



# Bacheloroppgave

**SYH600 Sykepleie**

**Hvilke erfaringer har kvinner med å oppleve livmorhalskreft i lav - og middelinntektsland /**

**What experiences do women have of experiencing cervical cancer in low - and middle income countries**

**Kandidatnummer: 73 og 78**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 58**

**Molde, 02.06.2023**



## 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 Sikt for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av Sikt?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

## Helseforskningsloven

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

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder:

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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: 02.06.2023

**Antall ord: 7647**

## **Forord**

*“One woman dies of cervical cancer every two minutes.. Each one is a tragedy, and we can prevent it.”*

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus  
Director-General, World Health Organization

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** 85% av kvinnene som får livmorhalskreft er ifølge WHO (2020) bosatt i lavinntektsland. 90% av dødsfallene relatert til livmorhalskreft skjer i disse landene. Hvor en kvinne lever i verden og hvilken status hun har, er forskjellen på liv og død relatert til livmorhalskreft.

**Hensikt:** Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse kvinners erfaring med å oppleve livmorhalskreft i lav- og middelinntektsland.

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

**Resultat:** Majoriteten av kvinnene hadde lite kunnskap om livmorhalskreft. Sykdommen påvirket kvinnenes samliv og seksualliv, og flere ble forlatt av sine partnere. Tro og religion ble sentralt i mestringen av sykdommen. Å få livmorhalskreft føltes ydmykende og skamfullt. Erfaringene med helsevesenet var at kommunikasjonen var mangelfull og helsehjelpen var dyr.

**Konklusjon:** Manglende kunnskap hos kvinnene, helsepersonell og samfunnet var et sentralt funn. Det er et behov for å øke kunnskapen om livmorhalskreft i alle ledd for å kunne utrydde sykdommen på verdensbasis, og særlig i lav - og middelinntektsland hvor sykdomsbyrden er størst.

**Nøkkelord:** Livmorhalskreft, lav- og middelinntektsland, erfaring.

## **Abstract**

**Background:** 85% of women diagnosed with cervical cancer live in low - and middle income countries, and 90% of deaths related to cervical cancer happen here. Where a woman lives in the world and what socioeconomic status she has, is the difference between life and death related to cervical cancer.

**Aim:** The purpose of this literature study was to enlighten what experiences women have of experiencing cervical cancer in low and middle income countries.

**Method:** A systematic literature study based on eight qualitative research articles.

**Result:** Most of the women lacked knowledge regarding cervical cancer. The disease affected the women's relationships and sexual life, and many were abandoned by their life partners. Faith and religion were important to live with the disease. The women felt that having cervical cancer was humiliating. The women experienced the health care system as expensive. They also experienced lack of communication from health care professionals.

**Conclusion:** Lack of knowledge among women, health professionals and the society was a foremost theme. There is a need to increase the knowledge regarding cervical cancer to eradicate the disease worldwide, and especially in low and middle income countries where the disease burden is greatest.

**Keywords:** Cervical cancer, low- and middle income countries, experience.



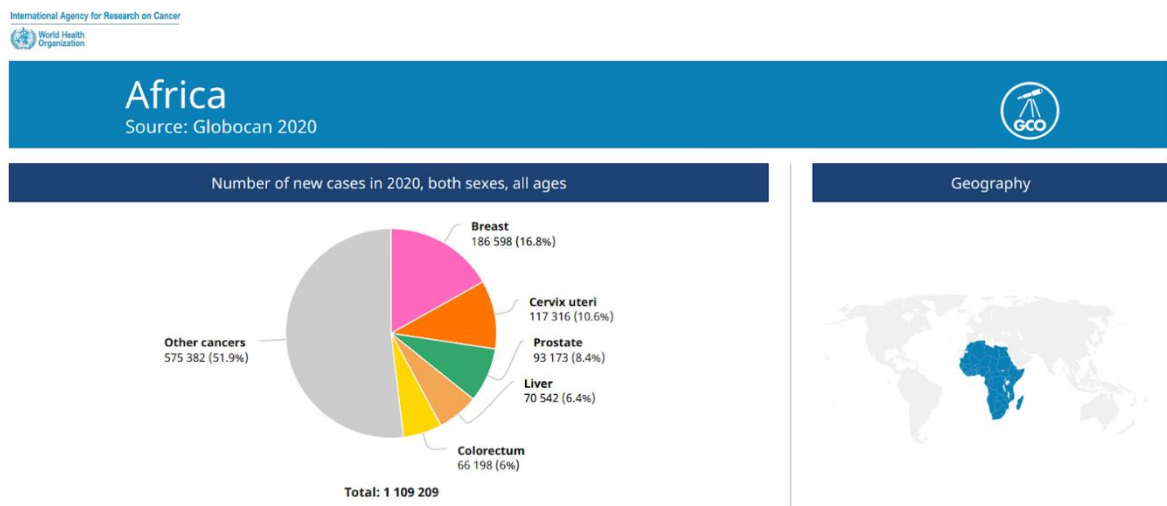
# Innhold

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Hensikt.....	3
<b>2.0</b>	<b>Metode</b> .....	<b>4</b>
2.1	Datainnsamling.....	4
2.2	Kvalitetsvurdering.....	5
2.2.1	Etiske hensyn.....	6
2.3	Analyse.....	6
<b>3.0</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>8</b>
3.1	Reaksjoner på diagnosen.....	8
3.2	Og størst av alt er seksuallivet.....	9
3.3	Mestringsstrategier for å stå i sykdommen.....	9
3.4	Kunnskap er makt og kvinnene er maktesløse.....	10
3.5	Erfaringer med helsevesenet.....	11
<b>4.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>13</b>
4.1	Metodediskusjon.....	13
4.1.1	Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	13
4.1.2	Søkestrategi.....	13
4.1.3	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn.....	14
4.1.4	Analyseprosessen.....	14
4.2	Resultatdiskusjon.....	15
4.2.1	Håp, tro og mestring.....	15
4.2.2	Støtte rundt det nye samlivet.....	16
4.2.3	Mangel på kunnskap påvirker alle ledd.....	19
4.2.4	Helsevesenets rolle og ansvar i forebygging.....	20
<b>5.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>23</b>
5.1	Konsekvenser for praksis.....	23
5.2	Forslag til videre forskning.....	24
<b>6.0</b>	<b>Referanseliste</b> .....	<b>25</b>
	Vedlegg 1: PO-skjema	
	Vedlegg 2: Søkehistorikk	
	Vedlegg 3: Oversiktstabeller artikler	
	Vedlegg 4: Tabell for hovedfunn og delfunn	
	Vedlegg 5: Eksempel på sjekkliste	

# 1.0 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Den nest vanligste krefttypen i Afrika, uavhengig av kjønn, er livmorhalskreft. Som vist i figur 1 ble over 117 000 kvinner diagnostisert med livmorhalskreft i Afrika i 2020. Over halvparten av disse døde (International Agency for Research on Cancer 2021). Til sammenligning fikk 345 kvinner livmorhalskreft i Norge i 2021, hvorav under en fjerdedel av disse døde ifølge Krefregisteret (2023).



Figur 1: Oversikt over krefttilfeller i Afrika i 2020. Hentet fra International Agency for Research on Cancer 2021, 09.05.2023.

Ifølge Verdens Helseorganisasjon (WHO 2020) er 85% av kvinnene som får livmorhalskreft bosatt i lavinntektsland, og 90% av dødsfallene relatert til livmorhalskreft skjer i disse landene. En studie av Ginsburg et al. (2017) viser at hvor en kvinne lever i verden og hvilken status hun har, er forskjellen på liv og død relatert til livmorhalskreft. Sammenlignet med tallene fra Norge presentert i avsnittet over, blir det tydelig at de ikke dør fordi livmorhalskreft er en dødelig sykdom; de dør fordi de bor i lavinntektsland (Ginsburg et al. 2017).

Lav- og middelinntektsland, heretter forkortet til LMIC's, defineres av verdensbanken og klassifiseres som land med en bruttonasjonalinntekt fra 1,045-12,695 USD (Hamadeh, Rompaey og Metreau 2021). I mange LMIC's er det et sterkt behov for bedre infrastruktur. I eksempelvis Afrika er kun 25% av veiene asfalterte, under halvparten av befolkningen har tilgang til elektrisitet og så lite som 10% har tilgang til internett (WWF). Bergsjø og Sundby (2007, 229) skriver at kvinner *alltid* er i overvekt når man teller opp antall fattige i en befolkning. Kvinner har færre sparepenger, eier mindre eiendom og jord, og har i mindre grad formelle jobber med lønn. Mange kvinner velger derfor å selge seksuelle tjenester, som øker risikoen for smitte av HIV og HPV som kan føre til livmorhalskreft (WHO 2020). I mange samfunn mangler kvinner kapital og personlig bevegelsesfrihet. Hun kan derfor ikke oppsøke eller betale for helsetjenester, og er følgelig avhengig av mannen for å få helsehjelp (Bergsjø og Sundby 2007, 229).

I 2020 presenterte WHO "Global Strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem". Her beskrives en rekke tiltak for å utrydde livmorhalskreft, deriblant 90-70-90-målet. For å nå målet må 90% av alle jenter være vaksinert innen 15-års alder, 70% av kvinner skal være screenet innen fylte 35 år og igjen innen fylte 45 år. 90% av kvinner som får påvist kreft, samt forstadiet til kreft, skal behandles. WHO mener vi vil se en drastisk nedgang i mortaliteten relatert til livmorhalskreft dersom målene nås.

Screening som forebyggende tiltak er godt kjent i Norge gjennom screeningprogrammene for livmorhalskreft og brystkreft (Helsedirektoratet 2022). I Afrika ble det i år 2000 introdusert en screening-policy der kvinner over 30 år får tre gratis celleprøver gjennom livet (Momborg et al. 2017). Kontrasten er stor sammenlignet med Norge som tilbyr kvinner mellom 25 og 69 år regelmessige celleprøver gjennom livmorhalsprogrammet (Kreftregisteret 2023). Gjennomføring av kreft-screening krever trent helsepersonell, som er mangelvare i mange LMIC's. Med en populasjon på 1,429 milliarder (Worldometers 2023a), har Afrika rundt 1,2 millioner sykepleiere og 300 000 leger (WHO Africa 2022). Til sammenligning har Europa 7,6 millioner sykepleiere og 3,4 millioner leger (WHO Africa 2022), fordelt på en befolkning på 748 millioner (Worldometers 2023b). Disse tallene illustrer at Afrika har et svært lavt helsepersonell-populasjon forhold, 18 per 100 000 (World Cancer Report 2020). En studie utført av Williams et al. (2017) viser at sykepleiere er en av hovedkildene til medisinsk informasjon for kvinner i Ghana. Sykepleierens kunnskap kan derfor bli avgjørende i LMIC's, og i ytterste konsekvens forskjellen på liv og død.

2. mars 2023, seks dager før den internasjonale kvinnedagen, kom Kvinnehelseutvalget med sin rapport om kvinnehelse i Norge. Ifølge rapporten har innvandrerkvinner et dårligere oppmøte på screeningprogrammet for livmorhalskreft og brystkreft. Innvandrerkvinnene får sjeldnere påvist eksempelvis brystkreft, men har en alvorligere kreft når det blir påvist. Rapporten beskriver også at disse kvinnene møter oftere opp på screeningprogrammene når de får tilpasset informasjon. Rapporten om kvinnehelse (NOU 2023:5, 13, 88-89) illustrerer at vi også i Norge har en jobb å gjøre ved å forebygge livmorhalskreft hos innvandrerkvinner. Både i Norge og i LMIC's vil vi møte kvinnene i forskjellige settinger, eksempelvis som pasienter på sykehus, på helsestasjoner og på legekontor. Derfor ønsker vi å rette fokus mot tiltak både i LMIC's og i den norske konteksten.

Selv om kvinnehelse er satt på dagsorden, har kvinners helse og typiske kvinnesykdommer lav status (NOU 2023:5, 13,88-89). Det skjer positive endringer, men fortsatt blir kvinnehelse nedprioritert i hele verden. Dette kan ikke lenger overses.

## **1.2 Hensikt**

Med bakgrunn i forskjellene mellom LMIC's og Norge vi har belyst i innledningen, ønsket vi å undersøke og belyse hvilke erfaringer kvinner har med å oppleve livmorhalskreft i lav- og middelinntektsland.

