



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Kvinneres erfaringer med seksuell helse som følge av gynekologisk kreftbehandling/ Women´s experiences with sexual health as a result of gynecological cancer treatment

Kandidatnr: 10 og 12

Totalt antall sider inkludert forsiden: 68

Molde, 12.12.2019



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

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

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

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

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Liv Bachman og Thea Brevik

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å

gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 02.12.2019

Antall ord: 9280

Forord

*Tål min smerte
Hold ut min fortvilelse
Hør på meg
Lytt
Hold meg!*

*Ikke fort deg å fortelle meg
om alle det går bra med
om dem du kjenner med samme
diagnose
Jeg trenger ikke trøst*

*Jeg trenger at du er der
at du orker
tåler
ikke blir redd av gråten
Hold meg!
(Andreassen 2016).*

Sammendrag

Bakgrunn: Seksuell helse er en naturlig del av et menneske, uavhengig av fysisk funksjon eller sykdom. Gynekologisk kreft utgjør totalt 12,2 % av alle krefttyper hos kvinner i Norge. Behandlingen av gynekologiske kreftsykdommer kan i varierende grad påvirke den seksuelle helsen.

Hensikt: Studiens hensikt var å belyse kvinners erfaringer med seksuell helse som følge av gynekologisk kreftbehandling.

Metode: En litteraturstudie basert på 11 kvalitative vitenskapelige artikler. Analysen har tatt utgangspunkt i Evans fire faser.

Resultat: Behandling av gynekologisk kreftsykdom kan gi vaginale forandringer og kroppslige endringer hos kvinnen, noe som i varierende grad påvirker både den psykiske og seksuelle helsen. Seksualiteten blir ikke som tidligere. Dette påvirker kroppsbildet, relasjonene og livskvaliteten. Kvinnene opplevde mangelfull informasjon og veiledning rundt dette fra helsepersonell. Dette ga kvinnene en følelse av å være alene.

Konklusjon: Litteraturstudien viser at gynekologisk kreftbehandling påvirker den fysiske, psykiske og seksuelle helsen til kvinnen. De seksuelle endringene kan påvirke hverdagen deres og kan gi redusert livskvalitet.

Nøkkelord: Pasientperspektiv, gynekologisk kreft, erfaring/opplevelse, seksuell helse

Abstract

Background: Sexual health is a natural part of humans, regardless of physical function or illness. Gynecological cancer accounts for 12.2% of all cancers in women in Norway. The treatment of gynecological cancer diseases can to varying degrees affect sexual health.

Purpose: The purpose of this literature review was to enlighten women's experiences with sexual health as a result of gynecological cancer treatment.

Methodology: A literature review of 11 peer-reviewed qualitative studies. The analysis is based on Evans' four distinct phases.

Results: Treatment of gynecological cancer may cause physical changes in the woman, which to varying degrees affect both mental and sexual health. Sexuality has changed. This affects the self-image, relations, and quality of life. The women experienced insufficient information and guidance on this from health professionals. This gave the women a feeling of loneliness.

Conclusion: The literature review shows that treatment of gynecological cancer affects the physical, mental and sexual health of the woman. The sexual changes can affect their daily lives and can reduce the quality of life.

Key words: patient perspective, gynecologic cancer, experience, sexual health

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Studiens hensikt	1
2.0	Teoribakgrunn	2
2.1	Hva er en seksuell helse?	2
2.2	Gynekologiske kreftsykdommer	2
2.3	Behandling av gynekologiske kreftsykdommer	3
2.4	Sykepleierens rolle i forbindelse med seksuell helse	5
3.0	Metodebeskrivelse	6
3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	6
3.2	Datainnsamling	7
3.3	Kvalitetsvurdering	10
3.4	Etiske hensyn	10
3.5	Analyse	11
4.0	Resultat	13
4.1	Vaginale endringer.....	13
4.2	Kroppslige forandringer.....	14
4.3	Et endret kroppsbilde	15
4.4	Et endret forhold til partner	16
4.5	Mangelfull informasjon og veiledning	16
5.0	Metodediskusjon	18
5.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	18
5.2	Søkeprosessen.....	19
5.3	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn.....	20
5.4	Analyseprosessen.....	20
6.0	Resultatdiskusjon	22
6.1	En ukjent kropp og sårbare endringer.....	22
6.2	Et endret partnerforhold.....	24
6.3	Et ønske om mer informasjon og veiledning.....	26
7.0	Konklusjon	28
7.1	Forslag til videre forskning.....	29
	Referanseliste	30

Vedlegg 1: PI(C)O-skjema

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Vedlegg 3: Sjekkliste med kommentar for kvalitativ forskning

Vedlegg 4: Oversiktstabeller

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Seksuell helse er en naturlig del av et menneske, uavhengig av fysisk funksjon eller sykdom (Regjeringen 2016). Ifølge Kreftregisteret ble det i 2017 registrert 1677 nye tilfeller av kreft i kvinnelige kjønnsorgan (Kreftregisteret 2017). Gynekologisk kreft utgjør totalt 12,2 % av alle krefttyper hos kvinner i Norge (Kristensen 2018, 312). Behandlingen av gynekologiske kreftsykdommer kan i varierende grad påvirke den seksuelle helsen (Øverli og Nilsen 2018, 449).

Seksuell helse omfatter både det fysiske og psykiske hos et menneske. God seksuell helse bidrar til økt livskvalitet og velvære (Regjeringen 2016). Åpenhet er derfor vesentlig i møte med den kreftsyke pasienten. Kreftbehandling kan medføre utfordringer, plager og komplikasjoner knyttet til seksuell helse. Alle mennesker har forskjellige behov. Helsepersonell har derfor en vesentlig oppgave med å gi råd og tilpasse informasjon og veiledning til hver enkelt pasient (Øverli og Nilsen 2018, 449). I 2017 etablerte Helse- og omsorgsdepartementet en ny strategi for mer åpenhet og kunnskap knyttet til seksuell helse. Den nye strategien har fokus på å redusere fordommer og gjøre det mindre tabubelagt (Regjeringen 2016). Som fremtidige sykepleiere ser vi det derfor som svært relevant å få en større innsikt og forståelse av kvinners erfaringer med den seksuelle helsen, som følge av gynekologisk kreftbehandling.

1.2 Studiens hensikt

Studiens hensikt var å belyse kvinners erfaringer med seksuell helse som følge av gynekologisk kreftbehandling.

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Hva er en seksuell helse?

Seksuell helse angår alle mennesker uansett alder og livssituasjon (Gamnes 2012, 71). Den har stor betydning for den grunnleggende generelle helsen og trivselen til hvert enkelt menneske. Det er en naturlig del av et menneske uavhengig av fysisk funksjon eller sykdom (Regjeringen 2016). Den seksuelle helsen innebærer ikke bare samleie og orgasme, men mye mer. Den innebærer blant annet kjærlighet, nærhet, kontakt og varme (Jerpseth 2010, 24). Seksualiteten er en viktig del av menneskets identitet og selvfølelse, og er tett forbundet med opplevelsen av livskvalitet (Agger 2002, 171). Seksuell helse inngår i den mest intime delen av livet vårt (Regjeringen 2016).

En god seksuell helse forutsetter at individets seksuelle rettigheter blir ivaretatt. Alle har rett til å velge egen partner, ønske om barn eller om man har lyst til å være seksuelt aktiv. Ingen skal bli utsatt for vold, diskriminering, trakassering eller kriminalisering på bakgrunn av sin identitet og seksuelle helse. Den seksuelle helsen har stor betydning for mennesker (Regjeringen 2016).

2.2 Gynekologiske kreftsykdommer

Gynekologisk kreft vil si at det er en malign sykdom i kvinnelige genitalia. Dette omfatter eggstokker, eggledere, livmor, livmorhals, skjede og rundt skjedeåpningen (Kristensen 2018, 312). I Norge oppstår det årlig ca. 1500 nye tilfeller av gynekologisk kreft (Hagen og Onsrud 2015, 283), og utgjør totalt 12,2 % av alle krefttyper hos kvinner i Norge (Kristensen 2018, 312). Forekomsten av livmorkreft er økende, eggstokkreft er stabil og livmorhalskreft er minkende (Hagen og Onsrud 2015, 283)

Livmorhalskreft er vanlig kreftform som rammer kvinner (Norsk Helseinformatikk 2019). Kreftregisteret registrerte 316 nye tilfeller av livmorhalskreft i Norge i 2017 (Kreftregisteret 2017). Humant papilloma virus (HPV) er en faktor som kan bidra til utvikling av denne kreftsykdommen, fordi dette viruset kan overføres seksuelt. I Norge tilbys kvinner i alderen 25-70 en cytologisk prøve hvert tredje år, for å avdekke celleforandringer på et tidligere tidspunkt. Dette har bidratt med at dødeligheten er redusert (Hagen og Onsrud 2015, 291). I senere tid har det blitt innført en vaksine som gir beskyttelse mot HPV, type 16 og 18 som er årsak til 70% av tilfellene. Denne vaksinen kan forebygge utvikling av livmorhalskreft (Helsenorge 2017).

Livmorkreft oppstår sjeldent hos kvinner under 40 år, men ved økende alder er det større hyppighet av sykdommen (Kristensen 2018, 312). I Norge ble det registrert 702 nye tilfeller av kreft i livmorlegemet i 2017 (Kreftregisteret 2017). Det kan oppstå to typer kreft i livmorlegemet, den ene utgår fra kjertlene i slimhinnen i livmorhulen, mens den andre fra muskellaget (Jerpseth 2010, 36). Kreft i kjertelvevet i slimhinnen, utgjør ca. 90% av tilfellene av livmorkreft (Norsk Helseinformatikk 2017). Utvikling av sykdommen er foreløpig ukjent, men det kan ses en sammenheng mellom sen menopause, østrogen tilførsel, livsstilssykdommer og få graviditeter (Kristensen 2018, 312).

Eggstokkreft er den tredje mest hyppige dødsårsaken grunnet kreft hos kvinner (Hagen og Onsrud 2015, 283). Hvert år diagnostiseres ca. 500 kvinner med eggstokkreft i Norge (Kristensen 2018, 323). Årsaken til eggstokkreft er foreløpig uklar, men en kan se økt forekomst hos kvinner som ikke har født eller som har fått barn sent (Kristensen 2018, 323). Eggstokkreft er en kreftsykdom som ofte oppdages i et sent stadium, da den ofte ikke blir oppdaget før den har rukket å spre seg til andre organer (Norsk Helseinformatikk 2018).

Kreft i kvinnens ytre kjønnsorgan, også kalt som kreft i vulva, tilsvarer omtrent 5% av all gynekologisk kreft. I Norge diagnostiseres det 40-50 nye tilfeller av dette hvert år (Hagen og Onsrud 2015, 294). Vulvakreft forekommer hyppigst hos eldre kvinner, men forekomsten har økt hos yngre kvinner. Økende forekomst hos yngre kan skyldes HPV-infeksjon, men ikke hos eldre (Hagen og Onsrud 2015, 295).

2.3 Behandling av gynekologiske kreftsykdommer

Det er ulike behandlingsmetoder for gynekologiske kreftsykdommer. Behandlingen er avhengig av hvilken krefttype kvinnen har og hvilket stadium kreften er i.

Behandlingsmetodene som kan brukes er kirurgi, kjemoterapi, strålebehandling og hormoner. Dette er behandlinger som kan gis alene eller kombineres (Jerpseth 2010, 37).

I 2015 ble det innført handlingsprogram for gynekologiske kreftsykdommer i helsetjenesten. Det ble etablert pakkeforløp for livmorhalskreft, eggstokkreft og livmorkreft. Handlingsprogrammet omfatter en organisert plan for utredning og behandling. Dette for å gi en økt trygghet og forutsigbarhet for pasient og pårørende. Etter

oppstart av pakkeforløpet, blir det etterhvert tilrettelagt og tilpasset individuelt (Helsedirektoratet 2016).

Kirurgi i kvinnelige kjønnsorgan kan dreie seg om fjerning av livmoren, en bit av livmorhalsen, en eller begge eggstokkene og fjerning av kjønnslepper. Ved kirurgisk behandling fjernes tumorvevet gjennom operasjon. Hele kreftsvulsten kan fjernes dersom den er avgrenset og forholdene ligger til rette for det, hvis ikke må pasientene ha en kombinasjonsbehandling (Kreftforeningen, udatert).

