



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Livmorhalskreft: Kvinners seksuelle utfordringer etter behandling og behovet for informasjon fra sykepleier.

Cancer cervix: Women's sexual challenges post treatment and the need of information from nurses.

Forfattere: 106 og 17

Totalt antall sider inkludert forsiden: 61

Molde, Innleveringsdato: 31.03.2022



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

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">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<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. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§16 og 36.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<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:

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 godkjennelse.

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 29.03.2022

Antall ord: 7690

Forord

“Da jeg gikk på skolen, lærte vi lite om seksualitet. Jeg husker at læreren som viste fram plansjer med tverrsnitt av mannlige og kvinnelige kjønnsorganer, var like pinlig berørt som oss elever.

Han snakket om masturbasjon og menstruasjon. Han snakket om faren for å bli gravid og faren for å få kjønnsykdommer.

Han snakket ikke om lengselen og lysten. Han snakket ikke om nærheten og kjærligheten.

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

Denne strategien handler om alt dette. Den handler om at vi må snakke mer om seksualiteten vår.

Snakk om kraft!”

Bent Høie

Sammendrag

Bakgrunn:

Årlig rammes ca. 300 kvinner i Norge av livmorhalskreft, og som sykepleier er det viktig å ha kunnskap om denne pasientgruppen med tanke på deres utfordringer i forhold til seksuell helse.

Hensikt:

Hensikten med dette litteraturstudiet var å belyse kvinners utfordringer rundt sin seksuelle helse etter gjennomgått behandling av livmorhalskreft.

Metode:

En systematisk litteraturstudie basert på 7 kvalitative forskningsartikler, én kvantitativ og to mixed-methods.

Resultat:

Behandling av livmorhalskreft hadde flere innvirkninger på kvinnenes seksuelle helse. I våre funn kom det frem at de hadde behov for mer støtte og informasjon av helsepersonell når det kom til fysiske forandringer, psykiske belastninger, utfordringer i parforholdet og hjelp til å definere deres identitet og kroppsbilde.

Konklusjon:

Mangel på informasjon var en faktor som førte til bekymringer, dette gjorde at kvinnene satt igjen med ubesvarte spørsmål. Studien har gitt oss en forståelse for at kreftbehandling kan oppleves som stressende, både under og etter behandling. Faktorer som påvirket kvinnenes seksualitet var emosjonelle reaksjoner, kreft-opplevelsen, dårlig kroppsbilde, tilnærminger tatt for å overvinne seksuelle bekymringer, kommunikasjon med partner og informasjon av helsepersonell. Kvinner trenger å bli hørt og helsepersonell må tørre å gå i samtale om seksualitet både før og etter behandling av livmorhalskreft, da behandlingen ofte har negativ innvirkning på kvinnenes seksualitet, både fysisk, psykisk og sosialt.

Nøkkelord: Livmorhalskreft, seksuell helse, behandling, erfaring.

Abstract

Background:

Annually, approx. 300 women in Norway is diagnosed with cervical cancer, and as a nurse it is important to have knowledge of this patient group regarding their challenges in relation to sexual health.

Purpose:

The purpose of this literature study was to shed light on women's challenges regarding their sexual health after undergoing treatment for cervical cancer.

Method:

A systematic literature study based on 7 qualitative research articles, one quantitative along with two mixed-methods.

Results:

Treatment of cervical cancer had several effects on women's sexual health. Our findings showed that they needed more support and information from health personnel, when it came to the physical changes, mental strain, challenges in the relationship and help defining their identity and body image.

Conclusion:

Lack of information was a factor that led to concerns, this left the women with unanswered questions. The study has given us an understanding that cancer treatment can be perceived as stressful, both during and post treatment. Factors that influenced women's sexuality were emotional reactions, the cancer experience, poor body image, approaches taken to overcome sexual concerns, communication with partner and information from health personnel. Women need to be heard and health personnel must dare to enter conversations about sexuality during and post treatment of cervical cancer as the treatment often has a negative impact on the women's sexuality, both physically, mentally and socially.

Keywords: Cervical cancer, sexual health, treatment, experience.

Innhold

1.0 Innledning	2
1.1 Bakgrunn for valg av tema	2
1.2 Sykepleiefaglig relevans	3
1.3 Hensikt	4
1.4 Problemstilling	4
2.0 Metode	4
2.1 Datainnsamling	4
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	5
2.3 Bruk av PICO-skjema	5
2.4 Søkestrategi og søkehistorikk	6
2.4.1 MEDLINE	7
2.4.2 PsycINFO	8
2.4.3 Manuelle søk	8
2.5 Kritisk vurdering	9
2.6 Etske hensyn	9
2.7 Analyse	10
3.0 Resultat	12
3.1 Fysiske forandringer	12
3.2 Psykiske belastninger	13
3.3 Identitet og kroppsbilde	14
3.4 Parforhold	15
3.5 Mangel på informasjon	16
4.0 Diskusjon	17
4.1 Metodediskusjon	17
4.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	17
4.1.2 Søkestrategi	18
4.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn	19
4.1.4 Analyseprosess	19
4.2 Resultatdiskusjon	19
4.2.1 Å leve i en endret kropp	20
4.2.2 Veien videre etter kreft	21
4.2.3 Livmorhalskreft og dens innvirkning på parforholdet	23
4.2.4 Viktigheten med støtte fra helsepersonell	24
5.0 Konklusjon	25
5.1 Konsekvenser for praksis	26
5.2 Anbefalinger til videre forskning	26

Vedlegg 1 – PICO-skjema

Vedlegg 2 – Søkehistorikk

Vedlegg 3 – Oversiktstabell for inkluderte artikler

Vedlegg 4 – Kvalitativ sjekklister

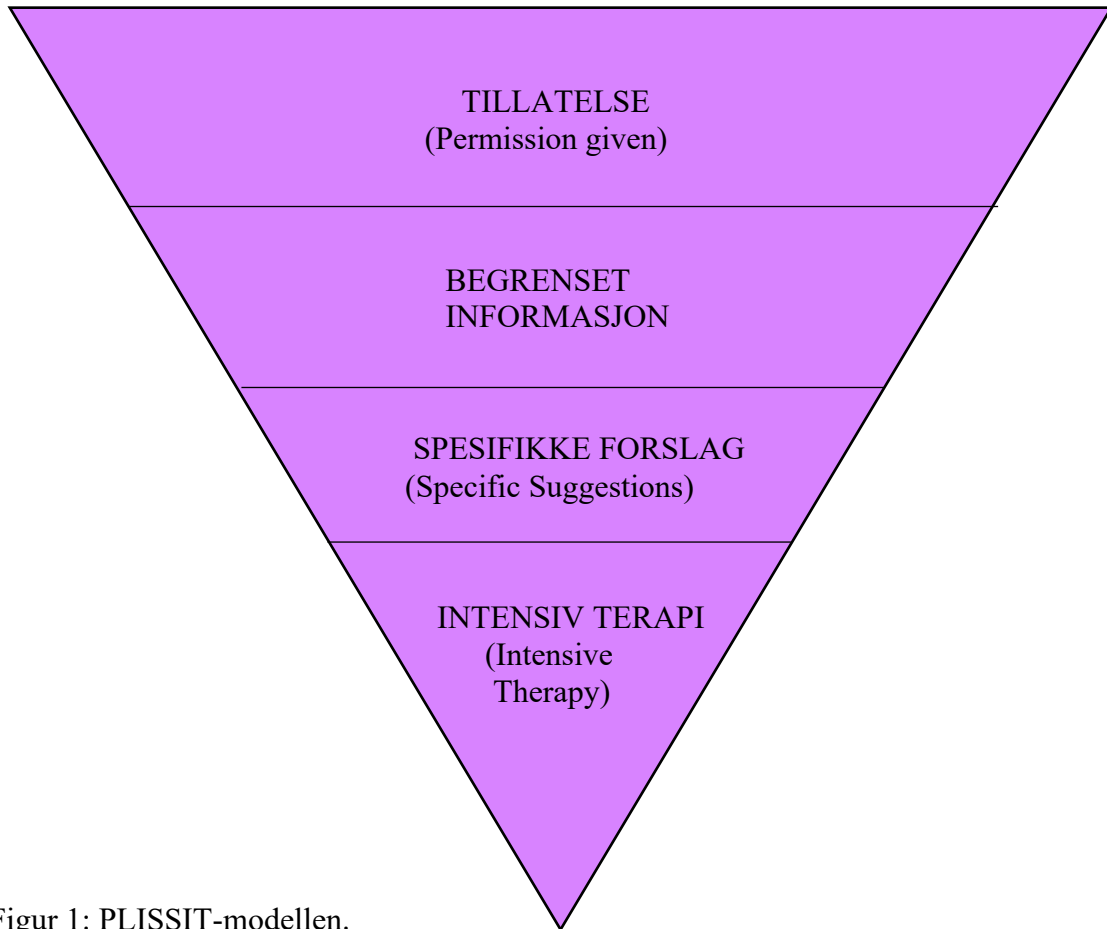
1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2020 ble 328 kvinner i Norge diagnostisert med livmorhalskreft. Man kan se at fra midten av 70-tallet og til nå har det vært et fall i forekomsten av livmorhalskreft for alle aldersgrupper. Imidlertid var det en tendens til økning i fra midten av 2000-tallet og begynnelsen av 2013. Vi kjenner ikke årsaken til denne økningen, men de to faktorene som påvirker forekomsten av livmorhalskreft er eksponering for Humant papillomavirus (HPV) og screeningdeltagelse (Kreftregisteret 2021). Kvinner som har gjennomgått behandling av livmorhalskreft ved hjelp av kirurgi, strålebehandling eller cytostatika kan oppleve utfordringer i sin seksuelle helse (Almås et al. 2011).

Per dags dato finnes det ingen internasjonal definisjon av seksualitet, men WHO foreslo en arbeidsdefinisjon i 2006. "Seksualitet er influert av interaksjonen av biologiske, psykologiske, sosiale, økonomiske, politiske, kulturelle, etiske, juridiske, historiske, religiøse og åndelige faktorer". Seksualitet dreier seg dermed ikke bare om genitaliers funksjon og samleie, men om nærhet, ømhet, bekreftelse og fortrolighet, noe som utgjør en sentral rolle i seksualiteten for mange (Grov og Holter 2016). Dette kommer tydelig frem via teksten «Snakk om kraft» i strategiplanen for seksuell helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2022, s. 3). Den enkelte kan oppleve variasjoner i erfaringer og fokus av seksualitet, noe som fører til at seksualiteten kan ha forskjellige uttrykk gjennom livet. Seksualiteten vil oppleves som mindre viktig i enkelte perioder i livet, men for mennesker som blir diagnostisert med livmorhalskreft vil seksualiteten få et større fokus (Grov og Holter 2016). Seksuell helse er psykisk, emosjonelt, fysisk og sosialt velvære relatert til seksualitet. Den gode seksuelle helsen er en beskyttelsesfaktor og ressurs som fremmer mestringsferdigheter og livskvalitet gjennom hele livet (Helsedirektoratet 2021).