## 2.0 Metode

Ifølge Grønseth og Jerpseth (2019, 81), kan litteraturstudier som metode forklares ved at man tar utgangspunkt i eksisterende forskningslitteratur for å belyse en hensikt eller problemstilling. For å finne forskningslitteratur som omhandler temaene som inngår i oppgavens hensikt, må man søke systematisk i relevante databaser. Kvalitativ metode brukes når vi har som mål å beskrive eller forstå det som skjer rundt oss (Christoffersen et al. 2015, 18). Denne metoden svarte best på vår hensikt, fordi vi ønsket å belyse kvinnes subjektive erfaringer.

### 2.1 Datainnsamling

Datainnsamling er en prosess med å samle inn og systematisere kunnskap for å få en dypere forståelse for det man vil undersøke (Forsberg og Wengström 2015, 119). For å systematisere og begrense litteratursøket, utarbeidet vi inklusjon- og eksklusjonskriterier som er presentert i figur 2. Dette er kriterier vi legger til grunn for å velge artikler som kan gi oss kunnskap om hensikten (Grønseth og Jerpseth 2019, 89).

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"><li>• Lav-og middelinntektsland (LMIC)</li><li>• Kvinner 18 år og eldre</li><li>• Pasientperspektiv</li><li>• Livmorhalskreft</li><li>• Artikler som er publisert de siste 10 årene (etter 2013)</li><li>• Originale artikler</li><li>• Norsk, svensk, dansk, engelsk</li><li>• Kvalitativ metode</li><li>• Fagfelleurdert</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Menn</li><li>• Høyinntektsland</li><li>• Kvinner under 18 år</li><li>• Sykepleier- og pårørendeperspektivet</li><li>• Andre krefttyper</li><li>• Artikler publisert før 2013</li><li>• Andre språk</li><li>• Fagartikler, review-artikler</li><li>• Kvantitativ metode</li></ul>

Figur 2: Inklusjons - og eksklusjonskriterier.

PICO-skjemaet er et hjelpemiddel til å identifisere og organisere søkeord, klargjøre inklusjons- og eksklusjonskriteriene og formulere spørsmål (Grønseth og Jerpseth 2019, 85).

Vi utarbeidet en søkestrategi med utgangspunkt i PICO-skjemaet. PICO står for patient/problem (hvilken pasientgruppe problemstillingen/hensikten omhandler), Intervention (hvilke tiltak vi vil vurdere), Comparison (hvilke tiltak vi vil sammenligne) og Outcome (utfall) (Nortvedt et al. 2012, 33). Vi endte opp med et PO-skjema, da vi verken ønsker å vurdere eller sammenligne ulike tiltak (vedlegg 1). Vi kombinerte ordene fra PO-skjemaet med de boolske operatørene «AND» og «OR». «AND» gir treff på artikler som inneholder både A og B, og brukes for å gi et smalere og mer spesifikt resultat. «OR» gir treff som inneholder A eller B, og brukes for å utvide søket og gi et bredere resultat (Forsberg og Wengström 2015, 71).

I tillegg til fritext, benyttet vi oss av MeSH-ord eller Thesaurus-ord, som er databasenes egne emneord (Forsberg og Wengström 2015, 71). Trunkering, en søkemetode hvor man tar utgangspunkt i ordstammen og får treff på ulike varianter av ordet, ble brukt der det var hensiktsmessig (Forsberg og Wengström 2015, 71). Eksempelvis ble «*experienc\**» brukt for å få opp «*experience*», «*experiences*» og «*experienced*». Vi valgte artikler fra treff i Embase, CINAHL og PubMed, og inkluderte 7 kvalitative forskningsartikler fra disse søkene (vedlegg 2, søk nr. 1 og 2).

Ifølge Forsberg og Wengström (2015, 64) finnes det ulike typer manuelt søk, deriblant å studere referanselisten til artikler som svarer på problemstillingen eller hensikten. Det ble utført et manuelt søk etter en artikkel fra en metaanalyse som ble funnet gjennom systematisk søk (Maree og Holtslander 2021). Ut ifra referanselisten ble artikkelen søkt opp manuelt på google og funnet igjen i Pubmed. Artikkelen ble videre inkludert i vår litteraturstudie (vedlegg 2, søk nr. 3).

## **2.2 Kvalitetsvurdering**

Kvalitetsvurdering er viktig for å kunne vurdere gyldigheten, den metodiske kvaliteten, resultatene og overførbarheten av forskningen (Nortvedt et al. 2012, 68). Alle artiklene våre er fagfellevurderte og publisert i tidsskrift med nivå 1 eller 2. Fagfellevurdering betyr at artikkelen er kvalitetssikret av andre eksperter på fagfeltet (Nortvedt et al. 2012, 197). Vi sjekket dette i kanalregisteret, et register over vitenskapelige publiseringskanaler (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse). Videre ble det brukt sjekkliste for kritisk vurdering av de kvalitative forskningsartiklene vi ønsket å inkludere (Helsebiblioteket 2016). Ved hjelp av dette verktøyet ble hver forskningsartikkel gjennomgått for å vurdere

om artikkelen var til å stole på, om utvalget var hensiktsmessig, om resultatet kom tydelig frem og om det har betydning for praksis (Helsebiblioteket 2016). Det ble kun benyttet forskningsartikler som ut ifra sjekklisten ble vurdert som pålitelige. Etter kvalitetsvurderingen satt vi igjen med åtte forskningsartikler vi ønsket å inkludere i litteraturstudien vår, og relevant informasjon ble ført inn i tabell (vedlegg 3).

### **2.2.1 Etske hensyn**

Ifølge Forsberg og Wengström (2015, 59) bør det gjøres etiske vurderinger i en litteraturstudie. Helsinkideklarasjonen har tydelige retningslinjer for medisinsk forskning, der informert samtykke og hensynet til særlig sårbare grupper står sterkt (Førde 2014). Livmorhalskreft setter kvinnene i en sårbar situasjon og det er essensielt å sikre kvinnenes integritet og at etiske hensyn overholdes. Å velge studier som er godkjent av etisk komité eller som har tydelige etiske overveielser er ifølge Forsberg og Wengström (2015, 59) sentralt i en god litteraturstudie. Syv av våre inkluderte artikler var godkjent av en etisk komité, og den siste artikkelen inneholdt tydelige etiske vurderinger basert på anonymisering, frivillig deltakelse og skriftlig samtykke.

I denne litteraturstudien er vi to kvinner som skriver om livmorhalskreft. Vi kan derfor identifisere oss med sårbarheten kvinnene føler på og anerkjenner at dette vil kunne påvirke vår for forståelse. Gjennom praksis i sykepleierutdanningen har vi både erfart og fått en større forståelse for den negative innvirkningen kreft har på menneskers liv. Med denne forkunnskapen bemerket vi oss at de negative funnene naturlig sto frem i artiklene. På tross av vår for forståelse har vi forsøkt å være så objektive som mulig i studien.

### **2.3 Analyse**

Å gjennomføre en analyse er å gjøre store mengder informasjon forståelig, minske volumet av informasjon og identifisere mønstre. Slik får man en bedre og enklere oversikt for å presentere kjernen av informasjonen i resultatet (Forsberg og Wengström 2015, 31). Evans (2002) fire faser ble benyttet som mal for å jobbe strukturert og kunnskapsbasert med analysen.

**Den første fasen** er å samle relevant litteratur gjennom databasesøk eller andre medier (Evans 2002). Ut ifra PO-skjemaet og inklusjons- og eksklusjonskriteriene, fikk vi etter hvert utarbeidet en søkestrategi. Databasene som ble benyttet var Ovid Medline, Ovid

Nursing, APA PsycINFO, Embase, CINAHL og PubMed, og vi endte opp med å inkludere artikler fra de tre sistnevnte og et manuelt søk. Søkene startet bredt med få og uspesifikke søkeord, som “Experience\*” AND “Africa” AND “Cervical cancer”. Etter hvert ble søkene innsnevret med mer spesifikke søkeord, men dette ga få resultater. Vi gikk tilbake til bredere søk og filtrerte manuelt hva som var relevant eller ikke. Sammendraget ble lest på relevante artikler og de mest aktuelle artiklene ble lagret eller bestilt, skrevet ut og lest i fulltekst. Artiklene ble delt mellom oss og lest individuelt, før vi byttet. Tre av de valgte artiklene ble ekskludert, da de enten ikke besvarte hensikten eller var utenfor inklusjonskriteriene i henhold til publiseringsår.

**Den andre fasen** identifiserer nøkkelfunn (Evans 2002). Vi leste først alle artiklene hver for oss, og markerte hovedfunn og viktige opplysninger med markeringstusj. Deretter ble en og en artikkel gjennomgått på nytt individuelt, hvor informasjon som bidro til å svare på vår hensikt ble notert ned. For å forberede oss på fase tre, ble nøkkelfunn fargekodet individuelt.

**Den tredje fasen** består av å identifisere tema og relatere dem på tvers av studiene (Evans 2002). Analysene vi hadde gjort hver for oss ble skrevet ut, og nøkkelfunn ble kartlagt på tvers av studiene ved å skrive de opp i fellesskap på tavle. Identifisering av nøkkelfunn ble diskutert, da vi hadde identifisert noe ulikt. Gjentakende nøkkelfunn ble kartlagt, samt hvilke nøkkelfunn som ble ansett som hensiktsmessige for å svare på vår hensikt. Videre ble nøkkelfunn sammenfattet til hovedfunn og delfunn. Disse ble satt opp i tabell (se vedlegg 4).

**Den fjerde fasen** går ut på å beskrive funnene og utvikle en syntese (Evans 2002). Vi brukte de utskrevne analysene og tabellene med hoved- og delfunn for å holde oversikt. Videre formulerte vi egne hovedfunn og lagde en figur for å fremstille disse på en oversiktlig måte (Se figur 3). Ved utdyping og detaljer i funnene, sjekket vi artiklene og diskuterte det sammen for å fremstille resultatet på den mest realistiske måten.



### 3.0 Resultat

Denne litteraturstudien har som hensikt å belyse kvinners erfaringer med livmorhalskreft i lav- og middelinntektsland. I dette kapittelet skal vi presentere våre hovedfunn fra de åtte inkluderte forskningsartiklene. Analysen resulterte i fem hovedfunn presentert i figur 3:



Figur 3: Hovedfunn i studien

#### 3.1 Reaksjoner på diagnosen

Kvinnene i studiene hadde forskjellige reaksjoner på diagnosen. Følelser som tristhet, sjokk, sinne, angst og frykt ble beskrevet. Mange opplevde livmorhalskreft som flaut og skamfullt og reagerte med fornektelse og håpløshet. De unngikk å snakke om sykdommen i frykt for å bli hånet og ydmyket av omgivelsene. Redselen for å dø var overveldende, og et fåtall av kvinnene hadde selvmordstanker (Natuhwera, Ellis og Acuda 2021, Mwaka et al. 2015, Maree, Mosalo og Wright 2013, Kebede og Kebede 2017, Binka, Doku og Awusabo-Asare 2017, Maree, Langely og Nqubezelo 2015 og Maree og Kaila 2014). En kvinne i Kebede og Kebede's studie (2017) sa følgende "... *My only wish was to die so that the disease wouldn't put me in the worst situation. I couldn't feel any hope or see anything good about the future. At this time, I am feeling death is knocking at the doors of my heart and soul*".

Frykten for å miste identitet og verdighet som kvinne var en opplevelse mange delte. Flere kvinner ignorerte realiteten av det som faktisk skjedde med dem og prøvde å holde på rollene i hverdagen. Flere følte at de ikke lenger var et produktivt medlem av familien og at de mistet sin selvstendighet (Natuhwera, Ellis og Acuda 2021 og Kebede og Kebede 2017).