Strålebehandling er en behandlingsmetode som gjør at kreftceller dør eller slutter å dele seg. Det finnes ulike typer strålebehandling, og målet er å skade kreftcellene uten å skade friskt vev. Dette gjør det mulig å helbrede eller begrense kreften. Det er ønskelig at behandlingen kun skal skade kreftcellene, men det kan også skade kroppens friske celler, noe som kan føre til bivirkninger hos den kreftsyke. Denne behandlingsmetoden gis flere ganger, en ny dose gis når de normale cellene har fått reparert seg. Normale celler har en evne til å reparere seg selv raskere enn kreftceller, derfor kommer de fleste kreftfrie cellene seg etter bestrålingen (Kreftforeningen, udatert).

Kjemoterapi benyttes ved gynekologiske kreftformer. Hensikten med kjemoterapi er å drepe kreftsvulsten, redusere kreftsvulsten, drepe kreftceller andre steder i kroppen, samt holde sykdommen stabil eller minske plager som kreftsvulstene forårsaker. Kjemoterapi påvirker både kreftcellene og de friske cellene. Målet med denne behandlingen er at den tas opp i kreftcellen, og skader eller stanser celledelingen. Kreftcellene mister derfor evnen til å formere seg eller ødelegges. Normale celler har større evne til å reparere seg selv, enn kreftcellene, derfor kommer de friske cellene seg raskere mellom hver dose. En kombinasjon mellom ulike typer cellegift gjør behandlingen mer effektiv, da dette angriper kreftcellene på forskjellige måter (Kreftforeningen, udatert).

Hormonbehandling gir endringer i det hormonelle miljøet, noe som kan bidra til å redusere veksten av nye kreftceller. Enkelte kreftceller er avhengig av et godt hormonelt miljø for å vokse. Hormonbehandling kan også gi økt celledød av kreftceller, noe som kan føre til at svulstene reduseres i størrelse. Det er kun hormonsensitive krefttyper som behandles på denne måten (Store medisinske leksikon 2019).

Gynekologisk kreftbehandling kan medføre ulike kroppslige komplikasjoner. Kirurgiske inngrep, strålebehandling og hormonbehandling, eller kombinasjonsbehandlinger av disse kan forstyrre de fysiologiske prosessene i kroppen, og føre til problemer med vaginal tørrhet, smerter, infertilitet og sammenvoksinger i skjeden (Borg 2010, 125).

Behandlingsmetodene virker direkte og indirekte på den seksuelle responssyklusen (Borg 2010, 123). Responssyklusen består av seksuell lyst, opphisselse, orgasme og avslapningsfase (Borg 2010, 124).

2.4 Sykepleierens rolle i forbindelse med seksuell helse

I møte med pasienter har sykepleier mange betydelige oppgaver (Jerpseth 2010, 39). Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven skal pasienten ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, §3-2, 1999). Sykepleier må evne å tilpasse muntlig og skriftlig informasjon til hver enkelt pasient. Dette er avgjørende for å kunne ha en åpen samtale, hvor pasienten føler trygghet og kan fortelle om sin opplevelse av situasjonen (Jerpseth 2010, 39).

Sykepleiere skal tilby veiledning og råd om det praktiske ved seksualitetens mangfold (Jerpseth 2010, 39). Temaet seksuell helse kan være et vanskelig samtaleemne for mange, og det kan derfor være utfordrende å ta initiativ til samtale (Jerpseth 2010, 39). Sykepleier skal ha kunnskap om fysiske og psykiske utfordringer kreftpasienter møter. For å ha forståelse trengs det kunnskap, men også emosjonelt engasjement. Empati og medfølelse er vesentlig for å gi pasienten trygghet til å åpne opp for samtaler om seksualitet og følelser (Borg 2010,127). Gjennom blikk, stemningsleie, holdninger og oppmerksomhet kan sykepleier vise at de er tilgjengelig for pasienten, noe som gir den pasienten en følelse av å bli sett og bekreftet som person (Lorentsen og Grov 2010, 410).

3.0 Metodebeskrivelse

I henhold til Høgskolen i Molde sine retningslinjer for den avsluttende bacheloroppgaven, skal det gjennomføres en litteraturstudie (Eines 2018). Metoden benyttes som en fremgangsmåte for å tilegne seg ny kunnskap og informasjon om en problemstilling. Metoden skal beskrives så presist at andre skal kunne gjenta undersøkelsen og komme frem til den samme konklusjonen (Thidemann 2019, 76). I vår metodebeskrivelse vil vi beskrive inklusjons- og eksklusjonskriteriene, PIO-skjemaet, datainnsamlingen, søkeprosessen, kvalitetsvurdering, etiske hensyn og analyse.

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I denne studien utarbeidet vi inklusjons- og eksklusjonskriterier før vi startet med vårt litteratursøk for å finne relevante artikler til vår studie. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene gjorde at vi fikk et mer begrenset og systematisk søk.

Inklusjonskriterier:

- Pasienter med gynekologisk kreft
- Omhandler seksuell helse
- Pasientperspektiv
- Kvalitative forskningsartikler
- Originalartikkel
- Vitenskapelige tidsskrifter som er fagfellevurdert og har publiseringsnivå 1 eller 2
- Artikler skrevet på svensk, dansk, norsk eller engelsk

Eksklusjonskriterier:

- Artikler som er publisert for mer enn 10 år siden
- Review-artikler

Begrunnelse for inklusjons- og eksklusjonskriterier

Studiens hensikt var å belyse kvinners erfaringer med seksuell helse som følge av gynekologisk kreftbehandling. For å besvare vår hensikt, inkluderte vi kun artikler som omhandlet pasienter med gynekologisk kreft og deres seksuelle helse. Pasientperspektiv og kvalitativ forskning er derfor relevant for å belyse kvinnens erfaringer og opplevelser. Videre valgte vi å benytte oss av originalartikler som var fagfellevurdert, og ekskludere artikler som var eldre enn 10 år og reviewartikler. Dette for å benytte oss av nyere

forskning i studien. Deretter avgrenset vi søket til artikler skrevet på engelsk, svensk, norsk eller dansk, dette for at forskningen skulle være forståelig for oss.

3.2 Datainnsamling

I forbindelse med datainnsamlingen gjorde vi oss opp en mening om hva som var relevante søkeord for å besvare vår hensikt. En god søkestrategi er vesentlig for å utføre strukturerte søk (Thidemann 2019, 87). I starten av denne prosessen utarbeidet vi et PIO-skjema (vedlegg 1) for å utføre strukturerte søk i ulike databaser. Dette for å samle inn datamateriale til vår litteraturstudie (Nordvedt et.al 2016, 33).

Søkestrategi

PI(C)O-skjema

Et PICO-skjema er et verktøy som benyttes for å gjøre et søk så presist som mulig. Gjennom å bruke et PICO-skjema struktureres søket på en hensiktsmessig måte, gjennom å dele opp problemstillingen. Hver av bokstavene representerer bestemte elementer (Nordvedt et. al 2016, 33). Vi kombinerte søkeordene med AND og OR, også kalt for boolske operatorer. Ved å bruke OR utvider man søket, noe som vil gi treff på enten det ene eller det andre søkeordet. Ved å kombinere søkeord med AND, avgrenses søket ved å kun gi treff der begge søkeordene er med (Thidemann 2019, 88). For å få et optimalt søk benyttet vi trunkering som forkortet ordet, og ga oss flere varianter av søkeordet (Nordvedt 2016, 56).

“P” står for pasient eller problem (Nordvedt et.al 2014, 33). Gynekologisk kreft rammer kun kvinner, derfor valgte vi å ekskludere kvinner som søkeord. I søket vårt valgte vi derfor å bruke søkeordene cancer OR neoplasm* og gynecologic* OR cervi* OR uterin* OR ovari* og surviv*, kombinert med “gynecologic cancer” OR “cervical cancer” OR “uterine cancer” OR “ovarian cancer.

“I” står for intervensjon, som vil si hvilket tiltak eller intervensjon vi ønsker å vurdere eller undersøke (Thidemann 2019, 86). Her brukte vi ordet experience eller (experienc*), da vi ønsket å undersøke erfaringene til kvinnene.

“C” står for sammenligning, og er hensiktsmessig å bruke for å sammenligne intervensjoner (Thidemann 2019, 86). Siden vi ikke er ute etter å sammenligne tiltak, har vi valgt å ikke bruke “C” i vårt PICO-skjema.

“O” står for resultat, og inkluderer de resultatene vi er ute etter i problemstillingen. Ordene vi valgte å benytte her var sexual* OR “sexual health”, da vi var ute etter kvinners erfaring med seksualitet eller seksuell helse som følge av gynekologisk kreftbehandling (Nortvedt et.al 2016, 33). Se vedlegg 1.

Søkeprosessen

Vi startet med flere prøvesøk for å se hvilken forskning som fantes om temaet. I litteraturstudien benyttet vi databasene Medline, Cinahl, Proquest, Swemed+ og Oria. Søkeordene ble kombinert ulikt i databasene med utgangspunkt i PIO-skjema, for å se hva som ga oss mest treff og relevante artikler. Databasene er helse relaterte, noe som er grunnlaget for hvorfor vi valgte å benytte disse til å besvare vår hensikt.

Alle søkene ble avgrenset etter språk og når de ble utgitt. Vi forsøkte å avgrense søket vårt til bare kvalitativ forskning, men vi fant ut at dette ikke hadde noe hensikt for oss, da det fortsatt dukket opp kvantitative studier. I søkeprosessen leste vi overskriftene, og sammendragene til artikler som virket interessante. Alle sammendrag som vi anså som relevante for litteraturstudien ble bestilt og lest i fulltekst, for å se om de var hensiktsmessig for å besvare litteraturstudien. Søkeprosessen gjorde at vi tilslutt endte opp med 11 kvalitative forskningsartikler.



Figur 1: Modell for databasene

Ovid Medline er en database, som inneholder artikler fra sentrale medisinske vitenskapelige tidsskrifter (Nordvedt et.al 2016, 196). Vi utførte først prøvesøk, noe som resulterte i at vi fant en artikkel der vi benyttet søkeordet treatment. Dette er et søkeord vi har valgt å ikke inkludere i vårt PIO-skjema, da det ikke har blitt benyttet videre i søkeprosessen. Dette var søket fra 13.09.2019, som ga oss 118 treff, og resulterte i én relevant artikkel (McCallum et.al 2012). Søket som ble gjort den 18.09.2019 med det fullstendige PIO-skjema, resulterte i 51 treff. I dette søket fant vi tre relevante artikler, som resulterte i at vi inkluderte Vermeer et. al (2016), Sekse, Råheim og Gjengedal (2015) og Sekse, Gjengedal og Råheim (2011) i vår studie.

Proquest er en database for sykepleie og jordmorfag og har et europeisk sykepleieperspektiv (Thideman 2019, 85). Søket den 15.10.2019 resulterte i 448 treff, og vi valgte å inkludere fire artikler i vår litteraturstudie av Jefferies og Clifford (2011), Barlow et.al (2013), Sekse et.al (2010) og Rasmusson og Thomé (2008).

Cinahl er en database som inneholder tidsskrifter innen sykepleie, fysioterapi, ergoterapi og andre helsefagområder (Nortvedt et al. 2016, 52). Her utførte vi tre søk, både med og uten treff. Søket som ble gjort den 17.10.2019 resulterte i 195 treff, der vi valgte å inkludere to artikler av Afiyanti og Milanti (2013) og Wilmoth et.al (2011).

Svemed+ er en database som har skandinaviske tidsskrifter innen medisin og helse (Nortvedt et al 2016, 52). I denne databasen utførte vi flere søk. Vi fant en artikkel som virket relevant til problemstillingen, men ved kritisk vurdering av artikkelen valgte vi å ekskludere den.

Oria er en database som lar oss søke i de samlede ressursene til biblioteket på Høgskolen i Molde. Vi gjennomførte to søk, og det ene treffet den 10/10-2019 ga 242 treff. Ved å lese flere sammendrag, valgte vi å inkludere én artikkel av Bal, Yilmaz og Beji (2013).

Manuelle søk kan utføres dersom en har funnet en relevant artikkel, ved å søke gjennom referanselisten til artiklene. Manuelle søk kan utføres på ulike måter (Thidemann 2019, 83). Etter å ha søkt i databasene nevnt over, oppdaget vi at det var mulig å finne artikler gjennom find similar eller find citings. I Proquest dukket det opp en artikkel med et relevant tema av Rasmusson og Thomé (2008), som vi valgte å inkludere i vår studie.

3.3 Kvalitetsvurdering

Kvalitetsvurderingen av artiklene startet allerede i søkeprosessen. Artikler med relevante sammendrag som samsvarte med vår hensikt, ble sjekket opp i norsk senter for forskningsdata. Fagfellevurderte artikler med publiseringsnivå 1 eller 2, og som var aktuell for å besvare vår hensikt ble skrevet ut i fulltekst. Da søkeprosessen i de ulike databasene var ferdig, satt vi igjen med 21 artikler som var relevant for vår studie.

