En konsekvens av behandlingen for gynekologisk kreft var en forkortet skjede, noe som førte til smerter under samleie (Jeppesen et al. 2015, Juraskova et al. 2002, Lloyd et al. 2014, Wilmoth et al. 2011, Bal, Yilmaz og Beji 2012).

Det var også noen kvinner som hadde smerter under samleie på grunn av blære og tarmproblemer (Burns et al. 2007, Lindgren, Dunberger og Enblom 2016). I studien til Burns et al. (2007, 368) sa en kvinne: “The pain itself after (sexual intercourse) is absolutely unbearable. I’m doubled in two and then I’m on the toilet all night for hours. I mean that’s not very nice is it”.

Flere kvinner opplevde nedsatt lidibo (nedsatt sexlyst) etter behandling av gynekologisk kreft (Burns et al. 2007, Jeppesen et al. 2015, Lloyd et al. 2014, Sekse et al. 2010, Wilmoth et al. 2011, Bal, Yilmaz og Beji 2012, Lindgren, Dunberger og Enblom 2016). I studien til Burns et al. (2007, 368) sa en kvinne:

At the moment, I’ve no inclination that way (for sexual activity) what so ever, it can put a strain on your marriage because obviously your husband is still wanting to be sexually active when you don’t want to be. So, it can be a problem. Well it can be a big problem.

En annen konsekvens av behandlingen for gynekologisk kreft var infertilitet hos noen kvinner (Juraskova et al. 2002, Lloyd et al. 2014, Sekse et al. 2010, Wilmoth et al. 2011, Bal, Yilmaz og Beji 2012, Rasmusson og Thomè 2008). Kirurgisk fjerning av livmoren og kjemoterapi førte til symptomer på overgangsalderen (Lloyd et al. 2014, Sekse et al. 2010, Wilmoth et al. 2011, Bal, Yilmaz og Beji 2012, Rasmusson og Thomè 2008). Det ble rapportert symptomer som nattesvette, hetetokter, vektendringer, redusert sexlyst, vaginal tørrhet og menstruasjons endringer.

I studien til Rasmusson og Thomè (2008, 214) sa en kvinne: “To wake in the night being wet through with sweat, feels really tough when one is only 36...”.

Mange av kvinnene som måtte gjennomgå behandling for gynekologisk kreft viste bekymringer over å miste muligheten til å få egne barn (Juraskova et al. 2002, Lloyd et al. 2014, Sekse et al. 2010, Wilmoth et al. 2011, Bal, Yilmaz og Beji 2012). Kvinner som hadde vært plaget av blødning og smerte, opplevde fjerningen som en lettelse. På den andre siden var fjerningen en dramatisk utfordring for kvinnene som ønsket flere barn.

## **4.2 Psykiske reaksjoner etter behandling av gynekologisk kreft**

Det kom frem i artiklene våre at kvinner opplevde psykiske reaksjoner ved behandling av gynekologisk kreft. De fleste opplevde angst, frykt og usikkerhet knyttet til seksuell aktivitet med sine partnere (Burns et al. 2007, Jeppesen et al. 2015, Juraskova et al. 2002, Lloyd et al. 2014, Sekse et al. 2010, Wilmoth et al. 2011, Bal, Yilmaz og Beji 2012, Lindgren, Dunberger og Enblom 2016, Rasmusson og Thomè 2008).

Mange kvinner rapporterte frykt og usikkerhet. De var eller hadde tidligere vært motvillige og engstelig til å gjenoppta samleie. (Burns et al. 2007, Jeppesen et al. 2015, Juraskova et al. 2002, Lloyd et al. 2014, Bal, Yilmaz og Beji 2012, Lindgren, Dunberger og Enblom 2016). Hos noen ble det rapportert om frykt for tilbakefall (Burns et al. 2007, Sekse et al. 2010, Wilmoth et al. 2011, Bal, Yilmaz og Beji 2012). “I don't feel anything...I don't feel anything except fear” (Juraskova et al. 2002, 271).

I studien til Lloyd et al. (2014) kom det fram at enkelte kvinner fant ut at de opplevde en forsinket reaksjon måneder eller år etter operasjonen og at de trengte rådgivning, eller i noen tilfeller antidepressiv medisinering.

...I remember probably about a year after the op I started to go downhill...it affected me in a really bad way and I just didn't look at life the same anymore and felt quite tarnished by it...And I wasn't in a happy place at all. It was like a delayed reaction really. I did actually go for counselling and I think that actually helped, because I'd never spoken about the fear of it to anybody...the first few years are a funny settling down period... (Lloyd et al. 2014, 5).

I studien til Sekse et al. (2010) ble det rapportert om hvordan operasjonen hadde hatt en positiv effekt eller ikke påvirket subjektene noe negativt. Mange følte seg nærmere familien på grunn av denne erfaringen.

... I definitely think with my husband it's brought us closer, in that I really appreciate him ...and I think he also appreciates me as well ... We've learnt that we can get through incredibly difficult times together and support each other... (Lloyd et al. 2014, 5).

Noen så på kirurgi som livet i gave ved hjelp av symbolikken av små kirurgiske arr som er relatert til fjerning av lymfeknute. Dette så de på som et "symbol på overlevelse" eller "å ha slått kreft (Lloyd et al. 2014).

### **4.3 Endret kroppsbilde**

I 9 av våre artikler opplevde kvinnene å ha et endret kroppsbilde, selvbilde og identitet (Burns et al. 2007, Juraskova et al. 2002, Lloyd et al. 2014, Sekse, Råheim og Gjengedal 2015, Sekse et al. 2010, Wilmoth et al. 2011, Bal, Yilmaz og Beji 2012, Lindgren, Dunberger og Enblom 2016, Rasmusson og Thomè 2008).

Kvinnene fortalte at deres seksualitet handlet om hvordan de følte seg som en kvinne, hvordan kroppen deres så ut, hvilke klær de brukte og hvordan de fremsto for andre. De mente også at seksualitet handlet om at kvinnene skulle føle seg bra med seg selv og føle seg attraktive. Noen mente seksualitet omhandlet å ha det bra i et partnerforhold, både fysisk og psykisk (Wilmoth et.al 2011). Vektøkning var noe flere kvinner opplevde etter behandling av gynekologisk kreft (Burns et al. 2007 og Wilmoth et al. 2011). Ifølge studien til Burns et al. (2007, 368) sa en kvinne:

I'm very self-conscious now. Very, yes... it's very uncomfortable for me. That's is one of the worst things really. I have to wear baggy clothes because of the fat I've put on and i just can't get rid of it you know.



I studien til Wilmoth et al. (2011) svarte 12/13 kvinner at vektøkning både fysisk og psykisk var en negativ faktor for deres seksualitet.

I tillegg opplevde flere kvinner lymfødem som en komplikasjon etter behandlingen for de som måtte fjerne lymfer under operasjon (Rasmussen og Thomè 2008 og Lloyd et al. 2014).

Flere kvinner fortalte at de følte seg mindre kvinnelig etter behandling av gynekologisk kreft (Wilmoth et al. 2011, Bal, Yilmaz og Beji 2012, Rasmusson og Thomè 2008). En kvinne sa: "You lose your hair, you put on 20 some pounds, and you don't feel very sexual; so, it has been greatly affected" (Wilmoth et al. 2011, 703).

#### **4.4 Innvirkning på partnerforholdet**

I 8 av våre artikler ble det gjort funn som viser at behandlingen og gynekologisk kreft har gitt både positiv og negativ innvirkning på partnerforholdet (Burns et al. 2007, Jeppesen et al. 2015, Juraskova et al. 2002, Lloyd et al. 2014, Wilmoth et al. 2011, Bal, Yilmaz og Beji 2012, Lindgren, Dunberger og Enblom 2016, Rasmusson og Thomè 2008).

Hos flere kvinner ble det gjort funn knyttet til negative konsekvenser i partnerforholdene (Burns et al. 2007, Juraskova et al. 2002, Bal, Yilmaz og Beji 2012, Lindgren, Dunberger og Enblom 2016). De fortalte at dårlig kommunikasjon ofte var grunnen til de negative innvirkningene på forholdet (Burns et al. 2007, Juraskova et al. 2002, Bal, Yilmaz og Beji 2012, Lindgren, Dunberger og Enblom 2016). I studien til Juraskova et al. (2002, 273) sa en kvinne:

He just wouldn't talk about it (cancer diagnosis & treatment) ... you know i wanted him to sit down and talk with me about it... but he'd just rather do anything, like work in the garden rather than discussing this with me. He is just so quiet outwardly... but he is terribly anxious and gets agitated and over-reacts sometimes.

Andre kvinner opplever derimot positive innvirkninger på partnerforholdet (Jeppesen et al. 2015, Lloyd et al. 2014, Wilmoth et al. 2011, Rasmusson og Thomè 2008). De fortalte at god kommunikasjon, støtte og åpenhet gjorde at de kom nærmere partner (Jeppesen et al. 2015, Lloyd et al. 2014, Wilmoth et al. 2011, Rasmusson og Thomè 2008). En kvinne sa:

We have spoken a lot about the situation, even the sexual part. We have tried carefully. We choose positions that feel nice for me and he is very considerate towards me (Rasmusson og Thomè 2008, 215).

## 4.5 For lite eller ingen informasjon

Mange kvinner fikk lite eller ingen informasjon rundt hvordan konsekvensene av behandlingen kunne påvirke deres seksualitet (Burns et al. 2007, Jeppesen et al. 2015, Juraskova et al. 2002, Lloyd et al. 2014, Sekse, Råheim og Gjengedal 2015, Sekse et al. 2010, Wilmoth et al. 2011, Bal, Yilmaz og Beji 2012, Lindgren, Dunberger og Enblom 2016, Rasmusson og Thomè 2008).

Av de fleste artiklene fremgår det at kvinnene følte at det ikke fikk tilstrekkelig informasjon om kroppslige endringer og hvilke konsekvenser dette ville ha for deres seksuelle liv etter behandling av gynekologisk kreft. I studien til Sekse, Råheim og Gjengedal (2015) førte dette til store konsekvenser for kvinners seksuelle forhold. De følte både skuffelse og sinne over det faktum at de ikke hadde blitt informert om slike dype forandringer. Kvinnene rapporterte etter 2-3 år at de manglet informasjon om seksualitet før behandling.

Måten de fleste kvinnene ble møtt på av sykepleier rundt sine problemer relatert til endringer knyttet til seksualitet og intimitet, førte til reservasjon og skam. Kvinnene følte seg ensomme knyttet til sine seksuelle og intime problemer (Sekse, Råheim og Gjengedal 2015, Sekse et al. 2010). En kvinne beskrev hvordan hun i ensomhet etter behandlingen av gynekologisk kreft hadde jobbet gjennom endringer av kroppsbilde og de konsekvensene dette hadde for hennes seksuelle liv:

Dry mucous membranes. I had never thought about it in my everyday life, not even after treatment for cancer...No one had told me...I went home [from hospital] and then I began to experience the dryness...and all the thoughts rolled over me: What is this? I had to speak harshly to myself and, fortunately, I managed to reason my way to why this happened (Sekse, Råheim og Gjengedal 2015, 1261).

