



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Livet etter gynekologisk kreft**

**Life after gynecological cancer**

**78 og 105**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 63**

**Molde, 29/03-22**



## 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> §§16 og 36.  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4.  | Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. <a href="#">høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat</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:

# 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: 29/03-22

**Antall ord: 7062**

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** I 2019 var det totalt 1852 kvinner som ble diagnostisert med en form for gynekologisk kreft i Norge. Vi ser nå en økning i overlevelse hos denne pasientgruppen, noe som gjør det viktig å se på senvirkninger etter behandling.

**Hensikt:** Hensikten med denne bacheloroppgaven var å undersøke hvordan kvinners livskvalitet påvirkes etter gjennomført kreftbehandling for gynekologisk kreft.

**Metode:** En systematisk litteraturstudie basert på 10 kvalitative forskningsartikler.

**Resultat:** Våre funn viser til at pasientene gjennomgikk en rekke senvirkninger etter gjennomført behandling av gynekologisk kreft som påvirket deres livskvalitet. Psykiske påkjenninger i form av depresjon og angst var en stor påkjenning for kvinnene. De gjennomgikk også fysiske plager som omhandlet blant annet seksualitet og inkontinens, som førte til emosjonell og fysisk belastning hos kvinnene.

**Konklusjon:** Kvinnene opplevde flere utfordringer etter behandling som hadde påvirkning på deres livskvalitet. Vi ser et behov for at sykepleiere innhenter seg mer kunnskap om senvirkninger, og øker graden av informasjon til pasientgruppen om dette.

**Nøkkelord:** *Gynekologisk kreft, livskvalitet, kreftbehandling, erfaring og pasient.*

## **Abstract**

**Background:** In 2018 there was a total of 1852 cases of gynecological cancer in Norway. There's an increase in survival among this group of patients, which makes late effects after treatment an important subject.

**Aim:** The purpose of this literature review was to enlighten how women's quality of life is affected after completed treatment of gynecological cancer.

**Method:** This literature review is based on 10 qualitative research articles.

**Results:** Our findings indicate that the patients underwent a number of late effects after treatment of gynecological cancer, which affected their quality of life. Mental distress, like depression and anxiety was a major strain for the women. They also experienced physical ailments that included sexuality and incontinence, which led to an emotional and physical burden for the women.

**Conclusion:** The women experienced several challenges after treatment that affected their quality of life. We see a need for nurses to acquire more knowledge about late effects and increase the degree of information to the patients.

**Keywords:** Gynecological cancer, quality of life, cancer treatment, experience and patients.

# Innholdsfortegnelse

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| <b>1.0</b> | <b>Innledning</b> .....  | <b>1</b>  |
| 1.1        | Hensikt .....  | 2         |
| 1.2        | Problemstilling .....  | 2         |
| <b>2.0</b> | <b>Metode</b> .....  | <b>3</b>  |
| 2.1        | Datainnsamling .....   | 3         |
| 2.2        | Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....  | 3         |
| 2.3        | Søkestrategi og søkehistorikk .....  | 3         |
| 2.4        | Kvalitetsvurdering .....   | 5         |
| 2.5        | Etiske overveielser .....  | 5         |
| 2.6        | Analyse.....   | 6         |
| <b>3.0</b> | <b>Resultat</b> .....  | <b>7</b>  |
| 3.1        | Seksuell helse .....   | 7         |
| 3.2        | Inkontinens .....  | 9         |
| 3.3        | Psykososiale utfordringer.....   | 10        |
| 3.4        | Informasjon om livet etter behandling .....  | 12        |
| <b>4.0</b> | <b>Diskusjon</b> .....   | <b>14</b> |
| 4.1        | Metodediskusjon .....  | 14        |
| 4.1.1      | Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....  | 14        |
| 4.1.2      | Søkestrategi .....   | 15        |
| 4.1.3      | Kvalitetsvurdering og etiske hensyn .....  | 15        |
| 4.2        | Resultatdiskusjon .....  | 15        |
| 4.2.1      | Hvordan ta for seg temaet “seksuell helse” som sykepleier .....                            | 15        |
| 4.2.2      | Hvordan påvirker inkontinens livskvaliteten og hva kan gjøres for å bedre situasjonen..... | 17        |
| 4.2.3      | Å møte kvinnens psykososiale behov .....   | 18        |
| 4.2.4      | Informasjon om livet etter behandling .....  | 20        |
| <b>5.0</b> | <b>Konklusjon</b> .....  | <b>22</b> |
| 5.1        | Konsekvenser for praksis .....   | 22        |
| 5.2        | Forslag til videre forskning .....   | 22        |
| <b>6.0</b> | <b>Referanseliste</b> .....  | <b>23</b> |



|   |           |
|---|-----------|
| <b>Vedlegg 1 – PIO-skjema .....</b>           | <b>29</b> |
| <b>Vedlegg 2 – Søkehistorikk .....</b>        | <b>30</b> |
| <b>Vedlegg 3 - Oversiktstabell.....</b>       | <b>35</b> |
| <b>Vedlegg 4 – Kvalitativ sjekkliste.....</b> | <b>49</b> |

## 1.0 Innledning

Gynekologisk kreft er en samlebetegnelse for ulike typer kreft i det kvinnelige kjønnsorganet, herunder livmor, livmorhals, eggstokker, eggleder, kjønnslepper og skjede (Schlichting og Wist, 2018). Man ser nå en stigning i antall tilfeller med gynekologisk kreft hos kvinner. I 2019 var det totalt 1852 kvinner som ble diagnostisert med en form for gynekologisk kreft i Norge (Kreftlex 2022). Man har også sett at det de siste årene har vært en stigning når det kommer til tilfeller med livmorhalskreft hos kvinner i lavere alder, helt ned til 25-34 år (Silva 2021). I 2020 var det totalt 463 kvinner som ble diagnostisert med ovarialkreft og 330 kvinner som ble diagnostisert med livmorhalskreft i Norge (Silva 2021).

Det tilbys nå pakkeforløp i Norge for personer i fare for å få kreft og personer som har fått en diagnose. Disse pakkeforløpene inneholder pasientforløp som beskriver både utredning, behandling og oppfølging. Det er også beskrevet hvordan kommunikasjon til både pasient og deres pårørende skal være tilpasset deres kunnskap og forståelse, i tillegg til ansvars plassering og forløpstider. Pakkeforløpende er bygd opp etter nasjonale faglige retningslinjer, alternativt basert på beste tilgjengelige kunnskap og faglig samstemmighet (Helsedirektoratet 2020). På Helsedirektoratet sine nettsider er det publisert pakkeforløp innen eggstokkreft, livmorhalskreft og livmorkreft. Hensikten med disse pakkeforløpene er at pasienten skal møte et organisert, helhetlig og forutsigbart forløp (Helsedirektoratet 2021).

Sykepleier står i en særegen posisjon i møte med denne pasientgruppen. Sykepleiefaglige oppgaver av relevans i møte med disse pasientene er ivaretagelse av deres grunnleggende behov, blant annet psykososiale og seksuelle behov, samt informasjon og veiledning både om sykdommen, behandlingen og tiden etter (Jerpeseth 2016, 155).

Å få en kreftdiagnose vil medføre en sorgprosess med mange følelser i sving. En veksling mellom sorg og håp vil inntreffe, hvor sorgen er så stor at de vil være avhengig av å inneha en form for håp. Behandlingen vil ha stor innvirkning på den enkeltes hverdag, hvor man gjennomgår store endringer både kroppslig og hverdagslig. Sykepleierens funksjon vil blant annet være å lytte til pasienten og deres pårørende. Det vil være viktig å være tilstede og å tilrettelegge omsorgen mot pasienten et enkeltindivid. Som sykepleier må man ta

utgangspunkt i den enkelte pasients opplevelse av den situasjonen hun er i, da dette vil kunne variere fra pasient til pasient (Jerpseth 2016, 154).

«Livskvalitet» er et omfattende begrep som omhandler både materielle levekår og hvilken opplevelse man har av livet. Livskvalitet har nær tilknytning til helsetilstand, og det er ofte forbundet med god fysisk og psykiske helse. Ens livskvalitet kan påvirkes av flere aspekter, blant annet personlighet, samfunnsforhold og økonomi, sosial støtte og mestringsressurser (Nes 2019). I en rapport fra Statistisk sentralbyrå fra år 2021, kom det frem at flere av de som rapporterer om lav livskvalitet er preget av blant annet psykiske plager, helseproblemer, smerter og søvnvansker (Støren og Rønning 2021).

I følge reviewen til Sekse et.al (2018), er det flere senvirkninger etter behandling for gynekologisk kreft som påvirker pasientenes livskvalitet. Nå har vi kommet så langt med diagnostikk og behandling av kreft, at flere og flere lever mange år etter kreftbehandling. Vi har nå en prosentandel på 82% av kvinner som fremdeles lever 5 år etter å ha fått diagnosen livmorhalskreft (Kreftforeningen). Dette gjør senvirkninger etter kreftbehandling, herunder blant annet livskvalitet, til et viktig tema for sykepleiere i dag (Helsedirektoratet 2020). Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke hvordan kvinners livskvalitet påvirkes etter gjennomført behandling for gynekologisk kreft.

## **1.1 Hensikt**

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke hvordan kvinners livskvalitet påvirkes etter gjennomført kreftbehandling for gynekologisk kreft.

## **1.2 Problemstilling**

Hvordan opplever kvinner som har gjennomgått kreftbehandling for underlivskreft at deres livskvalitet påvirkes.

## **2.0 Metode**

Ifølge Høgskolen i Molde sine retningslinjer for bacheloroppgave skal oppgaven gjennomføres som en litteraturstudie (Eines 2021). For å kunne gjennomføre en systematisk litteraturstudie har vi gjennomført et systematisk søk, kritisk vurdert aktuelle forskningsartikler og sammenlignet litteraturen innenfor dette området (Forsberg og Wengström 2015, 26).

### **2.1 Datainnsamling**

Etter å ha opparbeidet oss kunnskap om gynekologisk kreft og ulike behandlingsformer, utarbeidet vi inklusjons- og eksklusjonskriterier for å finne relevante forskningsartikler som kunne være relevante for å besvare vår hensikt i litteraturstudien.

### **2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

For å kunne gjennomføre en god systematisk litteraturstudie utarbeidet vi klare kriterier for å finne artikler som er egnet til å svare på vår oppgave.

#### **Inklusjonskriterier:**

- Kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft.
- Livskvalitet etter behandling.
- Pasientperspektiv.
- Kvalitative artikler.
- Norsk, engelsk, dansk og svensk språk.

#### **Eksklusjonskriterier:**

- Kvantitative artikler og review.
- Helsepersonell- eller pårørendeperspektiv.
- Andre språk.
- Pasienter som er under behandling.

### **2.3 Søkestrategi og søkehistorikk**

For å systematisere databasesøkene våre, utarbeidet vi oss et PIO-skjema som hjalp oss til å tydeliggjøre og presisere problemstillingen (Tjensvoll, 2016). PICO er en forkortelse som står for patient/problem, intervention, comparison og outcome. I oppgaven vår var vi ute etter å se på livskvaliteten hos kvinner som har gjennomgått behandling for

gynekologisk kreft. Vi var ikke ute etter å sammenligne flere tiltak, derfor endte vi opp med et PIO-skjema (Nortvedt et al. 2013, 37).

**P: Problem, pasient**

Gynecological Cancer, Uterine Cervical Neoplasms, Endometrial Neoplasms, Genital Neoplasms Female, Ovarian Neoplasm, Cancer cervix, Cervical cancer, Female genital tract cancer, Uterine cervix tumor, Endometrium tumor, Ovary tumor, Genital neoplasm, Vulva carcinoma, Ovary cancer.

**I: Intervention**

After cancer treatment, After chemotherapy, After radiation, Surgery, Survivors, Cancer treatment, Radiation therapy, Cancer therapy.

**O: Outcome**

Quality of life, Health related quality of life, Patient experience, Lived experience

Vi gjennomførte prøvesøk på flere av databasene som var tilgjengelig på biblioteket på Høgskolen i Molde. Vi valgte å bestille time med bibliotekar for å få veiledning til å spesifisere søkene våre. I etterkant benyttet vi oss av databasene MEDLINE og EMBASE. Da vi begynte med søkeprosessen benyttet vi oss av ordene vi hadde funnet i PIO-skjemaet vårt. Vi kombinerte søkeordene våre ved å bruke kombinasjonsordene OR og AND. OR brukes for å utvide søket ved å vise treff på minst ett av søkeordene innenfor en kolonne. AND brukes for å gi treff hvor alle søkeordene er inkludert, altså P, I og O (Nortvedt et al. 2013, 65). Vi gjennomførte 5 systematiske søk, hvor vi fant 9 artikler som vi har anvendt i vår systematiske litteraturstudie. Artikkelen nummer 3 ble funnet i referanselisten på artikkel nummer 4. Vedlegg 2 er en oversikt over de systematiske søkene vi gjennomførte i MEDLINE og EMBASE.

Vi valgte å begrense søkene våre ved å spesifikt søke etter artikler fra 2011 til dags dato. Vi begrenset også søkene våre til språkene norsk, dansk, svensk og engelsk, i tillegg til at vi huket av for kvalitative artikler med maksimal spesifisitet for å finne frem til artikler som omhandlet pasienterfaringer.

## **2.4 Kvalitetsvurdering**

Hensikten med en kritisk vurdering er å sikre gyldigheten av resultatene i studier (Malterud 2017, 219). Før vi begynte med kvalitetsvurdering av artiklene vi fant ved systematiske søk, søkte vi opp tidsskriftene de var publisert i på i register over vitenskapelige publikasjonskanaler for å sikre at de var fagfellevurdert (Norsk senter for forskningsdata 2022). Fagfellevurdering er en vurderingsprosess som brukes for å kvalitetsvurdere studien før publisasjon. Artikler som publiseres i et fagfellevurdert tidsskrift er kvalitetssikret av eksperter på metoden eller fagfeltet (Nortvedt et.al 2013, 197). Vi benyttet oss av sjekklister for kvalitative studier fra Helsebiblioteket når vi skulle kvalitetssikre artiklene våre (Helsebiblioteket, 2020). Etter å ha kvalitetsvurdert og sikret oss at artiklene var fagfellevurdert, satt vi igjen med 10 artikler som vi har benyttet oss av i studien vår (Oversiktstabell, vedlegg 3).