Artiklene ble da grundig gjennomgått for å undersøke om de var av faglig kvalitet og kunne besvare vår hensikt. Kvaliteten på forskningsartiklene ble vurdert ved hjelp av sjekkliste for vurdering av kvalitative studier. Sjekklisten er et pedagogisk verktøy som er til hjelp for kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Sjekklisten vi benyttet er hentet fra helsebiblioteket (Helsebiblioteket 2016). Alle spørsmålene skulle hjelpe oss i å vurdere kvaliteten av artiklene, ved at vi krysset ja, uklart eller nei. Etter denne prosessen satt vi igjen med 11 artikler vi har valgt å inkludere i vår litteraturstudie. (Se vedlegg 3).

Videre i vårt arbeid satte vi opp en oversikt over alle inkluderte artikler. Tabellen inneholdt hvilket tidsskrift artikkel hadde, hvilket publiseringsnivå og at de var fagfellevurdert. Artiklene som vi har valgt å inkludere i studien, hadde åtte av artiklene publiseringsnivå 1 og tre av artiklene hadde publiseringsnivå 2.

3.4 Etiske hensyn

Etiske hensyn og overveielser vurderer om etiske hensyn er ivaretatt og hvordan dette håndteres i studiene (Dalland 2015, 95). Forskningsetikk handler om å bevare personvernet og troverdigheten til forskningsresultatene (Dalland 2015, 96). Temaet i denne litteraturstudien omhandler et intimt og sensitivt tema, som kan være vanskelig å snakke om. Etiske hensyn er derfor vesentlig for å beskytte deltakerne. Artiklene i vår studie har blitt godkjent av etiske komitéer, forskningsetiske styrever eller forskningsutvalg. Enkelte artikler gjør også rede for samtykke enten skriftlig eller muntlig, eller begge deler. Anonymisering eller at deltakerne hadde mulighet til å trekke seg underveis blir også fremhevet i de fleste av artiklene.

Hensikten med forskning er å gi ny kunnskap og innsikt innen et bestemt område. Deltakernes sine erfaringer og opplevelser skal bli tatt alvorlig, og det skal ikke gå på bekostning av en enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland 2015, 96). Etiske hensyn ble overholdt i våre artikler, derfor valgte vi å inkludere disse i vår litteraturstudie.

3.5 Analyse

Analysearbeid innebærer å finne ut hva materialet har å fortelle (Dalland 2015, 144).

I analyseringen av våre artikler tok vi utgangspunkt i Evans (2002) fire faser, analyseundervisning og retningslinjene for bacheloroppgaven i sykepleie ved Høgskolen i Molde (Eines 2018).

Ifølge Evans (2002) består de fire fasene av:

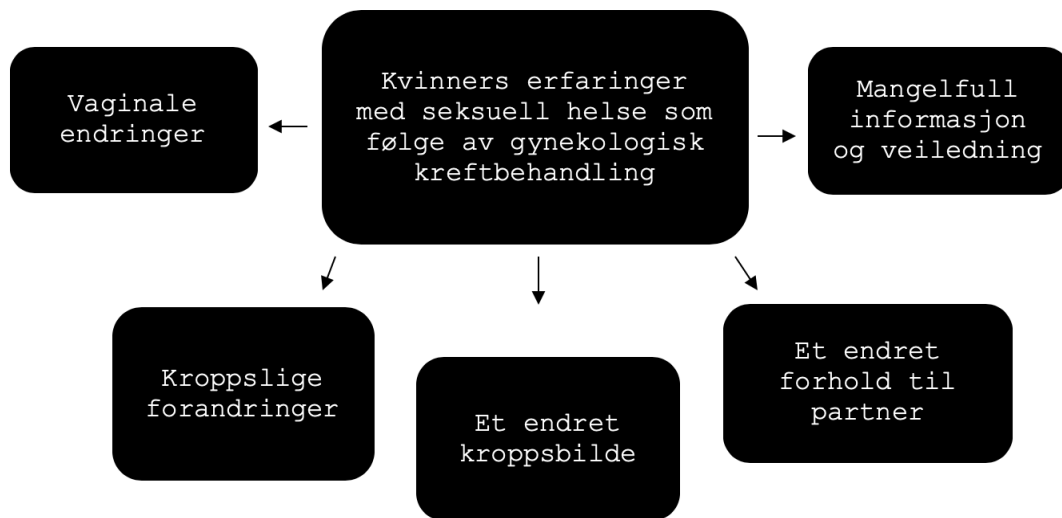
1. Innsamling av primærstudier.
2. Identifisere nøkkelfunn i hver enkelt studie.
3. Relatere nøkkelfunn i enkeltstudier til andre artikler.
4. Samle felles funn for å utvikle en beskrivelse av fenomenet.

I den første fasen av Evans (2002) fire faser samlet vi inn relevante forskningsartikler. I denne prosessen samlet vi inn de elleve kvalitative artiklene vi har valgt å inkludere i vår studie. Vi leste deretter gjennom alle artiklene på engelsk hver oss, deretter oversatte vi alle til norsk for å få en større forståelse og sammenheng når vi leste artiklene. Dette gjorde vi for å unngå å overse relevante og viktige funn.

I den andre fasen av Evans (2002) fire faser skrev vi ned viktige funn i hver artikkel, hver for oss, for å sørge for at alle viktige og relevante nøkkelfunn ble identifisert i hver artikkel. Deretter skrev vi ned på ark, alt som var relevant for vår studie og for å sørge for at alt som var viktig kom med i vår litteraturstudie. Oversiktstabeller ble også skrevet på hver enkelt artikkel.

I den tredje fasen av Evans (2002) fire faser skal man relatere nøkkelfunn i enkeltstudiene til andre artikler. I arbeidet med dette lagde vi en stor plakat der vi skrev opp kategorier med fordeler og ulemper med hver artikkel. Dette gjorde at vi fikk en god oversikt over alle artiklene på en enkel og strukturert måte. Denne metoden synliggjorde hva som var hovedtema og undertema i vår studie. Denne oversikten gjorde det også enklere å gå tilbake å finne igjen materiale i hver artikkel.

Den siste fasen av Evans (2002) fire faser bestod av å sammenfatte de funnene som kommer igjen gjentatte ganger. Her samlet vi inn og diskuterte hovedfunnene og tilhørende funn med hverandre, og vi brukte det som et utgangspunkt til å skrive en sammenhengende tekst av funnene i resultatdelen.



Figur 2: Modell for litteraturstudiets tema.

4.0 Resultat

Hensikten med vår litteraturstudie var å belyse kvinners erfaringer med seksuell helse som følge av gynekologisk kreftbehandling. Denne studien er basert på elleve kvalitative forskningsartikler, hvor analysen resulterte i fem hovedtema.

4.1 Vaginale endringer

Såre og tørre slimhinner, forkortet skjede, smerter og nedsatt følsomhet nedentil er noe kvinnene opplevde som følge av behandling (Vermeer et al. 2016, Wilmoth et al. 2011, Afiyanti og Milanti 2013, Sekse, Råheim og Gjengedal 2014, Bal, Yilmaz og Beji 2013, Sekse, Råheim og Gjengedal 2011, McCallum et al. 2012, Sekse et al. 2010, Rasmusson og Thomé 2008). En kvinnene uttalte:

“I felt my vagina to be lubricated before and during the intercourse, but the lubrication disappeared after the surgery and having intercourse with dry-vagina is so difficult” (Bal, Yilmaz og Beji 2013).

De vaginale problemene resulterte i at kvinnene opplevde nedsatt glede, mindre spontant samleie og nedsatt interesse for intimitet og samleie (Vermeer et al. 2016, Wilmoth et al. 2011, Afiyanti og Milanti 2013, Sekse, Gjengedal og Råheim 2011, Jefferies og Clifford 2011 og Sekse et al. 2010). En kvinne i studien i Sekse et.al (2010) beskriver endringen slik:

«I’ve lost all my sexual emotions and i feel as if everything here, points to her womb is a big black hole. Just empty. It’s as if they have ripped out all my sexual feelings».

Kvinner med kreft i ytre kjønnsorgan opplevde mindre seksuelle utfordringer som følge av behandling (Barlow et al. 2013 og Jefferies og Clifford 2011). Kvinner rammet av kreft i ytre kjønnsorgan oppgir i større grad komplikasjoner med nummenhet, begrenset orgasme og redusert seksuell lyst (Barlow et al. 2013). I Jefferies og Clifford (2011) kommer det frem at deltakerne har mindre samleie enn tidligere.

Redsel og frykt for smerteopplevelse ved penetrering og samleie, var en medvirkende årsak til at de unngikk samleie og fikk redusert seksuell lyst (Vermeer et al. 2016, Afiyanti og Milanti 2013, Bal, Yilmaz og Beji 2013, Barlow et al. 2013, Sekse, Gjengedal og Råheim 2011, Sekse et al. (2010).

Samtlige funn sier noe om at det oppsto seksuelle problemer som har hatt skadelig innvirkning på kvinnens seksuelle helse, under og etter gynekologisk kreftbehandling. Funnene viser at de seksuelle utfordringene forekommer hos pasienter i ulike alder og påvirker kvinner individuelt (Vermeer et al. 2016, Wilmoth et al. 2011, Afiyanti og Milanti 2013, Sekse, Råheim og Gjengedal 2014, Bal, Yilmaz og Beji 2013, Barlow et al. 2013, Sekse, Råheim og Gjengedal 2011, McCallum et al. 2012, Jefferies og Clifford 2011, Sekse et al. 2010, Rasmusson og Thomé 2008).

4.2 Kroppslige forandringer

Overgangsalder som følge av behandling var vanskelig for yngre kvinner (Vermeer et al. 2016, Wilmoth et al. 2011, Bal, Yilmaz og Beji 2013, Sekse, Gjengedal og Råheim 2011, McCallum et al. 2012, Sekse et al. 2009 og Rasmusson og Thomé 2008). Det å miste evnen til å få sine egne barn kan oppleves som et stort tap og medføre en stor sorg for yngre kvinner. Det å miste denne evnen skaper et tomrom og kan være vanskelig å akseptere da kvinnen har forestilt seg å skape en familie i fremtiden (Vermeer et al. 2016, Wilmoth et al. 2011, Bal, Yilmaz og Beji 2013, Sekse, Gjengedal og Råheim 2011, McCallum et al. 2012, Sekse et al. 2010 og Rasmusson og Thomé 2008). En kvinne uttalte seg sånn:

“I have always wanted many children, so removing the uterus was like a total change in my life” (Sekse, Gjengedal og Råheim 2011).

Humørsvingninger, endret temperaturregulering, tap av evne til å få barn, tørrhet i skjeden og nedsatt seksuell lyst er noe kvinnene oppgir som komplikasjon som følge av infertilitet og overgangsalder (Vermeer et al. 2016, Wilmoth et al. 2011, Bal, Yilmaz og Beji 2013, Sekse, Gjengedal og Råheim 2011, McCallum et al. 2012, Sekse et al. 2010 og Rasmusson og Thomé 2008). En kvinne uttalte seg slik:

«To wake in the night being wet through with sweat, feels really tough when one is only 36» (Rasmusson og Thomé 2008).

I Vermeer et al. (2016) og Bal, Yilmaz og Beji (2013) kommer det frem at kvinner har problemer med urinlekkasje og tarmproblemer i etterkant av gynekologisk kreftbehandling. Urinlekkasje under samleie og penetrering nevnes som et stort ubehag og er bekymringsfullt.

4.3 Et endret kroppsbilde

Kvinnene opplevde at de vaginale forandringene resulterte i lavere selvtillit, selvbilde og en endret seksuell identitet. Endringene etter behandlingen resulterte i ensomhet, sårbarhet og skam (Sekse, Gjengedal og Råheim 2011, Wilmoth et al. 2011, Vermeer et al. 2016, Bal, Yilmaz og Beji 2013, Sekse, Råheim og Gjengedal 2014, McCullum et al. 2012, Jefferies og Clifford 2011, Sekse et al. 2010 og Rasmusson og Thomé 2008).

Hårtap, vektendringer, arr og fatigue er noe kvinnene oppgir som negativt, da det ga et endret kroppsbilde og nedsatt seksuell lyst (Vermeer et al. 2016, Wilmoth et al. 2011, Afyanti og Milanti 2013, Bal, Yilmaz og Beji 2013, Sekse, Gjengedal og Råheim 2011, McCallum 2012 og Rasmusson og Thomé 2008).

Lymfeødem oppsto som følge av behandlingen, og ga kvinnene en negativ oppfatning av egen kropp (Vermeer et al. 2015, Barlow et al. 2013, Jefferies og Clifford 2011 og Rasmusson og Thomé 2008).