PLISSIT-modellen er en sexologisk rådgivningsmodell som kan benyttes av sykepleier i dialog om seksuell helse, for å få pasienten til å delta aktivt i sin egen situasjon (Grov og Holter 2016).



Figur 1: PLISSIT-modellen.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (Norsk sykepleierforbund 2019). Som sykepleier vil man møte mennesker med ulike helseutfordringer og sykdommer. Helse handler om det fysiske, psykiske og sosiale velvære. Selv om man har blitt frisk fra sykdom ved hjelp av behandling kan man møte ulike utfordringer. Seksualitet er en stor del av livet og menneskers livskvalitet. Det vil også si at seksualitet er en stor del av menneskers helse. Seksualitet kan være viktig for velvære og selvtillit, samtidig som det kan styrke mestring og selvbilde. Når vi vet hvor viktig det er med god seksuell helse så er det en forutsetning at helsepersonell rutinemessig tar opp spørsmål om seksualitet med sine pasienter (Langhelle et al. 2021).

Vi anser denne studien som relevant for sykepleiefaget, da det er stor sannsynlighet for at vi vil komme i kontakt med denne pasientgruppen. Det er viktig å vite hvordan kvinner erfarer sin seksuelle helse etter behandling da det gir sykepleier kunnskap om hvordan gå frem for å snakke om temaet. Seksuell helse kan for noen være et vanskelig tema å ta opp og det er viktig at helsepersonell våger å snakke med pasienten. Ifølge yrkesetiske retningslinjer §2 skal «Sykepleieren ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp.» (Norsk sykepleierforbund 2019). For å oppnå og opprettholde seksuell helse må alle menneskers seksuelle rettigheter respekteres, beskyttes og oppfylles (Grov og Holter 2016).

1.3 Hensikt

Hensikten med studien var å belyse ulike utfordringer kvinner hadde etter behandling av livmorhalskreft.

1.4 Problemstilling

Hvordan erfarer kvinner sin seksuelle helse etter gjennomgått behandling av livmorhalskreft?

2.0 Metode

Her presenteres den systematiske fremgangsmåten som ble benyttet for å samle inn kunnskap og informasjon, for å belyse vår problemstilling. Vi har beskrevet hvordan vi gikk frem slik at andre skal kunne etterprøve våre metoder på litteratursøk og komme til samme konklusjon (Thidemann 2019).

2.1 Datainnsamling

Vi startet med å lese oss opp på temaet og sykdommen, samle inn teori og deretter søke etter forskningsartikler. Vi satte eksklusjons- og inklusjonskriterier som var aktuelle før vi begynte søkeprosessen, for å ha et klart bilde av hvilke kriterier vi hadde til de forskjellige artiklene og hvilke vi ville inkludere. Vi ønsket i vår studie å undersøke hvilke utfordringer kvinner hadde med sin seksuelle helse etter gjennomgått behandling av livmorhalskreft. Vi benyttet pasientperspektiv i vår studie, da vi ønsket å tilegne oss mer kunnskap og

undersøke hvilke faktorer som spilte inn på deres seksuelle helse. Vi valgte å ha liten avgrensning når det kom til alder, og valgte derfor aldersperspektivet 18-90 år. Vi valgte å ekskludere artikler publisert før 2005, dette for å sikre oss nyere kunnskap. Vi benyttet aktuelle sjekklister på helsebiblioteket for å kritisk vurdere forskningslitteraturen (Helsebiblioteket 2016) (Vedlegg 4).

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
<ul style="list-style-type: none"> • Pasientperspektiv • Kvalitativ forskning • Seksuell helse • Livmorhalskreft • Gjennomgått behandling 	<ul style="list-style-type: none"> • Artikler eldre enn år 2005 • Mangelfulle artikler med tanke på vår kvalitetsvurdering

2.3 Bruk av PICO-skjema

For å finne relevante forskningsartikler som passet med hensikten til studien, brukte vi søkeord på norsk og engelsk. Etter møte med bibliotekar fikk vi anbefalt å anvende PO-skjema for å systematisere søkeordene (vedlegg 1). PICO-skjemaet representerer en måte å dele opp spørsmålet som blir stilt i problemstillingen, på denne måten kan det struktureres på en hensiktsmessig måte (Thidemann 2019). I modellen under har vi forklart hvordan vi gikk frem:

P	I	C	O
Patient/problem/population	Intervention	Comparison	Outcome

<p>Hvem ønsker vi å få vite noe om, hvilken pasientgruppe handler det om (pasientgruppe, diagnose eller problem)? Vi ønsket å vite noe om diagnosen livmorhalskreft og problemer rundt seksuell helse. Våre søkeord ble derfor livmorhalskreft* (cervix cancer) og seksuell helse (sexual health) (Thidemann 2019).</p>	<p>Hvilket tiltak, intervensjon eller behandling ønsker vi å få vite noe om? Vi hadde ingen intervensjoner eller tiltak å utforske, og valgte derfor å utelukke intervention (Thidemann 2019).</p>	<p>Brukes i de tilfellene hvor vi sammenligner to forskjellige typer tiltak. I vår studie sammenlignet vi ikke intervensjon eller tiltak, og har derfor ikke med dette punktet (Thidemann 2019).</p>	<p>Hvilket utfall, effekt, erfaring, opplevelse eller endepunkt er vi interessert i? Vi ville gjennom litteratursøket undersøke erfaringene til kvinner som har gjennomgått behandling av livmorhalskreft, vi brukte derfor søkeordet erfaring* (experie*nc*) (Thidemann 2019).</p>
---	--	--	---

Modell 1: PICO-skjema.

2.4 Søkestrategi og søkehistorikk

Vi brukte databasene MEDLINE, PsycINFO og Google Scholar i våre systematiske litteratursøk. Alle søkeordene vi benyttet var forskjellige kombinasjoner av ordene fra vårt PO-skjema (Thidemann 2019). For fullstendig oversikt over artikler inkludert fra søkene og søkehistorikk, se vedlegg 2 og 3.

Vi valgte å benytte oss av veiledning fra bibliotekar, dette for å få en bedre forståelse som kunne bidra til et riktig systematisk søk. Under søkeprosessen benyttet vi oss av forskjellige søkemetoder. Da vi startet å søke i databasene brukte vi trunkering, dette lot oss søke på ordstammer. Vi benyttet da tegnet “*”, som vi eksempelvis benyttet ved søkeordet “erfaring”. Ved å søke på erfaring* fikk vi treff på erfaring, erfaringer, erfaringen og erfaringene. Vi brukte også metoden boolsk søk og benyttet OR for å samle synonymer, men også for å utvide søket. Eksempelvis ville vi finne ut noe om

livmorhalskreft, som på engelsk betegnes som både “cervix cancer” og “cancer cervix”. Ved å benytte OR fikk vi treff på artikler som inneholdt en eller begge termer. Vi brukte også AND for å kombinere ulike aspekter ved søket, og for å snevre inn søket. Vi ville finne ut noe om livmorhalskreft og erfaringer. Ved å benytte AND fikk vi treff på artikler som inneholdt begge disse søketermene (Thidemann 2019).

2.4.1 MEDLINE

Artikkel 1: Da vi skulle finne den første artikkelen (vedlegg 2) brukte vi MEDLINE. Her brukte vi søkeord som passet til vår problemstilling (vedlegg 2, søketabell 1). Vi slo sammen 1 og 2 med OR og fikk opp 79846 artikler som inneholdt livmorhalskreft. Så slo vi sammen 4 og 5 med OR, og fikk opp 27851 artikler som omhandlet seksuell helse. Så slo vi sammen 3 og 6 med AND for å få artikler som inneholdt begge temaene. Det ble 239 artikler, så vi måtte snevre inn søket ved å ta 7 og 8 med AND, og fikk da 56 artikler. Vi ville ha kvalitative artikler og valgte derfor å sette en «limit» på det. Da endte vi med 46 relevante artikler, og fant på siste side artikkelen.

Artikkel 2 og 5: Søkeordene vi brukte for å finne andre og femte artikkel (vedlegg 3) ser man i søketabellen (vedlegg 2, søketabell 2). Vi slo sammen 1, 2 og 7 med OR for å finne artikler som inneholdt alle tre eller én av termene, da fikk vi opp 81519 relevante artikler. Så gjorde vi det samme med 3, 4 og 5 og fikk opp 32225 relevante artikler. Deretter slo vi sammen 6, 8 og 9 med AND og fikk opp 77 relevante artikler som inneholdt gynekologisk kreft, seksuell helse og erfaringer. Etter å ha bladd gjennom noen artikler fant vi nr. 46 som ble vår andre artikkel. Vi fant også artikkel nr.39, dette ble vår femte artikkel.

Artikkel 7: For å finne denne artikkelen brukte vi søkeordene i PO-skjemaet (vedlegg 1). Da vi hadde problemer med å finne gode fagartikler benyttet vi også andre søkeord. Vi brukte ordet “treatment”, vi la også merke til at begrepet “gynecological” også kunne skrives som “gynaecological” og benyttet dette i søket. Søkeordene vi brukte ser man i søketabellen (vedlegg 2, søketabell 3). Vi slo sammen 2 og 3 med OR for å finne artikler som inneholdt en av begrepene og fikk opp 3863 artikler. Deretter slo vi sammen 4 og 6 med OR for å finne artikler som omhandlet gynekologisk kreft eller livmorhalskreft og fikk da opp 56702. Etter dette slo vi sammen 1, 5 og 7 med AND og fikk da opp 50 mulige artikler og inkluderte artikkel nr.41.

2.4.2 PsycINFO

Artikkel 3: Søkeordene vi brukte for å finne artikkel 3 (vedlegg 3) ser man i søketabellen (vedlegg 2, søketabell 4). Vi slo sammen 2 og 3 med OR for å finne artikler som inneholdt én eller begge termer. Vi fikk da opp 1369 artikler. Så slo vi sammen 1 og 4 med AND og fikk opp 54 artikler. Etter å ha lest gjennom et par sammendrag fant vi artikkel nr.20.

Artikkel 6: Vi foretok et søk i PsykINFO (vedlegg 2, søketabell 6). Da vi hadde problemer med å finne en relevant artikkel, måtte vi anvende andre søkeord som “treatment” og “gynecological cancer”. Vi koblet sammen ordene ved å bruke “OR” og “AND”. Vi tok også i bruk “limits” fra 2005-2022” og “engelsk” da vi ville ha engelskspråklige artikler. Til slutt fikk vi opp 111 artikler. Når vi bladde nedover så fant vi artikkel nr.11 (vedlegg 3).

Artikkel 10: søkeordene vi brukte for å finne artikkel 10 (vedlegg 3) ser man i søketabellen (vedlegg 2, søketabell 5). Vi slo sammen 1 og 2 med OR for å finne artikler som inneholdt to eller én av søketermene, da fikk vi opp 1136 artikler. Deretter slo vi sammen 3, 4 og 5 med AND og fikk opp syv relevant artikler som inneholdt noe med erfaring, seksuell helse og livmorhalskreft. Etter å ha lest alle syv sammendragene og sett etter inklusjon- og eksklusjonskriterier bestemte vi oss for å inkludere artikkelen.