I studien til Juraskova et al. (2002) ble det rapportert at flere kvinner følte sykepleierne antok at pasientene hadde mye større kunnskap og forståelse om kvinnelig anatomi, behandling og mulige bivirkninger av gynekologisk kreft. “When you`re a non-medical person, you don't realize what they (doctors) exactly mean” (Juraskova et al. 2002, 273). De fikk heller ikke vite noe om bivirkningene som kunne oppstå etter behandlingen.

...You've been treated and: “Goodbye, see you in six months”, you know...and he (doctor) didn`t explain to me about the emotional part, he just sorts of explained about the operation and scarring (Juraskova et al. 2002, 274).

Behovet for informasjon og støtte fra sykepleier ble uttrykt (Burns et al. 2007, Jeppesen et al. 2015, Juraskova et al. 2002, Lloyd et al. 2014, Sekse et al. 2010, Wilmoth et al. 2011, Rasmusson og Thomè 2008). Av de fleste artiklene våre fremgår det at kvinnene ønsket at informasjonen skulle bli gitt av en kompetent person, som en lege eller en sykepleier. Praktisk informasjon om kirurgi og tilleggsbehandling virket tilstrekkelig, og de følte seg godt ivaretatt på sykehuset. Men informasjon om forventede bivirkninger og langsiktige konsekvenser etter operasjonen og hvordan disse skulle håndteres var mangelfull, til tross for at flere har uttrykt at dette ville være verdifull informasjon (Burns et al. 2007, Jeppesen et al. 2015, Juraskova et al. 2002, Lloyd et al. 2014, Sekse et al. 2010, Wilmoth et al. 2011, Rasmusson og Thomè 2008)

Hva kvinnene virkelig ønsket å vite, var om de kunne ha samleie eller ikke, og om de måtte være bekymret for noe annet. Denne informasjonen ble aldri gitt. Ingen av deltakerne rapporterte å ha mottatt informasjon om endringer i seksualiteten, som de burde forvente eller kunne oppleve før operasjonen eller før begynnelsen av kjemoterapi fra kirurgen eller onkologen (Burns et al. 2007, Jeppesen et al. 2015, Juraskova et al. 2002, Lloyd et al. 2014, Sekse et al. 2010, Wilmoth et al. 2011, Rasmusson og Thomè 2008). Frykt for tilbakefall var en av utfordringene blant mange. Blant annet uttrykte en kvinne:

My mental state may have been different if I'd had someone to talk things over with afterwards! ...You have many thoughts in your head, right...and you can`t air them and relieve yourself of your burdens...so I think that talking with health personnel would have been of considerable help! (Sekse et al. 2010, 804).

Støttegruppe og rådgivning var tiltak som ble nevnt hos de fleste (Burns et al. 2007, Jeppesen et al. 2015, Juraskova et al. 2002, Lloyd et al. 2014, Sekse et al. 2010, Wilmoth et al. 2011, Rasmusson og Thomè 2008). Kvinnene uttrykte et ønske om å ha noen å snakke med om sine problemer, helst en sykepleier. En kvinne foreslo: “Maybe they should talk about it [sexuality] every time and then, when patients are ready to hear it, they will hear it” (Wilmoth et al. 2011, 704).

I studien til Bal, Yilmaz og Beji (2012) var kvinnene positive til kommunikasjon med sykepleier, til tross for at temaet generelt er ansett som et tabu i Tyrkia. Alle deltakere forklarte også at de følte seg avslappet da de snakket med sykepleieren om seksualitet. De fikk informasjon om at de som var blitt diagnostisert med-, og behandlet for kreft, kunne ha seksuelle utfordringer. Videre var kvinnene generelt fornøyd med sine rutinemessige kontroller i løpet av fem års oppfølging på klinikken (Sekse et al. 2010).

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Metodediskusjon

I metodediskusjonen har vi drøftet styrker og svakheter ved vår metodiske framgangsmåte, med fokus på søkestrategi, kvalitetsvurdering og analyse (Eines 2018).

#### Søkestrategi

I vår studie ønsket vi å belyse hvordan gynekologisk kreft og behandling kan påvirke kvinners seksuelle helse. Vi har derfor valgt pasientperspektiv og kvalitative forskningsartikler i vår oppgave. Dette fordi det er pasientenes erfaringer vi ønsker å belyse. Ettersom gynekologisk kreft og nedsatt seksuell funksjon er et tabuområde, mener vi at det er viktig å få frem kvinners erfaringer og opplevelser av sykdommen. Dette ser vi på som en styrke i vår oppgave, da vi får lese om flere kvinners erfaringer og opplevelser av sykdommen og behandlingen.

Et av våre inklusjonskriterier var at våre artikler skulle være på norsk, dansk eller engelsk. Alle våre artikler er skrevet på engelsk. Vi mestrer engelsk godt, men det må tas høyde for at vi kan ende opp med å miste viktige funn på grunn av feiltolkning og feil oversettelse. Vi ser likevel ikke på dette som en svakhet da vi gjorde en god jobb med å tolke og oversette alle artiklene hver for oss før vi sammenlignet tolkningen av artiklene sammen.

Vi har inkludert artikler fra Norge, Sverige, Danmark, Skottland, Tyskland, Tyrkia og USA. Vi har inkludert artikler fra flere vestlige land for å få erfaringer og opplevelser fra kvinner i flere forskjellige land. Dette ser vi på som en styrke i vår studie da det kan være ulike erfaringer og opplevelser fra land til land. Vi har en artikkel fra Tyrkia. Dette kan ses på som en svakhet i vår litteraturstudie da de har en annen kultur enn hva vi har i vestlige land. Det kan være mer tabubelagt og mindre åpenhet rundt gynekologisk kreft. Likevel ønsket vi å inkludere denne artikkelen da vi ønsket å se hvordan kvinner i Østen opplever å ha gynekologisk kreft, og mange av funnene er like.

Vi hadde ingen begrensninger til år da vi søkte etter artikler. Dette ser vi på som en svakhet da vi kan ende opp med å inkludere gammel forskning. De fleste artiklene våre er under 10 år gamle, noe som vi ser på som en styrke da vi har tatt med nyere forskning på temaet. Vi

har tre artikler som er fra 2002, 2007 og 2008. Dette ser vi på som en svakhet da det kan være gammel forskning. Likevel har vi inkludert disse tre artiklene, da de har mye av de samme funnene som de nyere forskningsartiklene vi har inkludert.

Da vi startet å søke etter artikler for vår litteraturstudie hadde vi ingen bestemt søkestrategi. Søkestrategien vår ble til underveis da vi fant ut hvilke ord som ga best treff. Vi kom i gang tidlig med å lage et PICO-skjema, som vi forandret underveis ettersom vi så hvilke søkeord som ga best treff. Vi startet med å skrive om livmorhalskreft, men vi så fort at dette ga få treff. Vi endret da til gynekologisk kreft og inkluderte livmorkreft, livmorhalskreft, eggstokkreft, kreft i de ytre kjønnsorgan og i skjeden. Vi ser på det å inkludere flere typer kreft som en styrke, da vi får et bredere spekter i hvordan behandling av gynekologisk kreft kan påvirke seksualiteten. Samtidig kan det være en svakhet da det er ulike behandlinger og komplikasjoner for de forskjellige krefttypene. Dette gjorde også at vi ikke låste oss til ord tidlig i søkeprosessen, men vi varierte ordene slik vi stadig skulle oppnå nye treff.

Alle våre artikler er fra Ovid Medline bortsett fra en artikkel som er fra Google Scholar. Vi utførte flere av våre søk i flere databaser, der vi fikk samme resultat som i Ovid Medline. Dette gjør at vi ikke ser på dette som noen svakhet. Vi benyttet både trunkering (\*) og MESH-termer for å få et bredt utvalg av søkeord og treff.

### **Kvalitetsvurdering og etisk hensyn**

I vår studie synes vi at alle forskningsartikler i sin helhet svarte til vår hensikt. Totalt har vi inkludert 10 kvalitative vitenskapelige forskningsartikler. Vi mener forskningsartiklene vi inkluderte er av god kvalitet, ved at samtlige er publisert i vitenskapelig tidsskrift, og er fagvurdert til nivå 1 eller 2 ved bruk av Norsk senter for forskningsdata sin nettside (NSD 2019).

9 av 10 artikler var godkjent av etisk komité. Dette sjekket vi ved å lese gjennom alle artiklene for å se om de var etisk godkjent eller ikke. I artikkel 8 var det ikke oppgitt etisk godkjenning, men alle deltakerne ble opplyst om at studien var anonym og at de kunne trekke seg når som helst. Vi ser derfor ikke på dette som en svakhet da deltakernes anonymitet og rett til å trekke seg ble opprettholdt.

Vi brukte også kunnskapscenterets standardiserte sjekklister for kritisk vurdering av kvalitativ forskning, som er innhentet fra helsebiblioteket (2016). Vi sjekket sjekklisene ved å lese over artiklene, mens vi skrev utfyllende kommentarer for hvert punkt for å skape en helhet i hver og en av studiene. Der fikk alle artiklene utelukkende «JA», som kan ses som en styrke ved vår studie. Det kan også være en svakhet for oppgaven at vi har begrenset erfaring i å kvalitetssikre forskningsartikler.

### **Analyseprosessen**

Evans (2002) har vært et godt hjelpemiddel i analyseprosessen vår. Vår manglende erfaring med analyse kan være en svakhet i vår litteraturstudie. I studien vår har vi inkludert 10 kvalitative forskningsartikler.

Vi markerte alle artiklene fra 1-10 for å opprettholde kontroll over hvilken artikkel det var snakk om når vi skulle lese gjennom og diskutere artiklene. Vi startet med å lese gjennom alle artiklene hver for oss. Dette gjorde vi for at vi ikke skulle overse noen relevante funn og for at vi skulle sikre lik forståelse av innholdet. Dette mener vi er en styrke i vår litteraturstudie da vi har gjort det vi kan for å unngå å miste relevante funn i artiklene vi har inkludert.

Da vi skulle finne det vi ønsket å inkludere i litteraturstudien vår, satt vi hver for oss og markerte hovedfunn med fargetusjer. Dette gjorde vi for å få en bedre oversikt når vi skulle sette hovedfunnene sammen. Da vi hadde funnet hovedfunnene vi ønsket å inkludere opprettet vi underkategorier. Vi opprettet en tabell hvor vi krysset av hvilke artikler som sa noe om hovedfunnene og underkategoriene våre, se vedlegg 3. Dette mener vi er en styrke i vår oppgave da vi har funnet mange gode funn ved hjelp av underkategoriene samt og at dette gjorde arbeidet lettere da vi skulle starte med resultatdelen i oppgaven vår.