Kvinnene oppfattet kroppene sine negativt etter behandling. Kvinnene hadde en følelse av nedsatt kvinnelighet og følelse av å ikke lenger være "hel" (Afyanti og Milanti 2013, Barlow et.al 2013, Bal, Yilmaz og Beji 2013 og Rasmusson og Thomé 2008). En av deltakerne sa:

"Even if the changes take place internally and are not visible they are present mentally, so I think it is a really good idea to have some information about what is happening"
(Rasmusson og Thomé 2008).

Kvinnene opplevde egen kropp som ukjent og uforutsigbar, noe som har gjort at kvinnene må gjenvinne tillit til egen kropp (Sekse, Gjengedal og Råheim 2011, Wilmoth et al. 2011, Vermeer et al. 2016, Bal, Yilmaz og Beji 2013, Sekse, Råheim og Gjengedal 2014, McCullum et al. 2012, Jefferies og Clifford 2011, Sekse et al. 2010 og Rasmusson og Thomé 2008).

4.4 Et endret forhold til partner

Relasjonen til partner ble påvirket i ulik grad som følge av behandlingen. Da behandlingen førte til at seksualiteten ikke ble som før og førte til endringer i intimitet og samleie (Vermeer et al. 2016, Wilmoth et al. 2011, Afiyanti og Milanti 2013, Sekse, Råheim og Gjengedal 2014, Bal, Yilmaz og Beji 2013, Barlow et al. 2013, Sekse, Råheim og Gjengedal 2011, McCallum et al. 2012, Jefferies og Clifford 2011, Sekse et al. 2010, Rasmusson og Thomé 2008). Enkelte opplever støtte og gjensidig forståelse fra partner om de kroppslige endringene. Det nevnes at partnerne har like mye interesse for kvinnene til tross for endringene (Wilmoth et al. 2011 og Sekse, Råheim og Gjengedal 2014).

Enkelte kvinner utdyper at de har en redsel for å bli forlatt av ektemann grunnet de vaginale forandringene og har samleie kun for å tilfredsstille mannen og for å bevare ekteskapet (Bal, Yilmaz og Beji 2013 og McCullum et al. 2012). Flere kvinner opplever skyldfølelse overfor partneren sin, grunnet den reduserte seksuelle lysten (Vermeer et al. 2016).

I Afiyanti et.al (2013) og Bal et.al (2013) oppgir kvinner en redsel for å smitte partner med sykdommen ved seksuell kontakt. Dette var en medvirkende årsak til hvorfor de unngikk samleie.

4.5 Mangelfull informasjon og veiledning

Kvinnene hadde behov for mer kunnskap og forståelse av behandlingsmessige konsekvenser (Vermeer et al. 2016, Wilmoth et al. 2011, Sekse, Råheim og Gjengedal 2014, Bal, Yilmaz og Beji 2013, Barlow et al. 2013, Sekse, Råheim og Gjengedal 2011, McCallum et al. 2012, Jefferies og Clifford 2011, Sekse et al. 2010, Rasmusson og Thomé 2008). En kvinne uttalte seg følgende:

If someone (health personnel) had been open and prepared me for the changes, I would have known what was coming. Instead, I was unprepared when the changes came and wondered, "What is this?" That's a big difference, to be prepared to deal with it (Sekse, Råheim og Gjengedal 2014).

Helsepersonell tar for lite initiativ og engasjerer seg for lite til å starte en dialog eller diskusjon om seksuelle bekymringer (Vermeer et al. 2016, Wilmoth et al. 2011, Sekse, Råheim og Gjengedal 2014, Sekse, Råheim og Gjengedal 2011 og Sekse et al. 2010).

Kvinnene opplevde en følelse av å bli ignorert, såret og krenket da de fikk for lite informasjon som gjorde at de følte seg svært ensomme i endringene (Sekse, Råheim og Gjengedal 2014 og McCallum et al. 2012). Polikliniske timer var ofte korte, hektiske og medisinsk rettet, noe som resulterte i lite informasjon og tid til å stille spørsmål om seksuelle problemer (Vermeer et al. 2016, Wilmoth et al 2011, Sekse, Råheim og Gjengedal 2011, Sekse et al. 2010 og Rasmusson og Thomé 2008).

Seksualitet er et intimt og privat tema som kvinnene syntes var vanskelig å prate om. Kvinnene uttrykte at de ønsket informasjon om hvordan de skulle håndtere seksuelle problemer, overgangsalder og når samleie kunne gjenopptas (Wilmoth et al. 2011, Vermeer et al. 2016, McCullum et al. 2012, Barlow et al. 2013 og Sekse, Råheim og Gjengedal 2014).

5.0 Metodediskusjon

Høgskolen i Molde sine retningslinjer for bacheloroppgaven i sykepleie (Eines 2018) sier at oppgaven skal inneholde en metodediskusjon og en resultatdiskusjon. I den første delen skal metoden som er benyttet drøftes og i del to skal resultatet fra studien drøftes.

5.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Hensikten med kvalitativ metode er å undersøke menneskets erfaringer og opplevelser (Thidemann 2019, 78). Dette er grunnlaget til hvorfor vi har valgt å inkludere elleve kvalitative forskningsartikler. Et av eksklusjonskriteriene våre var at artiklene ikke skulle være eldre enn 10 år gammel. Vi valgte derfor å avgrense søket fra 2009 til 2019. Likevel er én av de elleve inkluderte studiene fra 2008. Det kan ses på som en svakhet at vi har valgt å inkludere en eldre artikkel, da vi er anbefalt å bruke nyere forskning. Vi ser likevel at artikkelen fra 2008 er godt utformet og besvarer hensikten vår, med funn som samsvarer med nyere forskning. Dette gjorde at vi sent i søkeprosessen bestemte oss for å inkludere artikkelen.

I perioden hvor vi gjorde prøvesøk avgrenset vi alderen til kvinnene, der det viste seg å være lite forskningsartikler da vi avgrenset søket. Vi bestemte oss derfor for å ikke avgrense alderen, da vi ønsket å få opp mest mulige artikler til å besvare vår hensikt. Det kan ses på som en svakhet med et så stort aldersspenn, da deltakerne befinner seg på helt forskjellige stadier i livet og kan oppleve situasjonen ulikt. Vi anser det som en styrke å ta med et bredere aldersspenn, da den seksuelle helsen er like viktig både for yngre og eldre kvinner.

Vi har valgt å inkludere artikler fra flere land, med ulike kulturelle bakgrunner og forståelser. Tyrkia, Indonesia, Nederland, Norge, Sverige, Storbritannia, USA, Canada og Australia er representert i vår studie. Dette kan ses som en styrke da vi kan få en bredere forståelse for hvordan den seksuelle helsen blir påvirket uansett land og kultur. Norge er et flerkulturelt samfunn, som fremtidige sykepleiere anser vi det som relevant med kunnskap om hvordan utøve sykepleie til andre land og kulturer. På en annen side kan det ses på som en svakhet, da vi ser store kontraster fra de norske artiklene og mellom enkeltstudier.

En mulig svakhet er at vi har valgt å inkludere tre norske artikler med samme forfattere, dette grunnet at vi kan bli farget av deres oppfatninger og holdninger. Dette kan samtidig anses som en styrke, da vi ønsker kunnskap om hvordan norske kvinner erfarte den seksuelle helsen som følge av behandlingen. Artiklene er utgitt på forskjellig tidspunkt, og besvarer hensikten vår godt, noe som kan anses som en styrke.

De inkluderte artiklene i vår studie er originalartikler og publisert i tidsskrift som er godkjent av norsk senter for forskningsdata. Vi anser det som en styrke. Vi avgrenset søket vårt til norsk, dansk, engelsk og svensk språklige artikler. En styrke er at vi forståelse for innholdet i artiklene, men en mulig svakhet kan være at vi har oversett relevante artikler skrevet på andre språk.

5.2 Søkeprosessen

Vi anser det som en styrke at vi utarbeidet et PI(C)O-skjema tidlig, noe som gjorde at vi fikk god tid til å utforske feltet gjennom prøvesøk. Undervisning om databasesøk og videoer på internett om søk i databaser, er noe vi anser som styrke da det har gitt oss god veiledning. En mulig svakhet kan være at vi ikke benyttet oss av bibliotekar, noe som kan ha medført at vi har oversett relevante søkeord.

Hvert enkelt søk ble lagret og skrevet ned i et Word-dokument. Dette for å holde orden på hvor mange sammendrag vi hadde lest og for å gjøre det enklere for oss selv gjennom søkeprosessen. En styrke er at vi har inkludert artikler fra flere databaser, og at artiklene vi har valgt å inkludere dukket opp gjentatte ganger i de ulike databasene. En mulig svakhet kan være at vi kunne ha inkludert flere søkeord, som blant annet “endometrial cancer”, sex* og intimacy. Dette var søkeord vi fant sent, noe førte til at det ikke ble inkludert i søkene. Samtidig kan et PICO-skjema med mange søkeord resultere i svært mange treff, som kan bli vanskelig å håndtere under artikkelgjennomgang og eventuelt datasyntese.

Den 13.09.2019 gjorde vi et prøvesøk med ordet treatment som resulterte i en relevant artikkel. Videre i søkeprosessen ble ikke søkeordet benyttet i andre databaser, noe som gjorde at vi ikke inkluderte søkeordet i PI(C)O-skjemaet vårt. Denne artikkelen dukket ikke opp med søkeordene som ble benyttet senere i søkeprosessen. Først og fremst er det en styrke at vi fant en relevant artikkel for å besvare vår hensikt. På en annen side er det en svakhet da det kunne ha dukket opp flere artikler i andre databaser med dette søkeordet.

5.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn

I arbeidet med oppgaven var det viktig for oss at artiklene skulle være troverdige og etisk vurdert. Vi kvalitetssikret våre artikler ved hjelp av sjekkliste for kvalitativ forskning via helsebiblioteket sine sider (Helsebiblioteket 2016). Vi har valgt å inkludere artikler med middels eller god kvalitet, og ekskludere artikler med dårligere kvalitet. Vi anser det som en styrke at de fleste av artiklene oppfylte kriteriene i sjekklisten, noe som vil si at de er av god kvalitet. På den andre siden kan det anses som svakhet at vi har lite kunnskap med å kvalitetsvurdere av forskningsartikler. Kvalitetsvurderingen utførte vi sammen, noe som kan anses som en styrke da vi diskuterte oss frem til samme svar. En mulig svakhet kan være at vi ubevisst påvirker hverandre. Se vedlegg 3.

En styrke i vår studie er at alle artiklene enten har blitt godkjent av etisk komité, forskningsetiske styrer/utvalg, blitt anonymisert eller at det har blitt innhentet skriftlig eller muntlig samtykke.

I én inkludert artikkel kommer det frem at deltakerne fikk betaling for å delta i studien. Vi diskuterte om dette var god forskningsetikk, da det kan stilles spørsmål til om dette var et lokkemiddel fra forskernes side. Dette kan være både være en styrke og en svakhet. Noe vi ser på som en svakhet er dersom deltakerne kun deltok for å få penger, men egentlig ikke har lyst til å dele sine erfaringer med andre. Det kan også ses på som en styrke dersom kvinnene ønsket å delta i studien, og hadde lyst til å dele sine intime erfaringer og samtidig motta penger for deltakelsen.

5.4 Analyseprosessen

I vårt analysearbeid valgte vi å ta utgangspunkt i Evans (2002) fire faser. Dette ser vi på som en styrke da dette gjorde analyseprosessen strukturert og oversiktlig. Artiklene ble lest på engelsk og norsk hver for oss, for å gi oss en større forståelse og sammenheng. Vi ser på dette som en styrke da det er mindre sjanse for at relevante og viktige funn blir oversett.

For å identifisere nøkkelfunn i hver artikkel, skrev vi alle artiklene ned på et stort ark. I arbeidet med "systemarket" vårt diskuterte vi hva vi skulle skrive i hver enkelt kolonne. I hver enkelt kolonne skrev vi både ulemper og fordeler hver for seg, som gjorde det synlig å se forskjellene i artiklene. Arbeidet gjorde det enklere for oss å se hovedfunn og underfunn i hver enkelt artikkel. Dette ser vi på som en styrke da det var en metode som fungerte godt for oss, og skapte et system for å kunne se på tvers gjennom alle artiklene.

Dette “systemarket” kan ses på som en styrke og svakhet da funnene våre gikk litt inn i hverandre, samt at det viser at artiklene besvarer vår hensikt.