### 3.2 Og størst av alt er seksuallivet

Kvinnenes parforhold og seksuelle forhold ble ofte påvirket av livmorhalskreft. Kvinnene uttalte et ønske og behov for å bli elsket av sine livspartnere. Majoriteten opplevde likevel å bli forlatt av partner eller ba om å bli forlatt, da de ikke lenger kunne ha et aktivt seksualliv etter diagnosen. Kvinnene opplevde det å bli forlatt som et svik og var skuffet over manglende støtte (Natuhwera, Ellis, Acuda 2021, Maree, Mosalo og Wright 2013, Binka et al. 2018, Kebede og Kebede 2017 og Binka, Doku og Awusabo-Asare 2017 og Maree og Kaila 2014). Noen oppfordret partneren til å være utro, eller hadde samleie mot sin vilje i frykt for å bli forlatt. Et fåtall av kvinnene opplevde at partneren umiddelbart erstattet dem. En av kvinnene opplevde å bli tvunget til samleie av partner, selv om hun hadde betydelige smerter (Natuhwera, Ellis, Acuda 2021, Maree, Mosalo og Wright 2013, Binka et al. 2018, Kebede og Kebede 2017, Binka, Doku og Awusabo-Asare 2017 og Maree og Kaila 2014). I studien til Natuhwera, Ellis og Acuda (2021) uttalte en kvinne “... *He no longer cares, he changed (...), he does not do or give anything at all, and he abandoned me completely*”.

Skam var dominerende i kvinnenes relasjon til eget samliv, og flere opplevde det å snakke om seksuallivet sitt som privat. De skammet seg over lukt og blødning og beskrev det å ha livmorhalskreft som motbydelig (Maree, Mosalo og Wright 2013, Kebede og Kebede 2017 og Maree og Kaila 2014). En kvinne i studien til Maree, Mosalo og Wright (2013) sa “... *It became worse when he penetrated me because I oozed water. It oozed and he said “Now whats wrong. It seems you are rotten inside”. I was so disgusted. I said I dont know*”.

### 3.3 Mestringsstrategier for å stå i sykdommen

Mange av kvinnene utviklet forskjellige ubevisste og bevisste mestringsstrategier for å håndtere livmorhalskreften. Personlig hygiene ble rapportert som en mestringsstrategi, mens andre mestret sykdommen med aksept og positive tanker. Noen av kvinnene fremhevet betydningen av å snakke med helsepersonell for å mestre sykdommen (Natuhwera, Ellis og Acuda 2021, Maree, Mosalo og Wright 2013 og Binka et al. 2018). En av kvinnene beskrev opplevelsen av blødninger som lukten av død rotte. Grunnet lukten måtte hun vaske seg med blekemiddel og sende barna til bestemoren for å lufte huset (Maree, Mosalo og Wright 2013). To av studiene redegjorde for konkrete mestringsstrategier som kvinnene hadde tilegnet seg for å håndtere sykdommen, deriblant fornektelse og å overgi seg til Gud (Natuhwera, Ellis og Acuda 2021 og Binka et al. 2018). En av kvinnene i studien Binka et

al (2018) uttalte *“To cope, I always tried to forget about the condition (cervical cancer) and pretend I was healed”*.

Tro ble oppgitt som en kilde til trøst og mestring hos kvinnene. Religion og tro var så sterkt forankret i kvinnenes tradisjon at flertallet oppsøkte tradisjonelle healere eller søkte til Gud før de oppsøkte moderne helsevesen (Natuhwera, Ellis og Acuda 2021, Maree, Mosalo og Wright 2013, Kebede og Kebede 2017 og Maree og Kaila 2014). Noen så på sykdommen som en straff fra Gud, mens andre mente Gud ville helbrede de (Kebede og Kebede 2017). Flere av kvinnene trodde også at de fikk livmorhalskreft fordi de var blitt forhekset (Maree, Mosalo og Wright 2013 og Maree og Kaila 2014). I studien til Binka et al. (2018) uttalte en kvinne: *“... God is the finisher of everything. ... So, really with cancer, you cannot just treat it like that. You have to treat it with God because God is the ultimate healer. ...”*.

I tillegg til egen tro og mestring, var det viktig for kvinnene å få støtte utenfra. Mange opplevde støtte og omsorg fra familie, venner og kirkemedlemmer. Å bli bedt for gjorde at de følte seg levende og fulle av håp, og flere mente at de ikke ville overlevd behandlingen og den konstante dødsangsten uten støtten fra omgivelsene (Binka et al. 2018 og Kebede og Kebede 2017). Noen opplevde ikke denne positive støtten, men ble forlatt og snudd ryggen til, og savnet støtte fra sine nærmeste (Kebede og Kebede 2017 og Binka, Doku og Awusabo-Asare 2017).

### **3.4 Kunnskap er makt og kvinnene er maktesløse**

I alle studiene uttrykte kvinnene lite eller ingen kunnskap om livmorhalskreft før diagnosen. De ble sjokkerte og fortvilte når diagnosen var et faktum. Mange trodde det å få kreft var en dødsdom, og forberedte seg på å dø innen kort tid (Natuhwera, Ellis og Wilson Acuda 2021, Mwaka et al. 2015, Maree, Mosalo og Wright 2013, Binka et al. 2018, Kebede og Kebede 2017, Binka, Doku og Awusabo-Asare 2017, Maree, Langely og Nqubezelo 2015 og Maree og Kaila 2014). I studien til Binka, Doku og Awusabo-Asare (2017) hadde ingen av de 15 kvinnene hørt om livmorhalskreft før diagnosen. De hadde heller ingen kunnskap om årsaker, screening eller behandlingsalternativer. Livsstilen deres var i konflikt med det de nå lærte om årsaker til livmorhalskreft, som eksempelvis vilkårlig samleie. En kvinne i studien til Maree, Mosalo og Wright (2013) beskrev det å få livmorhalskreft som *“My heart was painful”*.

Mangelen på kunnskap fikk konsekvenser; forsinket diagnose var et gjentakende tema i flere artikler. Majoriteten av kvinnene oppsøkte healere og alternativ/tradisjonell medisin før de oppsøkte moderne helsevesen, og bidro selv til forsinket diagnose. Noen avskrev til og med symptomene til eksisterende HIV/AIDS sykdom (Mwaka et al. 2015).

Mangelen på kunnskap påvirket dessuten kvinnene eksternt. Pårørende og samfunnet hadde lite kunnskap om diagnosen. Flere av kvinnene følte seg ydmyket av samfunnet rundt seg (Natuhwera, Ellis, Acuda 2021, Mwaka et al. 2015, Maree, Mosalo og Wright 2013 og Maree og Kaila 2014). I studien til Maree og Kaila (2014) uttalte en kvinne “*(They say) ... HIV is much better than cancer because when you start taking ARV’s (antiretroviral therapy) the body becomes strong and healthy unlike cervical cancer that the body will be deteriorating until you die ...*”. Som følge av stigmatiseringen fra omgivelsene, var det flere partnere som ikke ønsket at kvinnene skulle søke behandling hos helsevesenet (Maree, Mosalo og Wright 2013). På den positive siden var det flere av kvinnene som opplevde at pårørende og samfunnet anerkjente sykdommen og oppfordret dem til å søke hjelp (Natuhwera, Ellis og Acuda 2021 og Maree, Mosalo og Wright 2013).

### **3.5 Erfaringer med helsevesenet**

Kvinnene hadde varierte erfaringer med helsevesenet. Mangelfull kommunikasjon og kunnskap hos helsepersonell var et gjentakende funn. I noen tilfeller var kommunikasjonen så mangelfull at kvinnene assosierte behandling med tortur (Natuhwera, Ellis og Acuda 2021, Mwaka et al. 2015, Maree, Mosalo og Wright 2013, Maree, Langely og Nqubezelo 2015 og Maree og Kaila 2014). En av kvinnene ble ikke informert om diagnosen på sykehuset, fordi legen ikke ville informere henne. Hun fikk i stedet informasjonen av en sosialarbeider. I samme studie, satt mange igjen med ubesvarte spørsmål etter å ha fått diagnosen (Maree, Langely og Nqubezelo 2015). I flere av studiene ble diagnosen forsinket på grunn av mangelfull kunnskap hos helsepersonell (Natuhwera, Ellis og Acuda 2021, Mwaka et al. 2015 og Maree, Langely og Nqubezelo 2015). Ni av ti kvinner i studien til Natuhwera, Ellis og Acuda (2021) ble feildiagnostisert med bekkeninfeksjon før de fikk riktig diagnose.

Kvinnene ble konfrontert med økonomiske utfordringer i møte med helsevesenet. Majoriteten av kvinnene måtte gi opp jobb og eiendeler for å få råd til sykehusopphold og behandling (Natuhwera, Ellis og Acuda 2021, Mwaka et al. 2015, Maree, Mosalo og Wright 2013, Binka et al. 2018, Kebede og Kebede 2017, Binka, Doku og Awusabo-Asare 2017 og Maree, Langely og Nqubezelo 2015). En av kvinnene oppsøkte i desperasjon en privat gynekolog for å få hjelp, selv om hun ikke kunne betale gynekologen (Maree, Langely og Nqubezelo 2015). Flere måtte ta barna ut av skolen fordi de ikke lenger kunne jobbe og dermed ikke hadde råd til både skole og helsehjelp. Andre solgte eiendom eller tok opp lån (Natuhwera, Ellis og Acuda 2021, Maree, Mosalo og Wright 2013, Binka et al. 2018, Kebede og Kebede 2017, Binka, Doku og Awusabo-Asare 2017).

## **4.0 Diskusjon**

### **4.1 Metodediskusjon**

I metodediskusjonen ønsker vi å diskutere styrker og svakheter i vår litteraturstudie, knyttet til inklusjon- og eksklusjonskriterier, søkestrategi, kvalitetsvurdering, etiske hensyn og analyseprosessen.

#### **4.1.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier**

Vi inkluderte artikler publisert etter 2013. Tidsavgrensningen anser vi som en styrke, siden kvinnehelse har blitt mer belyst de siste årene. Likevel oppdaget vi at mye av forskningen på livmorhalskreft ble utført tidlig på 2000-tallet og vi kan derfor ha gått glipp av relevant forskning. Vi valgte LMIC's som ett av våre inklusjonskriterier, men alle artiklene vi har inkludert er studier gjort i Afrika. Dette kan være en svakhet i oppgaven, da Afrika ikke representerer alle LMIC's, og dermed kan resultatet bli ikke-representativt for å belyse vår hensikt. De inkluderte artiklene er skrevet på engelsk og feiltolking av verdifull informasjon gjennom egen oversettelse eller ved hjelp av google translate kan være en svakhet i studien.

#### **4.1.2 Søkestrategi**

Søkestrategien ble til underveis, men tok utgangspunkt i PO-skjemaet. Det kan være en styrke fordi vi ikke var låst til en spesifikk søkestrategi, men kunne tilpasse strategien etter hva som ga aktuelle treff. En svakhet kan være at søkene ble mindre systematiske og utfordrende å gjenta. Den uspesifikke søkestrategien resulterte i at vi gikk gjennom store mengder datamateriale manuelt. Derfor kan vi ha gått glipp av relevante artikler og det kan være en svakhet for oppgaven.

Å søke i flere databaser mener vi er en styrke, fordi vi fikk større grunnlag for å finne interessante artikler. Samtidig vil dette gi et stort datamateriale og det kan være utfordrende å filtrere ut relevante treff, noe som kan være en svakhet. Selv om vi søkte i mange databaser, måtte vi gjennomføre et manuelt søk. Søket kan være en svakhet, siden artikkelen finnes i databasen PubMed som vi allerede søkte i. Det kan derfor ikke utelukkes at vi ikke søkte systematisk nok etter studier. Likevel besvarer artikkelen hensikten vår og derfor bidrar det manuelle søket til å styrke oppgaven.

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

Ved å lese artiklene hver for oss, minimaliserte vi sannsynligheten for å gå glipp av viktige funn. Dette mener vi styrker vår oppgave. Bruk av sjekklister for kvalitativ forskning er en styrke. Likevel kan en svakhet være at vi subjektivt skal vurdere artiklene og derfor kan vi tillegge artiklene mer relevans fordi vi har et ønske om å bruke de.

To av artiklene våre er fra samme forfattere og studiepopulasjon (Binka et al. 2018 og Binka, Doku og Awusabo-Asare 2017). Dette kan være en svakhet fordi forskningen er utført på et mindre utvalg, som vil kunne gi et mindre representativt resultat. Likevel valgte vi å inkludere begge artiklene fordi de har forskjellige hensikter og derfor besvarer hensikten på forskjellige måter. Tre av de andre inkluderte artiklene har også samme hovedforfatter. Forfatterne viser interesse for og skriver flere artikler om temaet, noe vi anser som en styrke. Samtidig kan det være en svakhet, da det kan bli lite bredde i artiklene.