## 5.2 Resultatdiskusjon

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

### 5.2.1 Fysiske faktorer som påvirker kvinners seksualitet

For å ha et godt seksualliv er det nødvendig å oppleve seksuell lyst og ha en normal anatomi i underlivet. Det bør være god blodforsyning, et intakt nervesystem og normal hormonstatus (Jerpseth 2016, 140). Et av våre funn viste at kvinner opplevde store forandringer i seksualfunksjonen etter behandling av gynekologisk kreft. Det kom frem at behandlingen av gynekologisk kreft kan bidra til nedsatt lyst og føre til komplikasjoner i anatomien i underlivet. Det viser seg at mange kvinner har lite kunnskap om det kvinnelige kjønnsorgan. Vi som sykepleiere kan da bruke tegninger eller modeller av de kvinnelige kjønnsorganene når vi skal informere om sykdommen og behandlingen (Jerpseth 2016, 155).

Funn fra vår litteraturstudie var relatert til fysiske konsekvenser som smerter og tørrhet i underlivet. Strålebehandling og kjemoterapi kan gi tørre, irriterbare og såre slimhinner i både skjeden og blære- og tarm, noe som kan føre til problemer i seksuallivet til kvinner (Jacobsen 2017, 605). Kvinner kan også oppleve tørr og trang skjede, arrdannelse, sammenvoksing av skjedeveggen eller hyppig vannlating eller lekkasje (Gamnes 2014, 395). Vi som sykepleiere kan informere om vannbaserte glidemidler og vaginale dilatorer som kan benyttes etter strålebehandling for å hindre sammenvoksinger av skjedeveggen (Jerpseth 2016, 155). Flere kvinner i vår litteraturstudie forklarte at etter kirurgisk fjerning av reproduktive organer føltes samleie annerledes, da de følte arrdannelsene. Ved kirurgisk fjerning av reproduktive organer som livmor og livmorhals vil den øverste delen av skjeden bli fjernet, noe som medfører forkortet skjede og som vil kunne merkes under samleie (Jacobsen 2017, 606).

Rundt 1960-tallet utviklet William Masters og Virginia Johnson en modell som kalles den seksuelle responssyklusen. Den består av opphisselsesfase, platåfase, orgasmefase og avslapningsfasen. Kreftbehandling for gynekologisk kreft vil gi innvirkninger på den seksuelle responssyklusen (Grunfeldt og Almås 2018). Ifølge Gamnes (2014, 393) kan kirurgiske inngrep i bekkenet føre til svekket evne til å få orgasme og føre til smerter under samleie. Vi har erfart gjennom vår studie at kvinner opplevde konsekvenser i alle stadiene



av den seksuelle responssyklusen. Det første trinnet er opphisselsesfasen. Funnt fra vår studie viser at kvinner som har hatt gynekologisk kreft har nedsatt libido. Den andre fasen er platåfasen, og kvinner i vår studie har både smerter og en forkortet skjede, noe som gjør samleie vanskelig å gjennomføre. Den tredje fasen er orgasmefase, og flere kvinner i vår studie sier at de sliter med å få orgasme. Den fjerde og siste fasen som er avslapningsfasen, smerter også kvinner i den grad at de ikke klarte å slappe av etter sex.

Vi har erfart gjennom vår studie, og i samtale med sexolog Laila Nøsen (16.05.2019) at seksualitet handler om mer enn samleie. Laila Nøsen fortalte at seksualitet kan bli sett på som en kake. En kake har mange kakestykker, men hva skjer om det ene kakestykket forsvinner? Prøver man å erstatte kakestykket eller spiser og nyter man resten av kaken? Slik er det med seksualitet. Om man ikke kan ha samleie, skal man gi opp seksualitet eller kan man være nær, holde hender, kysse og ha sex på andre måter? Det handler ikke nødvendigvis om antall samleier, men om nærhet og tilfredshet.

Vi har erfart at kvinner som får forandret sexlivet sitt ved å få nedsatt libido, sammenvoksinger i skjedeveggen eller blære-tarm problemer, ikke snakker om det. Vi har erfart at i dagens samfunn er det å ha sex så normalt at du kan bli sett på som unormal om du ikke er seksuelt aktiv. Gynekologisk kreft og komplikasjonene fra behandlingen kan være private og intime, og det kan være et tabubelagt tema å snakke om. Det er viktig at den seksuelle helsen blir tatt på alvor da seksuell helse og helse er tett knyttet sammen, og et godt seksualliv bidrar til bedre helse og trivsel. Forståelsen for dette bør derfor økes i helse- og omsorgssektoren (Helse- og omsorgssektoren 2016).

Vi som sykepleiere kan informere om hjelpemidler som bidrar til bedre seksuell helse. Vi kan informere om at kvinnene kan få økonomisk støtte fra NAV. Kvinner som opplever urinlekkasje kan få ulike hjelpemidler som femassist, biofeedback apparat og operasjon. Femassist er en urinhette av silikon som du kan få på blå resept fra lege dersom du plages av mild til moderat urinlekkasje (Rolland og Jensen 2015). Biofeedback apparat kan brukes ved urinlekkasje som kan skyldes svak bekkenbunnsmuskulatur (Hjelpemiddeldatabasen 2009). Kvinner som opplever avføringslekkasje kan ta i bruk analpropp, irrigasjon eller operasjon. Analpropp kan man bruke for å unngå ubehagelig lukt ved at avføringen holdes tilbake i tarmen (Peristeen 2014). Irrigasjon er skylling av endetarmen med vann slik at tarmen blir tømt for avføring (Schlichting 2018). For kvinner som har nedsatt følsomhet

etter behandling av gynekologisk kreft kan ta i bruk vakuumpumper, dilatorer, glidemiddel og andre sexleketøy.

For kvinner i 20-30 årene kan det å bli kastet inn i overgangsalderen, samt å miste muligheten til å få biologiske barn og slite med seksuallivet være en stor påkjennelse. Mange kvinner ønsker seg barn, og ser gjerne på dette som «meningen med livet». Mange kvinner er redde for at de ikke vil få en kjæreste eller at kjæresten skal forlate dem om de ikke kan gi dem et barn (Bergstrøm 2015). Vi som sykepleiere kan hjelpe kvinnene til å mestre situasjonen. Vi kan gi kvinnene informasjon om muligheten til å nedfryse befruktete egg og ubefruktede egg (Kreftforeningen 2019b). Dette kan vi gjøre gjennom åpen kommunikasjon om temaet. Vi kan gjennom samtalene med kvinnene avklare hva som er viktig, utvikle gode planer og motivere kvinnene til å nå målene de setter for seg selv (Eide og Eide 2006, 49).

### **5.2.2 Skam, tabu, frykt, angst og usikkerhet knyttet til seksuell helse**

Kreft kan gi mange ulike følelser og reaksjoner både for den som har kreft og alle rundt (Kreftforeningen 2019a). I vår litteraturstudie kom det frem at de fleste opplevde skam, angst, frykt og usikkerhet knyttet til seksuell aktivitet med sine partnere etter behandling av gynekologisk kreft.

I den greske og romerske antikken skulle gifte kvinner føde sin manns barn, selv om det var akseptabelt at menn kunne ha seksuelt samkvem med prostituerte og slaver. I noen islamske og asiatiske kulturer for over 1000 år siden fantes det ritualer og tradisjoner som inkluderte kjønnslemlestelse av kvinner. Under hekseprosessene i Europa ble flere kvinner dødsdømt på bakgrunn av anklager om seksuelle avvik. I tidligmoderne tid i Norge ble flere kvinner anklaget for seksuelle forbrytelser, som seksuelle aktiviteter før ekteskap (Tønnesson 2018). Siden de første menneskene har kvinners seksualitet i stor grad blitt sett på som reproduksjon av barn og tilfredsstillelse av mannen, men menns seksualitet har handlet om egen tilfredsstillelse (Hope 2013). Rundt 1970-årene opplevdes derimot en seksuell revolusjon i den vestlige verden. Da kom det billigere og sikre prevensjonsmidler som p-piller. Dette gjorde det lettere for kvinner å ha en seksualitet som ikke omhandlet reproduksjon (Tønnesson 2018).

I dagens samfunn er det forventninger og holdninger knyttet til seksualitet og kvinner. Kvinner som er seksuelle, ønsker sex og snakker høyt om dette, kan bli sett ned på (Hope 2013). Man bryter med forventninger i samfunnet når man snakker høyt om kvinners seksualitet, om kvinners kjønnsorganer og kvinners ønsker. I 1998 undersøkte forskere hvordan klitoris så ut. Før trodde man at klitoris var et lite organ. I dag vet vi at klitoris er som toppen av et isfjell (Hope 2013). Menns kjønnsorgan har vært i fokus. I flere norske helleristninger finner man avbildninger av en erigert penis, men ikke av et kvinnelig kjønnsorgan (Tønnesson 2018). Kvinners seksualitet var tabu for flere hundre år siden (Tønnesson 2018), og vi har erfart gjennom vår studie at kvinners seksualitet er fortsatt tabu og skambelagt.

Vi har erfart gjennom vår studie at kvinner opplever skam dersom de blir smittet av HPV-viruset, da de var bekymret for at andre skulle tro de hadde hatt mange seksualpartnere. Folkehelseinstituttet (2016) sier at risikoen for å bli smittet med HPV-viruset øker med antall seksualpartnere. Folkehelseinstituttet (2016) sier også at alle som har hatt seksuell kontakt kan bli smittet av HPV-viruset, selv om vedkommende har hatt få seksualpartnere. Gjennom vår studie erfarte vi at flere kvinner ikke snakker høyt om HPV-viruset da de er redde for å bli sett på som "lett på tråden". Vi har erfart gjennom vår studie at vi må snakke mer om HPV-viruset og at dette ikke nødvendigvis relateres til mange seksualpartnere. Vi har erfart at det er viktig med tidlig informasjon om gynekologisk kreft og hvordan man kan beskytte seg mot kreften. I dag får alle jenter og gutter tilbud om HPV-vaksine i 7.klasse. HPV-vaksinen beskytter mot HPV 16 og 18 som er årsak til 70% av alle tilfeller med livmorhalskreft. Fra 2016 til 2018 fikk alle kvinner født i 1991 eller senere tilbud om gratis vaksine (Helsenorge 2017). Ifølge Jakobsen (2018) var det halvparten av målgruppen som mottok gratis vaksine.

Flere kvinner i vår studie erfarte at frykten for tilbakefall var tilstede hver dag. Frykt for tilbakefall har vist seg å være et problem hos kreftoverlevende. Angstreaksjon etter kreftdiagnose er en naturlig reaksjon. Ifølge Hess, Dahl og Kiserud (2019) er det dokumentert at risikoen for- og forekomsten av panikk- og angstlidelse er høyere blant kreftoverlevende enn hos befolkningen for øvrig. Selv om overlevende av kreft ofte har en god prognose kan de likevel ha angst for tilbakefall eller spredning av kreften.