6.0 Resultatdiskusjon

6.1 En ukjent kropp og sårbare endringer

Funnene i vår studie viser at kvinner, uavhengig av alder, nasjonalitet eller kulturell bakgrunn møter utfordringer med sin seksuelle helse, som følge av gynekologisk kreftbehandling. Gynkreftforeningen (udatert) er også tydelig på at kvinner som har vært eller er rammet av gynekologisk kreft, kan oppleve ulike utfordringer knyttet til den seksuelle helsen som følge av sykdommen eller behandlingen. Når det gjelder seksuell helse, hadde kvinnene en oppfatning av at behandlingen ikke skulle påvirke deres seksuelle helse. Likevel ser vi at kvinnene i studien oppgir seksuelle plager, både under og etter behandling. En tenker kanskje ikke på hvor viktig seksualiteten er, før en havner i en situasjon der den blir påvirket?

Borg (2019, 126) skriver at de fysiske forandringene som en sykdom og behandling fører med seg, kan gi seksualiteten et annet uttrykk en tidligere, noe som kan påvirke selvbildet. Opplevelsen av at kropp og sinn blir endret, kan gi kvinnene en følelse av en endret seksuell identitet og feminitet. Kvinnene kan oppleve det som vanskelig å forstå at noen finner henne attraktiv og verdt å elske som følge av sykdom og behandling. Tapet av en kroppsdel eller kroppsfunksjon, kan føre til sorgreaksjoner hos kvinnen (Borg 2010, 126). Studier fra USA viser at 40-100 % av kvinnene som har blitt behandlet for gynekologisk kreft, har problemer med seksuallivet (Borg 2010, 124-125). Når det gjelder funn i studien vår og hva faglitteraturen sier, ser vi at dette samsvarer med hverandre.

Enkelte kvinner i studien vår erfarte tarmproblemer og vannlatingsproblemer som følge av den gynekologiske kreftbehandlingen. Sårbarheten og usikkerheten dette førte med seg, påvirket seksuallivet. Ifølge Borg (2010, 125) kan behandling av gynekologisk kreft føre til inkontinens problemer. Når det gjelder funn i studien vår og hva faglitteraturen sier, ser vi at dette samsvarer med hverandre. Et annet funn i studien vår viser at kvinner rammet av kreft i ytre kjønnsorgan opplever mindre seksuelle komplikasjoner, i motsetning til kvinner med andre gynekologiske kreftsykdommer. Derimot ser vi at kvinner med kreft i ytre kjønnsorgan har utfordringer med nummenhet nedentil, i motsetning til de andre gynekologiske kreftsykdommene. Likevel ser vi samtidig enkelte likheter mellom noen kreftsykdommer og de seksuelle plagene, men ikke i like stor grad.

En endret kropp, et endret kjønnsorgan og tap av fruktbarhet, er noe kvinnene uttrykte som sårbart. Når det gjelder tap av fruktbarhet og kunstig overgangsalder, opplevde de yngre kvinnene i studien det som svært vanskelig. Da de hadde et ønske om barn i fremtiden og en morsrolle. Likevel opplevde eldre kvinner reaksjoner, selv om de hadde et familieliv fra tidligere, og ikke hadde planer om reproduksjon. Ifølge Trope og Onsrud (2010, 351) har kjønnsorganene ofte en symbolsk mening. En følelse av å ikke lenger være “hel”, som følge av tapt kjønnsorgan var noe flere kvinner erfarte. Kvinnene beskrev at de følte seg mindre kvinnelig. Ifølge Torpe og Onsrud (2010, 352) betyr skader eller fjerning av livmoren mer enn at fertilitet og menstruasjon uteblir. Det betyr også at noe av kvinneligheten går tapt.

I Jerpseth (2010, 24) beskrives det at kreft i underlivet kan innebære mange konsekvenser for seksuallivet. I studien vår erfarte kvinnene dette, behandlingen de mottok førte til et endret seksualliv. Gleden de tidligere hadde forbundet med samleie, ble forbundet med noe vanskelig og smertefullt, da behandlingen hadde ført til en tørr, sår og forkortet skjede. Normal anatomi og fysiologi av kjønnsorganet er en forutsetning for den seksuelle responssyklusen (Gjessing, Borg og Dahl 2013, 88). Kvinnene erfarte det som vanskelig å få et godt forhold til underlivet, da de følte de mistet noe av seg selv. Holdninger, frykt og forventninger er psykologiske faktorer, som spiller en rolle for de sansemessige opplevelsene. Kroppslige reaksjoner kan bli påvirket av de psykologiske faktorene, som igjen kan lede til seksuelle problemer (Gjessing, Borg og Dahl 2013, 92).

Ifølge Gjessing, Borg og Dahl (2013, 92) er seksuelle problemer vanlig som følge av kreftbehandling, men for de aller fleste vil seksuallivet bli som før igjen. I vår studie ser vi derimot at seksuallivet var endret selv flere år etter behandlingen. En kvinne beskrev de seksuelle endringene, som et “vesen” hun ikke kan rømme fra (Sekse, Gjengedal og Råheim 2011). Beskrivelsen gjorde inntrykk på oss, da vi i forkant av studien hadde liten innsikt i hvor vesentlig seksuell helse er for mennesker. Hvorfor er det det ikke da mer fokus på seksuell helse gjennom sykepleierutdanningen?

Ifølge Borg (2010, 123) er det cirka 26 000 nordmenn som diagnostiseres med kreft hvert år. Mange kreftpasienter kan i varierende grad oppleve at sykdom og behandling påvirker den seksuelle helsen negativt. Seksuell helse er et grunnleggende behov for mennesker (Borg 2010, 121). Som sykepleiere vil en møte kreftsyke mennesker, både på sykehus,

hjemme og på institusjon (Gamnes 2012, 99). Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleiere holde seg oppdatert om forskning og bidra til at ny kunnskap benyttes i praksis (Norsk sykepleierforbund, udatert). Dette er noe vi anser som viktig for å kunne yte god sykepleie til den kreftsyke. Likevel er ikke et eneste ord om seksuell helse i rammeplanen for sykepleierutdanningen (Regjeringen 2008).

Det å møte mange fysiske utfordringer, er noe kvinnene må leve med og bearbeide. Redsel, usikkerhet, frykt, angst og skam er noe kvinnene i studien vår opplevde i varierende grad, som følge av fysiske utfordringer. Først og fremst anser vi det som positivt at kvinner kan få behandling og kan bli erklært frisk. På en annen side er det en stor belastning å gjennomgå kreftbehandling og oppleve flere sårbare endringer. Kvinnene beskriver at de måtte lære å kjenne kroppen på nytt og gjenvinne tillit til egen kropp.

Fysisk aktivitet er noe kvinnene i studien oppgir som en viktig del for å oppleve mestring og for å håndtere den nye tilværelsen sin. Det å bli alvorlig syk er en stor påkjenning, og mestring kan ses på som en måte for å tåle og takle denne påkjenningen. Tidligere erfaringer og mestringsevne er avgjørende for hvordan kvinnen møter den alvorlige diagnosen, samt støtte og hjelp fra familie og helsepersonell (Jerpseth 2010, 39). Sykepleier har en vesentlig oppgave i å motivere pasienter til å oppnå mestring. Dette kan innebære å gi praktiske råd, kunnskap og informasjon til pasienten (Eide og Eide 2017, 48).

6.2 Et endret partnerforhold

I studien vår erfarte kvinnene at relasjonen til partner ble påvirket som følge av sykdom og behandling. I artiklene kommer det frem to sider. På den ene siden ser vi at partnerne har stor forståelse for hva kvinnen gjennomgår som følge av behandling. På den andre siden ser vi partner mangler kunnskap og forståelse for kvinnens situasjon. Ved å inkludere partner i forløpet, skaper det en større forståelse og åpenhet mellom dem (Borg 2004, 87). Vi anser det som viktig at sykepleier inviterer partner til å delta under informasjon om sykdom, behandling og komplikasjoner, for å bidra til en større åpenhet og forståelse hos partner. Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven skal pasientens pårørende ha informasjon om brukerens helsetilstand og hvilken helsehjelp som ytes, dersom pasienten samtykker (Pasient- og brukerrettighetsloven, §3-3, 1999).

På den ene siden ser vi at kvinner opplevde et styrket partnerforhold, da partnerne hadde forståelse for situasjonen. På en annen side ser vi at noen partnerforhold i andre kulturer, ble påvirket negativt som følge av sykdom og behandling. Kan dette skyldes lite kunnskap grunnet lite kommunikasjon mellom parene?

Ifølge Dahl (2016, 247) er åpen kommunikasjon viktig mellom partnere. Konfliktnivået mellom dem kan øke, dersom det ikke blir satt ord på viktige tema. De seksuelle utfordringene som følge av sykdommen kan bli betydelig mindre, dersom kvinnen og en eventuell partner får informasjon om hvordan sykdom og behandling kan påvirke seksualiteten (Gamnes 2012, 96). Vi snakker ikke om seksualitet og seksuell praksis med hvem som helst, da det er den mest intime delen av livet vårt (Regjeringen 2016). Dette kan derfor være et vanskelig tema å ta opp både privat og i møte med helse- og omsorgstjenesten. En pasient har rett til å få informasjon om konsekvenser behandlingen gir og hvilken betydning dette har for seksuallivet. Det er ikke bare legen som har informasjonsplikt, men også sykepleier (Gamnes 2012, 99).

Artiklene fra Indonesia og Tyrkia, viser at kvinnene opplevde en stor belastning og skam. Studiene viser at kvinnene har stor respekt for sine menn, og hadde store ønsker om å tilfredsstille dem seksuelt, uansett hvilken bekostning dette gikk på. Kvinnene hadde en stor redsel for å bli forlatt av sin ektefelle, samt at noen opplevde sinne og raseri fra partner. De følte seg som en dårlig "kone" da de ikke har samme gleden av samleie lenger. Det er viktig at sykepleiere har kunnskaper om ulike kulturer, og som fremtidige sykepleiere kommer vi til å møte pasienter med ulik bakgrunn og kultur. Samfunnet i Norge består av mennesker med ulik religiøs, etnisk og kulturell bakgrunn. Et samfunn som er så sammensatt av forskjellige mennesker kan gi flere holdninger og forventninger til seksualitet (Regjeringen 2016).

I artikler fra Europa, Nord-Amerika og Australia kommer det frem at kvinnene opplevde et styrket forhold til partner med forståelse. Dette var noe de erfarte, uansett hvilke endringer sykdommen og behandlingen hadde for seksuallivet. Støtten og hjelpen kvinnen får av sine nærmeste er vesentlig i den sårbare fasen (Jerpseth 2010, 39). Enkelte single kvinner var redd for å danne en ny relasjon, da de er redde for å bli avvist og blottlegge de kroppslige endringene. Samtidig kom det frem at noen kvinner hadde dannet en ny relasjon etter behandlingen, og opplevde en fornyet interesse for seksuell kontakt. Dette viser hvor individuelt seksuell helse er, og viktigheten med at sykepleiere tilpasser sine møter til den

enkelte kvinne. Dahl (2016, 247) skriver at det kan være normalt at det oppstår en pause i seksuallivet som følge av kreftbehandling, og at det derfor kan være utfordrende for et par å komme i gang igjen, med spesielle hensyn å ta (Dahl 2016, 247). En sykepleier har da en vesentlig oppgave med å gi informasjon og veiledning til begge parter.

6.3 Et ønske om mer informasjon og veiledning

I vår studie kommer det frem at kvinner oppgir å ha mottatt lite eller ingen informasjon fra helsepersonell, om hvilke konsekvenser behandlingen kan ha for deres seksuelle helse. Ifølge Gamnes (2012, 99) har ikke bare legen, men også sykepleier plikt til å informere om hvilke konsekvenser som kan oppstå som følge av behandling. Det er da store kontraster mellom faglitteratur, og hva som blir gjennomført i praksis. Kan dette være grunnet lite kunnskap hos sykepleier?

Kvinnene i studien vår oppgir at informasjonen som blir gitt ofte er medisinsk rettet, og at helsepersonell ikke tar initiativ til samtale om den seksuelle helsen. En god seksuell helse er en viktig faktor for å fremme livskvalitet og mestring, og bidrar til trygghet og glede i egen seksuell identitet (Helsedirektoratet 2019). En sykepleier bør derfor vite hvor stor betydning den seksuelle helsen har uansett situasjon, da de kan komme i kontakt med kvinnene både i eget hjem, sykehus eller institusjon (Gamnes 2012, 99). Når det gjelder betydningen av den seksuelle helsen, kan lite kunnskap være en faktor som bidrar til lite initiativ fra sykepleier. På en annen side kan det være at sykepleieren synes det er vanskelig å ta opp temaet. Vi kan da spørre oss selv, hvor vanskelig er dette da for pasienten?