Å være bevisste på at etiske hensyn er opprettholdt i studiene, var viktig for oss. Vi inkluderte kun studier som var etisk godkjent eller vurdert, noe som vi ser på som en styrke. Temaet ligger oss nært, og dette kan være en styrke fordi vi har pågangsmot og ønsker å fremstille resultatene på en måte som bidrar til å belyse temaet. Samtidig kan nærheten til temaet være en svakhet, da det kan gjøre oss partiske i fremstillingen av resultatet.

### **4.1.4 Analyseprosessen**

Vi identifiserte nøkkelfunnene ved å lese artiklene flere ganger, og markere og notere funn i flere omganger. Styrken er at det reduserer sjansen for å ha oversett et funn, men svakheten er at man kan gå glipp av noe dersom man ser på det for lenge. Fargekoding av nøkkelfunnene var en viktig del av vår analyse. Det gjorde det enklere å identifisere temaer og senere relatere disse på tvers av studiene. Å gå gjennom funn og identifisere tema i fellesskap på tavle ser vi på som en styrke. Slik fikk vi visualisert nøkkelfunnene og diskutert hvilke temaer som var gjentakende i artiklene. Visualiseringen og diskusjonen forenklet arbeidet med å formulere synteser. Å utarbeide en tabell for hovedfunn og delfunn ble et betydningsfullt verktøy for resultatpresentasjonen. Slik forsikret vi oss om at oppfatningene vi hadde dannet oss, stemte overens med resultatene i artiklene. Nøyaktigheten resulterte i at vi brukte lengre tid, men vi mener det styrker analyseprosessen.

## 4.2 Resultatdiskusjon

Gjennom litteraturstudien oppdaget vi at livmorhalskreft kan oppleves vondt og vanskelig uavhengig av hvor i verden man befinner seg. Den helhetlige situasjonen rundt kvinnene i LMIC's skilte seg derimot ut; hvilke bekymringer de hadde, hvordan de mestret sykdommen og hvor lite kunnskap de hadde om forebygging og behandling.

### 4.2.1 Håp, tro og mestring

Kvinnene brukte flere forskjellige mestringsstrategier for å håndtere den nye tilværelsen med en livstruende sykdom, eksempelvis ved fornektelse og overdreven personlig hygiene. Funnet sammenfaller godt med det Eide og Eide (2017, 48) sier, nettopp at mestring er personlig, individuelt og innebærer mange forskjellige strategier. Noen av kvinnene aksepterte situasjonen og ønsket hjelp, andre fornektet sykdommen og ønsket å leve livet som før. Det kan oppleves utfordrende å anerkjenne en person preget av negative og unnvikende følelser, og ifølge Eide og Eide (2017, 53-54) viser forskning at helsepersonell har vanskelig for å forholde seg positiv til disse pasientene. Pasienten kan oppfattes som avvissende og klagende, og det er ofte disse pasientene som har det største behovet for empati, forståelse og støtte (Eide og Eide 2017, 53-54). Vi mener det er viktig å anerkjenne personen uavhengig av hvilken mestringsstrategi som anvendes.

Våre resultater viser at flere av kvinnene fant trøst og mestring i tro og religion. Ifølge FN er tanke-, samvittighets- og religionsfrihet en menneskerett og Henderson forklarer at det er en del av sykepleierens ansvar å tilrettelegge for tilfredsstillelse av pasientens åndelige behov (Strøm 2015, 915-916). Noen av kvinnene opplevde sykdommen som en straff fra Gud. En slik oppfatning kan ha negativ innvirkning på pasientens psykiske og fysiske helse, og kan bidra til unødvendig smerte og utilfredshet (Strøm 2015, 916). Pasienter med sterk religiøs tro vil oftere vegre seg for å klage på smerter eller ubehag, da det kan assosieres med å ikke ha tillit til troen. En slik eksistensiell usikkerhet kan være så ubehagelig og truende at den overgår smerteopplevelsen, og det kan føre til underrapportering av smerte (Bjørkli 2019). Underrapportering av smerte kan føre til utilstrekkelig smertelindring, som kan medføre en rekke uheldige, fysiske konsekvenser. Pasienten kan for eksempel få takykardi og økt belastning på hjertet, lungeventilasjonen kan bli redusert og gi atelektasetendenser og pneumoni, og redusert tarmperistaltikk kan gi obstipasjon (Danielsen, Berntzen og Almås 2016, 395). Sykepleier bør være klar over at tillit til religion og tro kan ha stor



innvirkning på smerteopplevelsen til innvandrerkvinner og kvinner i LMIC's, og dermed også smertelindringen.

Studien vår viste at kvinnene i LMIC's oppsøker religion og trossamfunnet før helsevesenet, noe vi kan bruke i forebyggingsarbeidet i disse landene. Ved å undervise religiøse ledere eller opprette helsestasjoner innad i religiøse samfunn, kan vi gi informasjon til kvinnene tidligere og fra et miljø de allerede har tillit til. Ved å involvere helsevesenet på et tidligere tidspunkt, kan vi forebygge alvorlig sykdom og død.

Kunnskap om mestringsstrategier er viktig for alle sykepleiere, men vi vil understreke at det er spesielt viktig for utøvelsen av sykepleie til innvandrerkvinner i Norge. Å være syk i et fremmed land kan oppleves utfordrende, utover det å stå i sykdommen. Vi tror at sykepleier kan lette byrden ved å bruke tolk for å forsikre seg om at informasjonen blir forstått og innhente kunnskap om innvandrerkvinnens opprinnelsesland for å ha en forståelse om hennes forhold til helsevesenet. Som nevnt i innledningen har kun 10% av befolkningen i Afrika tilgang til internett, og derfor lite tilgang til å oppsøke informasjon. Informasjonsflommen i Norge vil antageligvis være stor og pågående sammenlignet med LMIC's, og kvinnen kan da trekke seg tilbake og forbli i en mer beskyttet tilværelse (Aambø 2021, 86). Dette kan føre til at innvandrerkvinnene også i Norge får et lukket miljø som står i fare for å gå glipp av viktig informasjon, deriblant om forebygging av livmorhalskreft (Aambø 2021, 86). I kvinnehelseutvalgets rapport fortalte innvandrerkvinnene at de ønsket tydeligere informasjon om anbefalinger for deltagelse i livmorhalsprogrammet (NOU 2023:5, 89). Ved å utarbeide brosjyrer på flere språk med konkret og tydelig informasjon om anbefalingene kan vi gi informasjonen til innvandrerkvinner, også i lukkede miljøer. Kultursensitive informasjonsmøter om livmorhalskreft har også bevist effekt (NOU 2023:5, 89), og kan avholdes på eksempelvis helsestasjoner i regi av sykepleiere.

#### **4.2.2 Støtte rundt det nye samlivet**

I vår litteraturstudie oppdaget vi at kvinnes samliv og seksualliv ble tydelig påvirket av livmorhalskreft. Psykososiale behov kan forsterkes i sårbare situasjoner, og støtte fra partner og behovet for å bli elsket var noe kvinnene trakk frem som avgjørende. Ifølge Eriksen (2015, 893) opplever de som mottar positiv støtte fra familie og venner en større grad av innhold og mening i livet sitt. Likevel opplevde flere av kvinnene lite støtte fra partner, og skam og skyldfølelse fikk en stor rolle i samlivet og seksuallivet. Et grunnleggende prinsipp

for sykepleie er å se mennesket som en helhet og ivareta universelle menneskelige behov, herunder psykososiale behov (Eriksen 2015, 896). For majoriteten av kvinnene i studien vår ble ikke disse behovene dekket av pårørende, da partneren forlot dem. I slike situasjoner må sykepleieren ta ansvar for det psykososiale behovet og legge til rette for at pasienten kan få uttrykke sine følelser, opplevelser og behov både i Norge og i LMIC's (Eriksen 2015, 901).

Agbemenu et al. (2018) utførte en studie på hvordan innvandrerkvinner i USA ble påvirket av myter, tabuer og kultur rundt seksualitet fra hjemlandet. I studien kom det frem at kvinnene ble opplært til at sex var et tema man ikke snakket om, og sex utenfor ekteskap ville føre til ydmykelse og død. Det er forståelig at innvandrerkvinner og kvinner i LMIC's opplever seksualitet som noe intimt og privat, og en nærliggende forklaring kan være påført tabu rundt seksualitet. Opplevelsen av skyldfølelse og skam reduseres ved å snakke om og normalisere utfordringene (Jerpseth 2020, 141). Derfor er det viktig at sykepleier anerkjenner pasientens seksualitet, og snakker med pasient og eventuelt partner om den seksuelle problematikken på lik linje som andre grunnleggende behov. Åpenhet, tilgjengelighet og støtte vil være essensielt i en slik samtale. PLISSIT-modellen (Permission, Limited Information, Specific Suggestion, Intensive Therapy) kan anvendes i slike samtaler og består av fire nivåer. Nivå 1 dreier seg om å gi pasienten tillatelse til å snakke om seksualitet, og at helsepersonellet er villig til å ha en dialog om seksuelle spørsmål. Nivå 2 handler om å gi informasjon på bakgrunn av egen kunnskap og klinisk erfaring. Nivå 3 handler om å gi konkrete forslag om hvordan et problem kan løses, eksempelvis vil råd om smertelindring være aktuelt ved livmorhalskreft. Nivå 4 handler om sexologisk terapi og er utenfor sykepleiernes arbeidsoppgaver, men sykepleiere har ansvar for å henvise til relevante fagpersoner i situasjoner der det er aktuelt (Helland 2015, 877). Vi mener modellen er et godt hjelpemiddel for seksuell rådgivning, men den avhenger av at sykepleieren er åpen for at pasientens seksuelle helse inngår i sykepleierens ansvarsområde.

### **4.2.3 Livmorhalskreft som samfunnsproblem**

Diagnosen livmorhalskreft opplevdes som et traume, og kvinnene hadde reaksjoner som tristhet, sjokk, angst og frykt. Dette er adekvate reaksjoner som vi kan forvente å finne hos de aller fleste som får en livstruende sykdom. Det som derimot var interessant var bekymringen mange delte vedrørende rolleendringen som fulgte med diagnosen. Kvinnene tok seg av familien og husholdningen, som ifølge Schei og Sundby (2007, 46) er et uttrykk

for omsorg knyttet til kvinnelige egenskaper og identitet. Når utøvelsen av omsorg ble krevende på grunn av sykdommen, ble deres rolle i familien og identiteten som kvinne utfordret. Det bekrefter også Bjørkli (2019), der en undersøkelse viste at trusselen knyttet til blant annet identitet, relasjon og rolle var verre enn selve smerten etter operasjon hos en rekke somaliske kvinner i USA. Schei og Sundby (2007, 46) sier at dersom en mann utfører omsorgshandlingene, kan det som tradisjonelt sett blir portrettert som mannlig, bli utfordret. Dette kan være en bidragsyter til hvorfor mange av kvinnene ikke opplevde støtte eller at mannen unngikk å ta omsorgsgiver-rollen i parforholdet og familien; å trå inn i en kvinnes rolle utfordret den mannlige identiteten.

Som sykepleier tror vi det blir viktig å snakke med kvinnen om hva hun føler om at rollen hennes som omsorgsgiver og identiteten som kvinne blir utfordret. Kvinnen kan føle seg maktesløs og at situasjonen er utenfor hennes kontroll. Gibson referert til av Tveiten (2020, 36) beskriver Empowerment som en sosial prosess som bidrar til å identifisere, fremme og styrke folks muligheter til å møte egne behov, løse egne problemer og mobilisere nødvendige ressurser for å oppleve mest mulig kontroll over eget liv og helse. På bakgrunn av denne definisjonen mener vi sykepleier kan bruke Empowerment for å hjelpe disse kvinnene til å mobilisere og ta tilbake makten i eget liv og egen identitet, på tross av endret livssituasjon som følge av livmorhalskreft. Empowerment kan brukes til å styrke kvinner i LMIC's og innvandrerkvinner i Norge.