Krise er en fellesbetegnelse på alvorlige og vanskelige livshendelser. De som opplever en krise vil ifølge Eide og Eide (2017, 68) ha behov for støtte, medmenneskelig kontakt og

det å ha noen å dele tanker og følelser med. I vår studie kom det frem at kvinnene opplevde at det var vanskelig å få gynekologisk kreft. Som sykepleier kan det være lett å undervurdere den enkeltes behov for hjelp, om pasienten ikke selv nevner noe om problemene sine. Sykepleiere kan derfor synes det er vanskelig å finne en god måte å møte disse pasientene på. Enkle tiltak som å engasjere seg, vise medmenneskelig interesse og støtte, kan utgjøre en god start. Dette kan vi oppnå gjennom god kommunikasjon, som kan hjelpe personen å bearbeide reaksjoner og å mestre sykdommen bedre (Eide og Eide 2017, 68).

I vår litteraturstudie ble det også rapportert at operasjonen av gynekologisk kreft hadde hatt en positiv effekt og ikke hadde påvirket kvinnene noe negativt. Mange følte seg nærmere familien på grunn av denne erfaringen. Ifølge Kreftforeningen (2019a) blir pasienter oppfordret til å tenke positivt om kreftsykdommen. Det er ingen forskning som tilsier at positive innstillinger påvirker sjansen for helbredelse, men samtidig kan det å tenke positivt eller akseptere egen situasjon gi en bedre hverdag. Det vil da være lettere å sette pris på samvær med familie og venner.

### **5.2.3 Endret kroppsbilde, selvbilde og identitet**

I vår litteraturstudie ble det rapportert at kvinnene opplevde å ha et endret kroppsbilde, selvbilde og identitet etter behandling. Ifølge Jacobsen (2017, 482) vil kvinner med gynekologisk kreft møte utfordringer i forbindelse med eget selvbilde. Disse utfordringene kan variere ut ifra kreftform, personlighet, hvor i livet man er når man opplever å bli syk, hvilke muligheter man har for å bli frisk, samt egne ressurser og nettverk. Det er ofte slik at kroppen tas for gitt når den fungerer, men når funksjonsevnen reduseres ved for eksempel sterke smerter blir man bevisst på nødvendigheten av en funksjonell kropp (Solvoll 2014, 120).

Som sykepleier kan vi ha en viktig rolle for kvinner som opplever en endret identitet, selvbilde og kroppsbilde. Det kan være vanskelig å vite hva man skal si i slike situasjoner der kvinner har vanskelige følelser og opplevelser. Vi som sykepleiere kan lytte, være tilstede og anerkjenne kvinners følelser og eventuelle konsekvenser av behandlingen for gynekologisk kreft. Dette kan ofte være bedre enn å si noe i forsøk på bedre situasjonen (Solvoll 2014, 127).

I vår litteraturstudie var det mange som rapporterte om hårtap, lymfødem, vektøkning og nedsatt libido. Disse bivirkningene utgjorde en negativ faktor både fysisk og psykisk for deres seksualitet. Ifølge Schjølberg (2017, 132) kan både strålebehandling, kjemoterapi og kirurgisk behandling gi omfattende fysiske og psykiske plager. Blant annet kan hudforandringer, hårtap, infertilitet, ødemer, fistler, arrdannelse, nedsatt libido, vektøkning eller vekttap være bivirkninger som kan oppstå etter behandling, og som kan påvirke kroppsbildet.

Det ble også nevnt at kvinnene følte seg mindre attraktive på grunn av disse bivirkningene, noe som påvirket deres selvbilde og seksualliv. Ifølge Solvoll (2014, 114) er utseende viktig i det norske samfunnet, og en slank og vakker kropp er et ideal for mange. Derfor vil blant annet det å være overvektig oppleves belastende hos de fleste. Seksuallivet til kvinnene vil som sagt bli rammet ved gynekologisk kreft, og selvbilde er ifølge Jacobsen (2017, 136) viktig for seksualiteten til kvinner. Følelsen av å være attraktiv, å ha en kropp en selv liker og aksepterer og kan stole på, har stor betydning. Ved gynekologisk kreft er underlivet rammet, og underlivet vil oppleves som annerledes enn før. Dette kan være problematisk ettersom det er vanskelig å akseptere kroppen som den har blitt. Man mister hår, vekten øker og man kan ha arr etter inngrep.

Flere kvinner i vår litteraturstudie følte seg mindre kvinnelig og feminin etter behandling av gynekologisk kreft. De reproduktive organene har ofte en symbolsk betydning, og ifølge Jacobsen (2017, 607) er de reproduktive organene viktige for at den enkelte skal oppleve å føle seg som en hel kvinne. Tap av disse organene kan være traumatisk for kvinner, og graden avhenger av hvilke organ og funksjon som er viktig for den enkelte. Mange opplever tap av kvinnelighet etter kirurgisk fjerning av livmor og eggstokkene, hvor de mister muligheten til å få egne barn.

Ifølge Kreftforeningen (2019b) erfarer de fleste unge som har hatt gynekologisk kreft å slite med seksualiteten senere i livet. Å være ung og få mange kroppslige forandringer kan være en stor påkjennelse videre i livet. I vår litteraturstudie kom det fram at mange opplevde å komme i overgangsalderen etter behandling, og enkelte av kvinnene var i ung alder. Ifølge Bergstrøm (2015) bruker flere unge kvinner sterke uttrykk om sin egen kropp, for eksempel at de har fått gammel-dame-kropp. De går fra å være unge voksne med livet foran seg, til at

kroppen plutselig forandrer seg radikalt. Dette kan være vanskelig å akseptere, og vanskelig å snakke med andre om.

Som sykepleier er det derfor viktig å være tilstede for kvinner som erfarer forandringer i identitet, selvbilde og kroppsbilde. Det kan være et vanskelig tema for kvinner å snakke om, og vi som sykepleiere må jobbe med oss selv og våre holdninger slik at vi tør å møte disse kvinnene i sårbare situasjoner. Det kan være vanskelig for sykepleieren å ta opp private og intime problemer. Det er likevel viktig å ta opp disse problemene da kvinner ofte ikke tør å ta opp dette selv. Det er derfor viktig at vi som sykepleiere lytter til tanker og følelser som kvinnene har (Jerpseth 2016, 141).

#### **5.2.4 Positive og negative innvirkninger på partnerforholdet**

I vår litteraturstudie hadde kvinnene både positive og negative erfaringer i partnerforholdet etter behandling av gynekologisk kreft. De som hadde negative erfaringer fortalte om manglende kommunikasjon og usikkerhet. Kreftforeningen (2019b) sier at ved å fortelle partneren om lyster og opplevelser, frykt og usikkerhet og hva man liker og ikke liker, kan dette føre til et bedre seksualliv. Ifølge Eide og Eide (2006, 17) kan god kommunikasjon bidra til økt trygghet i vanskelige samtalesituasjoner. Derfor er det viktig at man i et partnerforhold er åpen og trygg med hverandre. Som sykepleier kan man være tilgjengelig, åpen og spørrende, og tilby kvinnen muligheten til å ta med seg partneren sin på samtalene (Jerpseth 2016, 141). Vi som sykepleiere kan veilede kvinnen og hennes partner i seksualitet, næret og intimitet uten samleie (Jerpseth 2016, 155), da det å være partner til en som er kreftsyk innebærer store omveltninger i livet. Vi som sykepleiere kan informere om at det finnes profesjonell hjelp om de har behov for noen å snakke med om seksualitet, frykt og andre problemer (Kreftforeningen 2019b). Vi kan også informere om at kreftforeningen har en egen støttegruppe for kvinner med gynekologisk kreft. Studien viser at å delta i slike støttegrupper gir positiv helsegevinst for pasienter og deres partnere (Jerpseth 2016, 155).

I vår litteraturstudie var det flere kvinner som opplevde positive innvirkninger på partnerforholdet. De fortalte at gjennom god kommunikasjon, støtte og åpenhet kom de nærmere partneren sin. Dette støttes av Kreftforeningen (2019b) som sier at åpenhet fører til en større følelse av nærhet, fellesskap og åpenhet.

Flere kvinner i vår litteraturstudie fortalte at intimitet med partneren ikke bare handlet om samleie, men også om nærhet, kyss og det å være sammen. Dette bekrefter Kreftforeningen (2019b) som sier at om samleie ikke er et alternativ i forholdet, er det fortsatt viktig med kjærlighet, nærhet og ømhet. Alle mennesker har behov for fysisk nærhet og kroppskontakt fra andre mennesker, uten at det trenger å inkludere samleie. Manglende fysisk kontakt kan føre til at man føler seg verdiløs eller avvist (Gamnes 2014, 374).

Flere kvinner i vår litteraturstudie synes det var vanskelig å bli intim med en ny partner. De var redd for hvordan en partner ville reagere på sykdommen. Kreftforeningen (2019b) sier at mange kvinner er usikre og redde foran et intimt møte med et annet menneske. Flere kvinner var redde for at en ny partner ville legge merke til synlige og merkbare spor på kroppen som sykdommen har etterlatt seg. Kvinner var også bekymret, og usikre på hvordan de skulle fortelle om kreftdiagnosen til en ny partner.

### **5.2.5 Tørre å spørre!**

I vår litteraturstudie opplevde kvinner at de ikke fikk tilstrekkelig informasjon om kroppslige endringer og konsekvenser dette ville ha for deres seksuelle liv etter behandling av gynekologisk kreft. Kvinner er ofte misfornøyde med hvordan sykepleierne unngår å ta opp seksuelle problemer. Som sykepleier må man være spørrende, åpen og tilgjengelig. Sykepleiere har som oppgave å undervise og veilede pasienter i endringer i seksualiteten som kan oppstå av behandling og sykdom (Jerpseth 2016, 141).

Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 skal alle pasienter ha en lovfestet rett på informasjon om behandlingen og konsekvensene det kan få. I lovverket stilles det en rekke krav til hvilken informasjon en pasient skal ha før-, under og etter behandling. Temaet er først og fremst regulert i lov om pasient- og brukerrettighetslovens tredje kapittel. Bestemmelsene stiller en rekke krav til sykepleierne, blant annet at pasienten skal ha tilstrekkelig informasjon om sin helsetilstand og om innholdet i helsehjelpen som ytes. Dette omhandler den behandling, pleie, omsorg, diagnostikk eller undersøkelse som tilbys eller ytes til pasienten. Det skal også gis informasjon om eventuelle risikoer og bivirkninger av denne helsehjelpen. Ved behandling som ikke er alminnelig anerkjent skjerpes informasjonsplikten ytterligere (Pasient- og brukerrettighetsloven 2018). Informasjonen vi gir kvinner må tilpasses pasientens behov og den bør gjentas om nødvendig. Informasjonen

bør gis både skriftlig og muntlig (Jerpseth 2016, 155). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 skal informasjonen vi gir inneholde både informasjon om sykdommen og eventuelle konsekvenser sykdommen kan medføre for kvinnen.