En kreftsykdom medfører ofte en langvarig og krevende behandling som kan virke nedbrytende både fysisk og psykisk, og i forbindelse med en sykdom er det mange behov som dukker opp og krever tilfredstillelse (Gamnes 2012, 96). Ifølge Regjeringen (2016) har den seksuelle helsen stor betydning for mennesker, men ved sykdom eller behandling blir ofte seksuell helse utelatt til fordel for annen informasjon (Regjeringen 2016).

Sykepleier bør ha forståelse for seksualitetens betydning for pasienten, og være til hjelp dersom pasienten trenger det (Borg 2004, 84). Kanskje blir det lettere for sykepleieren å fokusere på de fysiske og psykiske komplikasjonene pasienten står ovenfor, fremfor å ta tak i den seksuelle helse?

Ifølge Dahl (2016, 242) har det blitt dokumentert en rekke studier, der helsepersonell har frykt for å diskutere kreftpasienters seksuelle og intime forhold. Helsepersonell hadde en frykt for å være respektløse eller bli oppfattet påtrengende. Kjønn, alder, religion, kultur og sosioøkonomiske forhold, har stor betydning for å skape en passende dialog om seksualitet. Kommunikasjon er det viktigste arbeidsverktøyet en sykepleier har. Når sykepleier skal veilede pasienter om seksualitet, kreves det kunnskap om fysiske og psykiske utfordringer pasientene har (Borg 2010,127). PLISSIT-modellen er et kommunikasjonsverktøy som sykepleiere kan benytte når det skal veiledes i seksuelle spørsmål, bekymringer og plager (Gjessing, Borg og Dahl 2013,102). PLISSIT står for "permission, limited information, specific suggestions and intensive therapy. Dette betyr tillatelse, begrenset informasjon, konkrete forslag og intensiv terapi. Målet med det første trinnet, er å få pasienten til å sette ord på hvilke tanker de har rundt deres seksualitet (Borg 2010,127). I trinn to får sykepleieren informasjon om hvilke utfordringer de har med deres seksuelle helse. Videre i modellen skal sykepleier gi konkrete råd, eller gi forslag til hjelpemidler. Dersom det kreves mer spesialisert hjelp, skal pasienten henvises videre (Gjessing, Borg og Dahl 2013,102). Vi anser denne modellen som et nyttig hjelpemiddel, både for sykepleier og pasient.

I flere tilfeller ser vi at kvinnene selv måtte ta initiativ til å få informasjon om seksualitet fra helsepersonell. Dette var noe kvinnene erfarte som vanskelig og intimt tema å snakke om. Ifølge Borg (2004, 87) skal kvinnene i utgangspunktet ikke behøve å ta initiativ og kreve informasjon fra helsepersonell. På en side ser vi det som positivt at kvinnene selv tar initiativ til samtale. På en annen side anser vi det som negativt at helsepersonell ikke har gitt nok informasjon og veiledning til kvinnene. Kvinnene erfarte både positive og negative opplevelser med å selv ta initiativ til samtale. Vårt synspunkt er at en sykepleier skal være imøtekommende, og tilegne seg den kunnskapen som er nødvendig. Dette for å kunne yte best mulig sykepleie til kvinnene.

7.0 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien var å belyse kvinners erfaringer med seksuell helse som følge av gynekologisk kreftbehandling. Denne studien viser at kvinner har et stort behov for mer informasjon og veiledning i forbindelse med den gynekologiske kreftbehandlingen. Det kommer frem at helsepersonell tar for lite initiativ til samtale om seksuell helse. Kvinnene kan ha store utfordringer knyttet til den seksuelle helsen, da ulike fysiske, psykiske og seksuelle utfordringer kan forekomme. Det viser seg at informasjonen de mottar er hovedsakelig medisinsk rettet og lite om de kroppslige endringene som kan oppstå.

Gynekologisk kreftbehandling kan gi utfordringer knyttet til vaginale endringer, samleie, intimitet og påvirke relasjonen til partner. Vi ser at fysiske og psykiske komplikasjoner påvirker hverandre. Overgangsalder og infertilitet er fysiske sårbare endringer, som kan medføre psykisk belastning. Endringer kroppslig kan gi kvinnen et endret kroppsbilde og følelse av tapt kvinnelighet. Dette er endringer kvinnene må takle daglig i forbindelse med gynekologisk kreftbehandling, men også opptil flere år etter at behandlingen er avsluttet.

En sykepleier bør ha tilstrekkelig med kunnskap for å kunne yte god sykepleie til kvinner. Tilpasset informasjon og veiledning er vesentlig for å dekke behovet og verdiene til pasienten. God tid og skape dialog er vesentlig for å snakke med kvinnen om den seksuelle helsen, da det er et intimt og vanskelig tema å snakke om. Denne studien viser at informasjon om seksuell helse bør bli mer vektlagt, da det er en viktig del av hverdagen til kvinnene. Dette for å bidra til bedre erfaringer, samt økt livskvalitet og mestring hos kvinnen.

7.1 Forslag til videre forskning

Vi mener det bør forskes mer på hvordan sykepleier kan tilrettelegge og ivareta kvinnens behov for mer informasjon om den seksuelle helsen. I søkeprosessen fant vi mest kvantitative forskningsartikler, vi mener derfor det det bør forskes mer på opplevelser og erfaringer til kvinner med seksuell helse som følge av kreftbehandling. Det hadde også vært interessant å forske på hvordan helsepersonell opplever å gi informasjon og veiledning om seksuell helse til kvinner med gynekologisk kreft.

Ved at dette forskes mer på, kan det gjøre det enklere for kvinner å oppsøke hjelp for de seksuelle plagene som oppstår som følge av behandling. Dette kan gi mer åpenhet mellom helsepersonell og kvinner. Vi fant lite nordiske forskningsartikler, vi skulle gjerne sett at det ble gjort mer forskning innenfor disse temaene og særlig forskning fra nyere tid.

Referanseliste

- Afiyanti, Yati and Ariesta Milanti. 2013. "Physical sexual and intimate relationship concerns among Indonesian cervical cancer survivors: A phenomenological study". *Nursing and Health Sciences* (2013), 15. 151-156. DOI: <http://doi.org/10.1111/nhs.12006>
- Agger, Niels Peter. 2002. «Seksualitet». I *Mennesker med kræft – sygepleje i et tværfagligt perspektiv*. Bente Appel Esbensen (red.). 171-179. København: Munksgaard
- Andreassen, Hege Fantoft. 2016. «Modig og sårbar». Kreftforeningen. <https://www.kreftforeningens-blogg.no/2016/01/modig-og-sarbar/>
- Bal, Meltem Demirgoz, Sema Dereli Yilmaz og Nezihe Kizilkaya Beji. 2012. "Sexual Health Patients with Gynecological Cancer: A Qualitative Study. *Sexuality and disability* (2013) 31: 83-92. DOI: 10.1007/s11195-012-9263-7
- Barlow, L. Ellen, Neville F. Hacker, Rafat Hussain og Glenda Parmenter. 2013. "Sexuality and body image following treatment for early-stage vulvar cancer: a qualitative study." *Journal of Advanced Nursing* 70(8), 1856-1866. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.12346>
- Borg, Tore. 2004. «Seksualitet». I *kreftsykepleie-pasient-utfordring-handling*. Anne Marie Reitano g Tore Kr.Schjølberg(red). 84-89. Akribe forlag.
- Borg, Tore. 2010. «Seksualitet». I *kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling*. Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg (red.). 121-130. Oslo: Akribe forlag
- Dahl, Alv A. 2016. «Seksualitet». I *kreftsykdom: psykologiske og sosiale perspektiver*. Alv A. Dahl og Torgeir Sørensen. 232-253. Oslo: Cappelen Damm
- Dalland, Olav. 2015. "Ethiske overveielser og personvern" I *Metode og oppgaveskriving*. 95-109. 5 utg. Oslo: Gyldendal akademisk
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2017. "Mestring og motivasjon". I *Eide & Eide kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. Hilde Eide og Tom Eide. 47-83. Oslo:Gyldendal akademisk

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

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

Gamnes, Siv. 2012. «Nærhet og seksualitet». I *grunnleggende sykepleie, bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer*. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nordvedt og Eli Anne Skaug (red.). 71-104. Oslo: Gyldendal akademisk

Gjessing, Randi. 2018. "Seksualiteten etter kreft". Sykepleien. Lest 24.10.19
<https://sykepleien.no/forskning/2018/09/seksualiteten-etter-krefte>

Gjessing, Randi, Tore Borg og Alv A. Dahl. 2013. "Problemer med seksualitet". I *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. Jon Håvard Loge, Alv A. Dahl, Sophie D. Fosså og Cecilie E. Kiserud (red.). 87-108. Oslo: Gyldendal akademisk

Gynkreftforeningen. Udatert. «Livmorkreft». Lest: 04.10.2019
<https://www.gynkreftforeningen.no/livmor/>

Gynkreftforeningen. Udatert. «Seksualliv». Lest: 02.12.2019
<https://www.gynkreftforeningen.no/seksualitet/?fbclid=IwAR2kZpNfLjm39ngTQcCM5PtY2GOSrnKMjTqPrRTik7ssUYdu1qzGoMztlbQ>

Hagen, Bjørn og Mathias Onsrud. 2015. "Maligne svulster". I *Obstetikk og gynekologi*. Jan Martin Maltau, Kåre Molne og Britt-Ingjerd Nesheim (red.). 283-296. Oslo: Gyldendal akademisk

Helsebiblioteket. 2016. «kvalitativ metode». Lest: 30.10.19
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode?fbclid=IwAR1kl8tMhl4bcghWTy5-nCD4rPzWKxotGl96ccde4sJDdW5zVrt0yZPmmoE>

Helsedirektoratet. 2018. "Kunnskapsgrunnlag". Oppdatert 5.juli, 2019. Lest: 24.10.19
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/seksuell-helse-lokalt-folkehelsearbeid/kunnskapsgrunnla>

Helsedirektoratet. 2016. "Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for gynekologisk kreft". Lest 04.10.2019. https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gynekologisk-kreft-handlingsprogram/Gynekologisk%20kreft%20-%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer%20for%20diagnostikk,%20behandling%20og%20oppfolging.pdf/_/attachment/inline/2a961270-1ffb-4e75-bda9-2c91d928b0b3:89e6ef31b13daf7977bf3da6bf740a6035cc3ad6/Gynekologisk%20kreft%20-%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer%20for%20diagnostikk,%20behandling%20og%20oppfolging.pdf

Helsenorge. 2019. "Hva er kreft?". Oppdatert 18. mars 2019. Lest: 04.09.19. <https://helsenorge.no/sykdom/kreft/hva-er-kreft>

Helsenorge. 2017. "HPV-vaksine". Oppdatert 14 September, 2017. <https://helsenorge.no/vaksiner/hpv-vaksine>

Jefferies, Hilary og Collette Clifford. 2011. "All change: the lived experience of younger women with cancer of the vulva". *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2327-2335. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04043.x>

Jerpseth, Heidi. 2010. "Sykepleie ved gynekologiske kreftsykdommer". I *Klinisk sykepleie* 2. Hallbjørg Almås, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth (red.). 17-52. Oslo: Gyldendal akademisk.

Klepp, Olbjørn. 2019. «Hormonbehandling-kreft». Store medisinske leksikon. Lest: 24.10.19 https://sml.snl.no/hormonbehandling_-_kreft

Kreftforeningen. Udatert. «Cellegift». Lest. 24/10-19 <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftbehandling/cellegift/>

Kreftforeningen. Udatert. "Kirurgi". Lest. 24.10.19. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftbehandling/kirurgi/>

Kreftforeningen. 2019. "livmorhalskreft". Oppdatert 23.oktober, 2019. lest 24.10.19. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/>

Kreftforeningen. Udatert. "Strålebehandling". Lest 24.10.19.

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftbehandling/stralebehandling/>

Kreftregisteret. 2017. Lest: 04.10.2019. <https://sb.kreftregisteret.no/insidens/>

Kristensen, Gunnar. 2010. "Kreft i kvinnelige kjønnsorganer". I *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling*. Anne Marie Reitan og Tore Kr.Schjølberg(red). 389-401. Oslo: Akribe forlag

Kristensen, Gunnar. 2018. "Svulster i kvinnelige genitalia". I *kreftsykdommer - en basisbok for helsepersonell*. Ellen Schlichting og Erik Wist (red.). 312-326. Oslo: Gyldendal akademisk

Larsen, Inger Kristin, Giske Ursin og Elisabeth Weiderpass. 2018. "Kreft i Norge". Folkehelseinstituttet. Lest: 04.10.19 <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/>

Lorentsen, Vibeke Bruun og Ellen Karine Grov. 2010. "Generell sykepleie ved kreftsykdommer". I *Klinisk sykepleie 2*. Hallbjørg Almås, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth (red.). 401-437. Oslo: Gyldendal akademisk.