Infrastrukturen i LMIC's er ikke tilrettelagt for at kvinnen, som har mye omsorgsansvar, enkelt kan oppsøke helsehjelp. Offentlig transport og vegnett er lite utbygd, reiseveien er lang og behandlingstilstandene er få (Tolo 2011). Vi ser eksempler på disse utfordringene i en studie fra Uganda, der økonomiske utfordringer, lange avstander og dårlige veier har stor påvirkning på kvinnenenes opplevelse av livmorhalskreft (Mwaka, Wabinga og Mayanja-Kizza 2013). Kvinner i LMIC's diagnostiseres med livmorhalskreft når de er mellom 40 og 60 år, 10-30 år senere enn i høyinntektsland (Ginsburg et al. 2017). Disse kvinnene er ofte sentrale i omsorgsgivingen i samfunnet, der de har viktige roller i sosialiseringen, utdanningen og helsen til barn. De er ofte mødre, og en mors død har komplekse konsekvenser for hennes barn og familie. Livmorhalskreft får derfor omfattende konsekvenser, utover at det er trist og sørgelig for den rammede og dens omgivelser. The Action Study Group utførte i 2015 en studie på sykdomsbyrden og økonomiske konsekvenser av alle typer kreft i Sørøst-Asia. Studien viste at 29% av voksne døde innen

ett år etter kreftdiagnosen, mens 48% var økonomisk ruinert som følge av blant annet kostnadene av behandlingen (The Action Study Group 2015). Vi mener at disse funnene er overførbare til vår studiepopulasjon da kvinnene diagnostiseres sent og presenterer så avanserte stadier av livmorhalskreft at kurativ behandling er utfordrende. Likevel forsøker de behandling, og majoriteten i vår studiepopulasjon ga opp arbeid og eiendom, eller tok opp lån for å få råd til behandling og sykehusopphold. Investeringer i kvinnehelse er bevist å gi stor økonomisk gevinst, mot kostnaden kvinnespesifikke krefttyper har for verdenssamfunnet og enkeltindividet (Ginsburg et al. 2017). Livmorhalskreft kan derfor ikke ses isolert som en kvinnesykdom, men bør ses i et samfunnsperspektiv.

### **4.2.3 Mangel på kunnskap påvirker alle ledd**

Kvinnene i vår studie hadde lite kunnskap om risikofaktorer, forebygging og behandling ved livmorhalskreft. Det interessante med funnet er at kvinnene sannsynligvis ikke hadde hatt livmorhalskreft i utgangspunktet dersom de hadde kunnskap, tilgang til effektive forebyggingstiltak og ble møtt av helsepersonell med oppdatert kunnskap om livmorhalskreft. Mangelen på kvalifisert helsepersonell, utfordringen med å utdanne og beholde kvalifisert helsepersonell og den grove skjevfordelingen av økonomiske midler er alle faktorer som fører til at disse kvinnene dør av en sykdom som kunne vært forebygget og utryddet (WHO Africa 2022). I Norge har kvinner tilgang på kunnskap, screening og behandling, men et av hovedproblemene er at kvinnene ikke møter til screening (Kreftregisteret 2023). Samtidig har ikke kvinner i LMIC's muligheten til å ta et valg, på grunn av mangel på kunnskap og forebyggende tiltak.

En studie på HPV-positive iranske kvinner (Quaderi et al. 2021) viser funn som kan sammenlignes med vår studie. Kvinnene hadde lite eller ingen kunnskap om HPV-infeksjon og livmorhalskreft. De hadde urealistiske bekymringer og flere trodde de skulle dø kort tid etter at de ble bekreftet HPV-positive. Kvinnene trodde infeksjonen var en straff og følte på skam av at smitten kom fra seksuell aktivitet. Dette forsterker vårt funn om at lidelsen i stor grad kommer fra mangelen på kunnskap, og ikke nødvendigvis sykdommen i seg selv.

Tolo (2011) hevder at både medisin- og sykepleierutdanningen i Tanzania inneholder lite pensum om kreft, og derfor har heller ikke helsepersonellet kunnskapen som skal til for å forebygge nye krefttilfeller. Studien til Mwaka, Wabinga og Mayanja-Kizza (2013) viste at helsepersonell i Uganda hadde lite kunnskap om screening, og beskrev viktigheten av god

opplæring innen screening, diagnostisering og behandling. Bedre opplæring av sykepleiere i LMIC's innen nevnte kunnskapsområder kan redusere belastningen på legene og gi et bedre helsetilbud til pasientene. Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund 2019) punkt 4.2, har sykepleieren et etisk og faglig ansvar for å veilede kollegaer. Vi mener at sykepleiere har et ansvar for å bidra til å spre faglig informasjon og kunnskap som kan gjøre utøvelsen av yrket bedre, uansett hvor yrket utøves. Derfor mener vi at den vestlige medisinske verden bør være sitt moralske ansvar bevisst, og bidra til kompetanseheving i LMIC's. Tolo (2011) foreslår flere utvekslingsprogrammer, der helsepersonell deler kunnskap og skaper nye erfaringer på tvers av land og kontinenter. Dette er gode løsninger vi støtter, og vi vil i tillegg foreslå utvekslingsprogrammer i sykepleierutdanningen i LMIC's. Oppdatering av pensum i helsefaglige utdanninger i LMIC's er et godt og åpenbart tiltak for å gi kommende helsepersonell mer kunnskap.

Vi har et etisk ansvar for å gi pasientene informasjonen de trenger for å kunne ta et informert valg ovenfor egen helse (NSF 2019). Slik kunnskapssituasjonen er i LMIC's, må vi gjøre informasjonen mer tilgjengelig for å gi kvinnene forutsetningene til å ta informerte valg. Dette kan eksempelvis gjøres ved klinikk på hjul, som kan oppsøke kvinnene fremfor at kvinnene må bruke mye tid og ressurser på å oppsøke helsevesenet. Det krever mindre ressurser fra samfunnet enn å etablere flere institusjoner. En studie fra Libya viste at unge kvinner med høyere utdanning hadde mest kunnskap om risikofaktorer og symptomer på livmorhalskreft (Hweissa og Su 2017). Utdanning er med andre ord en av flere nøkkelfaktorer for at kvinner skal kunne ta gode valg for egen helse. Kunnskap er makt, og akkurat nå er mange kvinner i LMIC's maktesløse.

#### **4.2.4 Helsevesenets rolle og ansvar i forebygging**

Resultatene i studien viser at kommunikasjon og informasjon fra helsepersonellet i mange tilfeller var mangelfull, utilstrekkelig og lite nyansert. Ifølge Molven (2015, 90) skal informasjonen være tilpasset pasientens forutsetning, herunder alder, modenhet, tidligere erfaringer og språkutfordringer (Molven 2015, 90). Det handler ikke bare om å informere, men forsikre seg om at informasjonen er forstått. Mangelfull informasjon kan komme av utilstrekkelig kunnskap, og kan være grunnen til at noen kvinner assosierte behandlingen med tortur. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (§3-2, 1999) har pasienten rett til nødvendig informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand, samt innholdet i helsehjelpen (Molven 2015, 89). Grunnet mangelfull kunnskap hos helsepersonell kan lovfestet

informasjonsplikt bli brutt. En studie (Momborg et al. 2017) fra Cape Town viser frustrerte kvinners opplevelse av for lite informasjon, hvor eksempelvis en av kvinnene ble henvist til kolposkopi uten informasjon om hvorfor. Slik praksis kan føre til at kvinner ikke forstår alvoret, lar være å stille spørsmål og unngår å møte opp til avtalte legetimer. Dette kan få store konsekvenser for kvinnen, som for eksempel forsinket diagnose.

For å sikre at kvinnene har mottatt og forstått all nødvendig informasjon, vil vi argumentere for viktigheten av at sykepleiere innehar informerende ferdigheter. Ved å gjennomføre en informasjonssamtale, tror vi kvinner med livmorhalskreft i LMIC's vil føle seg tryggere i sin sykdomssituasjon. Informasjonen bør struktureres og være fullstendig, forutsigbar og forståelig (Eide og Eide 2017, 219). Som pasient kan evnen til å motta og huske informasjon bli redusert som følge av den krevende situasjonen man er i. Derfor må sykepleieren tydeliggjøre ovenfor pasienten at informasjonen er viktig, og gjerne informere både skriftlig og muntlig. Informasjonen er ikke kommunisert før den er oppfattet og forstått av mottakeren, og sykepleieren må derfor forsikre seg om at kvinnen forstår innholdet i det som er blitt sagt og skrevet (Eide og Eide 2017, 218-219).

Som nevnt i innledningen er sykepleiere en av hovedkildene til medisinsk informasjon for kvinner i Ghana (Williams et al. 2017). Williams et al. (2017) avdekket i sin studie at sykepleierne visste hva livmorhalskreft var, men hadde lite kjennskap til forebygging og behandling. Sykepleierne stigmatiserte også kvinner med livmorhalskreft. Helsepersonell blir ofte møtt med tillit og troverdighet i kraft av sin rolle (Eide og Eide 2015, 26-27). Når helsepersonell ikke lever opp til denne tilliten og troverdigheten, eksempelvis ved å kommunisere mangelfullt eller stigmatisere pasientene, blir tilliten til hele helsevesenet påvirket. Å gi sykepleiere i LMIC's et mer nyansert og realistisk bilde av livmorhalskreft er derfor viktig i forebyggingsarbeidet. Dette kan gjøres gjennom utdanning, holdningskampanjer og utvekslingsprogrammer.

Kvinnehelseutvalgets rapport (NOU 2023:5, 89) beskriver at innvandrerkvinner som har bodd lenge i Norge, har bedre oppmøte i livmorhalsprogrammet enn de som har bodd her i kortere tid. Dette illustrerer at med riktig informasjon og et helsevesen som prioriterer forebygging, vil kvinner med stor sannsynlighet være mindre utsatt for alvorlig livmorhalskreft. I mange land kan kvinnene vegre seg for å ta kontakt med det offentlige helsevesenet fordi helse- og sosialtjenestene har blitt en del av maktapparatet som straffer

dem (Aambø 2021, 191). Sykepleierens kunnskap om innvandrerkvinnenes bakgrunn og hvordan de blir behandlet i deres hjemland, kan være av stor betydning for å bygge deres tillit til det offentlige helsevesenet i Norge.

## **5.0 Konklusjon**

Gjennom vårt arbeid med litteraturstudien var hensikten å belyse hvilke erfaringer kvinner har med å oppleve livmorhalskreft i lav - og middelinntektsland. Resultatene viste at kvinnene hadde lite eller ingen kunnskap om sykdommen, deres sosiale forhold ble sterkt påvirket, og religion og tro spilte en stor og viktig rolle i mestringen av sykdommen. Kvinnene opplevde å få sin kvinnelige identitet truet, og følte seg i mindre grad som et produktivt medlem av familien. Flere kvinner ble forlatt av livspartner og utstøtt av familien. Mangelen på kunnskap om livmorhalskreft gjorde at kvinnene brukte lang tid på å oppsøke helsevesen. Vi oppdaget også at helsepersonell mangler kunnskap om forebygging i LMIC's. Den manglende kunnskapen gjorde at mange kvinner fikk forsinket diagnose. Kommunikasjonen og informasjonen fra helsepersonellet var mangelfull, og flere satt igjen med ubesvarte spørsmål etter å ha blitt informert om diagnosen.

Kvinnene i LMIC's har lite forutsetninger for å forstå symptomene på livmorhalskreft, og begrensede muligheter til å forebygge sykdommen på bakgrunn av manglende kunnskap i flere ledd. Helsepersonellet hadde også begrenset kunnskap, som forverret opplevelsen til sårbare kvinner med et stort informasjonsbehov. Vi mener lidelsen kunne blitt redusert betraktelig ved at kvinnene hadde mer kunnskap om diagnosen og at helsepersonell hadde økt kompetanse. Verdensøkonomien spiller også en stor rolle i deres opplevelse, og vi tenker at utfallet av studien hadde vært annerledes dersom økonomiske midler var mer rettferdig fordelt i verden.