## **2.5 Etiske overveielser**

Vitenskapsrådet har kommet med retningslinjer for hvordan medisinsk forskning skal gjennomføres. I disse retningslinjene er det tydelig spesifisert at forskning skal inneha etiske aspekter (Forsberg og Wengström 2015, 59). Av artiklene vi har benyttet oss av i studien vår, er 7 av 10 artikler etisk godkjent av en lokal etisk komite der studien ble gjennomført. En av artiklene (Artikkelnummer 10) poengterer at etisk godkjenning ikke var nødvendig i denne studien. To av artiklene (Artikkelnummer 3 og 6) har ikke skrevet om etisk godkjenning. Likevel har vi valgt å inkludere disse artiklene da forfatterne har gjort godt rede for etiske prinsipper de har lagt vekt på i studien sin.

Spesielle etiske prinsipper vi har sett etter når vi vurderte artiklene, er om det er gjort rede for frafall, samtykke fra deltakerne, hvordan forskerne har analysert og tatt i bruk data fra intervju og hvordan de har inkludert deltakerne.

## 2.6 Analyse

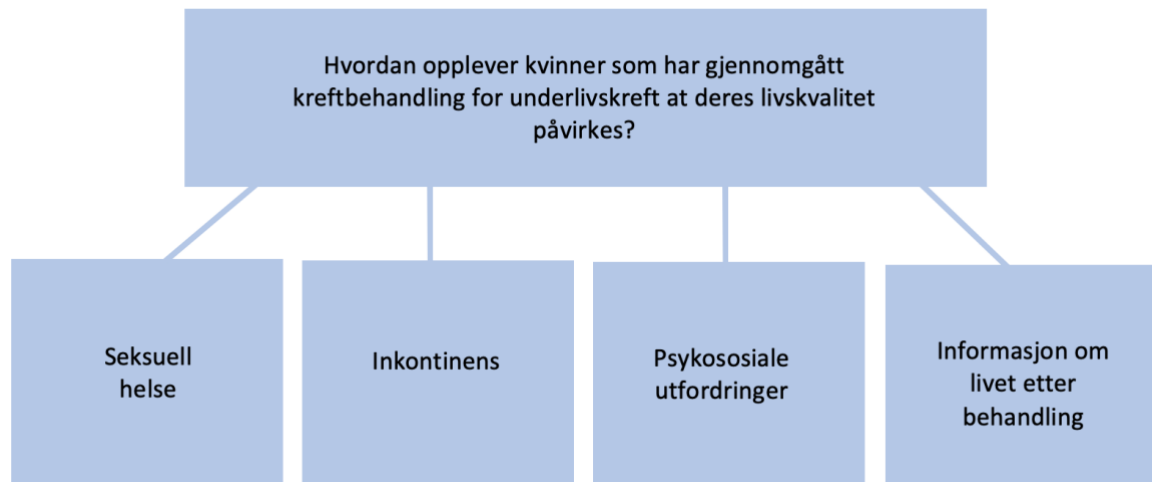
For å analysere våre funn valgte å benytte oss av David Evans (2002) metode, som består av 4 faser. Fase 1 består av datainnsamling (Evans, 2002). I denne fasen gjennomførte vi systematiske databasesøk med utgangspunkt i inklusjons- og eksklusjonskriteriene vi hadde satt oss. Etter kritisk vurdering og kvalitetssikring satt vi igjen med 10 artikler som vi inkluderte i studien vår.

Den andre fasen av Evans metode (2002) omhandler identifisering av nøkkelfunn i de inkluderte studiene. Her leste vi nøye igjennom de artiklene vi fant i fase 1, for så å markere og notere ned hovedfunn i en oversiktstabell (vedlegg 3).

I Evans (2002) tredje fase, skal alle tema og funn i de ulike artiklene relateres til hverandre. Vi sammenlignet våre inkluderte artikler og koblet funnene opp mot hverandre i felles temaer. Vi fant hyppigheten på funnene våre ved å lage en tabell hvor vi noterte artikkelnummer etter alle funnene våre. For eksempel “Artikkelnummer 4, 6, 8, 9, 10” under kategorien “Tap av sexlyst”.

I den fjerde fasen til Evans (2002) skal det lages en beskrivelse av hovedfunn. Ut ifra hovedfunnene skal det også dannes en syntese. Etter å ha gått nøye igjennom delfunnene, utarbeidet vi oss fire hovedfunn som vi kunne plassere delfunnene under. De hovedfunnene vi kom frem til var “seksuell helse”, “Inkontinens”, “Psykososiale utfordringer” og “Informasjon om livet etter behandling”.

## 3.0 Resultat



### 3.1 Seksuell helse

Flere av forskningsartiklene viste til at behandlingen av gynekologisk kreft har påvirket kvinnenes seksuelle helse, noe som også har gått ut over deres livskvalitet. Flere av kvinnene rapporterte om manglende sexlyst, noe som i noen tilfeller påvirket parforholdet deres. Det var også mange som kjente på smerter både kronisk og under samleie. Dette var for flere noe som påvirket lysten deres. Endringer rundt nytelse og orgasme hadde også påvirket sexlivet til flere av kvinnene. Kreftbehandling kan i noen tilfeller påvirke ens utseende. Kvinnene rapporterte om at endringer rundt kroppsbilde også hadde påvirket deres sexliv (Lindgren et al. 2017, Clemmens et al. 2008, Zeng et al. 2011, Puppo et al. 2020, Tsai et al. 2017, Nelson et al. 2018, Fischer, Marguerie og Brotto 2019, Aishwarya, Dharini og AnbuPriya 2020, Wilmoth et al. 2011).

Manglende sexlyst var et av de gjennomgående funnene. Herunder var det variasjoner rundt graden av mangel, samt når mangelen oppsto. For noen hadde sexlysten forsvunnet allerede da de fikk diagnosen, mens for andre var dette noe som utviklet seg etter hvert som de begynte med og gjennomførte behandling (Zeng et al. 2011, Tsai et al. 2017, Fischer, Marguerie og Brotto 2019, Aishwarya, Dharini og AnbuPriya 2020, Wilmoth et al. 2011). En av deltakerne beskrev sitt tap av sexlyst slik:

“I just have no desire, I have this fear, I have this pain, I’m still not pain-free, so the last thing I’m thinking about right now is to have sexual intercourse with my



husband. It's just not in the cards right now" (Fischer, Marguerie og Brotto 2019, 535).

Felles i de artiklene hvor de belyste manglende sexlyst, var at kvinnene også opplevde smerte under samleie (Zeng et al. 2011, Tsai et al. 2017, Fischer, Marguerie og Brotto 2019, Aishwarya, Dharini og AnbuPriya 2020, Wilmoth et al. 2011). Smertene som ble beskrevet i artiklene kunne være både kroniske etter operasjon, eller spesielt tilstede under samleie. Selv om flere av kvinnene rapporterte om smerte under samleie, var det ingen som sa noe om hva de gjorde for å unngå eller dempe disse smertene (Wilmoth et al. 2011).

Det tredje store funnet under kategorien «seksuell helse» var endret kroppsbilde (Zeng et al. 2011, Puppo et al. 2020, Tsai et al. 2017, Fischer, Marguerie og Brotto 2019, Wilmoth et al. 2011). Eksempelvis hadde tap av hår, endringer i vekt og arr etter operasjon en påvirkning på hvordan kvinnene følte seg. Flere følte seg også mindre kvinnelig etter tapet av deres reproduktive organ (Puppo et al. 2020, Tsai et al. 2017, Wilmoth et al. 2011).

"When I have my wig on, I look at myself in the mirror and I don't see the cancer, but the minute my wig is off, and I'm looking at myself in the mirror, that's what I see. Cancer... I don't feel good about myself, so how could somebody else possibly want to have anything to do with me?" (Fischer, Marguerie og Brotto 2019).

Noen av deltakerne og deres partnere hadde en eksisterende frykt for at seksuell aktivitet ville påvirke sykdommen negativt eller at det ville forstyrre behandlingen (Zeng et al. 2011, Fischer, Marguerie og Brotto 2019). En kvinne beskrev frykten som "Since the surgery, there has been no sexual activity, as I am worried that sexual intercourse might influence the effect of the treatment" (Zeng et al. 2011).

Under seksuell omgang med partner var det flere problemområder som dukket opp. Flere av kvinnen opplevde å ha tørr skjede (Zeng et al. 2011, Wilmoth et al. 2011). Det hadde også oppstått blødninger i etterkant av samleie hos noen av kvinnene (Tsai et al. 2017). Flere av kvinnene opplevde også endringer når det kom til orgasme og nytelse (Fischer, Marguerie og Brotto 2019, Wilmoth et al. 2011). En kvinne beskrev vanskene rundt orgasme slik:

“Orgasm takes much longer to peak now and as soon as it peaks it drops off like it never happened and – there was a period of time where I would cry even after the orgasm because it was just so different” (Fischer, Marguerie og Brotto 2019).

### **3.2 Inkontinens**

Analysen vår viser til at kvinnene har opplevd inkontinens som en bivirkning av kreftbehandlingen, da spesielt hos kvinnene som hadde gjennomgått operasjon. Dette gjaldt både urinlekkasje, fekalinkontinens og inkontinens hos pasienter med stomi. Inkontinens påvirket kvinnene i stor grad i hverdagen, og det var mange bekymringer knyttet til dette. Kvinnene måtte tilpasse seg situasjonen de nå var i og brukte mye tid og ressurser på dette. Det kommer frem i flere av artiklene at inkontinens har påvirket kvinnenes livskvalitet negativt. Flere av kvinnene opplyste også om at de ikke hadde fått tilstrekkelig med informasjon i forkant av behandling om at inkontinens var en mulig senvirkning, samt forslag om behandlingsmetoder som kunne være med å bedre deres situasjon (Lindgren et al. 2017, Clemmens et al. 2008, Zeng et al. 2011, Tsai et al. 2017, Nelson et al. 2018).

Angst og frykt knyttet til lekkasje var med på å redusere kvinnenes livskvalitet, begrenset kvinnene i hverdagen og var en stor psykisk påkjenning. Tre av artiklene viser til resultater der deltakerne kjenner på mye angst og frykt til lekkasje (Lindgren et al. 2017, Tsai et al. 2017, Nelson et al. 2018). En kvinne sier «I never know when it comes, and when it comes I must have a toilet, that’s a concern.» (Lindgren et al. 2017). Dette fører til at kvinnene ikke kan være like spontane som de ønsker, og at det er tidskrevende å hele tiden måtte tilpasse seg omstendighetene og vite hvor nærmeste toalett er (Lindgren et al. 2017, Nelson et al. 2018). Flere av kvinnene som deltok i studiene forteller også at de har begrenset sin sosiale kontakt og at de er mindre aktive enn før. Dette på grunn av deres frykt rundt lekkasje og hva det vil medføre (Lindgren et al. 2017, Tsai et al. 2017, Nelson et al. 2018).

«Who wants to be close to someone who... They pee and leak and stuff and you know somebody that smells like a dirty diaper all the time, nobody wants to be around that, not even friends or family.» (Nelson et al. 2018).

Kvinnene måtte alltid ha med seg ekstra skift i tilfellet de hadde et uhell. De var også bekymret for flekker og lukt, og at andre skulle oppdage dette (Lindgren et al. 2017, Nelson et al. 2018). Flere begrenset sin sosiale og aktive deltakelse i hverdagen på grunn av disse bekymringene (Lindgren et al. 2017, Tsai et al. 2017, Nelson et al. 2018). «A majority spoke frankly about the need to be planful and well organized in managing their ostomies when planning to be away from home, while traveling, and when out in public spaces.» (Nelson et al. 2018).

Kvinnene måtte planlegge matinntak og kosthold i forkant av reiser eller sosiale sammenkomster i håp om å unngå lekkasje. Dette gjorde at de var mindre spontane og følte seg sosialt isolert (Lindgren et al. 2017, Nelson et al. 2018).

### **3.3 Psykososiale utfordringer**

Psykososiale utfordringer som følge av behandling kom frem i flere av våre artikler. Herunder var det mange av kvinnene som opplevde emosjonelle endringer som omhandlet depresjon og angst. Flere av kvinnene levde med en frykt for at kreften skulle komme tilbake. Endringer i arbeidsforhold og dyre sykehusregninger medførte økonomiske bekymringer hos flere av deltakerne. Kvinnenes daglige fungering endret seg etter kreften og behandlingen, noe som førte til endringer i rollefordeling innad i familien og blant venner. Dette opplevdes stressende og nedverdiggende for flere av kvinnene (Lindgren et al. 2017, Zeng et al. 2016, Clemmens et al. 2008, Zeng et al. 2011, Puppo et al. 2020, Tsai et al. 2017, Nelson et al. 2018, Aishwarya, Dharini og AnbuPriya 2020).

Depresjon etter behandling var et gjennomgående funn i flere av artiklene (Clemmens et al. 2008, Zeng et al. 2011, Puppo et al. 2020, Tsai et al. 2017, Aishwarya, Dharini og AnbuPriya 2020). Flere av kvinnene hadde vansker med å tilpasse seg den nye hverdagen med bivirkninger, da disse påvirket dagliglivet deres (Clemmens et al. 2008). En av deltakerne beskriver den emosjonelle påvirkningen slik: “Was scared when I came to know about my illness, still I have the same fear, and I am emotionally weak” (Aishwarya, Dharini og AnbuPriya 2020).

Frykt for tilbakefall av kreften etter gjennomført behandling var noe mange av kvinnene følte på. Noen av deltakerne følte også på en større frykt når medpasienter ble dårligere eller døde av kreften (Clemmens et al. 2008, Zeng et al. 2011, Puppo et al. 2020, Tsai et al. 2017, Aishwarya, Dharini og AnbuPriya 2020). “Sometimes, I feel very anxious and worried about the possible recurrence of cancer, resulting in sleeplessness, feeling dirty, and having no sense of self” (Zeng et al. 2011).