McCallum, Megan, Monique Lefebvre, Lynne Jolicocur, Christine Maheu og Sophie Lebel. 2012. "Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services". *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 2012: 33(3): 135-142. DOI: 10.3109/0167482X.2012.709291

Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2016. «Spørsmålsformulering». I *Jobb kunnskapsbasert!*. 29-39. 2 utg. Oslo: Akribe AS.

Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2016. «Litteratursøk». I *Jobb kunnskapsbasert!*. 41-63. 2 utg. Oslo: Akribe AS.

Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2016. «Å formidle og undervise i kunnskapsbasert praksis». I *Jobb kunnskapsbasert!* 185-192. 2 utg. Oslo: Akribe AS.

Norsk helseinformatikk. 2018. "Kreft i eggstokkene". Oppdatert 23.august, 2018. Lest: 04.10.19 <https://nhi.no/sykdommer/kreft/gynekologisk-kreft/eggstokkreft/>

Norsk helseinformatikk. 2017. "Kreft i livmoren". Oppdatert 7.november, 2017. Lest: 04.10.19. <https://nhi.no/sykdommer/kreft/gynekologisk-kreft/livmorkreft/>

Norsk helseinformatikk. 2019. "Livmorhalskreft". Oppdatert 18. januar, 2019. Lest: 04.10.19 <https://nhi.no/sykdommer/kreft/gynekologisk-kreft/livmorhalskreft/?page=all>

Pasient-og brukerrettighetsloven, §3-2, 1999. *Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v av 2.juli 1999 nr.63.* <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker%20rettigheter>.

Pasient-og brukerrettighetsloven, §3-3, 1999. *Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v av 2.juli 1999 nr.63.* <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker%20rettigheter>.

Rasmusson, Else-Marie og Bibbi Thomé. 2008. "Woman's Wishes and Need for Knowledge Concerning Sexuality and Relationships in Connection with Gynecological Cancer Disease". *Sexuality and disability* (2008) 26: 207-218. DOI: 10.1007/s11195-008-9097-5

Regjeringen. 2016. "Mer åpenhet om seksuell helse". Lest: 04.10.19 <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/mer-apenhet-om-seksuell-helse/id252293>

Regjeringen. 2008. "Rammeplan for sykepleierutdanning". Lest: 10.12.19 https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Regjeringen. 2016. "Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)". Lest 04.10.19 https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf

Schei, Brit. 2015. "Psykososial gynekologi". I *Obstetrikk og gynekologi*. Jan Martin Maltau, Kåre Molne og Britt-Ingjerd Nesheim (red.). 342-349. Oslo: Gyldendal akademisk

Schjølberg, Tore Kr. 2004. "Et endret kroppsbilde". I *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling*. Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg(red.). 90-99. Oslo: Akribe forlag

Sekse, Ragnhild J. T., Eva Gjengedal og Målfrid Råheim. 2012. "Living in a Changed Female Body After Gynecological Cancer". *Health Care for Women International*, 34:1, 14-33. DOI: <https://doi.org/10.1080/07399332.2011.645965>

Sekse, Ragnhild J. T., Målfrid Råheim, Gunnhild Blaaka og Eva Gjengedal. 2010. "Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynecological cancer." *Scandinavian Journal of Caring Sciences*; 2010; 24; 799-807. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00778.x>

Sekse, Ragnhild J. T., Målfrid Råheim og Eva Gjengedal. 2014. "Shyness and Openness – Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer." *Health Care for Women International*, 36:11, 1255-1269. DOI: <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.989436>

Sele, Ellen Cecilie. 2004. "Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorganer". I *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling*. Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjølberg(red.). 402-407. Oslo: Akribe forlag

Thidemann, Inger-Johanne. 2019. "Litteratursøk". I *Bachelor-oppgaven for sykepleierstudenter - den lille motivasjons-boken i akademisk oppgaveskriving*. 83-99. Oslo: Universitetsforlaget AS

Thidemann, Inger-Johanne. 2019. "Valg av metode". I *Bachelor-oppgaven for sykepleierstudenter - den lille motivasjons-boken i akademisk oppgaveskriving*. 76-82. Oslo: Universitetsforlaget AS

Trope, Claes og Mathias Onsrud. 2010. "Maligne svulster". I *Obstetikk og gynekologi*. Per Bergsjø, Jan Martin Maltau, Kåre Molne og Britt-Ingjerd Nesheim(red.). 337-352. Oslo: Gyldendal akademisk.

Vermeer, M. Willemijn, Rinske M. Bakker, Gemma G. Kenter, Anne M. Stiggelbout, Moniek M. Ter Kuile. 2016. "Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support". *Support Care Cancer* (2016) 24:1679-1687. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2925-0>

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

Øverli, Bente og Jorunn Valle Nilsen. 2018. "Kreftpasienter og rehabilitering". I *kreftsykdommer - en basisbok for helsepersonell*. Ellen Schlichting og Erik Wist (red.). 445-453. Oslo: Gyldendal akademisk.

VEDLEGG 1: PI(C)O-skjema

	P – Pasient/populasjon (Hvem?)	I – Intervensjon (Hva?)	C - Comparison	O – Outcome (Utfall?)
E N G E L S K	Cancer OR Neoplasm* -----AND----- Gynecologic* OR Cervi* OR Uterin* OR Ovari* -----AND----- Surviv*	Experienc*	Ingen sammenligning	Sexual* «Sexual health»

VEDLEGG 2: Søkehistorikk

SØKEORD	DATO	DATABASE	ANTALL TREFF	LESTE ABSTRACTS	LESTE ARTIKLER	INKLUDERTE ARTIKLER
Gynecologic* OR ovari* OR uterin* OR cervi*	13/9- 2019	Medline	601574	0	0	0
Cancer*	13/9- 2019	Medline	1462955	0	0	0
1 AND 2	13/9- 2019	Medline	139014	0	0	0
Experienc*	13/9- 2019	Medline	904582	0	0	0
3 AND 4	13/9- 2019	Medline	7650	0	0	0
Treatment*	13/9- 2019	Medline	4232973	0	0	0
5 AND 6	13/9 - 2019	Medline	4021	0	0	0
Sexual* → sexual dysfunction, phsiological or sexual health or psychological	13/9- 2019	Medline	259158	0	0	0
7 AND 8	13/9- 2019	Medline	199	0	0	0
Language → Norsk, Engelsk, Svensk og dansk Limit = 2009 → Current	13/9- 2019	Medline	118	14	7	1

	SØKEORD	DATO	DATABASE	ANTALL TREFF	LESTE ABSTRACTS	LESTE ARTIKLER	INKLUDERTE ARTIKLER
1.	Cancer .mp.	18/9-19	OVID Medline	1406981	0	0	0
2.	Neoplasm* .mp.	18/9-19		2699787	0	0	0
3.	1 OR 2	18/9-19		2936622	0	0	0
4.	Gynecologic* .mp.	18/9-19		49335	0	0	0
5.	Cervi* .mp.	18/9-19		258780	0	0	0
6.	Uterin* .mp.	18/9-19		212109	0	0	0
7.	4, 5 OR 6	18/9-19		413420	0	0	0
8.	3 AND 7	18/9-19		170225	0	0	0
9.	Surviv* .mp.	18/9-19		1220633	0	0	0
10.	8 AND 9	18/9-19		21508	0	0	0
11.	Experienc* .mp.	18/9-19		909556	0	0	0
12.	10 AND 11	18/9-19		2149	0	0	0
13.	Sexual* .mp.	18/9-19		260495	0	0	0
14.	12 AND 13	18/9-19		90	0	0	0
15.	Limit to Danish, English, Norwegian and Swedish	18/9-19		86	0	0	0
16.	Limit search to 2012 → current	18/9-19	OVID Medline	51	14	9	3

	SØKEORD	DATO	DATABASE	ANTALL TREFF	LESTE ABSTRACTS	LESTE ARTIKLER	INKLUDERTE ARTIKLER
1.	(Cancer OR neoplasms)	15/10- 19	Pro-quest				
2.	(gynecological OR cervical OR uterine OR ovarian)	15/10- 19	Pro-quest				
3.	(experience)	15/10- 19	Pro-quest				
4.	(Sexual OR sexual health)	15/10- 19	Pro-quest				
5.	Limit to Danish, English, Norwegian and Swedish	15/10- 19	Pro-quest				
6.	Limit search to 2009 → current	15/10- 19	Pro-quest	448	17	8	4

	SØKEORD	DATO	DATABASE	ANTALL TREFF	LESTE ABSTRACTS	LESTE ARTIKLER	INKLUDERTE ARTIKLER
1.	Gynecological cancer*	10/10- 19	ORIA				
2.	OR cervical	10/10- 19	ORIA				
3.	OR uterine	10/10- 19	ORIA				
4.	OR ovary	10/10- 19	ORIA				
5.	AND Sexual health	10/10- 19	ORIA				
6.	AND Experiences	10/10- 19	ORIA				
7.	Avgrenset til: 2012-2020, fra fagfelleurderte tidsskrift, Engelsk, Dansk, Norsk, Artikler og gynecological cancer	10/10- 19	ORIA	242	10	5	1

	SØKEORD	DATO	DATABASE	ANTALL TREFF	LESTE ABSTRACTS	LESTE ARTIKLER	INKLUDERTE ARTIKLER
1.	Neoplasms*	17/10- 19	CINAHL	267590	0	0	0
2.	Cancer	17/10- 19	CINAHL	263717	0	0	0
3.	1 OR 2	17/10- 19	CINAHL	361629	0	0	0
4.	Gynecologic*	17/10- 19	CINAHL	13039	0	0	0
5.	Cervi*	17/10- 19	CINAHL	55493	0	0	0
6.	Uterin*	17/10- 19	CINAHL	19352	0	0	0
7.	Ovari*	17/10- 19	CINAHL	25755	0	0	0
8.	4, 5, 6 OR 7	17/10- 19	CINAHL	104246	0	0	0
9.	3. AND 8	17/10- 19	CINAHL	28787	0	0	0
10	Experienc*	17/10- 19	CINAHL	390335	0	0	0
11.	9 AND 10	17/10- 19	CINAHL	1990	0	0	0
12.	Sexual* OR 'sexual health'	17/10- 19	CINAHL	95404	0	0	0
13.	11. AND 12	17/10- 19	CINAHL	206	0	0	0
14.	Limits to Danish, English, Norwegian and Swedish	17/10- 19	CINAHL	195	15	8	2

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

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

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

Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

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

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

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

(A) Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

 JA UKLART NEI

Tips:

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

Kommentar : Hensikten med denne studien var å få en dypere forståelse av opplevelsen til hver enkelt kvinne som ble behandlet for vulvarcancer, på et tidlig stadium, med fokus på deres opplevelser av seksualitet og kroppsbilde..

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

 JA UKLART NEI

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

Kommentar: Studien har som mål å samle inn kvinners opplevelser av seksualitet og kroppsbilde.

Skal du fortsette vurderingen?

Tips:

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

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

JA UKLART NEI

Tips:

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

Kommentar: Ja, i studien er det godt hvordan datainnsamlingen ble gjort gjennom inkluderings- og ekskluderingskriterier. Måten de har analysert data er godt beskrevet.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

JA UKLART NEI

Tips: Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

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

Kommentar: Alle kvinner i denne studien hadde gjennomgått kirurgi for vulvarcancer på et tidlig stadium på et spesialisert sykehus i Sydney, Australia. 21 kvinner ble invitert til studien gjennom et brev i posten, og 10 kvinner responderte. Alder, kulturell bakgrunn, når de gjennomgikk behandling, hvor de kommer fra, utdanning og om de har en partner kommer frem i artikkelen. Kvinnene i denne studien valgte selv å ta kontakt dersom de var interessert i å delta, og studien beskriver hvorfor de har valgt å inkludere eller ekskludere deltakere fra studien.

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

JA

UKLART

NEI

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

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

Kommentar: Ja, i denne studien bruker de semistrukturerte dybdeintervjuer. De har med intervjuguide. Analysen innebar å lytte til de lydbåndene intervjuene flere ganger og lese gjennom hvert av intervjuutskriftene. Under gjentatte avlesninger ble uttalelser eller uttrykk som virket avgjørende eller avslørende om opplevelsen av seksualitet og kroppsbilde fremhevet. Dette prosjektet ble gjennomført på en slik måte at resultatene ble funnet å være troverdige.

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

JA

UKLART

NEI

Tips:

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

Kommentar: Ja, de skriver om sin rolle i studien og datainnsamling. De beskriver godt analysen av data.