Vi har erfart gjennom vår studie at det å ha gynekologisk kreft kan være tabu i dagens samfunn da konsekvensene av behandlingen er så intime og private. Dette gjør at kvinner ikke snakker om konsekvensene kreftbehandlingen gir. Samfunnet og generasjonene i dag kan være mer åpne og ha mer forståelse enn hva tidligere samfunn og generasjoner har hatt, da vi er mer åpne om seksualitet. Likevel opplever kvinner fordommer og skam når det kommer til gynekologisk kreft. Ifølge Bergstrøm (2015) har samfunnet en forventning til hvordan kreftoverlevende skal oppføre seg. De som er kreftoverlevende skal være positive og heroiske. Kjendiser som har hatt brystkreft står frem, men vi har fortsatt til gode at en kjendis skal stå frem med at hun har gynekologisk kreft og hvilke konsekvenser behandlingen har gitt henne. Thea Steen sto frem med gynekologisk kreft og ble kjent i hele Norge gjennom sin blogg. Hun startet en kampanje i 2015 som heter #sjekkkdeg-kampanjen. Med dette ønsket hun at flest mulig skulle ta livmorhalsprøve for å forebygge livmorhalskreft. Thea døde dessverre i 2016 av livmorhalskreft. Kampanjen har ført til at tusenvis av unge kvinner har tatt livmorhalsprøve, og mange har med det unngått livmorhalskreft (Kreftforeningen 2018).

For at sykepleier skal kunne gi råd og støtte til gynekologiske pasienter, bør de kunne ivareta de to første bokstavene i PLISSIT-modellen. Det vil si å gi rom for spørsmål om seksualitet og helse og å tilpasse informasjon om bivirkninger av behandling og helseplager (Helse- og omsorgsdepartementet 2016). Vi har erfart gjennom vår studie at pasienter som blir henvist til sexologer får mer veiledning og informasjon enn pasienter som utelukkende snakker med sykepleiere og leger. Sexologer bruker PLISSIT-modellen i sitt arbeid. PLISSIT-modellen er en sexologisk rådgivnings modell, som beskriver ulike måter å kommunisere og behandle seksuelle problemer på (Jerpseth 2016, 141). Modellen er utviklet av den amerikanske psykologen Jack S. Annon (Helse- og omsorgsdepartementet 2016). På norsk står begrepene i PLISSIT for tillatelse (permission), som handler om å gi kvinnen tillatelse til å snakke om seksualitet, eventuelle problemer og få mulighet til stille spørsmål. Informasjon (limited information) handler om å gi informasjon om seksualitet, behandling og bivirkninger som kan oppstå (Gjessing 2018).



Vi har erfart gjennom vår studie at kvinner som har gynekologisk kreft er i en sårbar og ukjent fase der de trenger god kompetanse og støtte. De trenger god informasjon og veiledning fra arenaen de er på. I følge Dommerud (2017) fikk en kvinne på sykehuset beskjed om at det var tre uker med ventetid på operasjon og det var ingen mulighet for å få operasjonen tidligere. Da hun tok kontakt med avdelingen fordi hun var engstelig og usikker følte hun seg avvist og belært. Hun forteller at hun var i kontakt med fire ulike kreftkoordinatorer, og var følte seg “slengt” rundt på avdelingene. Det er viktig at vi som sykepleiere møter kvinner med kreft med omsorg og respekt på alle arenaene. Dette kan være på helsestasjon, kreftpoliklinikk, gynekologisk avdeling og ulike avdelinger på sykehus.

I dag er det egne avdelinger for de med gynekologisk kreft på sykehusene, men har sykepleierne nok kompetanse? Gjennom vår studie har vi erfart at det er for lite kunnskap og kompetanse på arenaene. En måte å øke kompetansen på kan være å øve på det de skal bli gode på. De kan ha øvelser der de øver seg på å snakke med pasienter og hvordan de skal møte disse kvinnene. I vår studie kom det frem at kvinnene ønsket informasjon fra en kompetent person. I dag er det ingen videreutdanning for gynekologisk kreft, noe vi gjennom vår studie mener det bør opprettes.

Ifølge Regjeringen (2008) sin rammeplan for sykepleierutdanning er formålet å utdanne yrkesutøvere som er kvalifisert for sykepleiefaglig arbeid i alle ledd av helsetjenesten, i og utenfor institusjoner. I henhold til læreplanen for sykepleiere er seksuell helse i dag ikke inntatt i pensum, og det kreves følgelig en særskilt egeninnsats fra den enkelte sykepleier å sette seg inn i temaet. Vi har erfart gjennom vår studie at det er behov for et økt fokus på seksuell helse i sykepleierutdannelsen.

Ifølge lovdata (2019) kommer det fram i forskrift om nasjonale retningslinjer for sykepleierutdanning for studieårene 2020-2021, at studiets oppbygging skal sikre sammenheng og progresjon, og sikre integrering mellom teori og praksis slik at det skal understøtte læringsutbyttebeskrivelsene. Det skal legges til rette for studentmobilitet og gis mulighet til valgbar fordypning. Utdanningen skal være organisert fra det grunnleggende til det mer kompliserte og sammensatte. Med dette får altså studentene en valgfri mulighet til å fordype seg i for eksempel seksuell helse. Dette må anses som et skritt i riktig retning. I den nye læreplanen er det også lagt opp til at det skal gjennomgås temaer som: Etikk,

pasientsikkerhet, kommunikasjon, samhandling og ledelse. Flere av disse temaene har vist seg å være sentrale for hvordan pasienter med gynekologisk kreft opplever behandlingen sin.

I dag kan sykepleiere ta en videreutdanning innen sexologi. Her kan man få evne til å bidra til å fremme kunnskap som grunnlag for videre arbeid i sexologisk rådgivning. Her vil man blant annet lære om ulike typer behandling, hvordan diskutere seksuelle problemstillinger, kommunisere med mennesker om seksualitet og gi informasjon om tema med seksuelt innhold. Dette studiet gir kunnskap innenfor sexologisk rådgivning og hvordan man kan gi råd og forstå klienter angående seksuelle problemer (Universitetet I Agder 2019).

## 6.0 Konklusjon

Gjennom vårt arbeid med litteraturstudien erfarer vi at kvinner ofte får fysiske og psykiske seksuelle komplikasjoner etter behandling for gynekologisk kreft. Kvinnene det vises til snakket ikke om komplikasjonene da de følte tabu og skam rundt sykdommen og bivirkningene fra behandlingen.

Vi konkluderer med at kreftbehandlingen blir godt informert om og fulgt opp, men at kvinner i alt for liten grad får informasjon om mulige komplikasjoner etter behandling av gynekologisk kreft og fulgt opp med tiltak knyttet til disse. Vi anbefaler at kvinner som har hatt gynekologisk kreft blir henvist til sexologer, slik de får muligheten til å snakke om seksuelle problemer og få den informasjonen de har behov for.

Vi ser at det ikke er noen videreutdanning i gynekologisk kreft i dag, noe vi mener bør opprettes slik det er god kompetanse på de gynekologiske avdelingene.

Vi registrerer at rammeplanen for Bachelor i Sykepleie ikke inneholder seksuell helse og seksualitet. Vi mener det er viktig at seksuell helse og seksualitet bør komme i fokus under utdanningen for sykepleiere for å skape mer åpenhet rundt temaet.

### 6.1 Videre forskning

Vi mener dette temaet har behov for mer forskning. Kvinnene opplevde å få lite informasjon om komplikasjonene etter behandling. Hva opplevde partneren til disse kvinnene? Hva kan vi lære av dem?

Ville vi fått samme funn dersom vi hadde satt fokus på kreft i kjønnsorganene hos menn? Hva skjer når menn rammes av kreft i kjønnsorganene? Hvilken informasjon og oppfølging opplever de å få fra sykepleieren knyttet til sin seksuelle helse?

Ytterligere forskning vil kunne øke kunnskapen til sykepleierne om hvordan de best mulig kan informere pasienten og pasientens partner, uavhengig av kjønn, om senskader og bivirkninger etter behandling av kreft i underlivet, og hjelpe dem med å ivareta og styrke den seksuelle helsen, både individuelt og sammen.

## Referanseliste

Bal, Meltem Demirgoz, Sema Dereli Yilmaz og Nezihe Kizilkaya Beji. 2012. «Sexual Health in Patients with Gynecological Cancer: A Qualitative Study». Springer Science+Business Media, LLC 2012.

Bergstrøm, Ida Irene. 2015. “Tause om gynekologisk kreft”. Lest 06.05.2019.

<https://forskning.no/kreft-kjonn-og-samfunn/tause-om-gynekologisk-kreft/488335>

Burns, M, J. Costello, B. Ryan-Woolley og S. Davidson 2007. “Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality”. *European Journal of Cancer Care*. 16(4):364-72, 2007 Jul.

Dommerud, Tine. 2017. “Kreftsyk følte seg som kasteball i en måned” i Aftenposten. Lest 06.05.2019. <https://www.aftenposten.no/norge/i/IJA49/Kreftsyk-folte-seg-som-kasteball-i-en-maned>

Eide, Hilde og Tom Eide. 2006. *Kommunikasjon i relasjoner*. 1. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2017. *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk*. 3. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eines, Trude Fløystad. 2018. SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie. Molde: Høgskolen i Molde, Avdeling for helse- og sosialfag.

Evans, David. 2002. “Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data”. *Australian Journal of Advanced Nursing* 20(2):22-26.

Folkehelseinstituttet. 2016. “Om HPV (humant papillomavirus)”. Lest 06.05.2019. <https://www.fhi.no/sv/vaksine/hpv/hpv-vaksine-til-unge-kvinner/hpv-og-kreft/>

Forsberg, Christina, and Yvonne. Wengström. 2013. I *Göra Systematiska Litteraturstudier: Värdering, Analys Och Presentation Av Omvårdnadsforskning*. 3. Utg. Red. Stockholm: Natur & Kultur.

Gannes, Siv. 2014. "Nærhet og seksualitet". I *Grunnleggende sykepleie bind 3*. red. Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Gjessing, Randi. 2018. "Seksualitet etter kreften". Lest 30.04.2019.

<https://sykepleien.no/forskning/2018/09/seksualiteten-etter-kreften>

Grunfeld, Berthold og Elsa Almås. 2018. "Orgasme". Lest 30.04.2019.

<https://sml.snl.no/orgasme>

Helsebiblioteket 2016." Sjekkliste". Lest 02.04.2019.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>

Helsenorge. 2017. "HPV-vaksine". Lest 06.05.2019. <https://helsenorge.no/vaksiner/hpv-vaksine>

Helse- og omsorgsdepartementet. 2016. "Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)". Lest: 30.04.2019.