Endringer i rollefordeling i husholdningen etter de hadde gjennomført behandling var noe flere av kvinnene tok opp. (Clemmens et al. 2008, Zeng et al. 2011, Puppo et al. 2020, Tsai et al. 2017, Nelson et al. 2018, Aishwarya, Dharini og AnbuPriya 2020). Ansvar for daglige gjøremål i huset hadde blitt tatt over av ektefelle eller foreldre. Kvinnene følte seg ukomfortabel med disse endringene, da det resulterte i at de følte de ikke lenger var i stand til å gjennomføre slike oppgaver lenger (Zeng et al. 2011). Noen av kvinnene måtte fremdeles opprettholde de rollene de hadde før de ble syke, selv om funksjonsnivået deres hadde blitt endret. “No matter how tired I am, I still need to cooc after returning home. Family members just sit and wait to eat... I still need to take turns looking after my parents-in-law even though I am sick” (Tsai et al. 2017).

Fatigue etter gjennomført behandling var en senvirkning flere av kvinnene opplevde. Dette opplevdes som tretthet, mangel på energi og utmattelse. Dette førte til redusert ADL i kvinnenens hverdag. (Zeng et al. 2011, Tsai et al. 2017, Nelson et al. 2018, Aishwarya, Dharini og AnbuPriya 2020). “ Fatigue was generally described as severe, burden-some, and distruptive to day-to-day activities.” (Nelson et al. 2018).

Det oppstod endringer i arbeidssituasjon og økonomi hos flere av kvinnene i artiklene. Noen ble nødt til å slutte i jobben, mens andre måtte jobbe i redusert stilling. “Now I reduce my workload to live better” (Tsai et al. 2017). Både endringer i arbeidssituasjon og dyre sykehusregninger påvirket kvinnene (Zeng et al. 2016, Zeng et al. 2011, Puppo et al. 2020, Tsai et al. 2017, Nelson et al. 2018, Aishwarya, Dharini og AnbuPriya 2020). “I lost my job due to my disease. My social networks was narrowed as a consequence” (Zeng et al. 2011). Noen av kvinnene så seg nødt til å slutte i jobben sin på grunn av fysiske vansker som har oppstått etter behandlingen - “No work, due to pain and feeling of a weak body” (Aishwarya, Dharini og AnbuPriya 2020).

### 3.4 Informasjon om livet etter behandling

Flere av kvinnene opplevde å ha fått for lite informasjon om hvordan livet ville være etter behandlingen. Informasjon om selve behandlingen var i de fleste tilfeller tilfredsstillende, men informasjon om hvordan dette ville påvirke livene deres i etterkant var mangelfulle. Noen av kvinnene uttrykte at de aldri ville ha gjennomgått behandlingen om de hadde visst hvor redusert livskvalitet de ville få. Depresjon, smerter, seksuelle utfordringer, ødem og inkontinens var noen av problemene kvinnene fremdeles måtte leve med mange år etter endt behandling (Lindgren et al. 2017, Zeng et al. 2016, Clemmens et al. 2008, Tsai et al. 2017, Nelson et al. 2018, Fischer, Marguerie og Brotto 2019, Wilmoth et al. 2011).

Informasjon om behandlingen og hvordan denne påvirket kroppen opplevdes som god av flere deltakere. Derimot var informasjonen de fikk om mulige senvirkninger dårlig og mangelfull (Zeng et al. 2016, Nelson et al. 2018). “Women reported feeling well informed about the surgery but wholly unprepared for PE’s functional and emotional effects on their daily lives.” (Nelson et al. 2018).

“Several patients indicated that their healthcare providers had never mentioned the potential for cognitive impairment, and only addressed this when patients asked about cognitive problems that appeared during cancer treatment.” (Zeng et al. 2016).

Seksuell helse etter ferdig behandling var et tema som kvinnene gjentagende opplevde at de fikk for lite informasjon om. Informasjonen de fikk svarte ikke til hva de selv opplevde (Fischer, Marguerie og Brotto 2019, Wilmoth et al. 2011).

“Maggie (age 51) spoke to the importance of receiving information about how her sexuality would be impacted by treatment. However, the answers that she was provided with by healthcare professionals were too basic and did not provide the depth and understanding she was searching for.” (Fischer, Marguerie og Brotto 2019).

Noen av kvinnene opplevde at helsepersonellet ikke snakket om seksuell helse. Kvinnene syntes også at dette var et tema som var ubehagelig å ta opp selv, og mente at dette var noe lege eller sykepleier burde initiere (Wilmoth et al. 2011).

“Participants were unanimous in that they felt that the healthcare providers should initiate discussions of sexuality. One participant stated, “I wish the initiation (to

discuss sexuality) would come from them (doctor or RN); it's hard for me to get the courage to bring up the topic." (Wilmoth et al. 2011).

I noen tilfeller var informasjonen om eventuelle bivirkninger og hvordan inngrepet ville påvirke livet deres så mangelfull, at pasientene ikke visste om det de opplevde var kronisk eller reversibelt (Nelson et al. 2018). "Two women recalled not understanding until after surgery their ostomies were not reversible." (Nelson et al. 2018). "They said that they had not received any information about incontinence as a possible side effect of gynecological cancer" (Lindgren et al. 2017).

"Nearly all were unprepared for the severity and persistence of postsurgical effects such as dehydration, lymph- edema, ulcers, and sores around the ostomy site and hernias." (Nelson et al. 2018).

Livskvaliteten var så redusert hos enkelte at de følte på anger rundt å ha gjennomført behandlingen. (Tsai et al. 2017, Nelson et al. 2018). "My living quality is terrible now." (Tsai et al. 2017).

"I wouldn't have had it if I had realized what all was really involved. I would have just let nature take its course and I would have had QOL. Now all I'm getting is quantity and not quality." (Nelson et al. 2018).

## **4.0 Diskusjon**

### **4.1 Metodediskusjon**

I metodediskusjonen har vi valgt å diskutere styrker og svakheter gjort i vår litteraturstudie knyttet til inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkestrategi, kvalitetsvurdering og etiske hensyn.

#### **4.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Vi valgte spesifikt søke etter kvalitative forskningsartikler for å finne svar på hensikten i vår litteraturstudie, da disse går mer i dybden når det kommer til opplevelser og erfaringer blant deltakerne når det kommer til det valgte tema (Christoffersen et al. 2015, 18).

Vi begrenset ikke alderen til deltakerne, og endte derfor opp med et stort aldersspenn. På tross av det, hadde deltakerne like opplevelser rundt livskvalitet. Vi ønsket å ha nyere forskning i vår litteraturstudie. Vi valgte derfor å begrense alle søkene våre til artikler som ble publisert 10 år tilbake i tid, frem til dags dato. Likevel har vi valgt å inkludere en artikkel som ble publisert i 2008. Denne artikkelen ble funnet i referanselisten i en av de andre inkluderte artiklene. At denne artikkelen er eldre enn de andre kan være en svakhet, da både samfunnet og behandlingstilbud endrer seg med tiden. Vi ser at funnene i den respektive artikkelen samsvarer med funn i de nyere artiklene våre.

Artikkel nummer 2 er den som skiller seg mest ut fra de andre artiklene. Denne artikkelen tar for seg kognitive endringer, noe som blir nevnt i liten grad i de andre artiklene. For å få et bredere spekter av opplevelser rundt behandling som har påvirket kvinnenes livskvalitet, ble denne inkludert. Artikkel nummer 8 er en mixed method studie som innebærer at den inneholder både kvalitative og kvantitative data (Andersen 2017). Vi valgte å benytte oss kun av de kvalitative dataene.

Vi har hentet artikler fra flere ulike land, noe som kan være både en styrke og en svakhet. Artikkel nummer 1 kommer fra Sverige, som er den eneste inkluderte artikkelen fra Norden. Svakheten med at vi kun har en artikkel fra Norden er at det finnes ulike helsesystem i verden, noe som naturligvis vil føre til ulike pasienterfaringer. Selv om opprinnelsen til deltakerne er ulik, ser vi likevel at funnene er like i de fleste artiklene.

### **4.1.2 Søkestrategi**

Vi valgte å endre problemstilling underveis, da vi ikke fant tilstrekkelig med forskningsartikler på vår første problemstilling. Dette er grunnen til at vi i søk nummer 2 kun har søkt på krefttypen “livmorhalskreft”.

### **4.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn**

Når vi skulle kvalitetsvurdere artiklene vi fant relevante for å besvare hensikten i litteraturstudien, benyttet vi oss av kvalitativ sjekklister (Helsebiblioteket, 2020). Vi gikk systematisk igjennom alle artiklene for å se at de traff kriteriene, noe vi synes de gjorde. Dette er en styrke i vår litteraturstudie, samtidig som det må understrekes at vi ikke har mye erfaring med å benytte verktøy som dette fra før. I tillegg til sjekklister, benyttet vi oss av register over vitenskapelige publiseringskanaler (NSD, 2022) for å forsikre oss om at tidsskriftene artiklene er publisert i er fagfellevurdert. Alle våre inkluderte artikler er publisert i tidsskrifter med nivå 1, som er en kvalitetssikring i seg selv.

## **4.2 Resultatdiskusjon**

### **4.2.1 Hvordan ta for seg temaet “seksuell helse” som sykepleier**

Ett av våre hovedfunn er at kvinnenes seksuelle helse hadde blitt påvirket i etterkant av behandling. Seksualitet er et av menneskets grunnleggende behov. Akutt og kronisk sykdom kan påvirke ens seksualitet ved å ha innvirkning på lyst og nytelse, endringer innad i relasjoner og endret selvbilde (Helland 2016, 868). Menneskets grunnleggende behov er noe av grunnlaget sykepleiefunksjonen er bygget opp på, og går tilbake til Virginia Hendersons teori om at sykepleierens formål er å ivareta de universelle grunnleggende behovene hos mennesket (Holter 2016, 111). Når de grunnleggende behovene blir påvirket, vil det gå ut over menneskets livskvalitet, noe vi tydelig ser i vår analyse.

Informasjon om seksualitet vil være nødvendig for denne pasientgruppen, da det er flere langtidsbivirkninger og endringer som påvirker kvinnens seksuelle helse. Seksualitet er for mange et vanskelig og sjenerende tema å snakke om. Seksualitet forbindes med intimitet og nære relasjoner. Som sykepleier er det viktig at man i denne situasjonen møter pasienten med respekt, åpenhet og omtanke. Ved bruk av personorientert kommunikasjon,



vil man også benytte seg av aktiv lytting, noe som gjør at sykepleier i dette tilfelle kan plukke opp informasjon om problemer angående seksuell helse. Det vil her være viktig å se pasienten som unik, og ta høyde for deres verdier og holdninger rundt tema (Eide og Eide 2017, 16).

PLISSIT-modellen (Permission, Limited Information, Specific Suggestion, Intensive Therapy) er en sexologisk rådgivningsmodell, som har til hensikt å kartlegge og avdekke utfordringer innenfor seksualitet og tilrettelegge for at disse personene skal kunne få tilgang til seksualliv igjen. Modellen er utformet som en sil, hvor alle på et eller annet punkt vil bli plukket opp. PLISSIT-modellen tar for seg 4 punkter som omhandler tydeliggjøring rundt at seksualitet kan prates om, rådgivning rundt generelle spørsmål med vekt på kvinnens opplevde behov, konkret og spesifikk rådgivning og veiledning om problemområder som for eksempel smerte og henvisning videre til klinisk spesialist eller kirurgisk behandling. (Fjeld, 2022). PLISSIT-modellen er et godt utarbeidet hjelpemiddel som sykepleier kan benytte seg av for å plukke opp kvinnene som innehar problemer når det kommer til sin seksuelle helse.

Våre inkluderte artikler er gjennomført i flere ulike land og verdensdeler. I den norske nasjonale handlingsplanen for gynekologisk kreft står det spesifisert under flere ulike former for gynekologisk kreft at kvinnen kan oppleve psykoseksuelle problemer. Disse eventuelle problemene skal kvinnen få informasjon om på forhånd. Det blir anbefalt å henvise kvinnene videre til sexolog dersom plagene skulle tilsi det. Det er også skrevet om hjelpemidler og bruken av dem, samt medikamentell behandling ved hjelp av hormoner (Helsedirektoratet 2021). Vi har ikke satt oss inn i eventuelle handlingsplaner og veiledere for de resterende nasjonalitetene i studien, men vi ser på dette som såpass grunnleggende informasjon at det bør bli gitt til alle kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft. Dette ser ikke ut til å være en realitet i dag.

Den vanligste reaksjonen på tap er sorg (Eide og Eide 2018, 77). Ved behandling for gynekologisk kreft kan man ende i å miste sine reproduktive organer. Senvirkninger med innvirkning på kvinnens selvbilde, seksuelle fungering og fatigue kan også føre til tap av seksuell lyst og fungering. Sykepleier må snakke om disse vanskene, eventuelt henvise pasient og eventuelt pårørende videre dersom kompleksiteten tilsier det.

## **4.2.2 Hvordan påvirker inkontinens livskvaliteten og hva kan gjøres for å bedre situasjonen**

Et av våre hovedfunn var inkontinens etter ferdig behandling av gynekologisk kreft. Dette var med på å redusere livskvaliteten til kvinnene, da de hadde angst og frykt knyttet til lekkasje, begrenset sosial kontakt og brukte mye tid for å tilpasse seg situasjonen. Det å føle seg skitten kan være med på å endre selvbildet ditt i negativ retning. For disse kvinnene er det viktig å forberede dem og veilede de i hvordan man kan bruke inkontinensutstyr, og tilpasse seg sin nye hverdag på best mulig måte.

Urinblære, urinrør eller nerver kan forstyrres av en tumor eller behandling med stråleterapi eller kirurgi. Dette kan føre til dysfunksjon i nedre urinveier og dermed inkontinens. Det kan være flere grunner til at man opplever inkontinens etter kreftbehandling. Strålebehandling fører til fibrosedannelse og kan gjøre blæreveggen mindre elastisk. Stråleterapi kan også skade blæreveggenes slimhinner, og kan gi en kronisk betennelsesreaksjon. Dette kan være svært smertefullt og gi blærespasmer (Helsedirektoratet 2021).