2.4.3 Manuelle søk

Vi benyttet oss av flere manuelle søk da vi hadde problemer med å finne nok relevante forskningsartikler. Vi fant én interessant og relevant vitenskapelig artikkel Sekse et al. (2015) som ved hjelp av referanselisten henviste oss til en annen relevant artikkel Sekse et al. (2009). Thidemann (2019) viser til at man kan benytte seg av manuelle søk ved å skimlese tidligere bacheloroppgaver.

Artikkel 4 og 8: Begge disse artiklene ble funnet i to forskjellige bacheloroppgaver med tilsvarende lik problemstilling som vår. Oppgavene fant vi i søk via Google Scholar. Vi skimleste metodekapittelet, søkehistorikk og referanselistene i oppgavene og fant disse artiklene som passet opp imot vår hensikt.

Artikkel 9: Artikkel 5 hadde henvist til denne artikkelen, vi valgte å se nærmere i referanselisten hva artikkelens tittel var. Ut ifra tittelen, så vi at denne artikkelen kunne være relevant opp imot vår hensikt, og valgte å søke den opp på Google Scholar for å lese sammendraget og artikkelen i fulltekst.

2.5 Kritisk vurdering

Ifølge Thidemann (2019) skal man kritisk vurdere kvaliteten på innhentede artikler, dette fordrer kunnskapen om forskningsmetoden. Vi har ved bruk av sjekkliste for kritisk vurdering vurdert gyldigheten til våre artikler. Denne sjekklisten er et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Den skal bidra til at vi skal kunne stole på resultatene, gi oss innblikk i hva resultatene er og hjelpe oss til å forstå om resultatene kan brukes i vår praksis (Helsebiblioteket 2016).

2.6 Etske hensyn

Ved utvelgelse av artikler som skulle inkluderes i denne bacheloroppgaven tok vi ulike etske hensyn. Vi ønsket å inkludere artikler som var etisk godkjent av komité og endte opp med åtte av ti artikler som var godkjent av komité. Til tross for at vi synes det var viktig å finne artikler som var etisk godkjent av komité, har vi likevel valgt å inkludere studien Butler et al. (1998) og Bal et al. (2012) hvor etske godkjenninger ikke var nevnt. Vi ser på det som viktig å opprettholde etske hensyn, som at kvinnes identiteter ble godt ivaretatt ved anonymisering, frivillig deltakelse og gjennom samtykke. Dette ble godt beskrevet i fire av artiklene, hvor de hadde beskrevet hvilke etske hensyn som var gjennomført i forkant av studien og under deres forskningsprosess.

2.7 Analyse

Som grunnlag for analysedelen har vi valgt å bruke Evans fire faser for å analysere det innsamlede datamaterialet. Vi beskriver hva vi har gjort under hver av de fire fasene.

1. Innsamling av forskningsartikler:

Den første fasen går ut på å samle inn forskningsartikler som er relevante for studiet (Evans 2002). Vi valgte å bruke et PO-skjema der vi plottet inn våre søkeord før vi startet på databasesøk. Vi samlet forskningsartikler som kunne være aktuelle og leste deretter sammendragene. Vi ble til slutt enige om ti artikler som vi ønsket å inkludere i vår studie. Deretter satte vi alle artiklene inn i en oversiktstabell (Vedlegg 3).

2. Identifisering av nøkkelfunn i hver forskningsartikkel:

Denne fasen går ut på å lese gjennom alle artikler som man inkluderte, for så å identifisere nøkkelfunn. Funnene fra hver studie samles i en oversikt (Evans 2002). Her leste vi gjennom alle artiklene hver for oss. Vi markerte med markeringstusj det vi mente kunne gi svar på vår problemstilling i ulike farger, for så å kategorisere fargene. Dette gjorde det lettere for oss å gå tilbake i artiklene i ettertid, samtidig som det ga oss en fin oversikt over hvilken artikkel som inneholdt hvilket tema.

3. De ulike temaene i de inkluderte forskningsartiklene:

I denne fasen skal man identifisere ulike temaer fra forskningsartiklene og deretter gjenkjenne temaer som går igjen i de ulike artiklene (Evans 2002). Vi gikk her systematisk gjennom alle artiklene, og samlet sammen de ulike temaene. Vi samlet sammen ulikheter og likheter fra studiene og satte de inn i en oversiktstabell over hovedfunn, se figur 2. Vi kategoriserte artiklene fra 1-10, og skrev hovedfunnene nedover. Når vi leste gjennom studiene på nytt, kunne vi da enkelt bare sette en "x" ved hovedfunnet i den aktuelle artikkelen.

4. Beskrivelse av hovedfunn:

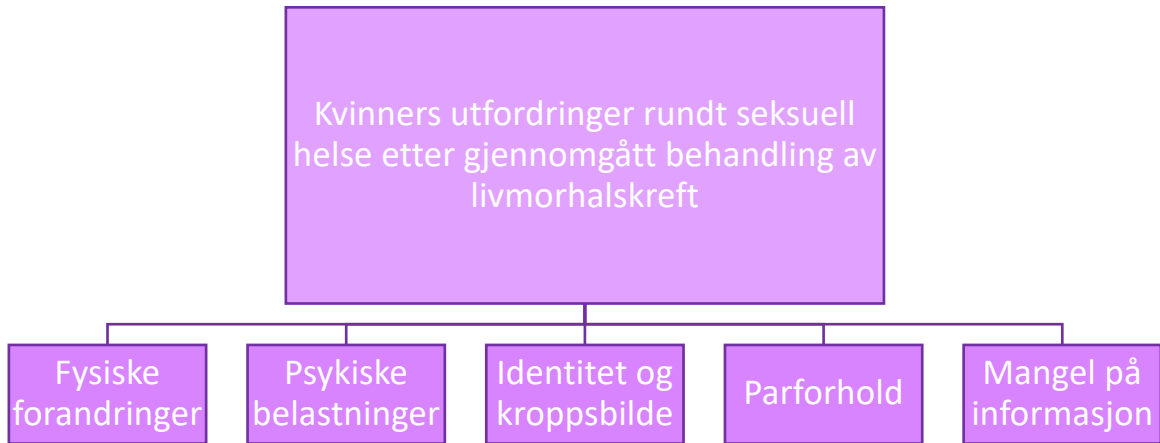
Ifølge Evans (2002) skal man i den fjerde fasen beskrive hovedfunn fra alle forskningsartiklene som man har funnet i fase en. Vi delte hovedfunnene fra artiklene inn i fem ulike temaer, på tvers av alle artiklene: Fysiske forandringer, Psykiske belastninger, Identitet og Kroppsbilde, Parforhold og Mangel på informasjon. Vi har laget en figur som vi mener gir en fin oversikt over våre hovedtemaer (figur 2).

Hovedfunn i artiklene:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fysiske forandringer	x	x	x		x		x	x	x	x
Psykiske belastninger	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Identitet og Kroppsbilde	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Parforhold	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Mangel på informasjon	x	x	x	x	x	x	x		x	x

Figur 2: oversiktstabell over hovedfunn.

3.0 Resultat

I dette kapittelet skal vi presentere våre funn fra litteraturstudien, se figur 3.



Figur 3: Oversikt over hovedfunn i vår studie.

3.1 Fysiske forandringer

Etter gjennomført behandling av livmorhalskreft var det flere av kvinnene som opplevde forskjellige typer fysiske forandringer, disse kom enten av behandling med cellegift, strålebehandling eller kirurgi (Butler et al. 1998; McCallum et al. 2012; Bal et al. 2012; Cleary et al. 2012; Sekse et al. 2015; Abbot-Anderson et al. 2019; Burns et al. 2007; Tian 2013; Sekse et al. 2009; Jeppesen et al. 2015). De forandringene som gikk hyppigst igjen var de vaginale forandringene. Etter endt kirurgisk behandling var det flere som opplevde vaginal forkortelse (Butler et al. 1998, 688; McCallum et al. 2012, 137; Bal et al. 2012, 88; Tian 2013, 179). Mange opplevde også problemer med vaginale arrdannelser som førte til problemer med vaginal utvidelse og elastisitet (Butler et al. 1998, 692,693; McCallum et al. 2012, 137; Bal et al. 2012, 90). En annen fysisk forandring etter behandling var vaginal tørrhet (McCallum et al. 2012, 137; Bal et al. 2012, 89, 90; Cleary et al. 2012, 35; Sekse et al. 2015, 1261, 1262; Tian 2013, 179; Sekse et al. 2009, 803). De vaginale forandringene førte til smerter, men noen av kvinnene opplevde også smerter relatert til diaré og sår endetarm (Butler et al. 1998, 692, 693; Costello et al. 2007, 367). Effekten av vaginale forandringer førte til at flere av kvinnene også opplevde smerter ved samleie (dyspareuni)

(McCallum et al. 2012, 137; Bal et al. 2012, 89; Cleary et al. 2012, 35; Tian 2013, 179; Sekse et al. 2009, 803).

Det ble dokumentert at tidlig overgangsalder var en seneffekt etter endt behandling av livmorhalskreft (Butler et al. 1998, 690; McCallum et al. 2012, 138; Bal et al. 2012, 88, 91; Sekse et al. 2009, 803) som førte til at flere av kvinnene var svært plaget med hetetokter (Butler et al. 1998, 692; Bal et al. 2012, 89, 91; Sekse et al. 2009, 803). Det var også mange av kvinnene som fikk problemer med ukontrollert vektøkning (Butler et al. 1998, 691; McCallum et al. 2012, 137; Costello et al. 2007, 368), fatigue (Butler et al. 1998, 692; Bal et al. 2012, 88; Jeppesen et al. 2015, 126), hårtap (Butler et al. 1998, 692; Bal et al. 2012, 87; Cleary et al. 2012, 35) og urininkontinens (Bal et al. 2012, 89; Costello et al. 2007, 367; Tian 2013, 179).

3.2 Psykiske belastninger

I alle artiklene ble psykiske belastninger rapportert som seneffekter ved behandling av livmorhalskreft. Disse psykiske belastningene førte til at kvinnene fikk en svekket seksuell helse (Butler et al. 1998; McCallum et al. 2012; Bal et al. 2012; Cleary et al. 2012; Sekse et al. 2015; Abbot-Anderson et al. 2019; Burns et al. 2007; Tian 2013; Sekse et al. 2009; Jeppesen et al. 2015). Det ble blant annet rapportert om at de fysiske endringene som følge av livmorhalskreft var assosiert med et behov for å bekrefte sin identitet som et seksuelt vesen, en kvinne, en mor og som partner. På grunn av de mange endringene beskrev de aller fleste kvinnene at det var smertefullt og vanskelig å ha et fullverdig intimt forhold med sin partner. De vaginale forandringene var for mange psykisk belastende. Nedsatt blærefunksjon, utilstrekkelig vaginal elastisitet, arrdannelse og vond lukt fra vagina var ukomfortabelt og førte til bekymringer og smerter (McCallum et al. 2012; Sekse et al. 2015; Burns et al. 2007; Jeppesen et al. 2015).