[https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi\\_s\\_eksuell\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_s_eksuell_helse.pdf)

Hess, Siri Lothe, Alv A. Dahl og Cecilie E. Kiserud. 2019. "Seneffekter etter kreftbehandling" i Sykepleien.no. Lest. 30.04.2019.

<https://sykepleien.no/forskning/2018/11/seneffekter-etter-kreftbehandling>

Hjelpemiddeldatabasen. 2009." Dine valgte biofeedback-utstyr til bevegelses-, styrke- og balansetrening". Lest 29.05.2019.

<http://www.hjelpemiddeldatabasen.no/showlist.asp?linkinfo=044824&cbmark=23040&cbmark=34969&pdisp=sh>

Hope, Tora. 2013. "Klitoris er toppen av eit isfjell" i abcnyheter. Lest 18.05.2019.

<https://www.abcnyheter.no/livet/2013/10/26/185214/klitoris-er-toppen-av-eit-isfjell>

Iżycki, Dariusz, Katarzyna Woźniak og Natalia Iżycka. 2016. «Consequences of gynecological cancer in patients and their partners from the sexual and psychological perspective». *Menopause Rev* 2016; 15(2): 112-116 DOI: 10.5114/pm.2016.61194

Jacobsen, Anne Mette Lindhjem. 2017. "Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorganer". I *Kreftsykepleie: Pasient- Utfordring - Handling*. red. Reitan, Anne Marie og Tore Kr. Schjølberg, 604-613. Oslo: Cappelen damm AS

Jakobsen, Amalie Nygård. 2018. "Under halvparten har tatt gratis HPV-vaksine". Lest 03.05.2019. <https://www.nrk.no/nordland/under-halvparten-har-tatt-gratis-hpv-vaksine-1.14098978>

Jeppesen, Mette Moustgaard, Ole Mogensen, Pernille Dehn og Pernille Tine Jensen. 2015. "Needs and priorities of women with endometrial and cervical cancer". *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 36(3): 122-32, 2015.

Jerpseth, Heidi. 2016. "Sykepleie ved gynekologiske sykdommer." I *Klinisk sykepleie* 2, red. Hallbjørg Almås, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth, 133-168. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jetne, Vidar. 2017. "Strålebehandling". I *Kreftsykepleie: Pasient- Utfordring - Handling*. red. Reitan, Anne marie og Tore Kr. Schjølberg, 400-587. Oslo: Cappelen damm AS

Juraskova I, P. Butow, R. Robertson, L. Sharpe, C. McLeod og N. Hacker. 2002. "Post treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight.". *Psychooncology*. 12(3):267-79, 2003

Kreftforeningen. 2018. "Om sjekkdeg". Lest 06.05.2019. <https://kreftforeningen.no/sjekk-deg/om-sjekk-deg/>

Kreftforeningen 2019a. "Psykiske reaksjoner". Lest 30.04.2019. <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/psykiske-reaksjoner-og-sorg/>

Kreftforeningen 2019b. "Seksualitet". Lest 30.04.2019. <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/seksualitet/>

Kristensen, Gunnar. 2017. "Kreft i kvinnelige kjønnsorganer". I *Kreftsykepleie: Pasient - Utfordring - Handling*. red. Reitan, Anne Marie og Tore Kr. Schjølberg, 588-603. Oslo: Cappelen Damm AS

Lindgren, Anna, G. Dunberger og A. Enblom. 2016. "Experiences of incontinence and pelvic floor muscle training after gynaecologic cancer treatment". *Support Care Cancer* (2017) 25:157-166 DOI 10.1007/s00520-016-3394-9.

Lloyd, Philippa A, Emma V. Briggs, Nichola Kane, Arjun R. Jeyarajah og 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(4):362-71, 2014 Aug.

Lovdata. 2019. *Lov av 15. Mars 2019 nr. 412 om Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412>

Malterud, Kirsti. 2017. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Nakken, Esten S. 2017. "Kirurgisk behandling". I *Kreftsykepleie: Pasient- Utfordring - Handling*. red. Reitan, Anne Marie og Tore Kr. Schjøberg, 378-384. Oslo: Cappelen Damm AS

Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt. Birgitte Gravholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart 2013. *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Akribe, Oslo.

Norsk Senter for forskningsdata. 2019. «Register over vitenskapelige publiseringskanaler». Lest 02.04.2019. <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Oncolex. 2017. "Gynekologisk kreft". Lest 22.03.2019. <http://oncolex.no/GYN>

Pasient og brukerrettighetsloven. 2018. Lov av 07. Februar 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_5](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_5)

Peristeen. 2014. "Analpropp – for bedre kontroll av tarmfunksjonen". Lest 29.05.2019 <https://www.coloplast.no/Global/Norway/CC%20brosjyrer/Peristeen%20analpropp%20WEB.pdf>

Rasmusson, Else-Marie og Bibbi Thomè. 2008. «Women`s Wishes and Need for Knowledge Concerning Sexuality and Relationships in Connection with Gynecological Cancer Disease». *Sex Disabil* (2008) 26:207-218 DOI 10.1007/s11195-008-9097-5.

Regjeringen. 2008. “Rammeplan for sykepleierutdanning”. Lest 06.05.2019.

[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)

Renolen, Åse. 2008. *Forståelse av mennesker: innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Rolland, Øyvind og Vibeke Jensen. 2015.” Krefte og seksualitet hos kvinnen». Lest- 29.05.2019. <https://kreftforeningen.no/wp-content/uploads/2018/08/kreft-og-seksualitet-kvinner-a5-des15w.pdf>

Schjølberg, Tore Kr. 2017. «Endret kroppsbilde». I *Kreftsykepleie: Pasient- Utfordring - Handling*. red. Reitan, Anne Marie og Tore Kr. Schjølberg, 378-384. Oslo: Cappelen Damm AS.

Schlichting, Ellen. 2018. Store medisinske leksikon. Lest. 29.05.2019.

<https://sml.snl.no/irrigasjon>

Sekse, Ragnhild Johanne Tveit, Maalfrid Raaheim, Gunnhild Blaaka og Eva Gjengedal. 2010. “Life beyond cancer: women`s experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer “. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 24(4):799-807, 2010 dec.

Sekse, Ragnhild, Målfrid Råheim og Eva Gjengedal. 2015. “Shyness and Openness – common ground for dialouge between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynecological cancer”. *Health Care for Women International*. 36(11):1255-69, 2015.



Solvoll, Betty- Ann. 2014. "Identitet og egenverd". I Grunnleggende sykepleie bind 3. red. Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tønnesson, Øyvind. 2018." Seksualitetens historie". Lest 18.05.2019.

[https://snl.no/seksualitetens\\_historie](https://snl.no/seksualitetens_historie)

Universitet i Agder. 2019. «Sexologi». Lest. 18.05.2019.

<https://www.uia.no/studier/sexologi>.

Wilmoth, Margaret C, Elizabeth Hatmaker-Flanigan, Vanessa LaLoggia og Traci Nixon. 2011. "Ovarian Cancer Survivors: Qualitative Analysis of the Symptom of Sexuality". *United States Oncology Nursing Forum*. 38(6):699-708, 2011 Nov.

World Health Organization. 2006. "Defining sexual health". Lest 04.04.2019.

[https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)

**Vedlegg 1: Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk**

**Vedlegg 2: PICO-skjema**

**Vedlegg 3: Oversiktstabell i forhold til artikler**

**Vedlegg 4: Oversiktstabell over funn**

**Vedlegg 5: Sjekkliste for kvalitative forskningsartikler**

## Vedlegg 1: Oversiktstabell i forhold til søkehistorikk

### Søk 1

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Cervical cancer* AND experienc* AND quality of life	01.02.2019	Ovid Medline	7	2	2	1

**Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women`s sexuality**

### Søk 2

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
cervical cancer* or Uterine Cervical Neoplasms OR cervix cancer* AND Sexual Dysfunctions, Psychological/ OR Sexual Dysfunction, Physiological/	03.02.2019	Ovid Medline	21	3	1	1

OR sexual dysfunction* OR Sexual* OR sexual behavior OR sexual health AND Experienc* or master* limit to "qualitative (maximizes specificity)"						
--	--	--	--	--	--	--

**Women's experiences after a radical vaginal trachelectomy for early stage cervical cancer. A descriptive phenomenological study**

**Søk 3**

<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>
Uterine Cervical Neoplasms/ or cervical cancer* OR cervix cancer* OR Endometrial Neoplasms/ OR Genital Neoplasms, Female/ or	24.02.2019	Ovid Medline	30	4	1	1

Ovarian Neoplasms/ or gynecological cancer* AND Sexual Behavior/ or sexual* or Sexual Health/ AND Experienc* OR master* OR quality of life  limit to "qualitative (maximizes specificity)"						
---	--	--	--	--	--	--

**Shyness and Openness - common ground for dialouge between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynecological cancer**

**Søk 4**

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Uterine Cervical Neoplasms/ OR cervical cancer* OR	17.03.2019	Ovid Medline	52	5	2	1

cervical intraepithelial neoplasia OR cervix cancer* AND Sexual Dysfunctions, Psychological OR sexual behavior OR Sexual Dysfunction, Physiological OR sexual health AND Experienc* OR master*  limit to "qualitative (maximizes specificity)"						
---	--	--	--	--	--	--

**Needs and priorities of women with endometrial and cervical cancer**

**Søk 5**

<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>
Cervical cancer* OR cervical intraepithelial neoplasia OR cervix cancer	19.03.2019	Ovid Medline	112	10	6	2

<p>OR neoplasma OR endometrial neoplasms OR genital neoplams, female OR overian neoplasms OR gynecological cancer* AND Sexual Dysfunctions, Psychological OR sexual behavior OR Sexual Dysfunction, Physiological OR sexual* OR sexual health AND experienc* OR master*</p> <p>limit to "qualitative (maximizes specificity)"</p>						
---	--	--	--	--	--	--

**Post treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer  
Overian cancer survivours: qualitative analysis if the symptom of sexuality**

**Søk 6**

<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>
Uterine Cervical Neoplasms/ OR cervical cancer*.mp OR cervix cancer*.mp Uterine Cervical Neoplasms/ OR Endometrial Neoplasms/ OR Genital Neoplasms, Female/ OR Ovarian Neoplasms/ OR gynecological cancer*.mp. AND Sexual Dysfunctions, Psychological/ OR Sexual Behavior/ OR Sexual Dysfunction, Physiological/ OR	26.03.2019	Ovid Medline	74	7	3	2



sexual*.mp. OR Sexual Health/ AND experienc*.mp. OR master*.mp.  Limit to "qualitative (maximizes specificity)"						
---	--	--	--	--	--	--