Inkontinens kan føre til at personen føler seg skitten, og være med på at pasienten får et dårligere selvbilde. Mange velger også å isolere seg, da de er redde for at de lukter eller at de skal lage flekker på klær eller møbler. For mange er dette en endring fra livet de har levd tidligere, og de har nå flere bekymringer (Fredriksen og Arneberg 2016, 695). Inkontinens kan påvirke nattesøvnen på grunn av lekkasje og hyppige toalettbesøk. Dårligere søvnkvalitet er forbundet med økende forekomst av psykiske og fysiske lidelser.

Som sykepleier bør man først og fremst informere pasienten godt på forhånd om at inkontinens er en mulig langtidsbivirkning etter behandling. Dette er viktig slik at pasienten kan forberede seg. Målet med veiledning er at pasienten skal få kontroll og kjenne på mestring (Fredriksen og Arneberg 2016, 697). Gode toaletttrutiner bør innarbeides for å unngå unødvendige lekkasjer. Pasienten bør selv finne ut hva som fungerer best i hennes tilfelle. For å få en best mulig tømning av blæra bør kvinnene sitte i en komfortabel stilling på toalettet slik at bekkenbunnsmuskulaturen slapper best mulig av. Blæren kan også trenes, og dette kan gjøres ved å øke intervallene mellom hvert

toalettbesøk. Intervallene kan økes når kvinnen er i både fysisk stand til dette og føler seg mentalt klar. Bekkenbunnstrening kan gjøres av begge kjønn og er med på å styrke muskulaturen i underlivet. Med en sterkere muskulatur vil pasienten kunne klare å holde lengre på urinen. Dette kan gjøres ved å stramme bekkenbunnsmuskulaturen 8 – 12 ganger i ca. 5 – 10 sekunder, og gjøre dette 3 ganger hver annen dag (Stubberud og Almås 2020, 90).

### **4.2.3 Å møte kvinnens psykososiale behov**

Under hovedfunnet psykososiale utfordringer var det flere hovedfunn med betydning for kvinnens livskvalitet. Blant disse fant vi blant annet depresjon, angst, økonomi og frykt for å få kreften tilbake. En gynekologisk kreftdiagnose er ofte forbundet med redsel og tap. I noen tilfeller mister kvinnen sitt reproduktive organ, som for mange føles som tap av kvinnelig identitet (Jerpseth 2016, 154). Kvinner vil oppleve dette forskjellig, ut i fra hvilken livsfase de befinner seg i. Selv med ulike nasjonaliteter, finner vi de samme funnene i vår analyse.

For å ivareta pasientens psykososiale behov, er man som sykepleier avhengig av å lytte til pasienten for å få en forståelse av hennes ståsted i situasjonen hun står i. Ofte vil pasienten gå igjennom en sorgprosess, da en kreftdiagnose kan ende i død eller handikap. Støtte og hjelp fra pårørende og helsepersonell vil være viktig i denne situasjonen.

I en norsk studie med hensikt å kartlegge tilfredshet med helsetjenesten, psykiske, sosiale og økonomiske konsekvenser av gynekologisk kreft fant vi flere av de samme funnene vi har gjort oss i vår analyse. Arbeidsledighet og sykemeldinger under sykdom er nokså vanlig. I den norske studien ble det gjort funn på at halvparten av kvinnene som var aktive i arbeidslivet før behandling, ikke lenger var i arbeid (Kåresen og Landmark, 2000). Dette kan tyde på arbeidsforhold som ikke er lagt til rette for hver enkelt. Herunder finner vi også problemområdet «økonomi». I Norge kan man søke til Kreftforeningen om økonomisk støtte dersom man har inngripende senskader, er under behandling eller rehabilitering, eller sitter i en vanskelig økonomisk situasjon på grunn av sykdommen og behandlingen (Kreftforeningen 2021).

Våre resultater viser til at det er flere kvinner som opplever både depresjon, angst og lever med en frykt for tilbakefall av sykdom. Hva kan helsevesenet gjøre med dette? Det er en kjent sak at kvinnene gjennomgår flere emosjonelle og fysiologiske endringer etter behandling. Å få en kreftdiagnose er en form for traume, som må tas tak i med en gang. Dette presiserer Ørbo (2000) når hun foreslår strakstiltak knyttet til kreftdiagnosen med tiltakene som blir satt i gang i psykiatrien hos individer som gjennomgår kriser og store påkjenninger. Tidlig bearbeiding i den akutte fasen vil ha stor innvirkning på senere mestring og aksept av “det nye livet”.

For hva skjer egentlig med pasienten når hun er ferdig med primærbehandlingen? Mye viser til at flere kvinner er relativt fornøyde med helsevesenet i den akutte sykdomsfasen. Men jobben er ikke ferdig der. Det er kjent at de som har gjennomgått kjemoterapi eller stråleterapi kan oppleve fatigue i lang tid etter behandling. Dette krever tett og individuell oppfølging. Ved å legge vekt på rehabilitering kan det tenkes at flere kvinner kunne kommet tilbake til arbeid etter gjennomført behandling for gynekologisk kreft, noe som også ville hatt innvirkning på kvinnens syn på seg selv, økonomi, tilhørighet og andre sosiale aspekter (Ørbo 2000).

I den norske nasjonale handlingsplanen for gynekologisk kreft spesifiseres hva som skal gjøres ved oppfølging etter behandling. Herunder står det blant annet informasjon om hyppigheten på kontroller og hvilke prøver som skal tas, noe som er ulikt blant de forskjellige krefttypene og ut ifra hvilket stadium av kreft de har hatt. Under vulvacancer, står det også at senvirkninger av psykisk, somatisk eller av sosial art må følges opp individuelt, med tverrprofesjonelt samarbeid der kompleksiteten tilsier det (Helsedirektoratet 2021). Dette er nok en pekepinn på at det er helsepersonells ansvar å hjelpe kvinnen til å møte sine psykososiale behov i etterkant av behandling.

#### **4.2.4 Informasjon om livet etter behandling**

Et annet viktig funn vi fant i vår analyse var mangelen på informasjon kvinnene hadde fått om langtidsbivirkninger etter ferdig behandling. Vi ser på dette som en faktor for redusert livskvalitet da kvinnene ikke hadde fått forberedt seg på endringene de opplevde. Flere opplevde at informasjonen om selve behandlingen og herunder også bivirkninger var tilstrekkelig, men svært mangelfull når det kom til langtidsbivirkninger. En stor del av deltakerne i disse inkluderte studiene var ikke klare over hva som var kroniske senvirkninger. Ifølge nasjonal handlingsplan for gynekologisk kreft skal pasienten få informasjon preoperativt om hvilke funn som er gjort, plan for videre behandling, mulighetene for utvidelse av inngrep, mulige komplikasjoner forbundet med inngrepet og forhold knyttet til den postoperative fasen. I handlingsplanen står det også at den postoperative informasjonen bør omfatte forløp, funn som er blitt gjort, plan for videre behandling, fordeler og ulemper for eventuelle tilleggsbehandlinger, aktuelle studier for inklusjon av pasienten og forhåndsregler som gjelder karbad, samleie og fysisk aktivitet (Helsedirektoratet 2021).

Dette er Norges retningslinjer, og det kan tenkes at de nasjonale retningslinjene er forskjellige fra land til land. Likevel ser vi på dette som svært grunnleggende informasjon, og representerer kanskje ikke alle utfordringene kvinnene opplever etter ferdig behandling. Flere av senvirkningene oppleves å ha negativ virkning på kvinnens livskvalitet, noe som gjør det viktig å få tilstrekkelig med informasjon knyttet til disse utfordringene.

I yrkesetiske retningslinjer punkt 1.1, står det “Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap.” og i punkt 1.4 “Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis.” (Norsk sykepleierforbund 2019). Kort sagt skal sykepleiere holde seg oppdatert på ny forskning og bruke dette i praksis. I de senere årene er det forsket mye på langtidsbivirkninger etter gjennomgått kreftbehandling, og dette skal vi holde oss oppdatert på slik at vi kan informere pasientene våre. Som sykepleier bruker man store deler av arbeidsdagen med pasienten, og det kan være vanskelig å finne tid til å oppdatere seg på den nyeste forskningen. Kunnskapsutviklingen skjer også rask og kan gjøre det krevende å hele tiden holde seg oppdatert på hva som gjelder (Tveiten 2020, 60).

I en spørreundersøkelse gjort blant kvinner etter ferdig behandling for eggstokkreft ble det gjort funn som viste at kvinner med lav grad av helseinformasjonsforståelse rapporterte om å ha fått mindre informasjon og var i lavere grad fornøyd med informasjonen de hadde fått. Kvinnene med en høyere helseinformasjonsforståelse var mer tilfreds med informasjonen de hadde fått. Studien visert også til at kvinner med lav utdanning rapporterte å ha fått mer informasjon enn kvinnene med høy utdanning (Verkissen et al. 2014). Hvordan vi tar imot informasjon som blir gitt er veldig individuelt. Det kan også tenkes at pasienter med nylig oppdaget kreftdiagnose får mye informasjon i en spesielt sårbar situasjon. Derfor kan noe av informasjonen glippe eller misforstås. Mange pasienter har også hovedfokus på å overleve og vil derfor ikke tenke over langtidsbivirkningene.

Som sykepleier skal vi gi råd og informasjon slik at pasienten føler seg ivaretatt og er best mulig forbedret på å takle utfordringene som kan komme. Vi skal spesialisere informasjonen til den enkelte slik at pasienten forstår fordeler og ulemper med ulike behandlingsalternativ. Veiledningen skal bidra til at pasienten i størst mulig grad blir i stand til å ta egne valg når det kommer til forhold som berører ens eget liv og helse (Tveiten 2020, 97 – 101). For at informasjonen skal nå frem til pasienten må informasjonen og veiledningen skje på pasientens premisser. Informasjonen bør være så fullstendig som mulig og man skal begrense seg til det som er mest relevant. For mye informasjon på en gang kan føre til at pasienten ikke evner å huske hva som er blitt sagt. Det vil også være hensiktsmessig å gi informasjon på egne pasientbesøk, og ikke under undersøkelser eller stellesituasjoner. Pasienten vil ha større vansker med å forstå informasjonen som gis om det skjer flere ting rundt henne på samme tid. Viktig er det også å tydelig informere om at dette er viktig informasjon og eventuelt gi en informasjonsbrosjyre om hva samtalen har inneholdt som pasienten kan se på i ettertid (Eide og Eide 2017, 217 – 225). Viktigheten av å få denne informasjonen på forhånd er for at kvinnene skal kunne forberede seg.

## **5.0 Konklusjon**

Hensikten med vår litteraturstudie var å undersøke hvordan kvinners livskvalitet påvirkes etter gjennomført behandling for gynekologisk kreft. Deltakerne i våre inkluderte artikler opplevde mange utfordringer og forbehold etter gjennomført behandling, som hadde stor påvirkning på deres livskvalitet. Aspekter som påvirket deres livskvalitet var blant annet endringer innen seksuell helse, inkontinens, psykososiale endringer og manglende informasjon om livet etter behandling. Kvinnenes hverdag ble påvirket blant annet i form av endring i rutiner rundt inkontinens, endringer i arbeidssituasjon, rolleendringer blant familie og venner og endret syn på seg selv. Resultatene viser til at kvinnene hadde fått mangelfull informasjon om tiden etter behandling, og flere av kvinnene opplevde depresjon, angst, frykt og fortvilelse over egen situasjon.

Ut ifra vår analyse ser vi at sykepleier må legge mer vekt på informasjon til pasienten om den nye hverdagen og dens påvirkning på livskvalitet. For å hjelpe pasienten å tilpasse seg og mestre den nye hverdagen, vil det være nødvendig med videre oppfølging etter behandling utover kontroller for residiv.

### **5.1 Konsekvenser for praksis**

Vi ser det som nødvendig at sykepleiere setter seg inn i senvirkninger etter behandling for gynekologisk kreft for å kunne utøve best mulig sykepleie til denne pasientgruppen. Manglende kunnskap vil kunne føre til ufullstendig ivaretagelse og omsorg for pasientene. Sykepleier må også inneha ferdigheter omkring kommunikasjon, rådgivning og informasjon for å kunne utøve personsentrert sykepleie. Sammensatt vil dette føre til at sykepleier plukker opp eventuelle problemer pasienten har, og kan hjelpe henne videre med disse.

### **5.2 Forslag til videre forskning**

Med tanke på den økende graden av overlevelse blant denne pasientgruppen, vil det være nødvendig å forske videre på senvirkninger etter behandling. Etter å ha satt oss inn i pasienters erfaring, ser vi et behov for at det blir forsket mer på hvordan sykepleier kan bidra til å opprettholde livskvaliteten til pasienter som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft.