### **5.1 Konsekvenser for praksis**

Erfaringene fra kvinnene i studien åpner opp for refleksjon og bevissthet rundt temaet. Med den økte innvandringen til Europa fra LMIC's kan kunnskap om forutsetningene og opplevelsene til kvinnene med livmorhalskreft belyst i vår studie, være avgjørende for at sykepleiere skal kunne yte god helsehjelp med tilpasset informasjon til disse pasientene i Norge.

I Norge vil resultatet av denne studien kunne bidra til en bedre forståelse for hvorfor kvinner med innvandrerbakgrunn presenterer avanserte stadier av livmorhalskreft og unngår å møte til livmorhalsprogrammet. Det vil også gi en mulighet til å endre praksis på hvordan man informerer om og rekrutterer til screening for livmorhalskreft.



I LMIC's vil denne studien gi punkter for forbedring av praksis. Studien avdekket at verken helsepersonell eller befolkningen hadde tilstrekkelig kunnskap om livmorhalskreft. Dette må endres for å utrydde livmorhalskreft på verdensbasis og for å gi bedre vilkår til kvinnene som rammes av sykdommen.

## **5.2 Forslag til videre forskning**

Etter å ha belyst hvordan kvinner opplever å ha livmorhalskreft i lav - og middelinntektsland, mener vi det er behov for forskning på hvordan undervisning påvirker forekomsten av livmorhalskreft i disse landene. Vi foreslår at denne forskningen burde utføres både på helsepersonell og på kvinner. WHO's globale strategi for å utrydde livmorhalskreft kom i 2020. Det hadde vært interessant å se forskning på om denne strategien har hatt noen effekt på antall som rammes av livmorhalskreft i LMIC's.

## 6.0 Referanseliste

- Aambø, Arild. 2021. "Innvandrerers helse og helsetjenestens ansvar" Oslo: Cappelen Damm AS.
- ACTION Study Group, The, M. Kimman, S. Jan, C.H Yip, H. Thabrany, S.A Peters, N. Bhoo-Pathy, and M. Woodward. "Catastrophic Health Expenditure and 12-month Mortality Associated with Cancer in Southeast Asia: Results from a Longitudinal Study in Eight Countries." *BMC Medicine* 13, no. 1 (2015): 190. DOI 10.1186/s12916-015-0433-1
- Agbemenu, Kafuli, Margaret Hannan, Julius Kitutu, Martha Ann Terry og Willa Doswell. 2018. «Sex will make your fingers grow and then you die»: The Interplay of Culture, Myths and Taboos on African Immigrant Mothers' Perceptions of Reproductive Health Education with Their Daughters Aged 10-14 years» *Journal of Immigrant and Minority Health* 20: 697-704 <https://doi.org/10.1007/s10903-017-0675-4>
- Bergsjø, Per og Johanne Sundby. 2007. "Kvinner og menns helse i globalt perspektiv" *I Kvinner lider- menn dør*, redigert av Berit Schei og Leiv S. Bakketeig, 221-241 Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Binka, Charity, David Teye Doku og Kofi Awusabo-Asare. 2017. "Experiences of cervical cancer patients in rural Ghana: An exploratory study" *PLOS one* 12 (10): 1-12  
DOI: [10.1371/journal.pone.0185829](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185829)
- Binka, Charity, Samuel Harrenson Nyarko, Kofi Awusabo-Asare og David Teye Doku. 2018. "I always tried to forget about the condition and pretend I was healed": coping with cervical cancer in rural Ghana" *BMC Palliative Care* 17 (24): 1-8  
DOI: [10.1186/s12904-018-0277-5](https://doi.org/10.1186/s12904-018-0277-5)
- Bjørkli, Alf Kristian. 2019. "Ulike kulturer har forskjellig smerteuttrykk" *Sykepleien* 107 (76013) <https://sykepleien.no/forskning/2019/03/ulike-kulturer-har-forskjellige-smerteuttrykk>
- Christoffersen, Line, Asbjørn Johannessen, Per Arne Tufte og Inger Utne. 2015. *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag
- Danielsen, Astrid, Helene Berntzen og Hallbjørg Almås. 2020. "Sykepleie ved smerter" i *Klinisk sykepleie 1*. Redigert av Dag-Gunnar Stubberud, Randi Grønseth og Hallbjørg Almås, 381-427. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Eriksen, Siren. 2015. "Menneskets psykososiale behov" I *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. Redigert av Ellen Karine Grov og Inger Margrethe Holter 887-905. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data." *Australian Journal of Advanced Nursing*. 20(2):22-26
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2015. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur
- Førde, Reidun. 2014. "Helsinkideklarasjonen" De nasjonale forskningsetiske komiteene. Publisert 10. Oktober 2014 <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Ginsburg, Ophira, Freddie Bray, Michel P Coleman, Verna Vanderpuye, Alexandru Eniu, S Rani Kotha, Malabika Sarker et al. 2017. "The Global burden of women's cancers: a grand challenge in global health" *The Lancet* 389 (10071): 847-860  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673616313927>
- Grønseth, Randi og Heidi Jerpseth. 2019. *Bacheloroppgaven i sykepleie*. Bergen: fagbokforlaget.
- Hamadeh, Nada, Cathrine von Rompaey og Eric Metrau. 2021. "New World Bank country classifications by income level: 2021-2022" World Bank blogs  
<https://blogs.worldbank.org/opendata/new-world-bank-country-classifications-income-level-2021-2022>
- Helsedirektoratet. 2022. "Screeningprogram for kreft" Oppdatert 17. februar 2023  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft/screeningprogram-for-kreftf>
- Helland, Ylva. 2015. "Seksualitet" I *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. Redigert av Ellen Karine Grov og Inger Margrethe Holter. 861-882. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Helsebiblioteket. 2016. "Sjekklistor" Oppdatert 3. Juni 2016.  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistor>

- Hweissa, Nada Ab. Og Tin Tin Su. 2017. «Awareness of cervical cancer and socio- demographic variations among women in Libya: An exploratory study in Az-Zawiya city» *European Journal of Cancer Care* 27 (1) DOI: 10.1111/ecc.12750
- International Agency for Research on Cancer. 2021. «Africa» Mars 2021.  
<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/903-africa-fact-sheets.pdf>
- Jerpseth, Heidi. 2020.” Sykepleie ved gynekologiske sykdommer.” I *Klinisk sykepleie 2* redigert av Hallbjørg Almås, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth, 133-165. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kanalregister. “Register over vitenskapelige publiseringskanaler” Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>
- Kebede, Wassie og Konjit Kebede. 2017. “Psychosocial experiences and needs of women diagnosed with cervical cancer in Ethiopia” *International Social Work* 60 (6): 1632-1646.  
DOI: <https://doi.org/10.1177/0020872815617993>
- Kreftregisteret. 2023. “Livmorhalskreft” Oppdatert 2.Januar 2023  
<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Livmorhalskreft/>
- Maree, J.E., A. Mosalo og S.C.D. Wright. 2013. “It depends on how the relationship was before you became ill: Black South African Women’s experiences of life partner support through the trajectory of cervical cancer” *European Journal of Cancer Care* 22 (4): 459-467.  
DOI: [10.1111/ecc.12051](https://doi.org/10.1111/ecc.12051)
- Maree, Johanna E., Gayle Langely og Lucy Nqubezelo. 2015. “” Not a nice experience, not at all”: Underprivileged women’s experiences of being confronted with cervical cancer” *Palliative and Supportive care* 13 (2): 239-247.  
DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951513001247>
- Maree, Johanna Elisabeth og Ilipo Kaila. 2014. “Zambian Women's Experiences and Understanding of Cervical Cancer” *International Journal of Gynecological Cancer* 24 (6): 1065-1071. DOI: [10.1097/IGC.000000000000144](https://doi.org/10.1097/IGC.000000000000144)

- Maree, Johanna E. og Lorraine Holtslander. 2021. «The Experiences of Women Living With Cervical Cancer in Africa» *Cancer nursing* 44 (5)  
DOI: 10.1097/NCC.0000000000000812
- Molven, Olav. 2015. "Pasienters og brukers rettigheter og plikter" I *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. Redigert av Ellen Karine Grov og Inger Margrethe Holter. 70-102. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Momberg, Mariette, Matthys H. Botha, Frederick H. Van der Merwe og Jennifer Moodley. 2017. "Women's experiences with cervical cancer screening in a colposcopy referral clinic in Cape Town, South Africa: a qualitative analysis" *BJM open* 7(2) DOI: [10.1136/bmjopen-2016-013914](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013914)
- Mwaka, Amos D, Henry R Wabinga og Harriet Mayanja-Kizza. 2013. "Mind the gaps: a qualitative study of perceptions of healthcare professionals on challenges and proposed remedies of cervical cancer help-seeking in post conflict northern Uganda" *BMC Family Practice*. 14:193. DOI: [10.1186/1471-2296-14-193](https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-193)
- Mwaka, Amos Deogratius, Elialilia Sarikiaeli Okello, Henry Wabinga og Fiona M Walter. 2015. "Symptomatic presentation with cervical cancer in Uganda: a qualitative study assessing the pathways to diagnosis in a low-income country" *BMC Women's Health* 15 (15): 1-13. DOI: [10.1186/s12905-015-0167-4](https://doi.org/10.1186/s12905-015-0167-4)
- Natuhwera, Germans, Peter Ellis og Stanly Wilson Acuda. 2021. "Women's lived experiences of advanced cervical cancer: a descriptive qualitative study" *International Journal of Palliative Nursing* 27 (9): 450-461. DOI: [10.12968/ijpn.2021.27.9.450](https://doi.org/10.12968/ijpn.2021.27.9.450)
- NSF - Norsk sykepleierforbund. 2019. "Yrkesetiske retningslinjer" Oppdatert i 2019.  
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt. Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart 2012. *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS.
- NOU 2023: 5. *Den store forskjellen: Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse*. s.13, 88-89 Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. Juni 1999 nr. 63.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-2>

Quaderi, Kowsar, Seyedeh Tahereh Mirmolaei, Mehrnaz Geranmayeh, Shahrzad Sheikh Hasani og Farnaz Farnam. 2021. «Iranian women's psychological responses to positive HPV test result: a quantitative study» *BMC Women's Health* 21 (128)

<https://bmcmwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-021-01272-x>

Schei, Berit og Johanne Sundby. 2007. «Kjønn og helse - begreper og modeller» I *Kvinner lider - menn dør*. Redigert av Berit Schei og Leiv S. Bakketeig, 33-49. Oslo: Gyldendal Akademisk

Strøm, Benedicte Sørensen. 2015. «Livssyn, verdier og åndelig omsorg» I *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. Redigert av Ellen Karine Grov og Inger Margrethe Holter. 908-923. Oslo: Cappelen Damm AS.