**Experience of incontinence and pelvic floor muscle training after gynaecological cancer treatment**

**The impact of cervical cancer and dysplasia: a qualitative multiethnic study**

**Sexual health in patients with gynecological cancer: a qualitative study**

**Søk 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>
sexuality and gynecological cancer  limit to" i artikkelens overskrift"	05.04.2019	Google Scholar	27	1	1	1

**Women's wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease**

**Vedlegg 2: PICO-skjema**

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
<p>English:  cervical cancer OR  overian cancer OR  uterine cancer OR  gynecological cancer  OR Uterine Cervical  Neoplasms OR  Endometrial  Neoplasms/ OR  Genital Neoplasms,  Female/ OR Ovarian  Neoplasms/ OR  cervical  intraepithelial  neoplasia OR  neoplasma</p>	<p>English:  Sexuality OR Sexual  Dysfunctions,  Psychological/  OR Sexual  Dysfunction,  Physiological/ OR  sexual dysfunction*  OR Sexual* OR  sexual behavior OR  sexual health</p>		<p>English:  Master OR quality og  life OR experienc*</p>

**Vedlegg 3: Oversiktstabell i forhold til artikler**

<b>Artikkel nr. 1</b>	
<b>Forfattere</b>	Burns, M. J. Costello, B. Ryan-Woolley og S. Davidson
<b>År</b>	2007
<b>Land</b>	England
<b>Tidsskrift</b>	European Journal of Cancer Care. 16(4):364-72, 2007 Jul.
<b>Nivå</b>	1
<b>Tittel</b>	Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women`s sexuality
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å utforske hvordan kvinners seksualitet var etter endt behandling av livmorhalskreft, og hvilke fysiske og psykososiale problemer de fikk knyttet til seksualitet.
<b>Metode</b>	En kvalitativ studie av kvinner som har gjennomgått behandling av livmorhalskreft.
<b>Deltagere/frafall</b>	28 pasienter var spurt, der 15 sa nei og 13 sa ja.
<b>Hovedfunn</b>	Tre kvinner fortalte at deres seksualitet var negativt påvirket av blære- og tarmdysfunksjon. Flere kvinner fortalte at de var motvillig til å gjenoppta samleie eller at de var engstelig for samleie. Alle kvinnene fortalte at de hadde nedsatt seksuell lyst etter endt behandling. Dette gjorde også at flere rapporterte om spenning mellom de og deres partnere. Flere kvinner rapporterte om dårligere kroppsbilde relatert til vektøkning som en konsekvens av behandlingen.
<b>Etisk vurdering</b>	Etisk godkjent av the Local Research Ethics Committee.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Studien er kvalitetsvurdert med sjekklister for kvalitative forskningsartikler.

<b>Database</b>	Ovid Medline
<b>Søk</b>	01.02.2019

<b>Artikkel nr. 2</b>	
<b>Forfattere</b>	Jeppesen, Mette Moustgaard, Ole Mogensen, Pernille Dehn og Pernille Tine Jensen
<b>År</b>	2015
<b>Land</b>	Danmark
<b>Tidsskrift</b>	Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 36(3): 122-32,
<b>Nivå</b>	2015 1
<b>Tittel</b>	Needs and priorities of women with endometrial and cervical cancer
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å identifisere behov hos kvinner med livmorhalskreft og endometrial kreft
<b>Metode</b>	En kvalitativ forskningsartikkel der det ble foretatt spørreskjema for å finne deltakere. Deretter ble deltakerne intervjuet. Intervjuene ble lyd innspilt, transkribert og analysert tematisk.
<b>Deltagere/frafall</b>	96 kvinner ble tatt med til et spørreskjema, der ble spørreskjemaene vurdert og 16 kvinner ble tatt med i fokusgruppeintervjuer.
<b>Hovedfunn</b>	Deltakerne som ble med opplevde lymfødem etter behandling av endometriekreft. De som ble behandlet for livmorhalskreft opplevde seksuelle problemer der de følte seg motvillig til å gjenoppta seksuell kontakt. De satt igjen med en følelse av angst og usikkerhet over deres selvbilde.

<b>Etisk vurdering</b>	Studien ble gjennomført i samsvar med forskrifter fra National Committee on health research og ble godkjent av Odense University Hospital.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Studien er kvalitetsvurdert med sjekklister for kvalitative forskningsartikler.
<b>Database</b>	Medline
<b>Søk</b>	17.03.2019

<b>Artikkel nr. 3</b>	
<b>Forfattere</b>	Juraskova I, P. Butow. R. Robertson, L. Sharpe, C. McLeod og N. Hacker.
<b>År</b>	2002
<b>Land</b>	England
<b>Tidsskrift</b>	Psychooncology. 12(3):267-79, 2003 Apr-May
<b>Nivå</b>	1
<b>Tittel</b>	Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight.
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å se hvordan seksualitet og livskvalitet var etter endt behandling av livmorhals- og endometrisk kreft.
<b>Metode</b>	En kvalitativ studie der ikke numerisk ustrukturerte data ble brukt under intervjuene (indeksing, søking og teoretisering). Det ble brukt lydbånd og transkriberte intervjuer.
<b>Deltagere/frafall</b>	20 kvinner mellom 19-64 år som har gjennomgått behandling for livmorhals- og endometrisk kreft.

<b>Hovedfunn</b>	Funnene som ble gjort i artiklene var at kvinnene hadde problemer med å være feminin. Det kom også frem betydningen for god kommunikasjon og informasjon mellom sykepleier og pasient.
<b>Etisk vurdering</b>	Etisk godkjenning fra Central Sydney Area Health Service, South Eastern Sydney Area Health Service og University of Sydney Human Ethics Committees.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Studien er kvalitetsvurdert med sjekkliste for kvalitative forskningsartikler.
<b>Database</b>	Ovid Medline
<b>Søk</b>	19.03.2019

<b>Artikkel nr. 4</b>	
<b>Forfattere</b>	Lloyd, Philippa A. Emma V. Briggs, Nichola Kane, Arjun R. Jeyarajah og John H. Shepherd.
<b>År</b>	2014
<b>Land</b>	Scotland
<b>Tidsskrift</b>	European Journal of Oncology Nursing. 18(4):362-71, 2014 Aug.
<b>Nivå</b>	1
<b>Tittel</b>	Women's experiences after a radical vaginal trachelectomy for early stage cervical cancer. A descriptive phenomenological study
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å undersøke kvinners erfaringer 1-10 år etter behandlingen radikal vaginal trachelektomi (må finne bedre ord) og hvordan helse, seksualitet, fruktbarhet og støtte og omsorg var etter endt behandling.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie av kvinner som har historie med livmorhalskreft og har gjennomført en radikal vaginal trachelektomi.

<b>Deltagere/fracfall</b>	88 kvinner var kvalifisert til studien, og 35 svarte, og det var 12 kvinner som fullførte.
<b>Hovedfunn</b>	Alle kvinnene følte bekymringer om seksuell intimitet etter endt operasjon. 4 av kvinnene og 6 partnere av kvinnene syntes sex føltes annerledes og at de kunne "føle sømnen" etter operasjonen. 3 enslige kvinner i studien følte seg mer sårbare for nye relasjoner.
<b>Etisk vurdering</b>	Etisk vurdert av "Central London Research Ethics Committee" under UK's National Research Ethics Service.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Studien er kvalitetsvurdert med sjekklister for kvalitative forskningsartikler.
<b>Database</b>	Medline
<b>Søk</b>	03.02.2019

<b>Artikkel nr. 5</b>	
<b>Forfattere</b>	Sekse, Ragnhild, Målfrid Råheim og Eva Gjengedal.
<b>År</b>	2015
<b>Land</b>	England
<b>Tidsskrift</b>	Health Care for Women International. 36(11):1255-69, 2015.
<b>Nivå</b>	2
<b>Tittel</b>	Shyness and Openness - common ground for dialouge between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynecological cancer
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å utforske hvordan kvinner opplever informasjon og kommunikasjon om seksualitet og intimitet etter endt behandling av gynekologisk kreft med sykepleier.
<b>Metode</b>	En kvalitativ studie av kvinner som har gjennomgått behandling av gynekologisk kreft.

<b>Deltagere/frafall</b>	32 kvinner ble invitert til å være en del av studien og 16 kvinner takket ja. Kvinnene var mellom 39 og 66 år.
<b>Hovedfunn</b>	<p>De fleste kvinnene i studien fortalte at det var vanskelig å fortelle deres personlige erfaring og behov når det kom til seksualitet og intimitet. Kvinnene hadde behov for å snakke om behovene og problemene relatert til seksualitet og intimitet, men de skulle ønske at sykepleier til initiativ til samtaler. Kvinnene følte seg mer eller mindre fanget i skam eller beskjedenhet og ønsket åpenhet rundt temaet.</p> <p>Kvinnene følte seg også alene om det ble forandringer relatert til seksualitet og kroppsforandringer. Flere kvinner hadde også dårlig erfaring med hvordan sykepleier håndterte problemene, noe som førte til at de følte mer skam og beskjedenhet rundt temaet. Dette gjorde at kvinnene følte seg mer og mer alene relatert til deres seksuelle problemer og behov.</p>
<b>Etisk vurdering</b>	Etisk vurdert av "The Regional Committee for Medical and Health Research Ethics" og registrert hos "Norwegian Social Science Data Service.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Studien er kvalitetsvurdert med sjekklister for kvalitative forskningsartikler.
<b>Database</b>	Medline
<b>Søk</b>	24.02.2019



<b>Artikkel nr. 6</b>	
<b>Forfattere</b>	Sekse, Ragnhild Johanne Tveit, Maalfrid Raaheim, Gunnhild Blaaka og Eva Gjengedal.
<b>År</b>	2010
<b>Land</b>	Sverige
<b>Tidsskrift</b>	Scandinavian Journal of Caring Sciences. 24(4):799-807, 2010 dec
<b>Nivå</b>	1
<b>Tittel</b>	Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å få en dypere forståelse av pasientenes erfaring av livskvalitet etter endt behandling av gynekologisk kreft.
<b>Metode</b>	En kvalitativ studie av kvinner basert på intervju. Studien har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming der det er fokus på kvinnenes egne erfaringer.
<b>Deltagere/frafall</b>	16 kvinner i alderen 39-66 år.
<b>Hovedfunn</b>	Kvinnene opplevde dype forandringer i livet og måtte tilpasse seg en ny livstil. De følte at den kvinnelige kroppen var forandert. De hadde store spørsmål og tabu knyttet til seksualitet og kroppsbilde og vanskeligheter knyttet til overgangsalderen. De følte seg alene og de hadde en opplevelse av lite informasjon fra sykepleier.
<b>Etisk vurdering</b>	Etisk vurdert av the regional Medical Research Comittee.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Studien er kvalitetsvurdert med sjekklister for kvalitative forskningsartikler.
<b>Database</b>	Ovid Medline
<b>Søk</b>	01.04.2019