## 6.0 Referanseliste

- Aishwarya, A, S. Dharini og M. Anbu Priya. 2020. "Quality of life among Urogynecological Cancer Survivors: A Qualitative Analysis Of The Patient." *European Journal of Molecular & Clinical Medicine* 07 (06): 1599-1605. [https://ejmcm.com/article\\_3880\\_ed888495ca6d6e43f39133cc45648ab4.pdf](https://ejmcm.com/article_3880_ed888495ca6d6e43f39133cc45648ab4.pdf)
- Andersen, Janice. 2017. "«Mixed methods»-design i helseforskning". *Sykepleien* (105): 64738 - e-64738. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2017.64738
- Ashley M. Nelson, Alexandra Albizu-Jacob, Alyssa L. Fenech, Hye Sook Chon, Robert M. Wenham, Kristine A. Donovan. 2018. "Quality of life after pelvic exenteration for gynecologic cancer: Findings from a qualitative study." *Psycho – oncology*. 2018(27):2357-2362. DOI: 10.1002/pon.4832
- Christoffersen, Line, Asbjørg Johannessen, Per Arne Tufte og Inger Utne. 2015. *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Clemmens, Donna A, Kathleen Knafl, Elise L. Lev og Ruth McCorkle. 2008. "Cervical Cancer: Patterns of Long-Term Survival ." *Oncology nursing forum* 35 (6): 897-903. DOI: 10.1188/08.ONF.897-903
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2017. *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Eines, Trude Fløystad. 2021. *SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie*. Molde: Høgskolen i Molde, avdeling for helse og sosialfag.
- Fischer, Olivia J, Monique Marguerie og Lori A. Brotto. 2019. "Sexual Function, Quality of Life, and Experiences of Women with Ovarian Cancer: A Mixed-Methods Study." *Sexual Medicine* 7 (4): 530-539. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2050116119300947>



- Fjeld, Wenche. 2022. "PLISSIT – sexologisk rådgivningsmodell." NAKU.  
[https://naku.no/kunnskapsbanken/plissit---sexologisk-rådgivningsmodell](https://naku.no/kunnskapsbanken/plissit---sexologisk-r%C3%A5dgivningsmodell)
- Forsverg, Christina og Yvonne Wengström. 2015. Att gjora systematiske litteraturstudier.  
Stockholm: Natur & kultur.
- Fredriksen, Arnhold og Hilde Mathisen Arneberg. 2016. "Eliminasjon." I *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, Redigert av Ellen Karine Grov og Inger Margrethe Holter, 674 – 706. Oslo: Cappelen Damm
- Helland, Ylva. 2016. "Seksualitet." I *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*, redigert av Ellen Karine Grov og Inger Marie Holter, 861-886. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Helsebiblioteket. 2020. "Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie." Oktober 2020.  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsedirektoratet. 2016. "Introduksjon til pakkeforløp for livmorhalskreft." Oppdatert 19 juli 2016. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/livmorkreft/introduksjon-til-pakkeforlop-for-livmorkreft>
- Helsedirektoratet. 2020. "Om Helsedirektoratets normerende produkter." Oppdatert 03 mars 2020. <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter#pakkeforlop>
- Helsedirektoratet. 2020. "Seneffekter etter kreftbehandling". 21. April 2020.  
[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/seneffekter-etter-kreftbehandling/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf/\\_attachment/inline/3d984c2a-7926-4d1a-a5f0-06d48fe7c95f:f3e498d059734ff34b013c1c206877e488e95600/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/seneffekter-etter-kreftbehandling/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf/_attachment/inline/3d984c2a-7926-4d1a-a5f0-06d48fe7c95f:f3e498d059734ff34b013c1c206877e488e95600/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf)

Helsedirektoratet. 2021. "Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for gynekologisk kreft". Juni 2021.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gynekologisk-kreft-handlingsprogram/Gynekologisk%20kreft%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer%20for%20diagnostikk,%20behandling%20og%20oppl%C3%B8gning.pdf> /attachement/inline/2a961270-1ffb-4e75-bda9-2c91d928b0b3:bbbc5634504b2bcda7cddb202668b98328a8df67/Nasjonalt%20Handlingsprogram%20Gynekologisk%20Kreft.pdf

Helsenorge. 2020. "Pakkeforløp for kreft." Oppdatert 25.11.2020.

<https://www.helsenorge.no/sykdom/kreft/pakkeforlop-for-kreft/>

Holter, Inger Margrethe. 2016. "Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn."

I Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 2, redigert av Ellen Karine Grov og Inger Margrethe Holter, 107-141. Oslo: Cappelen Damm AS.

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

Kreftforeningen. 2021. "Søknad om økonomisk støtte." Lest 9 mars 2022.

<https://kreftforeningen.no/content/uploads/2021/02/soknadsskjema-okonomisk-stotte-feb20-v2.pdf>

Kreftforeningen. "Livmorhalskreft".

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

Kreftlex. 2022. "Livmorhalskreft" <https://kreftlex.no/Gyn-livmorkreft>

Kåresen, Rolf og Frøydis Langmark. 2000. "Kreftopererte kvinners psykiske, sosiale og økonomiske forhold." Tidsskriftet, den norske legeföreningen. 2000 (23).

<https://tidsskriftet.no/2000/09/klinikk-og-forskning/kreftopererte-kvinnens-psykiske-sosiale-og-okonomiske-forhold>

- Lindgren, Anna. G. Dunberger og A. Enblom. 2017. «Experiences if incontinence and pelvic floor muscle training after gynaecologic cancer treatment.» *Springer* 2017 (25):157-166. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-016-3394-9>
- Malterud, Kirsti. 2017. *Kvalitative forskningsmetoder for medisn og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nes, Ragnhild Bang. 2019. “Fakta om livskvalitet og trivsel”.  
<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>
- Norsk senter for forskningsdata. 2022. “Søk.”  
<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringsskanaler/Forside>
- Norsk sykepleieforbund. 2019. “Yrkesetiske retningslinjer”. Lest 01.03.2022.  
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Malene Wøhlk Gundersen. 2013. *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Puppo, Constanza, Lolane Dentand, Olivier Tredan, Djihane Ahmed-Lecheheb, Florence Joly og Marie Préau. 2020. "The quality of life og long-term remission patients in the Vivrovarie study: The impact of ovarian cancer on patient trajectory." *Journal of psychosocial oncology* 38 (4): 481-500. DOI: 10.1080/07347332.2019.1710656
- Schlichting, Ellen og Erik Wist. 2018. *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Sekse, Ragnhild Johanne Tveit, Gail Dunberger, Mette Linnet Okesen, Maria Østerbye og Lene Seibæk. 2018. “Lived experiences and quality of life after gynecological cancer - An integrative review.” *Journal of clinical nursing* 2018 (28): 1393-1421. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.14721>
- Silva, Monica. “Livmorhalskreft”. Kreftregisteret.  
<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Livmorhalskreft/>

Silva, Monica. “ Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft”. Kreftregisteret.

<https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kvalitetsregistrene/Gynkreftregisteret/>

Stubberud, Dag – Gunnar og Hallbjørg Almås. 2020. “Sykepleie ved sykdommer og

forstyrrelser i urinveier og mannlige kjønnsorganer.” I Klinisk sykepleie 2,

Redigert av Dag – Gunnar Stubberud, Randi Grønseth og Hallbjørg Almås. Oslo:

Gyldendal Akademisk

Støren, Kristina Strand og Elisabeth Rønning. 2021. “Livskvalitet i Norge 2021.” Statistisk

Sentralbyrå. [https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-](https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/livskvalitet-i-norge-2021)

[kriminalitet/levekar/artikler/livskvalitet-i-norge-2021](https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/livskvalitet-i-norge-2021)

Tjensvoll, Kjell. 2016. “PICO.”

[https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-](https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico)

[praksis/sporsmalsformulering/pico](https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico)

Tveiten, Sidsel. 2020. *Helsepedagogikk - Helsekompetanse og brukervedvirkning*.

Bergen: Fagbokforlaget

Tsai, Li-Yun, Kung-Liahng Wang, Shu-Yuan Liang, Jung-Mei Tsai og Shioh-Luan

Tsay. 2017. “The Lived Experience of Gynecologic Cancer Survivors in

Taiwan.” *The Journal of Nursing Research* 25 (6): 447-454. DOI:

10.1097/JNR.0000000000000229.

Verkissen, Mariette N. Nicole P.M. Ezendam, Mirjam P. Fransen, Marie-Louise Essink-

Bot, Mieke J. Aarts, Kim A.H. Nicolaije, M. Caroline Vos, Olga Husson. 2014.

“The role of health literacy in perceived information provision and satisfaction

among women with ovarian tumors: A study from the population-based

PROFILES registry.” *Patient Education and Counseling* 95, 421-428.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.03.008>

- Wilmoth, Margaret, Elizabeth Hatmaker-Flanigan, Vanessa LaLoggia of Traci Nixon. 2011. "Ovarian Cancer Survivors: Qualitative Analysis of the Symptom of Sexuality." *Oncology nursing forum* 38 (6): 699-708. DOI: 10.1188/11.ONF.699-708
- Zeng, Yingchun, Andy SK Cheng, Xiangyu Liu og Chetwyn CH Chan. 2017. «Cervical cancer survivors' perceived cognitive complaints and supportive care needs in mainland China: a qualitative study». *BMJ Open* 2017 (7). DOI: 10.1136/bmjopen-2016-014078.
- Zeng, Ying Chun, Dingmei Li og Alice Yuen Loke. 2008. "Life after cervical cancer: Quality of life among Chinese women". *Nursing and health sciences* 13 (3): 296-302. DOI: 10.1111/j.1442-2018.2011.00616.x
- Ørbo, Anne. 2000. "Vellykket kreftbehandling – men hva så?." Tidsskriftet, den norske legeforeningen. 2000 (23). <https://tidsskriftet.no/2000/09/redaksjonelt/vellykket-kreftbehandling-men-hva-sa>

## Vedlegg 1 – PIO-skjema

| P                        | I                 | C | O                                 |
|--------------------------|-------------------|---|-----------------------------------|
| Gynecological<br>Cancer  | Surgery           |   | Quality of life                   |
| Cervical cancer          | Survivors         |   | Health related<br>quality of life |
| Endometrial<br>Neoplasms | Cancer treatment  |   | Patient experience                |
| Ovarian Neoplasm         | Radiation therapy |   | Lived experience                  |
| Genital neoplasm         | Cancer therapy    |   |                                   |
| Vulva carcinoma          |                   |   |                                   |

## Vedlegg 2 – Søkehistorikk

Søk nr. 1. Dato: 20/11-21

| #                                   | Searches  | Results Ovid Medline |
|-------------------------------------|---|----------------------|
| 1                                   | Gynecological cancer<br>(or Uterine Cervical Neoplasms/ or Endometrial Neoplasms/ or Genital Neoplasms, Female/ or Ovarian Neoplasms) | 192 307              |
| 2                                   | Qyality of life   | 338 600              |
| 3                                   | Health related quality of life  | 43 844               |
| 4                                   | 2 or 3  | 338 600              |
| 5                                   | After cancer treatment*   | 863                  |
| 6                                   | After chemotherapy  | 12 131               |
| 7                                   | After radiation   | 6725                 |
| 8                                   | Surgery   | 2 656 984            |
| 9                                   | 5 or 6 or 7 or 8  | 2 672 243            |
| 10                                  | 1 and 4   | 3 512                |
| 11                                  | 9 and 10  | 1 280                |
| 12                                  | Limit 11 to yr= «2011 – current»  | 712                  |
| 13                                  | Limit 12 to = «Qualitativ (maximizes specificity)»  | 23                   |
| 14                                  | Limit 13 to = «(danish or english or norwegian or swedish)»   | 23                   |
| <b>Tittel og sammendrag lest</b>    |   | <b>4</b>             |
| <b>Lest i fulltekst</b>             |   | <b>2</b>             |
| <b>Inkludert i bacheloroppgaven</b> |   | <b>2</b>             |

Søk nr. 2 Dato: 19/11-21.

| #                                   | Searches   | Results – Ovid<br>MEDLINE |
|-------------------------------------|--|---------------------------|
| 1                                   | quality of life.mp or “Quality of life”/                                   | 338600                    |
| 2                                   | Cancer cervix.mp or Uterine Cervical Neoplasms/                            | 79386                     |
| 3                                   | Cervical caancer.mp.   | 44556                     |
| 4                                   | 2 or 3   | 88463                     |
| 5                                   | 1 and 4  | 1226                      |
| 6                                   | Survivours.mp or Survivours/   | 98162                     |
| 7                                   | 5 and 6  | 150                       |
| 8                                   | Limit 7 to (yr= “2011 -Current” and “qualitative (maximizes specificity)”) | 6                         |
| <b>Tittel og sammendrag lest</b>    |  | <b>3</b>                  |
| <b>Lest i fulltekst</b>             |  | <b>1</b>                  |
| <b>Inkludert i bacheloroppgaven</b> |  | <b>1</b>                  |



Søk nr. 3 Dato: 17/01-22

| #                                   | Searches   | Results Ovid<br>Medline |
|-------------------------------------|--|-------------------------|
| 1                                   | Uterine Cervical Neoplasms/ or Endometriial Neoplasms/ or Genital Neoplasms, Female/ or Ovarian Neoplasms/ or Gynecological cancer.mp. | 194039                  |
| 2                                   | Radiation therapy.mp. or Radiotherapy  | 108839                  |
| 3                                   | Quality of life.mp. or "Quality of life"/  | 344102                  |
| 4                                   | Cancer treatment.mp.   | 48018                   |
| 5                                   | 2 or 4   | 154165                  |
| 6                                   | 1 and 3 and 5  | 413                     |
| 7                                   | Limit 6 to yr="2011-current"   | 267                     |
| 8                                   | Limit 7 to "qualitative (maximizes specificity)"   | 14                      |
| <b>Tittel og sammendrag lest</b>    |  | <b>5</b>                |
| <b>Lest I fulltekst</b>             |  | <b>2</b>                |
| <b>Inkludert I bacheloroppgaven</b> |  | <b>1</b>                |

Søk nr. 4 Dato: 17/01-22.

| #                                   | Searches   | Results Ovid Embase |
|-------------------------------------|--|---------------------|
| 1                                   | gynecological cancer.mp. or female genital tract cancer/                   | 10 271              |
| 2                                   | uterine cervical neoplasms.mp. or uterine cervix tumor/                    | 19 571              |
| 3                                   | endometrium tumor/   | 8 559               |
| 4                                   | ovary tumor/ or genital neoplasms.mp. or vulva carcinoma/ or ovary cancer/ | 123 369             |
| 5                                   | 1 or 2 or 3 or 4   | 154 556             |
| 6                                   | "quality of life"  | 537 154             |
| 7                                   | 5 and 6  | 4 564               |
| 8                                   | limit 7 to yr="2011 -Current"  | 3 167               |
| 9                                   | limit 8 to "qualitative (maximizes specificity)"                           | 102                 |
| <b>Tittel og sammendrag lest</b>    |  | <b>25</b>           |
| <b>Lest i fulltekst</b>             |  | <b>4</b>            |
| <b>Inkludert i bacheloroppgaven</b> |  | <b>3</b>            |