Tolo, Ellen. 2011. «Kreft i Tanzania» *Sykepleien* 99(10): 60-63

<https://sykepleien.no/forskning/2011/09/kreft-i-tanzania>

Tveiten, Sidsel. 2020. «*Helsepedagogikk – helsekompetanse og brukermedvirkning*». Bergen: Fagbokforlaget

Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW, editors (2020). *World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <http://publications.iarc.fr/586>. Licence: CC BY-NC-ND 3.0 IGO

Williams, Michelle S., Ernest Kenub, Isaac Dzubeyc, Jemima A. Dennis-Antwi og Kevin Fontaine 2017. «A qualitative study of cervical cancer and cervical cancer screening awareness among nurses in Ghana» *Health Care for Women International* 39 (5): 584-594

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07399332.2018.1424169>

WHO - World Health Organization Africa. 2022. «Chronic staff shortfalls stifle Africa's health systems: A WHO study» Oppdatert 22. Juni 2022 <https://www.afro.who.int/news/chronic-staff-shortfalls-stifle-africas-health-systems-who-study>

WHO - World Health Organization. 2020. «Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem» Geneva: World Health Organization <https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative>

WWF - World Wide Fund for Nature. “Bærekraftig infrastruktur og investeringer i Afrika” <https://www.wwf.no/slik-arbeider-wwf/internasjonale-prosjekter/b%C3%A6rekraftig-infrastruktur-og-investeringer-i-afrika>

Worldometers. 2023a. “Africa population (LIVE)” <https://www.worldometers.info/world-population/africa-population/>

Worldometers. 2023b. “Europe population (LIVE)” <https://www.worldometers.info/world-population/europe-population/>

# Vedlegg

Vedlegg 1: PO-skjema

<b>P</b> <b>Patient</b>	<b>O</b> <b>Outcome</b>
Genital Neoplasms Ovarian Neoplasms Cervix Neoplasms Gynecological cancer Cervical cancer Cancer cervix Cervical carcinoma Uterine cervical neoplasms  Africa Asia Oseania Developing countries Low income countries Middle income countries Third world countries Immigrants lmic	Experience Perception Attitude Perspective Living with Coping with Lifestyle Stigma



## Vedlegg 2: Søkehistorikk

### Søk nr. 1

#	Søk	Ovid Medline	Ovid Nursing	Embase	Cinahl	APA psycinfo	Pubmed
1	cervical cancer or cervical neoplasm or cervical carcinoma	56437	341	92087	22831	2639	207475
2	coping with	16761	607	25155	69410	24692	188301
3	1 AND 2	14	3	26	99	18	298
	Lest sammendrag og tittel	0	0	2	5	0	10
	Lest i fulltekst	0	0	1	2	0	0
	Inkludert			1	1		

Artikler fra søk nr. 1: Artikkel 4 og 5

### Søk nr. 2

#	Søkeord	Pubmed
1	Experience*	1,331,390
2	Africa	455 462
3	Cervical cancer	123 761
4	2 AND 3	3448
5	1 AND 4	270
	Lest sammendrag og tittel	6
	Lest i fulltekst	5
	Inkludert	5

Artikler inkludert fra søk nr. 2: artikkel 1,3,6,7,8

**Søk nr. 3**

<b>Manuelt søk</b>	<b>Dato</b>	<b>Artikkel</b>
<p>Referanselisten til metanalysen «<i>The experiences of Women Living With Cervical Cancer in Africa</i>» av Johanna Elisabeth Maree og Lorraine Holtslander</p> <p>-Fant artikkelen</p> <p>- Googlesøk: Symptomatic presentation with cervical cancer in Uganda: a qualitative study assessing the pathways to diagnosis in a low-income country</p> <p>- lenke til pubmed</p> <p>- lenke til artikkelen</p>	14.042023	<p>Artikkel 2</p> <p>Forfattere: Amos Deogratius Mwaka, Elialilia Sarikiaeli Okello, Henry Wabinga og Fiona M Walter</p> <p>Tittel: Symptomatic presentation with cervical cancer in Uganda: a qualitative study assessing the pathways to diagnosis in a low-income country</p> <p>Land: Uganda</p> <p>År: 2015</p> <p>Tidsskrift: BMC womens Health</p>

### Vedlegg 3: Oversiktstabell artikler

#### Artikkel 1

<b>Forfatter (år)</b>	Natuhwera, Germans, Peter Ellis og Stanley Wilson Acuda (2021)
<b>Tittel</b>	Women's lived experiences of advanced cervical cancer: a descriptive qualitative study
<b>Land</b>	Uganda
<b>Tidsskrift</b>	International Journal of Palliative Nursing
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien er å belyse kvinners erfaring med å leve med avansert livmorhalskreft ved en palliativ omsorgstjeneste i Uganda.
<b>Metode/instrument</b>	Kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer.
<b>Deltagere/fracfall</b>	10 kvinner med avansert livmorhalskreft (stadie 2B-4B) ved Mobile Hospice Mbarara i Uganda. Kvinnene var i alderen 40-70 år. Ingen fracfall.
<b>Hovedfunn</b>	<p>Studien kom fram til 6 hovedtemaer og 11 undertemaer. Over halvparten av kvinnene ikke hadde hørt om livmorhalskreft før og søkte først hjelp når de fikk symptomer. Symptomene de opplevde var: smerter, blødning og utflod, tap av appetitt, fatigue og forstyrret søvn relatert til smerte. Flere kvinner opplevde frykt, fornektelse og sjokk ved diagnosen. Flere fortalte at kreften hadde negativ innvirkning på deres følelse av identitet og verdighet som kvinner, samt påvirket rollen som mor.</p> <p>Alle kvinnene ble påvirket negativt økonomisk av å få livmorhalskreft. De følte på skam rundt symptomer og stigma fra samfunnet og personene i livet deres. Flere fikk forstyrret samliv og to kvinner fikk selvmordstanker.</p> <p>Mestringsstrategier som å finne Gud, alternativ medisin (urter) og akseptere kreften og støtte fra helsepersonell ble viktig for mange. Feildiagnose førte til forsinket diagnose hos flere.</p>
<b>Kritisk vurdering</b>	Artikkelen er relevant og ser bra ut etter gjennomført sjekkliste. Vi har svart "nei" på om det ble gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha blitt påvirket av data, da dette ikke kommer tydelig frem i artikkelen. Tidsskriftet er fagfelleverdert og rangert på nivå 1 i kanalregisteret.

Artikkel 2

<b>Forfatter (år)</b>	Mwaka, Amos Deogratus, Elialilia Sarikiaeli Okello, Henry Wabinga og Fiona M Walter (2015)
<b>Tittel</b>	Symptomatic presentation with cervical cancer in Uganda: a qualitative study assessing the pathways to diagnosis in a low-income country
<b>Land</b>	Uganda
<b>Tidsskrift</b>	BMC Women's Health
<b>Hensikt</b>	Studien har som hensikt å utforske livmorhalskreft-pasienter sine synspunkter på vurdering og tolkninger av symptomene, og deres motivasjon til å søke hjelp.
<b>Metode/instrument</b>	Kvalitativ metode. Dybdeintervju med intervjuguide.
<b>Deltagere/fracfall</b>	18 kvinner i alderen 35-56 år med nylig diagnostisert livmorhalskreft ble intervjuet. Studien ble gjort ved et privat sykehus og et offentlig sykehus, begge ligger i Gulu i Nord-Uganda.  Ingen fracfall fra de 18 kvinnene.
<b>Hovedfunn</b>	Flere kvinner opplevde symptomet unormal vaginal blødning som sitt første symptom. Etter hvert utviklet dette seg i større grad, som smerte, vaginal utflod, blødning ved samleie eller unormalt økende blødninger. Mange konkluderte at dette var grunnet prevensjon, seksuelt overførbare sykdommer og andre tenkte dette var en forverring av HIV/AIDS. Andre opplevde redsel knyttet til kreft og tok dermed ikke kontakt.  Det kommer frem at helsepersonell ved private klinikker og helseinstitusjoner på lavere nivåer ikke klarte å gjenkjenne symptomene på livmorhalskreft, noe som resulterte i forsinkelser til henvisning til de tertiære sykehusene for diagnose og behandling.  Studien beviser økt behov for bevissthetskampanje og utdanningsprogrammer hos helsepersonell.
<b>Kritisk vurdering</b>	Artikkelen vurderes som godkjent etter sjekklister. Det er skrevet uklart om det er gjort rede for om bakgrunnsforhold kan påvirke fortolkningen av data, grunnet at dette vurderes som "delvis" gjort rede for. Tidsskriftet er fagfellevurdert og rangert på nivå 1 i kanalregisteret.

Artikkel 3

<b>Forfatter (år)</b>	Maree, Johanna Elizabeth, A. Mosalo og S.C.D. Wright (2013)
<b>Tittel</b>	«It depends on how the relationship was before you became ill: Black South African Women's experiences of life partner support through the trajectory of cervical cancer»
<b>Land</b>	Sør-Afrika
<b>Tidsskrift</b>	European Journal of Cancer Care
<b>Hensikt</b>	Å utforske erfaringene med støtte fra livspartner hos kvinner innlagt på et akademisk sykehus i Tshwane, Afrika, for behandling mot cancer cervix/livmorhalskreft
<b>Metode/instrument</b>	Kvalitativ metode. Individuelle intervjuer
<b>Deltagere/fracfall</b>	Sytten (17) kvinner innlagt på sykehus for behandling av cancer cervix. Deltakerne måtte være over 18 år og være mellom uke tre og uke 6 i behandlingen.  Ingen fracfall.
<b>Hovedfunn</b>	Funnene viser at det var stor variasjon i støtten kvinnene mottok fra sine livspartnere. Det var stor variasjon i om kvinnene ønsket støtte, eller fortalte sine livspartnere om sykdommen i det hele tatt. Temaene som gikk igjen var  - Uvitenhet; mange skjønnte ikke symptomene, trodde de var forhekset  - Redsel; for at livspartneren skulle forlate dem, for å dø  - Skam; seksuell skam over å ikke kunne tilby partneren seksuell nytelse – flere ga partner tillatelse til å være utro pga. sykdommen, skam over lukt og symptomer  - Kjønnroller; noen rapporterte at de fortsatt måtte gjøre alt husarbeid og fikk lite hjelp av partner, mens noen rapporterte god hjelp og mye støtte. Flere var også økonomisk avhengige av sin partner for å kunne motta behandling.
<b>Kritisk vurdering</b>	Artikkelen er sjekket gjennom sjekkliste for kvalitativ studie der det ble besvart «ja» på 7 av 8 spørsmål. Det ble svart «uklart» på «6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?» Der vi mener dette er uklart. Tidsskriftet er fagfellevurdert og rangert på nivå 1 i kanalregisteret.

Artikkel 4

<b>Forfatter (år)</b>	Binka, Charity, Samuel Harrenson Nyarko, Kofi Awusabo-Asare og David Teye Doku (2018)
<b>Tittel</b>	«I always tried to forget about the condition and pretend I was healed»: coping with cervical cancer in rural Ghana
<b>Land</b>	Ghana
<b>Tidsskrift</b>	BMC palliative Care
<b>Hensikt</b>	Å utforske mestringsstrategiene til pasienter med livmorhalskreft i distriktene i Ghana.
<b>Metode/instrument</b>	Dybdeintervju med intervjuguide.
<b>Deltagere/fracfall</b>	Deltakerne måtte enten ha overlevd livmorhalskreft eller være tidlig i forløpet. Deltakerne ble valgt ut gjennom registeret til den gynekologiske avdelingen ved Battor Catholic Hospital. 60 pasienter ble kategorisert som aktuelle for studien. Det var likevel bare 15 som ble inkludert i studien, da flere var døde, var registrert med feil telefonnummer eller ikke ønsket å delta i studien.  Ingen fracfall fra disse 15.
<b>Hovedfunn</b>	Kvinnene hadde flere forskjellige mekanismer for å mestre diagnosen. Disse ble delt opp i hovedkategoriene: personlige mestringsstrategier (personlig hygiene, fornektelse, positiv innstilling, seksuell avståelse), former for støtte (sosialt og spirituelt, økonomisk, støttende handlinger) og helsesøkende atferd etter diagnose (ortodoks medisin, urtemedisin, troshelbredelse).
<b>Kritisk vurdering</b>	Artikkelen er sjekket gjennom sjekklister for kvalitativ studie der det ble svart «ja» på alle spørsmål og studien ble vurdert til å kunne stoles på.  Tidsskriftet er fagfellevurdert og er nivå 1 i kanalregisteret.

Artikkel 5

<b>Forfatter (år)</b>	Kebede, Wassie og Konjit Kebede (2017)
<b>Tittel</b>	Psychosocial experiences and needs of women diagnosed with cervical cancer in Ethiopia
<b>Land</b>	Ethiopia
<b>Tidsskrift</b>	International Social Work
<b>Hensikt</b>	Å utforske de psykososiale erfaringene og behovene til kvinner med diagnosen livmorhalskreft.
<b>Metode/instrument</b>	Kvalitativ metode. Det ble brukt studiedesign med case. Det ble valgt tre casestudie-teknikker for å styrke studien.
<b>Deltagere/fracfall</b>	Deltakerne i studien er 12 kvinner med livmorhalskreft. Opprinnelig skulle 8 kvinner intervjues, men grunnet stor variasjon i funn av data fra kvinnene ble det økt fra 8 til 12 kvinner. Det ble kun inkludert deltakerne som snakket amharisk, 18 år eller eldre, ingen tegn til psykisk sykdom og kvinnene som var villige til å dele sine erfaringer. Ingen fracfall fra disse 12 kvinnene.
<b>Hovedfunn</b>	Hovedfunn fra denne artikkelen er delt i 4 tema; sosiodemografiske profiler, reaksjon på resultatet, livskvalitet etter diagnose og behovene til kvinnene som deltok i studien.  Ni av tolv kvinner hadde aldri hørt om livmorhalskreft før, og de få som visste noe om det hadde lite kunnskap om kreften og konsekvensene. Majoriteten av kvinnene opplevde å få diagnosen som traumatisk. Flere prøvde å behandle sykdommen med religiøse ritualer eller hellig vann, før de oppsøkte sykehus. Noen av kvinnene opplevde det å få diagnosen som en straff fra Gud.  Kvinnene opplevde at det å ha livmorhalskreft påvirket deres forhold til familie og venner, og at de fikk endrede roller i sitt liv nå som de ikke kunne være mor, arbeidstager og partner på samme måte som før. Alle kvinnene i studien hadde behov for sosial støtte og flere måtte ta lån for å dekke utgiftene. Halvparten av kvinnene opplevde i liten grad å få støtten de hadde behov for fra sine nærmeste, mens den andre halvparten opplevde å komme nærmere familien sin og få god støtte.
<b>Kritisk vurdering</b>	Artikkelen er sjekket gjennom sjekklister for kvalitativ studie der det ble svart «ja» på alle spørsmål og studien ble vurdert til å kunne stoles på. Tidsskriftet er fagfellevurdert og er nivå 2 i kanalregisteret.