For mange av kvinnene var det en psykisk belastning å ikke kunne være seksuelt aktiv. Mange kjente på angst rundt det å ha samleie og de var redd for å bli forlatt av partner på grunn av de fysiske forandringene (McCallum et al. 2012; Bal et al. 2012; Abbot-Anderson et al. 2019; Costello et al. 2007; Tian 2013; Sekse et al. 2009). Dårlig selvbilde ble rapportert som en seneffekt av behandling. Kvinnene mistet troen på seg selv når det kom til seksuallivet, og dette hadde en direkte sammenheng med selvtillit, livsglede og

bekymring. På grunn av misnøye med kroppsbilde, var det mange av kvinnene som unngikk å snakke om femininitet. De kvinnene som slet med hårtap etter cellegift anså dette som en psykisk belastning som førte til tristhet, sinne og fortvilelse (Butler et al. 1998; Bal et al. 2012; Cleary et al. 2012; Tian 2013).

Kvinnene følte på en ensomhet rundt det å få kreftdiagnosen. Kreftdiagnosen tok et stort fokus og flere hadde mangel på lykke i hverdag. Noen fryktet å dø fra sine barn, som i seg selv var en stor belastning. Sykehusmiljøet opplevdes som et stressende miljø og mangel på informasjon om kroppslige forandringer etter behandling førte til at noen kvinner følte seg ydmyket. Flere beskrev at de hadde en sorgfølelse over tap av fruktbarhet og at de fikk en endret seksuell oppfatning etter diagnosen og behandlingen. Mange av kvinnene trengte tid til å akseptere diagnosen og legge opplevelsen bak seg. Mange år etter endt behandling var det fortsatt mye usikkerhet for kvinnene, de var redd for at kreften skulle komme tilbake. Generell angst var et resultat av livmorhalskreft (Butler et al. 1998; Bal et al. 2012; Sekse et al. 2015; Abbot-Anderson et al. 2019).

3.3 Identitet og kroppsbilde

I flere av artiklene hadde kroppsbilde og identitet innvirkning på kvinnenes seksuelle helse. God seksuell helse er et resultat av blant annet godt selvbilde. Det å få en kreftdiagnose og være en del av kreftsystemet påvirket kvinnenes syn på seg selv. Kvinnene beskrev at et godt kroppsbilde hadde direkte innvirkning på deres seksuelle helse (Butler et al. 1998; McCallum et al. 2012; Bal et al. 2012; Cleary et al. 2012; Sekse et al. 2015; Abbot-Anderson et al. 2019; Costello et al. 2007; Tian 2013; Sekse et al. 2009; Jeppesen et al. 2015). Flere mente at behandling av livmorhalskreft hadde negativ innvirkning på deres kroppsbilde og syn på seg selv, og det var viktig å akseptere at deres kroppsbilde ble endret for å oppnå seksuelt velvære (Butler et al. 1998, 691; McCallum et al. 2012, 137; Bal et al. 2012, 85).

Det å føle seg som en fullverdig kvinne ble viktigere enn før. Mange fikk endret syn på seg selv, og følte seg som mindre kvinne i ettertid av behandlingen. Dette var på grunn av fysiske forandringer som for eksempel det å miste håret og komme i tidlig overgangsalder (Butler et al. 1998, 691; McCallum et al. 2012, 137; Bal et al. 2012, 85). Det å kunne bære frem barn var for mange sett på som en viktig del av det å være kvinne. Tidlig

overgangsalder og skade etter behandling ga kvinnene et endret syn på seg selv. Feminitet er en stor del av kvinnenes seksualitet, og fruktbarhet blir forbundet med det å være kvinne (Bal et al. 2012, 85; Cleary et al. 2012, 35).

Kroppsbilde og identitet hadde negativt utfall for kvinnenes seksuelle helse etter behandling. I alle artiklene ble bekymringer rundt kroppsbilde og dens funksjon, rapportert. De aller fleste rapportert at fysiske forandringer var den største årsaken til endret syn på seg selv når det kom til identitet og kroppsbilde (Butler et al. 1998; McCallum et al. 2012; Bal et al. 2012; Cleary et al. 2012; Sekse et al. 2015; Abbot-Anderson et al. 2019; Costello et al. 2007; Tian 2013; Sekse et al. 2009; Jeppesen et al. 2015).

3.4 Parforhold

Det ble nevnt hvordan behandling av livmorhalskreft hadde innvirkning på parforholdet i alle artiklene. Det var stor mangel på kommunikasjon i parforholdene, dette førte til bekymringer og endringer i seksuallivet. De fleste av kvinnene hadde store problemer når det kom til seksuallivet etter behandling, og fåtallet var klare for å ha seksuell omgang med partner (Butler et al. 1998, 690; McCallum et al. 2012, 137; Bal et al. 2012, 89; Cleary et al. 2012, 35; Sekse et al. 2015, 1261; Abbot-Anderson et al. 2019, 9; Costello et al. 2007, 367; Tian 2013, 179; Sekse et al. 2009, 803; Jeppesen et al. 2015, 126). Flere prøvde å skape en ny normal, og de som ønsket nærhet fra partner tok i bruk andre tegn på omsorg og kjærlighet som kyssing, klemming og holdning av hender (Butler et al. 1998, 690; McCallum et al. 2012, 137; Cleary et al. 2012, 35; Abbot-Anderson et al. 2019, 7). Etter behandling var det mange av kvinne som slet med fysiske forandringer, noe som hadde stor innvirkning på samleie. Mange av kvinnene følte at de måtte opprettholde et aktivt seksualliv med deres partner for å tilfredsstille partner og beholde parforholdet (Bal et al. 2012, 90; Cleary et al. 2012, 35; Abbot-Anderson et al. 2019, 10; Costello et al. 2007, 368; Sekse et al. 2009, 803; Jeppesen et al. 2015, 126). For noen ble belastningene av sykdommen og behandling så stor at det førte til separasjon (Butler et al. 1998, 689; Cleary et al. 2012, 35). Frykten for at kreften skulle gjenoppstå eller at de skulle smitte partner holdt noen kvinner tilbake når det kom til å gjenoppta deres seksuelle liv (Bal et al. 2012, 89; Tian 2013, 179).

Til tross for de mange endringene etter behandling ble det rapportert at flere ønsket å opprettholde et aktivt seksualliv (McCallum et al. 2012, 138; Abbot-Anderson et al. 2019, 10; Tian 2013, 179) og noen av kvinnene opplevde nærere bånd med sin partner etter diagnosen (Butler et al. 1998, 689; Abbot-Anderson et al. 2019, 7, 11), de mente at intimitet og at gjensidig følelsesmessig forbindelse var så mye mer en akten (McCallum et al. 2012, 137; Cleary et al. 2012, 35).

For mange av kvinnene bunnet deres utfordringer i parforholdet i at de ikke turte å snakke med helsepersonell om deres seksuelle problemer. Noen av kvinnene mente det hadde gjort en stor forskjell i deres parforhold om de hadde fått tilstrekkelig informasjon om de mange endringene behandlingen førte til, og hvordan dette kunne ha påvirkning på deres seksuelle liv (Sekse et al. 2015, 1263; Abbot-Anderson et al. 2019, 9; Jeppesen et al. 2015, 126).

3.5 Mangel på informasjon

Etter gjennomgått behandling av livmorhalskreft hadde kvinnene hatt mange møter med helsepersonell. Det ble rapportert i åtte av ti artikler at kvinnenes seksuelle helse ble påvirket av deres mangel på informasjon (Butler et al. 1998; McCallum et al. 2012; Cleary et al. 2012; Sekse et al. 2015; Abbot-Anderson et al. 2019; Costello et al. 2007; Sekse et al. 2009; Jeppesen et al. 2015). Kvinnene følte de manglet informasjon fra helsepersonell om hvordan behandlingen av livmorhalskreft og hvordan effektene av denne påvirket deres seksualitet. Det ble rapportert om ingen eller liten informasjon fra helsepersonell når det kom til hvilke langtidseffekter behandling hadde på deres seksuelle helse (Butler et al. 1998, 690; McCallum et al. 2012, 138; Cleary et al. 2012, 35; Sekse et al. 2015, 1261; Abbot-Anderson et al. 2019, 12; Costello et al. 2007, 368, 369; Sekse et al. 2009, 804; Jeppesen et al. 2015, 126), men det kom frem at de var grundig med å gi informasjon rundt prosedyrer som for eksempel selve inngrepet, hvordan bruke dilator og blodprøver som ble tatt på oppfølgingstimene (Butler et al. 1998, 690; Sekse et al. 2015, 1261; Sekse et al. 2009, 804). Kvinnene mente at de mange bivirkningene av behandling og hvordan disse hadde påvirket deres seksuelle helse var et vanskelig tema å snakke om. Selv om de hadde behov for samtale så var det mye skam og beskjedenhet rundt temaet. De ønsket at helsepersonell skulle ta initiativ til en slik samtale (Butler et al. 1998, 690; McCallum et al. 2012, 138, 139; Cleary et al. 2012, 35; Sekse et al. 2015, 1262; Costello et al. 2007, 369; Sekse et al. 2009, 804; Jeppesen et al. 2015, 126).

Enkelte av kvinnene rapporterte mangel på informasjon om seksuell helse og intimitet da de ikke var i faste forhold, men de hadde fortsatt behov for informasjon om kroppslige forandringer og konsekvensene av disse (Cleary et al. 2012, 36; Sekse et al. 2015, 1262). Noen av kvinnene tok selv initiativ til samtale med helsepersonell for å få dypere informasjon om hvilken effekt behandlingen hadde på deres seksualitet (Butler et al. 1998, 690; Sekse et al. 2015, 1263; Abbot-Anderson et al. 2019, 12; Sekse et al. 2009, 804). Det ble tydelig at mangelen på informasjon fra helsepersonell kom av barrierer rundt det å ta opp problematikk tilknyttet seksuell helse (Butler et al. 1998; McCallum et al. 2012; Cleary et al. 2012; Sekse et al. 2015; Abbot-Anderson et al. 2019; Costello et al. 2007; Sekse et al. 2009; Jeppesen et al. 2015).

I felt that there was such a distance between us, the doctor and me. . . . He didn't really say anything, and then I lost courage and didn't say anything either. . . or . . . if I did say something. . . he gave me the shortest possible answer. I just couldn't find the confidence. . . . The distance was too great (Sekse et al. 2015, 1263).

4.0 Diskusjon

4.1 Metodediskusjon

Ifølge Grønseth og Jerpseth (2019) skal vi i metodediskusjonen diskutere sterke og svake sider ved metoden vi har valgt. Vi har valgt å diskutere sterke og svake sider ved inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkestrategi, analyseprosess og kvalitetsvurdering og etiske hensyn.