Søk nr. 5 Dato 01/02.2022

| #                                   | Searches   | Results Ovid Medline |
|-------------------------------------|--|----------------------|
| 1                                   | Uterine Cervical Neoplasms/ or Endometrial Neoplasms/ or Genital Neoplasms, Female/ or Overian Neoplams/ or gynecological cancer.mp. | 194299               |
| 2                                   | Patient experience.mp.   | 6196                 |
| 3                                   | Quality of life.mo. or "Quality of life"/  | 344681               |
| 4                                   | Lived experience.mp.   | 4247                 |
| 5                                   | Experience.mp.   | 641204               |
| 6                                   | Cancer treatment.mp.   | 48185                |
| 7                                   | Cancer therapy.mp.   | 46673                |
| 8                                   | 2 or 3 or 5  | 958556               |
| 9                                   | 6 or 7   | 90553                |
| 10                                  | 1 and 8 and 9  | 500                  |
| 11                                  | Limit 10 to (yr=2011 -Current» and "qualitative (maximizes specificity)")  | 28                   |
| <b>Tittel og sammendrag lest</b>    |  | <b>12</b>            |
| <b>Lest I fulltekst</b>             |  | <b>2</b>             |
| <b>Inkludert I bacheloroppgaven</b> |  | <b>2</b>             |

## Vedlegg 3 - Oversiktstabell

|   |  |
|---|--|
| <b>Artikkel 1:</b><br><b>Forfatter:</b><br><b>År:</b><br><b>Tittel:</b><br><b>Land:</b><br><b>Tidsskrift:</b> | Anna Lindgren, G. Dunberger, A. Enblom.<br>2017<br>Experiences of incontinence and pelvic floor muscle training after gynaecologic cancer treatment<br>Sverige<br>Springer   |
| <b>Hensikt:</b>   | Hensikten med denne studien var å kartlegge i hvilket omfang kvinnene opplevde inkontinens etter kreftbehandling, og i hvilken grad dette påvirket deres livskvalitet. En annen del av forskningen omhandlet trening av bekkenmuskulaturen, og hvilke erfaringer deltakerne hadde.   |
| <b>Metode/instrument</b>  | Kvalitativ forskningsmetode med semi-strukturerte intervju som igjen ble komprimert og satt inn i en analyse der de ble kategorisert.  |
| <b>Deltakere/fracfall:</b>  | 13 deltakere.<br>Ingen fracfall/ikke gjort rede for fracfall.<br>Deltakerne ble rekruttert fra GCS forbund og pasienter på en rehabiliteringsavdeling.<br>Inklusjonskriterier: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eldre enn 18 år.</li> <li>- Fått behandling for gynekologisk kreft.</li> <li>- Inkontinens etter ICS definisjon.</li> <li>- Måtte kunne skrive og snakke svensk.</li> <li>- Kunne bevege seg innendørs uten hjelpemidler.</li> </ul> Eksklusjonskriterier: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pågående kreft.</li> <li>- Tidligere planlagt operasjon for å bedre inkontinensen.</li> </ul>  |
| <b>Hovedfunn:</b>   | Deltakerne erfarte at inkontinens hadde ført til redusert livskvalitet og begrenset dem på mange måter. De aller fleste var villige til å gjøre det meste for å kunne forbedre situasjonen de var i nå. Det ble også opplyst om en mangel på informasjon om hvordan de skulle håndtere situasjonen og at dette var en mulig bivirkning av behandlingen de fikk. Analysen fra intervjuene resulterte i tre kategorier med 13 underkategorier. Disse kategoriene var: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Emosjonell reaksjon, tanker og fundering som inkontinens bidrar til. Kvinnene fortalte at inkontinens førte til dårligere livskvalitet, da de kjente på angst og mangel på frihet. De var redde for lekkasje og trengte å orientere seg på hvor nærmeste toalett var på hvert sted de var. Angsten og frykten var også knyttet til at andre skulle oppdage lekkasje, ved flekker på klærne og lukt. Kvinnene følte de ikke passet inn, og at de var annerledes fra folk flest. De kjente også på det å ikke være god nok, og at folk rundt dem ikke forsto hva de sto i. inkontinensen hemmet de i den grad at de ikke kunne være spontane, likevel var de takknemlige over at de var i live.</li> </ol> |

|                           |  |
|---------------------------|--|
|                           | <p>2. Tilpasning og strategier for å opprettholde en god livskvalitet. Kvinnene trengte tid på å tilpasse seg situasjonen de står i. Praktisk så måtte de alltid være forberedt på lekkasje, og ha med skifteklær om de var ute av hjemmet. Det fokuserte også mye på hva de spiste og drakk, for å kunne forhindre en lekkasje. Da spesielt å unngå sterk mat, og unngår å drikke før de skulle gjøre aktiviteter. Med tiden hadde de lært å akseptere situasjonen og prøvde å leve så normalt som mulig. For mange var det vanskelig å fortelle sine nærmeste om situasjonen deres.</p> <p>3. Aktivitet, PFMT og informasjon. Bare dagligdagse oppgaves slik som å handle, kunne være en utfordring og trengte planlegging. Det å reise, danse og trene var det mange som unngikk. Seksuell aktivitet var også blitt mye vanskeligere, spesielt med ny partner. Noen få av kvinnene hadde prøvd PFMT (pelvic floor muscle training) og hadde da opplevd en positiv endring i urinlekkasje. Kvinnene hadde ikke fått informasjon om at inkontinens var en mulig bivirkning av behandlingen de hadde fått, heller ikke at PFMT var en mulig behandling. Flere av kvinnene var villige til å prøve dette, om det var et skikkelig treningsprogram laget av profesjonelle.</p> <p>Kvinnene ble også spurt om hva de var villige å gjøre selv for å redusere inkontinensen. 7 av 13 kvinner var villige til å bruke all den tiden det krevde for å bedre situasjonen. De var også villige til å bruke mye penger på behandling.</p> |
| <b>Kritisk vurdering:</b> | <p>Tidsskrift vurdert til nivå 1 (Springer)</p> <p>Kvalitativ sjekklister gjennomført.</p> <p>Etisk godkjenning fra «The regional ethical review board».</p>   |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Artikkel 2:</b></p> <p><b>Forfatter:</b></p> <p><b>År:</b></p> <p><b>Tittel:</b></p> <p><b>Land:</b></p> <p><b>Tidsskrift:</b></p> | <p>Yingchun Zeng Andy SK Cheng, Xiangyu Liu, and Cetwyn CH. Chan<br/>2017</p> <p>Cervical cancer survivors' perceived cognitive complaints and supportive care needs in mainland China: a qualitative study</p> <p>Kina</p> <p>BMJ open</p>                                    |
| <b>Hensikt:</b>  | <p>Studien ønsker å kartlegge kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft sin kognitive funksjon etter behandling. Både daglig fungering og sosial funksjon.</p>  |
| <b>Metode/instrument:</b>  | <p>Kvalitativ forskningsmetode med semi- strukturerte intervju.</p>  |
| <b>Deltakere/fracfall:</b>   | <p>Deltakere fra en gynekologisk kreftavdeling. Totalt 31 deltakere.</p> <p>Inklusjonskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- &gt;18 år med primærdignose livmorhalskreft</li> <li>- Fullført primær behandling, kirurgi, stråling eller cellegift.</li> </ul> |

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
|                                  | <p>Ekksklusjonskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psykiatrisk sykdom</li> <li>- Tidligere krefthistorie</li> <li>- Traumatisk hjerneskade.</li> </ul> <p>Ingen frafall/ikke gjort rede for.</p>  |
| <p><b>Hovedfunn:</b></p>         | <p>Totalt 31 kvinner deltok, der 20 (64,5 %) av kvinnene rapporterte endringer i deres kognitive evner etter ferdig behandling. 15 av kvinnene hadde en oppfatning om at dette var en bivirkning av cellegiftbehandling. 12 av kvinnene merket endring etter behandling med stråling og operasjon. Alle deltakerne (100%) var enige om at dette reduserte deres livskvalitet. Kognitive plager som ble rapportert var konsentrasjonsvansker, glemsomhet, vansker med å lære nye ting og finne riktig ord i samtaler.</p> <p>85% av de 20 rapporterte om vanskeligheter med å konsentrere seg, og 75 % sa de lett glemte ting og informasjon. Bare 35 % hadde problemer med å forstå ny informasjon, 20 % hadde problemer med å finne ord i dagligdagse samtaler og 10 % merket at dette påvirket deres effektivitet i arbeidssituasjoner.</p> <p>Allerede under cellegiftbehandlingen opplevde 75 % at deres hukommelse endret seg og at dette ble forverret. 60 % tror selv at de fysiske undersøkelsene, slik som CT og operasjon var med på å endre deres kognitive funksjon. Noen mente også at dette kunne ha en sammenheng med aldring. Stress var også en faktor som kvinnene trodde kunne være med på å distrahere dem, slik at hukommelsen ble dårligere.</p> <p>For å bedre situasjonen de sto i brukte 75 % å skrive ned viktige ting på lapper og 70 % brukte avslapningsteknikker. 30 % gjorde ingenting spesielt for å bedre dette problemet. 10 % organiserte miljøet rundt dem, slik at de hadde faste plasser for alt.</p> |
| <p><b>Kritisk vurdering:</b></p> | <p>Tidsskrift vurdert til nivå 1 (BMJ open).<br/> Kvalitativ sjekklister gjennomført.<br/> Etisk godkjenning fra sykehusets etiske komite.</p>  |

|   |   |
|---|---|
| <b>Artikkel 3:</b><br><b>Forfatter:</b><br><b>År:</b><br><b>Tittel:</b><br><b>Land:</b><br><b>Tidsskrift:</b> | Donna A. Clemmens, Kathleen Knafel, Elise L. Lev and Ruth McCorkle.<br>2008<br>Cervical cancer: Patterns of Long-Term Survival<br>Northeastern United States.<br>Oncology Nursing Forum.  |
| <b>Hensikt:</b>   | Hensikten med denne studien var å beskrive livskvalitet blant langtidsoverlevende kvinner av livmorhalskreft og faktorer som påvirket deres tilpasning til den nye hverdagen.   |
| <b>Metode/instrument:</b>   | Kvalitativ forskningsmetode med semi- strukturerte intervju.  |
| <b>Deltakere/fracfall:</b>  | 19 deltakere.<br>Gjort rede for fracfall.<br>Inklusjonskriterier:<br>18 år eller eldre.<br>Diagnostisert med livmorhalskreft mellom 1975-1995 og overlevd.<br>Deltakere hentet fra en nasjonal undersøkelse.  |
| <b>Hovedfunn:</b>   | Deltakerne ble “delt inn” i 3 grupper ut ifra deres respons på intervjuet. Felles for deltakerne var at de ønsket mer informasjon fra helsepersonell rundt senvirkninger og hvordan takle disse<br><br>Moving on – fire av deltakerne uttrykte å ha gått videre etter sykdommen. Disse deltakerne ble diagnostisert 9-24 år før intervjuet. Disse deltakerne rapporterte færre depressive symptomer og forbandt ikke dårligere livskvalitet med livmorhalskreften de hadde gjennomgått. Tre av deltakerne rapporterte om ingen senvirkninger etter behandling, men var fremdeles urolig for å få tilbakefall. En deltaker nevnte at sexlysten hennes hadde blitt påvirket negativt, men at hun igjen hadde blitt fornøyd med hvordan ting var.<br><br>Renewed appreciation of life -<br>9 deltakere uttrykte en ny takknemlighet for å leve, og at de hadde fått en andre sjans til å leve, uavhengig av senvirkninger eller ei. Disse pasientene ble diagnostisert 8-28 år før intervjuet ble gjennomført. Flere av disse deltakerne rapporterte om god livskvalitet på tross av de senvirkningene de har fått i ettertid. Senvirkningen i denne gruppen omhandlet depresjon, seksuelle vansker, smerte, ødemer i beina, emosjonelle plager og gastrointestinale og genitourinære plager<br><br>Ongoing struggles-<br>6 deltakere uttrykte kun negativitet når det kom til deres livmorhalskreftopplevelse. Disse ble diagnostisert 11-15 år før intervjuet. Disse deltakerne var så plaget med senvirkninger at det påvirket deres livskvalitet og hverdag betraktelig. Senvirkningene som ble nevnt herunder |

|                           |  |
|---------------------------|--|
|                           | var depresjon, gastrointestinale plager, vansker med å spise, seksuelle vansker og ødemer i beina.         |
| <b>Kritisk vurdering:</b> | Tidsskrift vurdert til nivå 1.<br>Kvalitativ sjekkliste gjennomført.<br>Ikke skrevet om etisk godkjenning. |