Artikkel 6

<b>Forfatter (år)</b>	Binka, Charity, David Teye Doku og Kofi Awusabo-Asare (2017).
<b>Tittel</b>	Experiences of cervical cancer patients in rural Ghana: An exploratory study
<b>Land</b>	Ghana
<b>Tidsskrift</b>	PLOS ONE
<b>Hensikt</b>	Å utforske erfaringene til kvinner som lever med livmorhalskreft, med vektlegging på deres kunnskap om sykdommen før og etter diagnosen.
<b>Metode/instrument</b>	Kvalitativ metode. Individuelle dybdeintervjuer.
<b>Deltagere/fracfall</b>	Deltakerne måtte enten ha overlevd livmorhalskreft eller være tidlig i forløpet. Deltakerne ble valgt ut gjennom registeret til den gynekologiske avdelingen ved Battor Catholic Hospital. Kvinnene måtte være 30 år eller eldre, fordi screening retningslinjene sier at kvinner fra 30-49 anbefales å ta minst en celleprøve i løpet av livet. 60 pasienter ble kategorisert som aktuelle for studien. Det var likevel bare 15 som ble inkludert i studien, da flere var døde, registrert med feil telefonnummer eller ikke ønsket å delta i studien.  Ingen fracfall fra disse 15.
<b>Hovedfunn</b>	Ingen av deltakerne hadde kunnskap om at livmorhalskreft eksisterte før de selv fikk diagnosen. Ingen visste heller noe om screening eller behandling. Fåtallet visste om årsaken til livmorhalskreft og at de var i risikozonen som seksuelt aktive kvinner. Kvinnene erfarte forskjellige fysiske og psykiske forstyrrelser slik som kroppssmerter, tap av appetitt, tap av søvn, immobilitet, avståelse fra sex, negative følelser, frykt og tankekjør. Kvinnene hadde også forstyrrelser i sitt sosiale liv, der flere ble forlatt av partnere og familie.
<b>Kritisk vurdering</b>	Artikkelen er sjekket gjennom sjekklister for kvalitative studier, der vi svarer ja på alle spørsmål unntatt nr. 6 "Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?" Her svarte vi uklart, da dette ikke kommer tydelig frem i studien.  Tidsskriftet er fagfellevurdert og har nivå 1 i kanalregisteret.



Artikkel 7

<b>Forfatter (år)</b>	Maree, Johanna E, Gayle Langley og Lucy Nqubezelo (2013)
<b>Tittel</b>	“Not a nice experience, not at all”: Underprivileged women's experiences of being confronted with cervical cancer
<b>Land</b>	Gauteng (Sør-Afrika)
<b>Tidsskrift</b>	Palliative & Supportive Care
<b>Hensikt</b>	Studien har som hensikt å undersøke kvinners opplevelse med å få beskjed om diagnosen livmorhalskreft.
<b>Metode/instrument</b>	Kvalitativ metode. Intervju.
<b>Deltagere/fracfall</b>	<p>Studiens målgruppe var 19 kvinner med nylig påvist livmorhalskreft, og som enda ikke har fått rutinemessig oppfølging og behandling. Gjennomsnittsalderen på kvinnene var 47,2 år. Den yngste kvinnen var 29 år og den eldste 70 år.</p> <p>Ingen fracfall.</p>
<b>Hovedfunn</b>	<p>Resultatene i studien deles inn i tre tema; å oppleve symptomene på livmorhalskreft, få høre den dårlige nyheten og ubesvarte spørsmål og informasjon.</p> <p>Funn fra studien viser at kvinner opplever det traumatisk og utfordrende å bli konfrontert med livmorhalskreft. Kvinnene opplevde vaginal blødning og store smerter. Samtidig som kvinnene opplevde at diagnosen ble fortalt på en sympatisk og god måte, ble det store misforståelser og behovet for videre informasjon ble ikke oppfylt. Kvinnene opplevde det utfordrende å fortelle familiene sine om diagnosen.</p> <p>Det kommer frem i studien at helsesystemet er delt i to, der de private sykehusene oppleves effektive, men dyre. Mens ved de offentlige kostnadsfrie sykehusene som opplever kvinnene å bli sviktet.</p>
<b>Kritisk vurdering</b>	Artikkelen er sjekket gjennom sjekklister for kvalitative studier, der vi svarer ja på alle spørsmål unntatt nr. 6 “Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?”. Her svarte vi uklart, da det ikke kommer klart fram i studien. Tidsskriftet er fagfellevurdert og er nivå 1 i kanalregisteret.

Artikkel 8

<b>Forfatter (år)</b>	Maree, Johanna Elisabeth og Ilipo Kaila (2014)
<b>Tittel</b>	Zambian Women's Experiences and Understanding of Cervical Cancer
<b>Land</b>	Zambia
<b>Tidsskrift</b>	International Journal of Gynecological Cancer
<b>Hensikt</b>	Å få innsikt i hvordan zambiske kvinner forstår, opplever og har kunnskap om livmorhalskreft.
<b>Metode/instrument</b>	Kvalitativ studie og beskrivende fenomenologisk tilnærming. Semistrukturerte intervju med intervjuguide.
<b>Deltagere/frafall</b>	21 kvinner i alderen 34-75 år som mottok kurativ behandling ved Cancer Diseases hospital i Lusaka. Kvinnene måtte være over 18 år og motta kurativ behandling for å bli inkludert i studien.
<b>Hovedfunn</b>	Kvinnene hadde lite forståelse og kunnskap om livmorhalskreft. De trodde de var forhekset og søkte til healere og alternativ/tradisjonell medisin, før de oppsøkte helsevesenet. De fleste opplevde symptomer i lengre perioder før de fikk diagnosen. Symptomene de opplevde førte til isolasjon, avvisning og ydmykelse.
<b>Kritisk vurdering</b>	Artikkelen er sjekket gjennom sjekklister for kvalitativ studie der det ble svart «ja» på alle spørsmål og studien ble vurdert til å kunne stoles på.  Tidsskriftet er vurdert til nivå 1 i kanalregisteret og er fagfellevurdert.

#### Vedlegg 4: Tabell for hovedfunn og delfunn

Hovedfunn 1	Artikkelnummer
Psykiske reaksjoner på diagnosen	1,2 3,5,6,7,8
Delfunn	
Ydmykelsen	2,6,8
Endret selvbilde	1,5

Hovedfunn 2	Artikkelnummer
Og størst av alt er seksuallivet	1,3,4,5,6,8
Delfunn	
Et forstyrret seksualliv	1,3,4,5,6
Å bli forlatt	1,3,6,8
Skam	3,5,8

Hovedfunn 3	Artikkelnummer
Mestringsstrategier for å stå i sykdommen	1,3,4,5,6,7,8
Delfunn	
Kvinnenes konkrete mestringsstrategier	1,3,4
Religion og tro som en trygg havn	1,3,4,5,8
Den mentale støtten	4,5,6

Hovedfunn 4	Artikkelnummer
Kunnskap er makt og kvinnene er maktesløse	1,2,3,4,5,6,7,8
Delfunn	
Kvinnene forsinket sin egen diagnose	1,2,3,4,5,7,8
Samfunnets og pårørendes uvitenhet	1,2,3,8

<b>Hovedfunn 5</b>	<b>Artikkelnummer</b>
Erfaringer med helsevesenet	1,2,3,4,5,6,7,8
Delfunn	
Mangelfull kommunikasjon	1,2,3,4,8
Et kostbart helsevesen	1,2,3,4,5,6,7
Kunnskapshull hos helsepersonell	1,2,7

## Vedlegg 5: Eksempel på 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:

Women's lived experiences of advanced cervical cancer: a descriptive qualitative study

## Del A: Innledende vurdering

### 1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

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

**Kommentar:** Hensikten var å utforske de levde erfaringene til kvinner med avansert, uhelbredelig livmorhalskreft i palliativ setting ved et sykehus i Uganda.

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

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

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

**Kommentar:** Ja, da denne studien ønsker å undersøke/beskrive erfaringer.

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

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

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

**Kommentar:** Ja utformingen er hensiktsmessig. Det ble beskrevet forskningsdesign (eksplorativt design, med deskriptiv tilnærming), men ikke begrunnet nærmere. Det er ikke diskutert hvordan de bestemte metoden.

### 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: Ja utvalgsstrategien er hensiktsmessig for å svare på problemstillingen. Det er gjort rede for hvem som ble valgt ut, men ikke direkte hvorfor. Indirekte kan en si at det er begrunnet, da alle er livmorhalskreft pasienter i palliativ setting på et spesifikt sykehus i Uganda. Utvalgsstrategi er ikke gjort rede for. Det er ingen diskusjon omkring utvalget eller begrunnelse av hvorfor akkurat disse ble valgt. Karakteristika ved utvalget er beskrevet i tabell.**

## 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: Valg av setting for datainnsamling ble begrunnet (de satt i eget rom). Dataene ble samlet inn gjennom semistrukturerte intervjuer med intervjuguide, som ble pre-testet for å sikre at spørsmålene var gjennomførbare og ok å bruke. Metoden er ikke endret. Dataene ble samlet inn gjennom lydopptak. Forskerne har ikke diskutert metning av data.**

## 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: Nei det ble 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?

**Kommentar: Studien er godkjent av etisk komité. Det er beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne. Det er ikke diskutert etiske problemstillinger som dukket opp underveis, men det er redegjort for at de kvinnene som opplevde emosjonelt ubehag i forbindelse med intervjuene fikk snakke med en palliativ omsorgs kliniker med rådgiver-kompetanse.**

## 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: Det er gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, med beskrivelse av ulike trinn i prosessen. Det er ikke beskrevet hvilken type analyse som er brukt. Vi ser en klar sammenheng**



mellom innsamlede data og kategoriene, eksempelvis sitatet «The truth is cancer is a very bad disease, not easy at all! Cancer pain is to much, so unbearable! Og kategorien det ligger under som er «effects of disease on womens quality of life». Vi vurderer at det er tilstrekkelige data, men at det på noen punkt blir litt lite fordi selve utvalget er lite (10 kvinner). Motstridende data er i liten grad presentert, men flere ulike funn er presentert.

**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 og det er brukt flere andre kilder som underbygger funnene i diskusjonen. Det er lite diskusjon for og imot forskernes argumenter, men mye henvisning til annen litteratur som viser de samme eller lignende funnene. Det er ikke diskutert funnenes troverdighet, men det er diskutert styrker og begrensninger ved studien, som at studien er utført på en liten gruppe kvinner i et lite geografisk område i Uganda og derfor ikke representativt for alle kvinner i Uganda. Funnene er hele tiden diskutert opp mot hensikten/problemstillingen.

## 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:** Forskerne har diskutert opp mot hvordan praksisen kan bli bedre og hvordan en kan forebygge at flere kvinner får livmorhalskreft. Studien avdekket ikke behov for ny forskning, men et informasjonsbehov blant kvinner og helsepersonell. Det er ikke diskutert om funnene kan overføres til andre populasjoner eller brukes på andre måter. Vi mener at funnene i denne studien er nyttige