4.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Hensikten i vår studie var å få en dypere forståelse av kvinners utfordringer rundt seksuell helse etter gjennomgått behandling av livmorhalskreft. For å innhente kunnskaper om menneskers egenskaper som forventninger, tanker, erfaringer, opplevelser og meninger er det kvalitativ forskningsmetode som passer best (Thidemann 2019). Vi ser derfor på det som en styrke at vi har valgt å inkludere data fra syv kvalitative forskningsartikler. Vi valgte også å inkludere én kvantitativ forskningsartikkel og to artikler med mixed-

methods. Dette ser vi på som både en styrke og en svakhet, da den kvantitative artikkelen gir oss et overblikk over hva mange kvinner opplevde, men lite dyp kunnskap. Hos de artiklene som var mixed-methods valgte vi å se bort i fra de kvantitative dataene og kun bruke de kvalitative resultatene, noe som vi anser som en styrke da man får mer data tilknyttet kvinnenens egenskaper som erfaringer og opplevelser.

Vi har inkludert studier fra Norge, USA, Canada, Tyrkia, Irland, England, Kina og Danmark hvor alle artiklene var skrevet på engelsk. Vi mener det er en styrke at vi har inkludert forskning fra åtte ulike land. Dette kan gi sykepleiere en dypere forståelse på kryss av kulturbakgrunner og religioner, som gir oss nyttige kunnskaper da vi lever i et økende flerkulturelt samfunn. En svakhet derimot kan være at noen av resultatene ikke er direkte overførbare til praksis i Norge.

Et av studiens eksklusjonskriterier var at artiklene ikke skulle være eldre enn år 2005. Til tross for dette valgte vi å inkludere en artikkel fra 1998 da vi anså denne som relevant. Dette kan være en svakhet i vår studie. Grunnen til at vi valgte å inkludere denne artikkelen var at vi var ute etter å innhente kunnskap om kvinnenens egenskaper som erfaringer og opplevelser, og deres erfaringer og opplevelser så vi på som fortsatt gjeldende. Artikkel 5 og 9 har samme data, noe vi ser på som en svakhet da det kan gi lite mangfold i vår resultatdel. Vi inkluderte studier som omhandlet gynekologisk kreft, i disse artiklene var det data som omhandlet flere typer kreft enn livmorhalskreft. Vi brukte kun resultat som omhandlet livmorhalskreft, til tross for dette kan det være en svakhet da vi kunne fått et mer mangfoldig og dypere resultat dersom artiklene kun omhandlet livmorhalskreft.

4.1.2 Søkestrategi

Før vi startet vårt litteratursøk fikk vi veiledning av bibliotekar. Han hjalp oss med å sette opp et PO-skjema. Sammen ble vi enig om de ulike søkeordene som vi skulle anvende i vår søkeprosess. Samtidig fikk vi en gjennomgang i hvordan man utfører søk i de ulike databasene. Veiledning anser vi som en styrke i vår studie, da dette hjalp oss til å finne relevante artikler.

Under søkeprosessen i databasene var det flere store funn, noe som kan bli sett på som en svakhet da det er uoverkommelig å lese alle sammendrag og alle artiklene i fulltekst. Dette

kan føre til at vi har oversett relevante artikler. En styrke derimot er at vi leste alle titler på våre søk for å luke ut irrelevante artikler.

4.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

Vi ønsket å vektlegge etiske hensyn i våre inkluderte artikler. Vi ser på det som en styrke at åtte av ti artikler er etisk godkjent av komité, men en svakhet at etiske hensyn kun er godt beskrevet i fire artikler. Det var to av ti artikler som ikke var godkjent av komité, Butler et al. (1998) og Bal et al. (2012). Dette anser vi som en svakhet, men valgte å ta med Butler et al. (1998) da grunnen bak at den ikke er etisk godkjent kan være at den er gammel. Vi valgte å kritisk vurdere våre inkluderte artikler ved hjelp av sjekklister (Helsebiblioteket 2016) noe som vi anser som en styrke da vi fikk vurdere gyldigheten til artiklene.

4.1.4 Analyseprosess

Under analyseprosessen tok vi for oss alle artiklene individuelt, for så å gå gjennom innholdet i artiklene sammen ved hjelp av Evans fire faser, dette anser vi som en styrke. Alle inkluderte artikler er skrevet på engelsk. Enkelte ord og uttrykk kan misforstås, selv om vi har gode engelskferdigheter, og dette kan være en svakhet i studien.

4.2 Resultatdiskusjon

Vår problemstilling var å belyse hvordan kvinner erfarer sin seksuelle helse etter behandling av livmorhalskreft. Funn i vår studie viste at faktorer som fysiske forandringer, psykiske belastninger, identitet og kroppsbilde, parforhold og mangel på informasjon hadde innvirkning på kvinnenens seksuelle helse. Disse resultatene skal vi knytte opp mot teori, forskning og kliniske erfaringer. Vi skal også diskutere konsekvenser for praksis (Dalland 2017).

4.2.1 Å leve i en endret kropp

Våre hovedfunn viste at fysiske forandringer etter behandling av livmorhalskreft hadde innvirkning på hvordan kvinnene opplevde sin seksuelle helse. Kroniske endringer som vaginale- og andre kroppslige forandringer var noe kvinnene måtte akseptere. Ifølge Almås et al. (2011) kan senskader oppstå flere måneder eller år etter behandling, dette avhenger av hvor omfattende behandlingen har vært. Kirurgisk behandling av livmorhalskreft kan innebære å operere bort livmorhals. Dette innebærer også at skjeden blir noen centimeter kortere, og sårflaten som dannes under operasjonen trenger tid til å heles. Ved strålebehandling er det normalt at skjeden blir mindre elastisk, samtidig som den kan føles tørr og sår. Ved stråling på nedre bekkefelt kan man i tillegg oppleve å få arrdannelse, og dette kan medføre store problemer når det kommer til samleie (Almås et al. 2011). Etter strålebehandling er det normalt å bruke dilator for å tøyne skadet vev i vagina og lære musklene til å slappe av. Som sykepleier er det viktig å kjenne til dette verktøyet og informere samt undervise pasienten hvordan man tar i bruk en dilator. Hvis den seksuelle funksjonsevnen er vesentlig nedsatt skal sykepleier informere pasienten om at det finnes mulighet for stønad til seksualtekniske hjelpemidler via NAV (NAV 2013). Strålingen som utføres mot eggstokkene, stanser hormonproduksjonen noe som fører til at kvinner kan komme i en kunstig fremstilt overgangsalder. De fysiske plagene kan bedres med hormonbehandling (Kreftforeningen 2022). Som sykepleier skal man kunne gi praktisk hjelp til pasienter som sliter med seksuelle utfordringer. Å gi trygghet og tilstrekkelig informasjon under behandling, vil kunne bidra til at kvinnene bedre mestrer sine fysiske utfordringer etter endt behandling (Kristoffersen et al. 2012).

4.2.1.1 Endret syn på seg selv

Våre funn viste at kvinnene fikk endret kroppsbilde og identitet etter behandling av livmorhalskreft, og dette hadde en direkte innvirkning på deres seksuelle helse. Diagnosen livmorhalskreft påvirket kvinnes syn på seg selv, og behandlingens fysiske forandringer hadde negativ innvirkning på selvbilde. Behandling av kreft i genitalier kan for mange kvinner innebære endret selvbilde, og konsekvensene for seksuallivet kan bli et sentralt anliggende (Almås et al. 2011). Et bra seksualliv kan være viktig for velvære, selvtilit og generelt overskudd i hverdagen, samtidig kan det styrke mestring, utholdenhet og

overlevelse. Seksualitet er en del av menneskers helse og dette innebærer at helsepersonell har ansvar for å ivareta og følge opp pasienters seksuelle helse (Langhelle et al. 2021).

De mange fysiske forandringer som kvinner opplever etter behandling, setter spor hos pasienten og kan være med på å underbygge et endret kroppsbilde. Kjønnsideidentitet er en individuell opplevelse av det å være kjønn basert på kroppsopplevelse og kroppsbilde, i motsetning til kjønnstilhørighet, som baserer seg på personens opplevelse av å tilhøre en kategori og få bekreftelse fra omgivelsene på denne tilhørigheten (Kristoffersen et al. 2012). Å få et annerledes forhold til kroppen sin etter å ha vært rammet av kreft er ikke uvanlig, og ifølge kreftforeningen (2022) kan noen kreftpasienter få problemer med selvfølelse. Sykdom og behandling setter ofte spor både på utseende og fysiske funksjoner. Livet endrer seg og sykdom blir en stor del av livet, og da er det ikke uvanlig om man får endrede tanker om seg selv og egen kropp. Det er da sykepleier sin oppgave å informere pasienten om at det er normalt å få et endret syn på seg selv.

Det å kunne bære frem barn kan for noen assosieres med det å være kvinne, og når man mister denne muligheten kan det ha innvirkning på kvinnenens selvbilde og identitet. På samme måte kan det å komme i tidlig overgangsalder ha innvirkning på hvordan kvinner ser på seg selv. Ved sykdom eller kroppslig skade kan lidelse og redsel oppstå. Felles for all lidelse er at den omfatter både kroppslige, psykiske og åndelige/eksistensielle sider ved menneskets situasjon. Ifølge lege Eric Cassell (2004) er all lidelse en individuell og personlig erfaring, og lidelse er et alvorlig ubehag som truer personens opplevelse av deres eget selv. Lidelse influerer dermed personens identitet. Identitet er en måte å forstå seg selv på og det innebærer å stå i en relasjon til seg selv (Kristoffersen et al. 2012) I møte med pasienter som lider skal man ifølge yrkesetiske retningslinjer §2.10 lindre lidelse (Norsk Sykepleierforbund 2019). Sjokk, sorg og ensomhet var noen av mange reaksjoner kvinnene kjente på, og som sykepleier kan man lindre lidelse ved å helt konkret gi rom for samtale (Kristoffersen et al. 2012).