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>Artikkel 4:</b>         |   |
| <b>Forfatter:</b>          | Ying Chun Zeng, Dingmei Li, Alice Yuen Loke   |
| <b>År:</b>                 | 2011.   |
| <b>Tittel:</b>             | Life after cervical cancer: Quality of life among Chinese women.  |
| <b>Land:</b>               | China.  |
| <b>Tidsskrift:</b>         | Nursing and Health Sciences   |
| <b>Hensikt:</b>            | Hensikten med studien var å utforske livskvalitet blant kinesiske overlevende fra livmorhalskreft, og hvordan overlevelsen har påvirket livskvaliteten deres.   |
| <b>Metode/instrument:</b>  | Kvalitativ forskningsdesign. Kvinnene svarte skriftlig på et demografisk skjema og noen åpne spørsmål.  |
| <b>Deltakere/fracfall:</b> | Deltakerne ble hentet fra sykehusets gynekologiske poliklinikk, inkludert pasienter på oppfølgingsbesøk.<br>En målrettet prøvetakningsstrategi ble benyttet for å hente inn deltakere. "overlevendekvinner" ble definert som kvinner som hadde overlevd første behandling.<br>Inklusjonskriterier: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinesiske kvinner, minst 18 år gammel, diagnostisert med livmorhalskreft, gjennomført primærbehandling, fri for kreft.</li> </ul> Eksklusjonskriterier: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingen tilbakefall av kreft eller metastaser, diagnostisert med sekundær kreft, manglende lese- og skriveferdigheter i det kinesiske språket.</li> </ul> Gjort rede for fracfall. |
| <b>Hovedfunn:</b>          | De fleste kvinnene i denne studien definerte livskvalitet som å være fri for sykdom og å være frisk. Mange opplevde positive utfall i form av å sette mer pris på livet i etterkant.<br><br>Kvinnene opplevde fysiske endringer som følge av behandling. Blant disse nevnte kvinnene nedsatt matlyst, dårligere søvnkvalitet, hårtap, endringer i vekt, tidlig overgangsalder, dysuri og forstoppelse.  |



|                           |   |
|---------------------------|---|
|                           | <p>Behandlingen påvirket kvinnenes psykiske velvære. Herunder ble det nevnt angst, depresjon, irritabilitet, følelse av skyld ovenfor familie, fatigue og bekymring ovenfor sykdommen.</p> <p>Kvinnenes sosiale liv endret seg også etter behandlingen. Kvinnene følte på å miste sitt sosiale nettverk og en følelse av isolasjon. Noen av kvinnene mistet jobben sin, mens andre sluttet, noe som også påvirket deres sosiale liv og deres økonomiske standpunkt.</p> <p>Kvinnene erfarte endringer i ansvar, blant annet oppgaver i hjemmet. Noen følte seg som en emosjonell byrde ovenfor familien, og var redde for at deres sykdom skulle påvirke familiens livskvalitet.</p> <p>Spirituelt ble kvinnene påvirket i den grad at de fant nye meninger med livet. Mange av kvinnene hadde positive erfaringer rundt at de var mer takknemlige for det de hadde i etterkant av kreften.</p> <p>Kvinnenes sexliv ble negativt påvirket av behandlingen. Flere av kvinnene hadde ikke debutert seksuelt etter behandlingen. Grunner til dette var at noen ikke hadde en fast partner, frykt for at sex skulle påvirke behandlingen, for sliten til å delta i seksuelt samleie og manglende initiativ fra ektemann. Kreften hadde påvirket intimiteten i flere av parforholdene. Flere av kvinnene hadde mistet sin sexlyst, hadde smerter under samleie og slet med tørr kjede.</p> |
| <b>Kritisk vurdering:</b> | <p>Tidsskrift vurdert til nivå 1.<br/> Kvalitativ sjekklister gjennomført.<br/> Etisk godkjenning fra “The Human Subjects Ethics Application Review System of The Hong Kong Polytechnic University in Hong Kong” og sykehusets review committee.</p>  |

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Artikkel 5:</b><br/> <b>Forfatter:</b></p> <p><b>År:</b><br/> <b>Tittel:</b></p> <p><b>Land:</b><br/> <b>Tidsskrift:</b></p> | <p>Costanza Puppo, Lolane Dentand, Olivier Tredan, Djihane Ahmed-Lecheheb, Florence Joly &amp; Marie Préau</p> <p>2020</p> <p>The quality of life of long-term remission patients in the Vivrovaire study: The impact of ovarian cancer on patient trajectory</p> <p>Frankrike, Lyon.</p> <p>Journal of Psychosocial Oncology</p> |
| <b>Hensikt:</b>  | <p>Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan pasienter, som tidligere har fått behandling for eggstokkreft opplever at deres psykiske og fysiske livskvalitet er blitt påvirket.</p>  |

|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>Metode/instrument:</b>  | <p>Kvalitativ forskningsdesign, med semistrukturerte intervju og dybdeintervju i to omganger.</p> <p>P1 (første intervju) i 2016 disse var semistrukturerte.</p> <p>P2 (andre intervju) i 2017 strukturerte og systematiske og bygde på P1. Deltakerne valgte omgivelsene disse ble holdt.</p> <p>Analysen ble gjort med programmet CAQDAS</p>  |
| <b>Deltakere/fracfall:</b> | <p>16 deltakere (25 – 74 år) ble rekruttert gjennom et kvantitativt forskningsprosjekt gjort i Frankrike.</p> <p>Inklusjonskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hadde gjennomgått behandling (operasjon og cellegift)</li> <li>• Eldre enn 18 år.</li> <li>• Ikke hatt tilbakefall av kreften de siste 3 årene</li> <li>• Ikke hatt noen annen type kreft.</li> </ul> <p>To av deltakerne frafalt til intervju P2 da de følte de ikke hadde noe mer å tilføre.</p>   |
| <b>Hovedfunn:</b>          | <p>Kropp og fysiske utfordringer: deltakernes fysiske QOL fremhevet tre hovedproblemer som er spesifikke for langsiktige OC-overlevende: behovet og vanskeligheten med å forstå den store fysiske effekten av operasjonen. vanskeligheten med å skille mellom både reelle og opplevde aldersrelaterte konsekvenser og sykdomseffekter; koblingen mellom elementer av feminin identitet og alder ved kreftdiagnose. Flere av kvinnene opplevde at behandlingen var veldig inngripende, i forhold til hvilke symptomer de hadde og hvor langt kreften hadde kommet. Noen hadde også bare oppdaget kreften ved en tilfeldighet.</p> <p>Påvirkning på det sosiale livet:<br/>virkningen av aldring og OC på sosiale aktiviteter, sosial tilpasning når det gjelder å gi støtte til andre, og OCs innflytelse på deltakernes profesjonelle karrierer. Uforklarlige fysiske endringer som reduserte kvinnenes livskvalitet.</p> <p>Effekten av kreftopplevelse på livsoppfatning:<br/>Kreftopplevelse kan provosere alvorlige konsekvenser for intra-individuelle egenskaper. Forskningsperspektiv avslørte endringer i deltakernes daglige liv og deres refleksjoner rundt disse endringene. Det ble også identifisert de forskjellige måtene deltakerne bruker for å bedre forstå kreften deres, spesielt i) fra et tidsmessig perspektiv og ii) fra et perspektiv av deltakernes evne til å relativere opplevelsen</p> |
| <b>Kritisk vurdering:</b>  | <p>Journal of Psychosocial Oncology, Nivå 1</p> <p>Kvalitativ sjekklister gjennomført.</p> <p>Ikke skrevet noe om etisk godkjenning.</p>  |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Artikkel 6:</b><br/><b>Forfatter:</b></p> <p><b>År:</b><br/><b>Tittel:</b></p> <p><b>Land:</b><br/><b>Tidsskrift:</b></p> | <p>Li-Yun Tsai, Kung-Liahng Wang, Shu-Yuan Liang, Jung-Mei Tsai, Shioh-Luan Tsay.</p> <p>2017</p> <p>The Lived Experience of Gynecologic Cancer Survivors in Taiwan.</p> <p>Nord i Thaiwan.</p> <p>The Journal of Nursing Research</p>  |
| <p><b>Hensikt:</b></p>  | <p>Hensikten med denne studien var å forstå overlevende fra gynekologisk krefts opplevelse og å hjelpe dem til å returnere til et sunt liv.</p>   |
| <p><b>Metode/instrument:</b></p>  | <p>Kvalitativ forskningsdesign, fenomenologisk studie. Benyttet semistrukturert intervju.</p>   |
| <p><b>Deltakere/fracfall:</b></p>   | <p>23 kvinner som har overlevd gynekologisk kreft.</p> <p>Kvinnene ble rekruttert fra et medisinsk senter nord i Taiwan.</p> <p>Inklusjonskriterier: blitt diagnostisert med endometriose, livmor- eller eggstokkreft. Over 20 år gammel. Være av full bevissthet, kunne kommunisere med språkene mandarin og thai. Uten psykiatrisk sykdom. Gjennomført kreftbehandling.</p> <p>Ikke gjort rede for eksklusjonskriterier.</p> <p>Ikke gjort rede for fracfall.</p>   |
| <p><b>Hovedfunn:</b></p>  | <p>Flere av kvinnene uttrykte bekymringer rundt hvorfor de fikk kreft. Kvinnene understreket at de har levd et sunt liv. Flere av kvinnene mente de hadde fått ufullstendig informasjon om sykdommen og behandlingen. Kvinnene følte også en mistro til behandlingen på grunn av tilbakefall.</p> <p>Flere av kvinnene fryktet tilbakefall av sykdommen. Kvinnene hadde vansker med å redusere ubehag. De følte på et psykologisk og sosialt stress på grunn av ettervirkninger av behandling. Flere av kvinnene ble påvirket når medpasienter døde av sykdom. De følte på et tap av emosjonell støtte de tidligere hadde fått fra disse medpasientene.</p> <p>Kvinnene følte en bekymring ovenfor å ikke være like attraktiv etter cellegift-behandling, for eksempel tap av hår. Kvinnene var redde for å bli oppfattet av andre som skammelig, ynkelig, uheldig og usunn etter å ha blitt diagnostisert med kreft. Det kom frem at kvinnene hadde vansker med å fylle flere roller, for eksempel å skulle lage mat til familien selv om de var</p> |

|                           |   |
|---------------------------|---|
|                           | <p>syke. Kvinnene følte på en stor sorg rundt at de ikke hadde noen å snakke med om sykdommen og plagene som fulgte med.</p> <p>Kvinnene utviklet en individuell måte å lindre stress på. Noen av kvinnene deltok på frivillige samtalegrupper for kvinner med gynekologisk kreft for å dele sin erfaring med andre. Noen av kvinnene fikk et nytt syn på livet og en større takknemlighet etter kreften.</p> <p>Mange av kvinnene opplevde å ha langtidsbivirkninger etter behandling. Blant de som er nevnt er: diare, oppblåst mage, smerter, nummenhet, søvnvansker, ødemer, fatigue. Kvinnene opplevde også endringer rundt seksualitet. Endringer i hormoner, tørr kjede og manglende lyst ble nevnt som eksempel. Kvinnene gjorde sitt ytterste for å kurere kreften. Flere av kvinnene holdt seg i fysisk aktivitet for å leve sunt. Noen av kvinnene reduserte arbeidsmengden for å leve godt.</p> |
| <b>Kritisk vurdering:</b> | <p>The Journal of Nursing Research, Nivå 1.</p> <p>Kvalitativ sjekklister gjennomført.</p> <p>Ethical approval for this study was obtained from the institutional review board</p>  |

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Artikkel 7:</b></p> <p><b>Forfatter:</b></p> <p><b>År:</b></p> <p><b>Tittel:</b></p> <p><b>Land:</b></p> <p><b>Tidsskrift:</b></p> | <p>Ashley M. Nelson, Alexandra Albizu-Jacob, Alyssa L. Fenech, Hye Sook Chon, Robert M. Wenham, Kristine A. Donovan</p> <p>2018</p> <p>Quality of life after pelvic exenteration for gynecologic cancer: Findings from a qualitative study</p> <p>USA, Tampa</p> <p>Psycho – oncology</p> |
| <b>Hensikt:</b>  | <p>Målet med studien var å utforske effekten av PE på kvinners fysiske, psykologiske og sosiale livskvalitet.</p>   |
| <b>Metode/instrument:</b>  | <p>Kvalitativ forskningsmetode med forhåndsbestemte spørsmål.</p> <p>Deltakerne fikk \$50 for å delta.</p> <p>Demografiske data ble innhentet via egenrapportering, og kliniske data ble hentet ut via elektronisk gjennomgang av helsejournaler.</p>                                     |
| <b>Deltakere/frafall:</b>  | <p>14 deltakere.</p> <p>Deltakerne hadde gjennomgått PE mellom 2005 og 2015 og var i aktiv overvåking. Kvalifiserte deltakere var kvinner som var minst 18 år gamle, i</p>  |

|                           |  |
|---------------------------|--|
|                           | <p>stand til å snakke og lese engelsk, minst 1 år etter PE for gynekologisk kreft, og i stand til å gi skriftlig informert samtykke.</p> <p>Alder var gjennomsnitt 56 år (43-75 år)</p>  |
| <b>Hovedfunn:</b>         | <p>For disse kvinnene va PE deres eneste måte å overleve, de opplevde å få god informasjon om hvordan endringene ville være fysik etter operasjonen, men ikke psykisk. Noen av kvinnene forsto heller ikke at deres stomi ikke var reversibel før flere måneder etter operasjonen. Kvinnene opplevde at de nå måtte tilpasse enhver situasjon de var i på grunn av stomi.</p> <p>Utmattelse påvirket deres familieforhold og livskvalitet. De følte seg som en byrde for familien. Tre av kvinnene ga uttrykk for at de angret på å ha gjort en PE, og heller ville latt naturen gått sin gang og mente de ville hatt høyere livskvalitet. resten av kvinnene var glade for å være i live.</p> <p>Flere opplevde at det var vanskelig å leve slik de gjorde før operasjonen. Bekymringer rundt økonomi da flere ikke kunne jobbe lengre.</p> <p>De måtte planlegge om de skulle være aktive eller sosiale, med tanke på stomi. De hadde også mye angst og frykt knyttet til lekkasje og flekker. Deres seksuelle liv var også endret, og flere hadde opplevd samlivsbrudd etter operasjonen, og mente dette var på grunn av dem.</p> |
| <b>Kritisk vurdering:</b> | <p>Psycho – oncology, Nivå 1<br/>Kvalitativ sjekklister gjennomført.<br/>Studien ble godkjent av Moffitt Cancer Centers Institutional Review Board</p>   |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Artikkel 8:</b><br/><b>Forfatter:</b><br/><b>År:</b><br/><b>Tittel:</b><br/><b>Land:</b><br/><b>Tidsskrift:</b></p> | <p>Olivia J. Fischer, Monique Marguerie, and Lori A. Brotto<br/>2019<br/>Sexual Function, Quality of Life, and Experiences of Women with Ovarian Cancer: A Mixed-Methods Study<br/>Canada, British Columbia<br/>Sexual Medicine</p> |
| <b>Hensikt:</b>   | Hensikten med studien var å evaluere hvordan kvinner med eggstokkreft opplever og uttrykker deres seksualitet.  |
| <b>Metode/instrument:</b>   | Mixed method med kvalitative og kvantitative data. Vi har kun benyttet oss av de kvalitative dataene i studien.   |