<b>Artikkel nr. 7</b>	
<b>Forfattere</b>	Wilmoth, Margaret C, Elizabeth Hatmaker-Flanigan, Vanessa LaLoggia og Traci Nixon.
<b>År</b>	2011
<b>Land</b>	United States
<b>Tidsskrift</b>	Oncology Nursing Forum. 38(6):699-708, 2011 Nov.
<b>Nivå</b>	1
<b>Tittel</b>	Ovarian Cancer Survivors: Qualitative Analysis of the Symptom of Sexuality.
<b>Hensikt</b>	Forstå behandling som forårsaket endringer i seksualitet fra pasientperspektivet, for å lære hvordan kvinner håndterer disse endringene i seksualitet, og å identifisere hvilken informasjon de vil ha fra sykepleiere om dette symptomet.
<b>Metode</b>	Kvalitative beskrivende metoder. Både individuelle intervjuer og en fokusgruppe ble gjennomført. Innholdsanalyse ble brukt til å identifisere temaer som beskrev opplevelsen av kvinner som de ble klar over endringer i seksualiteten deres. Triangulering av tilnærming, forskerne og teorien tillot en rik beskrivelse av symptomopplevelsen.
<b>Deltagere/frafall</b>	Åtte kvinner i alderen 33-69, som mottok førstegangsbehandling av eggstokkreft, deltok i individuelle intervjuer. Fem kvinner, i alderen 40-75 år, deltok i en fokusgruppe og deres status varierte fra ny diagnostisert til terminalt syk av eggstokkreft.
<b>Hovedfunn</b>	Uansett alder rapporterte kvinner at behandling av eggstokkreft hadde en negativ innvirkning på seksualiteten, og at endringene gjorde at de føler seg "ikke lenger hel."

<b>Etisk vurdering</b>	Carolinas Medical Center og University of North Carolina-Charlotte godkjente gjennomføring av studien.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Studien er kvalitetsvurdert med sjekkliste for kvalitative forskningsartikler.
<b>Database</b>	Ovid Medline
<b>Søk</b>	19.03.2019

<b>Artikkel nr. 8</b>	
<b>Forfattere</b>	Bal, Meltem Demirgoz, Sema Dereli Yilmaz og Nezihe Kizilkaya Beij.
<b>År</b>	2012
<b>Land</b>	Tyskland
<b>Tidsskrift</b>	Springer Science+Business Media, LLC 2012.
<b>Nivå</b>	1
<b>Tittel</b>	Sexual Health in Patients with Gynecological Cancer: A Qualitative study
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å identifisere hvordan kvinner har blitt påvirket etter blitt diagnostisert med eggstokkreft, livmorhalskreft og endometrial kreft.
<b>Metode</b>	Kvalitativ studie, halvstrukturert spørreskjema
<b>Deltagere/frafall</b>	11 kvinner i alderen mellom 30-50 år. 55% med eggstokkreft, 27% livmorhalskreft og 18% med endometriumkreft.

<b>Hovedfunn</b>	<p>Senkomplikasjoner etter diagnosen gynekologisk kreft i denne studien var blant annet problemer med kroppsbilde. Hårtap resulterte til reduserte sosiale interaksjoner, påvirket kvinnens selvbilde som igjen påvirket forholdet med deres partnere og deres seksuelle liv.</p> <p>Ved kjønnsroller rapporterte de fleste deltakerne at morselskapets rolle ikke var påvirket, men alle følte seg opprørt, siden de var fysisk hjelpeløse mot barna sine på grunn av tretthet og tretthet.</p> <p>Den seksuelle funksjonen viste ingen forskjell når det gjelder aldersgrenser for deltakerne, alle deltakere opplyste at de ikke hadde noe ønske om samleie, og hadde opplevd problemer for opphiss og orgasme. De rapporterte også at hyppigheten av samleie ble mye redusert, hos en deltaker var hun redd for å utsette samboeren for smitte, andre hadde problemer med blant annet vaginatørrhet, redusert sexlyst og energi.</p> <p>Ved reproduktiv helse nevnte alle andre deltakere at de ikke hadde flere barn, og denne situasjonen var ikke et problem for sine familier. De rapporterte også at deres fruktbarhet har blitt påvirket minst av kreft, og at overgangsalderen forårsaket hetetok og angst.</p> <p>Kommunikasjon med sykepleier, svarte alle deltakere positivt, selv om dette er et tabu generelt i Tyrkia. Alle deltakere forklarte også at de følte seg avslappet da de snakket med en fra sykepleier om seksualitet, og at de fikk informasjon om at alle som ble diagnostiserte med og behandlet for kreft, kunne ha seksuelle utfordringer.</p>
<b>Etisk vurdering</b>	<p>Artikkelen er ikke etisk godkjent av en etisk komite. Deltagerene har likevel rett til å trekke seg når de vil og anonymiteten deres blir opprettholdt.</p>

<b>Vurdering av kvalitet</b>	Studien er kvalitetsvurdert med sjekklister for kvalitative forskningsartikler.
<b>Database</b>	Ovid Medline
<b>Søk</b>	05.04.2019

<b>Artikkel nr. 9</b>	
<b>Forfattere</b>	Lingren, Anna, G. Dunnberger og A.Enblom
<b>År</b>	2016
<b>Land</b>	Germany
<b>Tidsskrift</b>	Support Care Cancer. 25(1):157-166, 2017 01.
<b>Nivå</b>	1
<b>Tittel</b>	Experiences of incontinence and pelvic floor muscle training after gynaecologic cancer treatment
<b>Hensikt</b>	Formålet med den foreliggende studien er å beskrive hvordan gynekologiske kreftoverlevende opplever inkontinens i forhold til livskvalitet, deres muligheter for fysisk aktivitet og trening, og deres oppfatninger og erfaringer med bekkenbunnsmuskelopplæring
<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.

<b>Hovedfunn</b>	Symptomer knyttet til inkontinens og restriksjoner i dagliglivet reduserte livskvalitet. Følelser relatert til inkontinens redusert psykologisk livskvalitet og sosial og eksistensiell livskvalitet, på grunn av begrensninger i aktivitet. Praktiske og mentale strategier for å opprettholde livskvaliteten ble beskrevet, som for eksempel å alltid bytte klær og akseptere situasjonen. Muligheter for seksuell og fysisk aktivitet samt trening ble også begrenset av inkontinens. Kvinnen hadde liten eller ingen erfaring med bekkenbunnsmuskelopplæring, men har en positiv holdning til å prøve det. De beskrev også mangel på informasjon om risiko for inkontinens. Kvinnen var villige til å bruke både penger og tid på en effektiv behandling for deres inkontinens.
<b>Etisk vurdering</b>	The Regional Ethical Review Board godkjente studien.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Studien er kvalitetsvurdert med sjekklister for kvalitative forskningsartikler.
<b>Database</b>	Ovid Medline
<b>Søk</b>	05.04.2019

<b>Artikkel nr. 10</b>	
<b>Forfattere</b>	Rasmusson, Else-Marie og Bibbi Thome
<b>År</b>	2008
<b>Land</b>	Nederland
<b>Tidsskrift</b>	Health Research Premium Collection.
<b>Nivå</b>	1
<b>Tittel</b>	Women's Wishes and Need for Knowledge Concerning Sexuality and Relationships in Connection with Gynecological Cancer Disease

<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne studien var å undersøke kvinners ønsker og behov for kunnskap om seksualitet og forhold etter gynekologisk kreft.
<b>Metode</b>	En kvalitativ studie med intervjuer av kvinner som har livmorhals, livmor eller eggstokkreft.
<b>Deltagere/frafall</b>	22 kvinner i alderen 35-70 år ble spurt om å være med i studien der 11 svarte ja.
<b>Hovedfunn</b>	Kvinnene ønsket at partneren skulle være tilstede og få mer kunnskap om situasjonen fra sykepleier. Kvinnene opplevde negative forandringer på kroppen og selvbildet deres.
<b>Etisk vurdering</b>	The Board of Care Science Ethics godkjente studien.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Studien er kvalitetsvurdert med sjekklister for kvalitative forskningsartikler.
<b>Database</b>	Google Scholar
<b>Søk</b>	05.04.2019

**Vedlegg 4: Oversiktstabell over funn**

<b>Endret seksuell funksjon</b>	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
Tørrhet	6,7,8
Smerte	1,2,3,4,6,7,8
Libido	1,4,6,7,8,9
Infertilitet	3,4,6,7,8,10
Forkortet skjede	2,3,4,7,8
Blære- og tarmproblemer	1, 9
<b>Innvirkning på partnerforholdet</b>	1,2,3,4,7,8,9,10
Positive innvirkning	2,4,7,10
Negative innvirkning	1,3,8,9
<b>Endret kroppsilde</b>	1,3,4,5,6,7,8,9,10
Vektøkning	1,7
Føler seg som mindre kvinne	7,8,10
Positiv innvirkning	4
Lymfeødem	10
<b>Psykiske reaksjoner etter behandling av gynekologisk kreft</b>	1,2,3,4,6,7,8,9,10
Frykt	2,3,4,6,7,8,9
Angst	1,4,6,8,9
Usikkerhet	2,3



Bekymring	2, 10
Sjokk	4
Sinne	4
<b>Lite eller ingen informasjon</b>	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10
Lite informasjon	1,3,4,6,7,8,9,10
Ingen informasjon	1,2,5,7,8,10

## Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

### Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du spørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

### Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister.

Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>

Ne

## (A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Hensikten med denne studien var å utforske kvinners seksualitet etter behandling for livmorhalskreft.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

JA

UKLART

NEI

Tips: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Ja, det er kvinners erfaringer og opplevelser som blir fortalt i studien.

## Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

Hvis du svarer NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

Ja, 28 kvinner ble spurt, der 15 sa ja. Det ble brukt semi-strukturert intervju som ble analysert.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

JA

UKLART

NEI

**Tips:** Når man bruker f.eks. 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.

Ja

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Ja, de var behandlet for gynekologisk kreft  
• kontaktet på sykehus  
• De ønsket ikke  
• de var behandlet for gynekologisk kreft  
• Nei, det skulle være så anonymt som mulig

---

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

JA

UKLART

NEI

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Semistrukturert  
intervju som ble tatt  
opp med lydopptak

---

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

JA

UKLART

NEI

**Tips:**

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

7. Er etiske forhold vurdert?

JA

UKLART

NEI

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Etiske godkjent  
av the Local Research  
Ethics comittee.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

JA

UKLART

NEI

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Ja.  
Fenomenologisk  
analyse

Basert på svarene dine på punkt 1 - 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

JA

UKLART

NEI

## (B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

JA

UKLART

NEI

**Tips:** 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 få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? Ja
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter? Ja
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)? Ja
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen? Ja

## (C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur? Ja
- Har studien avdekket behov for ny forskning? Ja
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på? Ja