4.2.2 Veien videre etter kreft

Våre funn viser at kvinnene opplevde mange psykiske reaksjoner etter behandling, som bekymringer, angst, sinne, sorgfølelse, uvisshet og ensomhet. Ifølge kreftforeningen (2022) er dette vanlige følelser og reaksjoner ved kreftsykdom. Det er individuelt hvordan

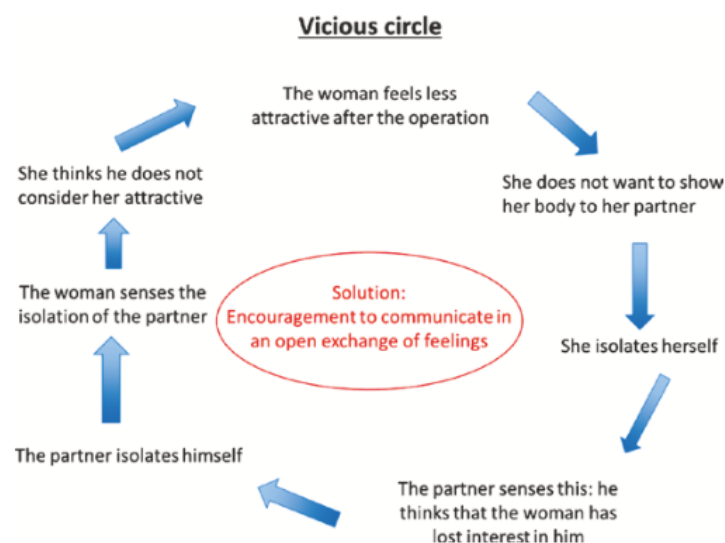
man håndterer kreftsykdom. Noen kan føle seg maktesløse, mens andre kan oppleve en sterk «stå på»-vilje helt fra start av diagnosen. Etter hvert som man tilpasser seg den nye hverdagen, og følelsen av hjelpeløshet og kontrolltap avtar, kan mestringsfølelsen ta mer plass. Det å tenke positivt kan ifølge kreftforeningen (2022) gi pasienten en bedre hverdag, og vil kunne bidra til at man setter større pris på samvær og hverdagslige opplevelser. Ifølge yrkesetiske retningslinjer §2.2 skal “sykepleieren understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten.” (Norsk sykepleierforbund 2019).

Fysiske og psykiske problemer med seksuell funksjon er avhengig av hverandre. Dersom pasienten klarer å akseptere sykdommen og de tilhørende fysiske forandringene, så vil det bli lettere for pasienten å komme tilbake til en tilfredsstillende livskvalitet som inkluderer et sunt seksualliv (Reisman og Gianotten 2017). Sykepleier må informere pasienten om at det å akseptere sykdommen vil raskere kunne bidra til bedre livskvalitet. Angst er en reaksjon man kan få ved kreftdiagnose og kan føre til problemer rundt pasientens seksuelle helse. Når disse problemene oppstår skal sykepleier gi råd som fremmer den psykiske helsen. Eksempelvis vil det å opprettholde mest mulig vanlige rutiner og struktur i hverdagen dempe angst og bidra til å opprettholde noe normalitet (Kreftforeningen 2022).

Uvissheten om tilbakefall for kreft er vanskelig å leve med, og kan føre til en opplevelse av manglende kontroll. Denne følelsen er energikrevende, og mange bruker mye tid på å gruble på hvordan fremtiden vil bli (Kreftforeningen 2022). For unge kvinner som ikke har fått barn, kan det å måtte fjerne eller få skade på reproduktivt organ representere et stort tap, samtidig som det kan være en ekstra belastning i en kreftdiagnose. Kvinnen opplever i tillegg det å miste kvinnelig identitet og blir møtt med et krav til livsendringer (Almås et al. 2011). En viktig del av det å utføre helhetlig sykepleie vil være å gi god informasjon samtidig som man trykker pasienten. Det en pasient føler, er et uttrykk for pasientens måte og forstå tilværelse på, og som sykepleier er en av oppgavene å gi pasienten rom for å uttrykke følelser. Når man møter pasienter som er rammet av tap og sjokk kan det ifølge sykepleieteoretiker Phil Barker beskrives ved at pasienten har “kommet ute av kurs”. Pasienten trenger da å bli veiledet, for å få det bedre med seg selv. Målet er ikke at sykepleier skal gi tilbake det pasienten har mistet, eller å fjerne sorg, men å gjøre det mulig for pasienten å forsone seg med den nye vendingen som livet har tatt (Wiklund Gustin 2016). Om pasienten har utfordringer med negative tanker kan sykepleier råde pasienten om å sette av tid på et fast tidspunkt hver dag til å tenke på alt som bekymrer pasienten. Resten av dagen kan man ta pause fra tankene (Kreftforeningen 2022).

4.2.3 Livmorhalskreft og dens innvirkning på parforholdet

Våre funn viser at flere kvinner slet med kommunikasjon med partner etter behandling av livmorhalskreft, samtidig som de syntes det var vanskelig å ha seksuell omgang med partner. Flere måtte finne nye måter å vise kjærlighet på, og dette resulterte i at de måtte skape en ny normal. Partners forståelse og innsikt i temaet kan motvirke sykdomsbyrden på seksuallivet og gjøre kommunikasjonen i samlivet enklere, da det er lett å havne i en ond sirkel (figur 4) (Reisman og Gianotten 2017). Sykepleierens informasjon og veiledning kan bidra til at pasient og partner oppnår realistiske forventninger til sitt seksualliv ut ifra hvordan situasjonen er. Om man ikke orker eller klarer å utføre et fullverdig samleie, så kan man starte med å være intim, som for eksempel å stryke på hverandre, ligge inntil hverandre og vise forståelse for hverandre (Grov og Holter 2016). Å holde ved like og etablere parforhold er utfordrende. Seksualitet og kjærlighet trenger næring for å overleve, og i et forhold er åpenhet og fellesskap viktige bidrag til et godt samliv. Seksualitet er sårbart, og kjærlighet handler om å gi rom for selvstendighet og utvikling av erfaringer. Resultat av manglende overskudd kan ende med nedsatt seksuell lyst eller samlivsbrudd. En forståelse av seksualitet vil kunne gjøre det lettere å bevare et fungerende seksualliv og parforhold (Kristoffersen et al. 2012). Sykepleier må kommunisere og informere par om seksualitet, dette bidrar til å normalisere eventuelle utfordringer par kan oppleve, samtidig som det kan bidra til at par ikke føler seg alene med sine problemer. Det kan også forebygge eller redusere usikkerhet den enkelte pasient kan oppleve som skyldfølelse og bekymringer overfor sin partner (Grov og holter 2016).



Figur 4: Vicious circle.

Seksuelle problemer par opplever kan for noen være vanskelig å prate med helsepersonell om. Å få informasjon av helsepersonell om seksuell helse etter behandling, kan utgjøre en stor forskjell for hvordan de opplever og håndterer utfordringene i parforholdet. Forskning viser at mange pasienter ønsker at seksualitet skal tas opp av helsepersonell. De er villige til å diskutere seksuelle bekymringer, og de ønsker at helsepersonell kan formidle informasjon og bruke tid på å diskutere temaet. En del mennesker uttrykker skuffelse når helsepersonell ikke bidrar med råd og støtte som hjelp til å håndtere seksuelle utfordringer som oppstår i møte med sykdom. Ved at sykepleier tar i bruk PLISSIT-modellen som et verktøy i møte med pasient og partner, kan man gi støtte og trygghet, noe som er en viktig del av det å utøve god sykepleie i klinisk praksis. Mange par vil ha utbytte av å få snakke om problemer og bekymringer. I følge PLISSIT-modellen må sykepleier først få tillatelse av pasient og partner til samtale om seksuelle problemer og dette kan styrke kvaliteten på samtalen (Grov og Holter 2016).

4.2.4 Viktigheten med støtte fra helsepersonell

I våre funn kom det frem at mange av kvinnene ikke fikk tilstrekkelig med informasjon om seksuelle problemer etter behandling av livmorhalskreft. Flere følte seg oversett av helsepersonell når det kom til dialog om seksuelle problemer og de aller fleste ønsket at helsepersonell skulle ta initiativ til dialog. Kvinner som rammes av kreft, kan i den første perioden ofte være preget av sjokk og vantro. Som sykepleier må du tilpasse informasjon og veiledning til pasientens behov. Når pasienten er i sjokk, er det ikke sikkert hun får med seg hva som blir sagt, så det å gjenta informasjonen når det er nødvendig er viktig. Informasjonen som gis bør være både skriftlig og muntlig, slik at pasienten kan se tilbake på noe håndfast om hun har ubesvarte spørsmål. Tegninger, illustrasjoner og/eller modeller kan være nyttig å bruke (Almås et al. 2011).

Pasienter har en lovfestet rett til å få informasjon om konsekvenser av den behandlingen de får. Både leger og sykepleiere har informasjonsplikt, og denne plikten er lovfestet i både lov om helsepersonell (Helsepersonelloven, §10, 1999) og lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, §3-2, 1999). Pasienten skal motta informasjon uten å selv måtte ta initiativ (Kristoffersen et al. 2012). Man kan tenke seg til at enkelte sykepleiere synes det er vanskelig å prate om seksuelle problemer, for vi er mennesker med ulike holdninger og personligheter selv om vi er sykepleiere. Man kan

spørre seg om personlighet hos sykepleier har innvirkning på hvor mye informasjon pasienten får, når det kommer til seksuell helse. Som Reisman og Gianotten (2017) skriver, så kan helsepersonell ofte være redd for at spørsmålene de stiller blir for intime når det kommer til seksualitet.

Når en sykepleier skal gå i dialog med pasient om seksuelle problem, er det viktig å gjøre samtalen så forståelig som mulig. Man bør unngå å bruke for mange fremmedord selv om det kan føles intimt å bruke folkelige uttrykk på kjønnsorgan og seksuelle handlinger. Sykepleier må finne ord og uttrykk som ikke kan mistolkes og som føles naturlig å bruke i møte med pasienten (Kristoffersen et al. 2012). Viktigheten i å lytte og gi støtte til pasienten og eventuelt familien kommer frem i klinisk praksis. Alle pasienter uavhengig av diagnose, ønsker å føle seg hørt og sett. Å lytte bygger tillit og relasjon til pasienten, og sykepleier skal ta seg tid til dette for å kunne utføre en helhetlig sykepleie (Kristoffersen et al. 2012).

5.0 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å belyse ulike utfordringer kvinner hadde etter behandling av livmorhalskreft. Vi ville finne ut mer om hvordan de erfarer sin seksuelle helse etter gjennomgått behandling. Vi kan konkludere med at kvinnene hadde mange ulike utfordringer. Fysiske forandringer etter behandling var lettere å snakke med helsepersonell om, enn andre faktorer som påvirket deres seksuelle helse. Mange opplevde at helsepersonell ikke tok initiativ til dialog om seksuelle utfordringer. Mangel på informasjon var en faktor som førte til bekymringer, dette gjorde at kvinnene satt igjen med mange ubesvarte spørsmål. Studien har gitt oss en forståelse for at kreftbehandling kan oppleves som stressende, både under og etter behandling. Faktorer som påvirket kvinnenes seksualitet var emosjonelle reaksjoner, kreft-opplevelsen, dårlig kroppsbilde, tilnærminger tatt for å overvinne seksuelle bekymringer, kommunikasjon med partner og informasjon av helsepersonell. Vi opplevde under litteraturstudien at det var mangel på teori både i litteraturen og retningslinjer for sykepleier rundt temaet seksuell helse. Mangel på kunnskap hos sykepleier kan føre til at pasienter ikke får snakket om problemer de kan ha tilknyttet sin seksuelle helse. Vi sitter igjen med kunnskap om at kvinner trenger å bli hørt, og helsepersonell må tørre å gå i samtale om seksualitet både før og etter behandling

av livmorhalskreft. Veldig ofte så har behandling av livmorhalskreft negativ innvirkning på kvinners seksualitet, både fysisk, psykisk og sosialt.