|                           |  |
|---------------------------|--|
|                           | <p>Deltakerne fikk 50\$ for å delta i studien.</p> <p>Informasjon om sykdommen og dens grad ble hentet fra deltakerne selv, ikke fra deres medisinske papirer.</p>   |
| <b>Deltakere/frafall:</b> | <p>3 kvinner (alder 51-64 år) fra den kvantitative studien takket ja til å være med på den kvalitative delen.</p> <p>Kvinnene som deltok var hvite, heteroseksuelle, hadde en form for videre utdanning og alle hadde gjennomført behandling for eggstokkreft</p> <p>Kvinnene ble rekruttert gjennom internett og papirbaserte annonser, samt fra klinikker på The British Columbia Cancer Agency.</p> <p>Inklusjonskriterier: Diagnostisert med eggstokkreft, Være villig til å svare på spørsmål om seksuell helse.</p> <p>Ikke gjort rede for eksklusjonskriterier eller frafall.</p> <p>Deltakerne skrev under skriftlig samtykke.</p>   |
| <b>Hovedfunn:</b>         | <p>Den kvalitative delen av artikkelen hadde 6 hovedfunn:</p> <p>Endringer rundt tilfredsstillelse i forhold.<br/>(frykt for å initiere seksuell omgang ved hjelp av fysisk berøring. Følelse av å måtte stimulere partneren sin seksuelt uten at kvinnene får noe ut av det. Følelse av at seksuell omgang var en oppgave som måtte gjennomføres.) Seksuelle vanskeligheter.<br/>(smerter og tap av seksuell lyst. Smerte gjorde at de ikke ønsket å delta i seksuell omgang. Frykt. Vanskeligheter med å oppnå orgasme.)</p> <p>Utfordringer med kroppsbilde. (Tap av hår førte til manglende identitet. Følelse av å kun se "kreft" når de så seg i speilet uten parykk. Den seksuelle lysten ble påvirket av at kvinnene hadde dårlig selvbilde på grunn av endringene etter kreft. Tap av eggstokker og livmor førte til mangel på følelse av morsrolle, kvinnelighet og femininitet.)</p> <p>Manglende kommunikasjon med helsepersonell.<br/>(Manglende informasjon fra helsepersonell angående hvordan behandlingen ville påvirke seksualiteten.</p> <p>Emosjonell respons:<br/>Følelse av skyld, sorg, angst og frykt.<br/>(skyldfølelse av å ikke føle seg seksuell ovenfor partneren sin. Tap av seksualitet. Irritasjon rundt av parter ikke er mer forståelsesfull.)</p> <p>Mestringsstrategier.</p> |

|                           |  |
|---------------------------|--|
|                           | (opprettholde seksualitet med partner ved hjelp av ikke-seksuell berøring. Bøker, støttetjenester, rådgivning og fysisk aktivitet hjalp deltakerne å gjenoppta noe av deres seksualitet. |
| <b>Kritisk vurdering:</b> | Sexual Medicine<br>Nivå 1.<br>Kvalitativ sjekklister gjennomført.<br>Etisk godkjenning fra the university of british columbia research ethics board.                                     |

|   |   |
|---|---|
| <b>Artikkel 9:</b><br><b>Forfatter:</b><br><b>År:</b><br><b>Tittel:</b><br><b>Land:</b><br><b>Tidsskrift:</b> | A. Aishwarya, S. Dharini, M. AnbuPriya.<br>2020<br><br>Quality of life among urogynecological cancer survivors: A qualitative analysis of the patient<br>Potheri, India<br>European Journal of Molecular & clinical medicine  |
| <b>Hensikt:</b>   | Hensikten med denne studien var å vurdere livskvaliteten hos pasienter som har overlevd urogynekologisk kreft.  |
| <b>Metode/instrument:</b>   | Kvalitativ analyse av semistrukturerte intervjuer. Det ble tatt opplysning av intervjuene som senere ble transkribert av samme person.<br><br>Opplyst om at det ikke var nødvendig med etisk godkjenning i studien.<br><br>Opplyst hvilken type behandling deltakerne har gjennomført, ikke krefttype.  |
| <b>Deltakere/frafall:</b>   | 6 kvinner med alder 38-56 år deltok i studien. Kvinnene ble rekruttert fra SRM oncology outpatient department med veiledning fra en onkolog.<br><br>Muntlig samtykke.<br><br>Inklusjonskriterier:<br>Kvinner som har overlevd urogynekologisk kreft i alderen over 30 år.<br>Behandlingsfri i et år.<br><br>Eksklusjonskriterier:<br>Gravide.<br>Ikke gjennomført behandling og oppfølging.<br>Tilbakefall med kreft. |

|                           |  |
|---------------------------|--|
|                           | Ikke gjort rede for frafall.   |
| <b>Hovedfunn:</b>         | <p>Resultatene i studien er inndelt i 5 kategorier:</p> <p>Fysisk: flere av deltakerne opplevde smerter i etterkant av behandling, både i abdomen, ryggen og hoftene. Vansker med å spise og kvalme var også tilstede. Deltakerne beskriver også at de blir fortere sliten enn før, noe som gjør at de ikke kan gjøre ting som de gjorde før.</p> <p>Psykisk: Ulike synspunkt, noen hadde frykt for sykdommen, andre sammenlignet kreften med en hodepine eller feber. Noen av deltakerne følte seg deprimert og engstelig, mens andre følte seg sterk og selvsikker.</p> <p>Sosialt: viktig med støtte fra familie og venner. Noen fryktet å fortelle andre om sykdommen.</p> <p>Finansielt: dyre utgifter for å dekke behandling. Noen fikk dekt behandlingen av myndighetene. Vansker med å komme tilbake til jobb etter behandling på grunn av smerter og svakhet.</p> <p>Seksualitet: stor bekymring for de fleste deltakerne. Noen av deltakerne var ikke seksuelt aktiv før kreftbehandlingen, så det utgjorde ingen forskjell for dem. Redd for å oppleve smerte, noe som gjorde at de ikke gikk tilbake til deres normale sexliv.</p> |
| <b>Kritisk vurdering:</b> | <p>European Journal of Molecular &amp; clinical medicine</p> <p>Nivå 1</p> <p>Kvalitativ sjekklister gjennomført.</p> <p>Opplýser om at etisk godkjenning ikke var nødvendig.</p>  |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Artikkel 10:</b></p> <p><b>Forfatter:</b></p> <p><b>År:</b></p> <p><b>Tittel:</b></p> <p><b>Land:</b></p> <p><b>Tidsskrift:</b></p> | <p>Margaret C. Wilmoth, Elizabeth Hatmaker-Flanigan, Vanessa LaLoggia, Traci Nixon.</p> <p>2011</p> <p>Ovarian cancer survivors: Qualitative analysis of the symptom of sexuality.</p> <p>Southeastern United States.</p> <p>Oncology nursing forum</p> |
| <b>Hensikt:</b>   | Hensikten med denne studien var å forstå hvordan behandling har påvirket seksualiteten, fra pasientens perspektiv.  |



|                            |   |
|----------------------------|---|
| <b>Metode/instrument:</b>  | <p>Både individuelle intervjuer og fokusgrupper<br/>Beskrivende kvalitativt design.</p> <p>Insitutional review board godkjenning fra Carolinas Medical Center og University of North Carolina-Charlotte.</p>  |
| <b>Deltakere/fracfall:</b> | <p>13 kvinner i alderen 33-77 år. Gjort rede for fracfall: 5 stk, ikke interessert, for opptatt, svarte ikke når de ble oppringt. Ikke gjort rede for inklusjons- og eksklusjonsfaktorer. Deltakerne fikk et gavekort som takk.</p>   |
| <b>Hovedfunn:</b>          | <p>62% av kvinnene som deltok i studien (8 stk.) uttrykte at deres seksualitet hadde blitt påvirket negativt av diagnosen og behandlingen<br/>Noen av deltakerne uttrykte at “ingen ville røre dem” og at de ikke følte seg særlig seksuell.</p> <p>Kvinnene beskrev seksualitet som hvordan de så på seg selv som kvinne, både når det kommer til utseende, klær og hvordan de presenterer seg selv for andre, i tillegg til et globalt aspekt av seksualitet hvor de ser på intimitet og sexliv.</p> <p>Fysiologiske endringer som hormonelle endringer etter å ha fjernet eggstokkene påvirket seksualiteten til kvinnene, i tillegg til tap av livmor og arrdannelse etter dette.</p> <p>Etter cellegift har fysiologiske endringer som kognitive forandringer, perifer nevropati, endringer i vekt og symptomer fra overgangsalder var også av betydning for kvinnenes seksualitet. Andre endringer av betydning etter kirurgiske inngrep var tørrere slimhinner i vagina, samt kortere vagina, noe som førte til smerte under samleie.<br/>Flere av kvinnene rapporterte at disse endringene var stressende.</p> <p>Flertallet av kvinnene hadde ikke mottatt tilstrekkelig med informasjon fra helsepersonell om seksualitet og endringer etter behandling.</p> <p>8 av kvinnene beskrev sexlivet sitt som “aseksuelt” eller ikke eksisterende etter de fikk diagnosen</p> |
| <b>Kritisk vurdering:</b>  | <p>Oncology nursing forum, Nivå 1.</p> <p>Kvalitativ sjekklister gjennomført.<br/>Institutional review board approval from the Carolinas Medical Center and the University of North Carolina–Charlotte.</p>   |

## Vedlegg 4 – Kvalitativ sjekkliste

# 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](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).

## Kritisk vurdering av:

Life after cervical cancer: Quality of life among Chinese women.

# Del A: Innledende vurdering

## 1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?

Utforske betydning av livskvalitet blant kinesiske overlevende etter livmorhalskreft og hvordan overlevelsen av livmorhalskreft har påvirket deres livskvalitet.

- Hvorfor ville de finne svar på det?

Det finnes bedre screening-programmer enn tidligere og overlevelsesraten har gått opp. Mange vil likevel oppleve senvirkninger etter kreft. Derfor ønsket forskerne å se på livskvalitet som en av de mulige senvirkningene etter kreft.

- Er problemstillingen relevant?

Ja.

## 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?

Studien har som mål å utforske betydning av livskvalitet blant kinesiske overlevende etter livmorhalskreft og hvordan overlevelsen av livmorhalskreft har påvirket deres livskvalitet, noe som vil bli besvart ved hjelp av en kvalitativ metode.

## 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?

Studien ble gjennomført med skriftlig intervju. Forskerne beskriver denne metoden som tidseffektiv og kostnadseffektiv, i tillegg til at det setter deltakerne under mindre press. De beskriver også andre fordeler som at man unngår språkbarriere, da det finnes mange ulike dialekter i det kinesiske

språket. Forskerne mente at det upersonlige aspektet med skriftlige intervju kunne gjøre det lettere for kvinnene å uttrykke følelser som ville vært vanskeligere under intervju ansikt-til-ansikt.

#### 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:

35 kvinner ble rekruttert fra sykehusets gynekologiske poliklinikk ved hjelp av en målrettet prøvetakningsstrategi. En gynekologisk onkolog hjalp til med datainnsamlingen. 7 kvinner valgte å ikke delta i studien, ikke spesifisert hvorfor.

Det er gjort rede for inklusjonskriterier: minst 18 år gammel, diagnostisert med livmorhalskreft, gjennomført primærbehandling, kreftfri. Eksklusjonskriterier: Ingen tilbakefall av kreft eller metastaser, diagnostisert med sekundær kreft, manglende lese- og skriveferdigheter i det kinesiske språket.

De fleste kvinnene var i 30-40-års alderen. 18 av kvinnene hadde gjennomført videregående skole eller hadde høyere utdanning. 10 av kvinnene var aktiv i arbeidslivet under datainnsamlingen. 23 av kvinnene hadde blitt arbeidsledig etter de fikk diagnosen. De fleste kvinnene var gift, og 9 av kvinnene gikk igjennom skilsmisse etter de fikk diagnosen.

#### 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:**

Spørreskjema med skriftlige svar gir mindre interaksjonspress. Krever ikke transkripsjon, mindre tidkrevende og mer kostnadseffektivt. Slipper dialekt forvirring. Gjør det mer upersonlig, noe som kan gjøre at deltakerne uttrykker følelser og oppfatninger de ikke ville delt i at ansikt-til-ansikt intervju. Forskerne beskriver ulemper som mangel på spontane svar og mangel på interaksjon mellom intervjueren og intervjuobjektet.

Spørreskjema som ble benyttet ligger ved som vedlegg.

## 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:**

Det er ikke gjort rede for bakgrunnsforhold som kunne påvirket fortolkningen av data.

## 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?

Informasjonsskriv om formål til alle deltakere. Frivillig deltakelse. Etter innhentet samtykke forklarte forskerne den videre prosessen med datainnsamling og forsikret deltakerne om at de kunne trekke seg fra studien når som helst. Kodenummer for å sikre anonymitet. Kun forskerne fikk tilgang til rådataene.

Etisk godkjenning fra: The Human Subjects Ethics Application Review System of The Hong Kong Polytechnic University, Hong Kong, and the hospital's Human Subjects Research Review Committee før de startet med studien.

## 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:

En kvalitativ innholdsanalyse ble tatt i bruk for å analysere de kvalitative dataene. En av forskerne leste alle intervjuene og markerte deler av teksten for å finne overskrifter av betydning for livskvalitet hos kvinnene. Disse overskriftene ble senere samlet og satt i kategorier. Denne listen ble sammenlignet med intervjuene i etterkant for å forsikre at det var likhet mellom disse.

## 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:**

Funnene er klart presentert under 5 ulike hovedtemaer. Hvert tema er bygd opp med en form for syntese, med sitater som underbygger funnene deres.

## 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:**

Funnene i denne studien viser et godt overblikk over hvordan kvinners livskvalitet ble påvirket etter livmorhalskreft.

Forskerne understreker at det er behov for mer forskning utover skriftlige svar som de selv hadde gjennomført. Seksualitet er for mange kinesiske kvinner et tabubelagt tema. Forskerne kom frem til at seksualitet hadde stor innvirkning på kvinnens livskvalitet, noe som gjør videre forskning på dette tema viktig.