5.1 Konsekvenser for praksis

For å kunne yte best mulig sykepleie til kvinner som har gjennomgått behandling av livmorhalskreft, er det viktig at sykepleier har tilstrekkelig med kunnskap om hvordan kvinner opplever å stå i denne situasjonen. Kunnskapen vi har tilegnet oss, kan vi ta med ut i praksis og dette kan bidra til at de får tilstrekkelig støtte og informasjon.

5.2 Anbefalinger til videre forskning

Ut ifra våre funn kom det frem at mange av kvinnene følte seg lite forberedt og informert om tiden etter behandling. De satt igjen med mange ubesvarte spørsmål. Vi mener derfor at det burde forskes videre på hvordan sykepleiere kan forberede kvinnene tilstrekkelig på livet etter behandling. Økt kunnskap rundt temaet vil kunne bidra til at kvinnene føler seg bedre ivaretatt etter behandling.

REFERANSELISTE

Abbot-Anderson, Kristen, Patricia K. Young og Sandra K. Eggenberger. 2019. «Adjusting to sex and intimacy: gynecological cancer survivors share about their partner relationships.» *Journal of women and aging* 20(3) 329-348.
<https://doi.org/10.1080/08952841.2019.1591888>.

Almås, Hallbjørg, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth. 2011. *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bal, Meltem Demirgoz, Sema Dereli Yilmaz og Nezihe Kizilkaya Beji. 2012. «Sexual health in patients with gynecological cancer: A qualitative study.» *Department of gynecologic and obstetrics nursing* 13(31): 83-92.
<https://doi.org/10.1007/s11195-012-9263-7>.

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) 364-372.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2006.00743.x>.

Butler, Lorna, Valerie Banfield, Terry Sveinson, Kathryn Allen, Barbara Downe-Wamboldt og Ruth R. Altener. 1998. «Conceptualizing sexual health in cancer care.» *Western journal of nursing research* 20(6): 683-705.
<https://doi.org/10.1177/019394599802000603>.

Cassell, Eric J. 2004. «Diagnosing suffering: a perspective.» *Annals of internal medicine* 131(7): 531-534.

Cleary, Vicki, Josephine Hegarty og Geraldine McCarthy. 2012. «How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality.» *Cancer nursing practice* 12(1): 32-37. <https://journals.rcni.com/cancer-nursing-practice/how-a-diagnosis-of-gynaecological-cancer-affects-womens-sexuality-cnp2013.02.12.1.32.e648>.

Dalland, Olav. 2017. *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Grov, Ellen Karine og Inger Margrethe Holter. 2016. *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Grønseth, Randi og Heidi Jerpseth. 2019. *Bacheloroppgaven i sykepleie: praktiske råd i skriveprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.

Gustin, Lena Wiklund. 2016. *Psykologi for sykepleiere*. Bergen: Fagbokforlaget.

Helsebiblioteket. 2016. «Sjekklistor.» Oppdatert 03. juni, 2016. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>.

Helsedirektoratet. 2021. «4.6. Seksuell helse.» Oppdatert 20. oktober, 2021. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse/sunne-valg/seksuell-helse>.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017-2022). *Strategi for seksuell helse: Snakk om det!*. Regjeringen.

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

Helsepersonelloven. *Lov om helsepersonell m.v. av 22. juni 2012 nr.46.*

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§10>.

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* 15(3) 122-132.

<https://doi.org/10.3109/0167482X.2015.1059417>.

Kreftforeningen. 2022. «Livmorhalskreft.» Oppdatert 23. februar, 2022.

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/>.

Kreftforeningen. 2022. «Psykiske reaksjoner ved kreftsykdom.» Oppdatert 27.

januar, 2022. <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/psykiske-reaksjoner/>.

Kreftforeningen. 2022. «Seksualitet, kropp og selvbilde.» Lest 25. mars, 2022.

<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/kreft-og-seksualitet/seksualitet-kropp-og-selvbilde/>.

Kreftregisteret. 2021. «Livmorhalskreft.» Oppdatert 21. september, 2021.

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

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug. 2012. *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Langhelle, Trude Hammer, Anita Paulsen, Kjellaug Fredly og Ragnhild Johanne Tveit Sekse. 2021. "Sykepleiere kan hjelpe pasienten til bedre seksuell helse." Sykepleien. <https://sykepleien.no/fag/2021/01/sykepleiere-kan-hjelpe-pasientene-til-bedre-seksuell-helse>.

McCallum, Megan, Monique Lefebvre, Lynne Jolicoeur, Christine Maheu og Sophie Lebel. 2012. «Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services.» *Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology* 12(3): 135-142. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.709291>.

NAV. 2013. «Seksualtekniske hjelpemidler.» oppdatert 10. mars, 2020. <https://www.nav.no/no/person/hjelpemidler/hjelpemidler-og-tilrettelegging/hjelpemidler/andre-hjelpemidler/seksualtekniske-hjelpemidler#chapter-1>

Norsk sykepleierforbund. 2019. «Yrkesetiske retningslinjer.» oppdatert 2019. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>.

Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 22. juni 2018 nr.948*. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-2>.

Reisman, Yacov og Woet L. Gianotten. 2017. *Cancer, Intimacy and Sexuality: A practical approach*, Switzerland: Springer international. DOI 10.1007/978-3-319-43193-2.

Sekse, Ragnhild Johanne Tveit, Maalfrid Raaheim, Gunnhild Blaaka og Eva Gjengedal. 2009. «Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynecological cancer.» *Scandinavian journal of caring sciences* 10(4) 799-807. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00778.x>.

Sekse, Ragnhild Johanne Tveit, Målfrid Råheim og Eva Gjengedal. 2015. «Shyness and openness-common ground for dialogue between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynecological cancer.» *Health care for women international* 15(11): 1255-1269. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.989436>.

Tian, Jun. 2013. «Sexual well-being of cervical cancer survivors under 50 years old and the factors affecting their libido.» *Gynecologic and obstetric investigation* 13(3) 177-181. <https://doi.org/10.1159/000355104>.

Thidemann, Inger-Johanne. 2019. *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg:

Vedlegg 1: PICO-skjema

P	O
Norsk: Livmorhalskreft* Og Seksuell helse Engelsk: Cervix And Cancer And Sexual health	Norsk: Erfaring* Engelsk: Experienc*

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Søketabell 1:

#	Searches	Results
		Ovid Medline
1	cancer cervix.mp. or uterine cervical neoplasms/	79519
2	cervix cancer.mp.	2027
3	1 or 2	79846
4	sexual health.mp. or sexual health/	10548
5	sexuality.mp. or sexuality/	18942
6	4 or 5	27851

7	3 and 6	239
8	experienc*.mp.	1073707
9	7 and 8	56
10	limit 7 to "qualitative (maximizes specificity)"	46
Sammendrag lest		6
Lest i fulltekst		5
Inkludert i bacheloroppgaven		1

Søketabell 2:

#	Searches	Results
		Ovid Medline
1	cancer cervix.mp. or uterine cervical neoplasms/	79519
2	cervix cancer.mp.	2027
3	sexual health.mp. or sexual health/	10548
4	sexuality.mp. or sexuality/	18942
5	psychosexual*.mp.	5087
6	experienc*.mp.	1073707

7	gynecological cancer.mp.	1998
8	1 or 2 or 7	81519
9	3 or 4 or 5	32225
10	6 and 8 and 9	77
Sammendrag lest		12
Lest i fulltekst		4
Inkludert i bacheloroppgaven		2

Søketabell 3:

#	Searches	Results
		Ovid Medline
1	treatment*.mp.	5612524
2	gynaecological cancer.mp.	1320
3	gynecological cancer.mp.	2583
4	2 or 3	3863
5	sexuality/	7331
6	cervical cancer.mp.	53435

7	4 or 6	56702
8	1 and 5 and 7	50
Sammendrag lest		6
Lest i fulltekst		1
Inkludert i bacheloroppgaven		1

Søketabell 4:

#	Searches	Results
		PsycINFO
1	exp sexual health/ or sexual health.mp. or exp sexuality/	23265
2	exp cervix/ or cancer cervix.mp.	1132
3	gynecological cancer.mp.	243
4	2 or 3	1369
5	1 and 4	54
Sammendrag lest		4
Lest i fulltekst		2
Inkludert i bacheloroppgaven		1

Søketabell 5:

#	Searches	Results
		PsycINFO
1	exp cervix/ or cervix cancer.mp.	1136
2	cancer cervix.mp.	4
3	exp sexual health/ or sexual health.mp. or exp sexuality/	23175
4	experienc*.mp.	769383
5	1 or 2	1136
6	3 and 4 and 5	7
	Sammendrag lest	7
	Lest i fulltekst	2
	Inkludert i bacheloroppgaven	1

Søketabell 6:

#	Searches	Results
		PsycINFO

1	gynecological cancer.mp.	244
2	treatment.mp. or exp treatment/	1381288
3	cancer cervix.mp.	4
4	1 or 2	248
5	2 and 4	174
6	limit 5 to yr="2005-2022"	125
7	limit 6 to english	111
Sammendrag lest		11
Lest i fulltekst		2
Inkludert i bacheloroppgaven		1

Vedlegg 3: Oversiktstabell for inkluderte artikler

Artikkel 1:	
Forfattere	Lorna Butler, Valerie Banfield, Terry Sveinson og Kathryn Allen.
(år)	1998.
Tittel	Conseptualizing Sexual Health in Cancer Care.
Land	United States.
Tidsskrift	Western Journal of Nursing Research.
Hensikt	Beskrive kvinners endringer i seksuell funksjon relatert til psykisk komfort, seksuell tilfredsstillelse og følelser av intimitet etter behandling av gynekologisk kreft.
Metode/Instrument	Kvalitativ metode med semistrukturert intervju.
Deltagere/Frafall	48 kvinner ble spurt om å delta, 26 takket nei, fire hadde ikke mulighet og én ble ekskludert. 17 kvinner var med i studien.
Hovedfunn	Seksualitet bør sees på som et helseproblem som har innvirkning på livskvaliteten.
Kritisk vurdering	Godkjent

Artikkel 2:	
Forfattere	Megan McCallum, Monique Lefebvre, Lynne Jolicoeur, Christine Maheu og Sophie Lebel.
(år)	2012.

Tittel	Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services.
Land	Canada.
Tidsskrift	Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology.
Hensikt	Utforske de subjektive opplevelsene til kvinner som er behandlet for gynekologisk kreftsykdom, med søkelys på å finne hull i litteratur.
Metode/Instrument	Kvalitativ metode. En-til-en-semistrukturert- intervju.
Deltagere/Frafall	15 kvinner.
Hovedfunn	Definisjonen av sunn seksualitet inkludere følelsesmessig intimitet, kroppsbilde og seksuelt selvbilde og seksuell respons. Uppfylt seksuelt behov ble rapportert når kvinnens nåværende seksuelle opplevelse ikke stemte overens med deres subjektive oppfatning av sunn seksualitet. De fleste kvinner ønsket informasjonstjenester levert en-til-en eller gjennom skriftlig beskjed.
Kritisk vurdering	Godkjent

Artikkel 3:	
Forfattere	Meltem Demirgoz Bal, Sema Dereli Yilmaz, Nezieh Kizilkaya Beji.
(år)	2012
Tittel	Sexual Health in Patients with Gynecological Cancer: A Qualitative Study.
Land	Tyrkia

Tidsskrift	Department of Gynecologic and Obstetrics Nursing.
Hensikt	Utforske seksuelle problemer til pasienter med gynekologisk kreft.
Metode/Instrument	Kvalitativ metode. Semistrukturert dybdeintervju.
Deltagere/Frafall	11 kvinner deltok.
Hovedfunn	Behandling påvirker seksuell helse på mange måter. Helsepersonell må være mer varsom med pasienter som har gjennomgått behandling av gynekologisk kreft.
Kritisk vurdering	Godkjent

Artikkel 4:	
Forfattere	Vicki Cleary, Josephine Hegarty og Geraldine McCarthy.
(år)	2012
Tittel	How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality.
Land	Ireland
Tidsskrift	Art & science
Hensikt	Å utforske virkningen gynekologisk kreft har på seksualitet, fra pasientens perspektiv.
Metode/Instrument	Kvalitativ metode. Data ble analysert ved hjelp av manifest innholdsanalyse.

Deltagere/Frafall	Åtte deltakere.
Hovedfunn	Deltakerne rapporterte plagsomme endringer i alle aspekter av deres seksualitet etter diagnose og behandling. De understreket behovet for helsepersonell for å gi muntlig og skriftlig informasjon og støtte, knyttet til seksuelle forhold. De foreslo at denne informasjonen ville være mest hensiktsmessig hvis den ble gitt i behandlingsperioden og ikke umiddelbart ved diagnosen.
Kritisk vurdering	Godkjent

Artikkel 5:	
Forfattere	Ragnhild Johanne Tveit Sekse, Målfrid Råheim og Eva Gjengedal.
(år)	2015.
Tittel	Shyness and Openness – Common Ground for Dialogue Between Health Personel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer.
Land	Norge.
Tidsskrift	Health Care for Women International.
Hensikt	Utforske beskjedenheten og åpenheten knyttet til seksualitet og intimitet hos overlevende av gynekologisk kreft, og hvordan disse kvinnene opplevde dialog med helsepersonell angående disse spørsmålene.
Metode/Instrument	Kvalitativ metode. Dybdeintervju som ble tatt opp på en mini-disc og transkribert ordrett av førsteforfatteren.

Deltagere/Frafall	32 kvinner ble spurt og 16 kvinner deltok.
Hovedfunn	Kvinnenes erfaring avslørte beskjedenhet og sårbarhet i håndtering av spørsmål om seksualitet og intimitet. De syntes det var vanskelig å uttrykke sine personlige erfaringer og behov knyttet til dette problemet i hverdagen.
Kritisk vurdering	Godkjent

Artikkel 6:	
Forfattere	Kristen Abbot-Anderson, Patricia k. Young, Sandra K. Eggenberger.
(år)	2019
Tittel	Adjusting to sex and intimacy: Gynecological cancer survivors share about their partner relationships.
Land	USA
Tidsskrift	Journal of women and aging
Hensikt	Hensikten med denne studien var å beskrive hvilke endringer behandling av gynekologisk kreft har på den seksuelle helsen, både hos pasient og partner.
Metode/Instrument	Mixed-methods. Konvensjonell deskriptiv innholdsanalyse.
Deltagere/Frafall	261 kvinner.

Hovedfunn	Studien identifiserte at kvinner som har overlevd gynekologisk kreft opplever mange seksuelle bekymringer etter kreftbehandling. Helsepersonell må kommunisere godt med både pasient og partner for å bedre deres seksuelle helse.
Kritisk vurdering	Godkjent

Artikkel 7:	
Forfattere	M. Burns, J. Costello, B. Ryan-Woolley & S. Davidson.
(år)	2007
Tittel	Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality
Land	England
Tidsskrift	European Journal of Cancer Care.
Hensikt	Hensikten var å utforske kvinners seksualitet 2-3 år etter behandling av livmorhalskreft.
Metode/Instrument	Kvalitativ metode. Det ble brukt kvalitative dybdeintervju.
Deltagere/Frafall	I studien var det 28 kvinner som hadde gjennomgått livmorhalskreft som deltok.
Hovedfunn	Det dukket opp tre hovedtemaer av studien: <ul style="list-style-type: none"> • Fysiske plager etter behandling av livmorhalskreft var vanlig, da spesielt plager fra blære og tarmsystem. • Behandlingen hadde uheldige bivirkninger på seksuallivet.

	<ul style="list-style-type: none"> Flertallet av kvinnene i studien klaget over at det var for lite informasjon rundt senskader som kan oppstå i ettertid av behandling
Kritisk vurdering	Godkjent

Artikkel 8:	
Forfattere	Jun Tian
(år)	2013
Tittel	Sexual Well-Being of Cervical Cancer Survivors under 50 Years Old and the Factors Affecting Their Libido
Land	Kina
Tidsskrift	Gynecologic and Obstetric Investigation
Hensikt	Denne artikkelen studerer forholdet mellom seksuelt velvære og livskvalitet (QOL) til livmorhalskreftpasienter og analyserer faktorene som påvirker deres libido.
Metode/Instrument	Kvantitativ metode. Informasjonen om kvinnenes sykdom og behandlinger ble innhentet gjennom deres medisinske journaler. Forsøkspersonene ble undersøkt i deres hjem angående deres seksuelle velvære, alder, utdanningsnivå og QOL.
Deltagere/Frafall	Totalt 139 kvinner ble funnet å være kvalifisert, hvorav 18 ikke var i stand til å delta i undersøkelsen på grunn av alvorlig sykdom, 15 nektet å delta på grunn av kjønnsrelatert innhold. 106 takket ja til å være med i undersøkelsen.
Hovedfunn	59 % av forsøkspersonene ønsket ikke å ha et sexliv, og 65,09 % var misfornøyde med sexlivet. Blant kvinnene som ikke ønsket å

	<p>ha et sexliv, ble følgende grunner oppgitt: 52,38 % på grunn av bivirkninger av behandlinger, 23,81 % fryktet at sex ville skade operasjonsstedene deres, 9,52 % manglet libido, 9,52 % fryktet at sex ville gjøre forholdene deres verre, og 4,76 % fryktet at å ha sex ville overføre sykdommen til deres ektefeller. Etter justering av alder og overlevelsestid, kunne kvinnenes seksuelle velvære forklare 61,80 % av variasjonene i QOL. I tillegg påvirket libido og seksuell tilfredshet kvinnenes sosiale/familiemessige velvære (begge $p < 0,01$).</p>
Kritisk vurdering	Godkjent

Artikkel 9:	
Forfattere	Ragnhild Johanne Tveit Sekse, Maalfrid Raaheim, Gunnhild Blaaka og Eva Gjengedal.
(år)	2009
Tittel	Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynecological cancer
Land	Norge
Tidsskrift	Scandinavian Journal of Caring Sciences
Hensikt	Hensikten med denne studien var å få en dypere forståelse av levd erfaring fra langsiktige kreft overlevde og hvordan de opplevde kreftbehandling.
Metode/Instrument	Det ble utført en kvalitativ studie, basert på 32 dybdeintervjuer med 16 kvinner erklært som langtids overlevde. Det første intervjuet ble gjort 5 år etter behandling og det andre et år senere. Studien har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming

	der kvinnenenes egne erfaringer er grunnlaget for å forstå deres livsverden
Deltagere/Frafall	2 kvinner med livmorhalskreft og 14 kvinner med andre typer gynekologisk kreft. 31 ble spurt og 16 takket ja.
Hovedfunn	Funnene diskuteres i forhold til Heideggers perspektiv på angst for døden, eksistensiell ensomhet og mennesker som selvfortolkende vesener. Å overleve kreft innebærer å leve med dype livsendringer, krevende så vel som berikende. Eksisterende oppfølgingsregimer trenger å skjerpe søkelys på psykososiale aspekter, informasjon og veiledning. Ytterligere oppfølgingsprogrammer som kun setter søkelys på den enkelte kvinne og hennes spesifikke behov, er nødvendig.
Kritisk vurdering	Godkjent

Artikkel 10:	
Forfattere	Mette Moustgaard Jeppesen, Ole Mogensen, Pernille Dehn og Pernille Tine Jensen.
(år)	2015
Tittel	Needs and priorities of women with endometrial and cervical cancer
Land	Danmark
Tidsskrift	Journal of psychosomatic obstetrics & gynecology
Hensikt	Denne studien hadde som hensikt å identifisere kortsiktige rehabiliteringsbehov for kvinner med livmor- og livmorhalskreft.

Metode/Instrument	Mixed-methods. Nittiseks kvinner ble inkludert i en utforskende spørreskjemastudie fra Odense Universitetssykehus fra september 2011 til mars 2012. Behov ble vurdert før behandling og 3 måneder senere ved å bruke spørreskjemaet med tre behovsnivåer. 16 kvinner deltok også i fokusgruppeintervjuer etter behandlingen. Intervjuene var lydopptak, transkribert ordrett og analysert tematisk.
Deltagere/Frafall	Kvantitativ: 96 kvinner Kvalitativ: 51 kvinner ble spurt, 35 trakk seg pga. upraktisk reisevei, mangel på energi/fatigue og utilgjengelighet på gitt dato. 16 kvinner deltok.
Hovedfunn	Kvalitativ analyse indikerte at behandlingsmodalitet og sivilstatus alvorlig påvirket mestring, noe som tyder på at bestrålte og enslige kvinner har høyere risiko for å utvikle rehabiliteringsbehov. Kvinner yngre enn 55 år ba oftere om hjelp til å håndtere seksuelle og psykologiske komplikasjoner.
Kritisk vurdering	Godkjent

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

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

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

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

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

[Sett inn referansen til studien/artikkelen du vurderer med denne sjekklisten]

A5

Shyness and openness – common ground for dialogue between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynecological cancer.



kunnskapsbasertpraksis.no

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar: Utforsker bestjedenheten og åpenhet relatert til seksualitet og intimitet hos kvinner behandlet for gynekologisk kreft.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar: Dybdeintervju tatt opp av 16 kvinner, tatt opp på mini-disco og transkribert ordrett av forskerforfatter.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar: Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel 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.

- 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, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar: 16 langtidsoverlevende kvinner ble rekruttert fra en poliklinikk.
32 kvinner ble spurt om å delta, 16 takket ja.

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

Ja – Nei – Uklart

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? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel 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 (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

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?

Kommentar: "strengths and limitations"

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

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 for eksempel 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?

Kommentar: "Ethical considerations" Etisk godkjent.

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

Ja – Nei – Uklart

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, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel 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?

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

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?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Del 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 for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar: Ja. Behov for mer forskning for å utdanne allmennheten og gjøre de oppmerksom på kvinners seksuelle helse etter gjennomgått behandling.