7. Er etiske forhold vurdert?

 JA UKLART NEI

Tips:

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

Kommentar: ja, etikkgodkjenning ble innhentet fra de relevante komiteene for humanforskning i helsestjenesten og universitetet. Det ble søkt skriftlig samtykke fra alle deltakere før intervjuet, inkludert samtykke til å bli lydbåndet. Potensielle deltakere ble informert om deres rett til å nekte å svare på spørsmål og om deres rett til å suspendere eller trekke seg fra forskningsprosjektet når som helst.

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

 JA UKLART NEI

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

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

Kommentar: Ja, det er godt beskrevet hvordan analysen ble gjennomført. De har brukt fenomenologisk analyse i studien, og beskriver hvordan de har analysert intervjuene.

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

 JA UKLART NEI

(B) Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

 JA UKLART NEI

Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

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

Kommentar: Funnene er godt beskrevet i studien, og forskerne har diskutert at dette er troverdig.

(C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar: Artikkelen avdekker behov for videre forskning.

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

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- 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?

Vedlegg 4: Oversiktstabeller

Artikkel 1	
Forfattere	Afiyanti, Yati og Ariesta Milanti.
År	2013
Land	Indonesia
Tidsskift	Nursing and Health Sciences
Tittel	Physical sexual and intimate relationship concerns among indonesian cervical cancer survivors: A phenomenological study.
Hensikt	Studien ønsker å utforske seksuelle bekymringer og innvirkningen det hadde på det intime partnerforholdet hos livmorhalskreftoverlevende i Indonesia.
Metode	Kvalitativ metode med beskrivende fenomenologisk tilnærming, og data ble samlet inn gjennom dybdeintervjuer.
Deltakere/fracfall	13 livmorhalskreftoverlevende indonesiske kvinner i alderen 38 til 48 år.
Hovedfunn	I denne studien kommer det frem bekymringer relatert til seksualitet og intimitet hos de kreftoverlevende og deres ektefelle. De fysiske bekymringene inkluderer smerter, tørrhet i skjede, forkortet skjede og blødninger etter samleie. Nedsatt sexlyst og redsel for tilbakefall av kreften er mye av årsaken til at kvinnene unngår samleie med ektefelle. Kvinnene i denne studien hadde en frykt for at ektefelle skulle forlate dem, derfor tvang de seg selv til samleie for å tilfredsstille ektefelle.
Etisk vurdering	The Reaearch Ethics Committee, Faculty of Nursing, University of Indonesia, Jakarta har godkjent denne studien. Samtykke fra deltakerne ble innhentet.
Vurdering av kvalitet	Denne artikkelen har publiseringsnivå 1, og er fagfellevurdert. Videre kvalitetsvurderte vi den ved bruk av sjekklister for kvalitativ forskning.

Artikkel 2	
Forfattere	Bal, Meltem Demirgoz, Sema Dereli Yilmaz og Nezihe Kizilkaya Beji.
År	2013
Land	Tyrkia
Tidsskift	Sexuality and disability
Tittel	Sexual Health in Patients with Gynecological Cancer: A Qualitative Study
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke seksuell funksjon, kroppsbylde, fruktbarhet, seksuell helse og hvordan dette påvirket morsrollen og ekteskapet hos de gynekologisk kreft overlevende.
Metode	Kvalitativ metode. Data ble samlet inn gjennom semistrukturerte dybdeintervju.
Deltakere/fracfall	11 Tyrkiske kvinner behandlet for gynekologisk kreft i alderen 30 til 55 år deltok i studien. Grunnen til at noen valgte å ikke delta var mangel på tid eller at de var for dårlige til å delta.
Hovedfunn	Diagnosen og behandlingen av gynekologisk kreft påvirker den seksuelle helsen på mange måter. Deltakerne rapporterte endringer som nedsatt seksuell lyst, opphisselse, hyppighet av samleie og orgasme. Behandlingen påvirket kvinnes kroppsbylde, evne til reproduksjon, morsrollen og ekteskapet. Vaginale endringer som forkortet og tørr skjede, samt tidlig overgangsalder nevnes av deltakerne. Noen av deltakerne hadde en frykt for å overføre kreften til ektefelle ved samleie eller få tilbakefall av kreften. Kvinnene manglet stort sett den nødvendige støtten til å takle problemet, og kunne dermed tenkt seg mer informasjon fra helsepersonell om seksuelle endringer.
Etisk vurdering	Studien ble gjennomført ved en gynekologisk klinikk. Deltakerne ga samtykke til å delta i studien.
Vurdering av kvalitet	Denne artikkelen har publiseringsnivå 1, og er fagfellevurdert. Videre kvalitetsvurderte vi den ved bruk av sjekklister for kvalitativ forskning.

Artikkel 3	
Forfattere	Barlow, Ellen L., Neville F. Hacker, Rafat Hussain og Glenda Parmenter.
År	2013
Land	Australia
Tidsskift	Journal of Advanced Nursing
Tittel	Sexuality and body image following treatment for early-stage vulvar cancer: a qualitative study
Hensikt	Hensikten med denne studien var å få en dypere forståelse av opplevelsen til hver enkelt kvinne som ble behandlet for kreft i ytre kjønnsorgan, på et tidlig stadium, med fokus på deres opplevelser av seksualitet og kroppsbilde.
Metode	Kvalitativ metode med fenomenologisk tilnærming, og data ble samlet gjennom semistrukturerte dybdeintervjuer.
Deltakere/fracfall	Alle kvinnene i studien hadde gjennomgått kirurgi for kreft i ytre kjønnsorgan på et spesialsykehus i Sydney, Australia. Ti kvinner ble med i studien og alderen varierte fra 37 til 76 år (gjennomsnittsalder 58 år).
Hovedfunn	<p>Det er generelt positive resultater for seksualitet og kroppsbilde hos kvinner som har blitt behandlet med konservativ kirurgi, for kreft i ytre kjønnsorgan på et tidlig stadium. Negative opplevelser er fjerning av tumor og området rundt, eller utvikling av lymfødeme. To av kvinnene som deltok i studien hadde fjernet klitoris, og hadde ikke hatt samleie etter inngrepet grunnet nervøsitet og frykt. Noen av deltakerne beskrev en nummenhet nedentil etter behandlingen.</p> <p>Det er behov for mer kommunikasjon om seksualitet og kroppsbilde, spesielt om når de kan gjenoppta seksualiteten som normalt. Hos noen kvinner var alt som tidligere, men enkelte hadde problemer med å oppnå orgasme.</p>
Etisk vurdering	Etisk godkjenning ble innhentet fra de relevante komiteene for humanforskning i helsetjenesten og universitetet. Deltakerne samtykket til å delta i studien, og hadde mulighet til å trekke seg.
Vurdering av kvalitet	Denne artikkelen har publiseringsnivå 2, og er fagfellevurdert. Videre kvalitetsvurderte vi den ved bruk av sjekklister for kvalitativ forskning.

Artikkel 4	
Forfattere	Jefferies, Hilary og Collette Clifford
År	2011
Land	Storbritannia
Tidsskift	Sexual Medicine – Open access
Tittel	All change: the lived experience of younger woman with cancer of the vulva
Hensikt	Hensikten med studien er å få en større forståelse og kunnskap av kvinners erfaringer knyttet til omsorg og endringer i livet etter kreft i ytre kjønnsorgan.
Metode	Kvalitativ metode med en fenomenologisk tilnærming, og data ble samlet inn gjennom semistrukturerte intervju.
Deltakere/fracfall	13 kvinner under 50 år. Alle deltakerne har hatt kreft i ytre kjønnsorgan.
Hovedfunn	Alle kvinnene i studien hadde opplevd fysisk, psykologisk og seksuell endring i ulik grad etter behandling. Kvinnene i studien ga uttrykk for at livet hadde endret seg siden de fikk diagnosen. Behandlingen hadde ført til smerter i bein/nummenhet, sårinfeksjon/dårlig sårtilheling i etterkant av operasjon, lymfeødem, endring i seksual funksjon og tap av selvbylde. Deltakerne gir uttrykk for mangelfull informasjon om tiden under og etter behandling. Enkelte av deltakerne har en frykt og usikkerhet for gjentakelse av kreften.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning ble gitt av det lokale forskningsetiske komiteen. Deltakerne i studien ble anonymisert.
Vurdering av kvalitet	Denne artikkelen har publiseringsnivå 1, og er fagfelleurdert. Videre kvalitetsvurderte vi den ved bruk av sjekklister for kvalitativ forskning.

Artikkel 5	
Forfattere	McCallum, Megan, Monique Lefebvre, Lynne Jolicoeur, Christine Maheu og Sophie Lebel
År	2012
Land	Canada
Tidsskift	Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology
Tittel	Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services
Hensikt	Hensikten med denne studien var å beskrive seksuell helse som defineres av kvinner som ble behandlet for gynekologiske kreftformer, for å få en større forståelse av hva de ønsker av tjenester og å identifisere potensielle barrierer som kvinnene har om seksualitet.
Metode	En tolkende kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer.
Deltakere/frafall	15 kvinner valgte å delta i studien. Gjennomsnittsalderen var 52 år.
Hovedfunn	Fjorten av de femten deltakerne rapporterte at kreftbehandlingen hadde hatt negativ innvirkning på deres seksualitet. De hyppigst nevnte negative symptomene på seksuell helse relatert til etter behandling, innebærer seksuell opphisselse og lyst, smerter ved samleie, arr i skjeden, forkortelse av skjede og tørrhet. Deltakerne beskrev et gjensidig forhold mellom fysiske og psykologiske faktorer som hadde effekt på deres nåværende seksualitet. De mest rapporterte psykoseksuelle vanskene som ble rapportert inkluderte angst (f.eks. frykt for partneravvisning eller forlatelse), bekymringer for fruktbarhet og det å være kvinne. Flertallet av kvinnene beskrev at de hadde et behov for mer informasjon.
Etisk vurdering	Godkjenning ble hentet inn fra tre institusjonelle forskningsetiske styrer. Alle deltakerne ble anonymisert.
Vurdering av kvalitet	Denne artikkelen har publiseringsnivå 1, og er fagfelleurdert. Videre kvalitetsvurderte vi den ved bruk av sjekklister for kvalitativ forskning.

Artikkel 6	
Forfattere	Rasmusson, Else-Marie og Bibbi Thomé.
År	2008
Land	Sverige
Tidsskift	Sexuality and disability
Tittel	Woman's Wishes and Need for Knowledge Concerning Sexuality and Relationships in Connection with Gynecological Cancer Disease
Hensikt	Hensikten med denne studien var å undersøke kvinners ønsker og kunnskapsbehov angående seksualitet og forhold i forbindelse med gynekologisk kreft.
Metode	Kvalitativ metode. Data ble samlet gjennom intervjuer.
Deltakere/fracfall	11 kvinner deltok i studien etter å ha avsluttet gynekologisk kreftbehandling. Deltakerne var mellom 36 og 60 år.
Hovedfunn	Da kvinnene i studien ble diagnostisert, handlet det først og fremst om å bli kreftfri. Tanker om tiden etter behandlingen, ble dermed ikke prioritert. Kvinnene uttrykte bekymringer og usikkerhet knyttet endringer av kroppen, tap av kvinnelighet, fruktbarhet, seksuelle utfordringer og partnerforhold. I studien nevner de at intimitet og seksualitet var viktig for å oppleve velvære og trivsel. Det kommer frem at kvinnene hadde ulike tanker og behov for informasjon knyttet seksualitet i sykdomsprosessen.
Etisk vurdering	Board of Care Science Ethics godkjente studien. Kvinnene samtykket skriftlig og muntlig, og hadde mulighet til å trekke seg.
Vurdering av kvalitet	Denne artikkelen har publiseringsnivå 1, og er fagfellevurdert. Videre kvalitetsvurderte vi den ved bruk av sjekklister for kvalitativ forskning.

Arikkel 7	
Forfattere	Sekse, Ragnhild J. Tveit, Eva Gjengedal og Målfrid Råheim.
År	2011
Land	Norge
Tidsskift	Health Care for Woman International
Tittel	Living in a Changed Female Body After Gynecological Cancer
Hensikt	Hensikten med denne studien er å få en større forståelse av kvinners opplevelser med en endret kvinnekropp 5-6 år etter behandling av gynekologisk kreft.
Metode	En kvalitativ metode med fenomenologisk tilnærming, og data ble samlet inn gjennom dybdeintervjuer.
Deltakere/fracfall	16 kvinner som har overlevd gynekologisk kreft og vært kreftfri i over 5 år deltok i studien. Kvinnene var fra 39-66 år med en gjennomsnittsalder på 56 år.
Hovedfunn	Kvinnene i studien hadde vært kreftfrie i over 5 år, men hadde fortsatt utfordringer knyttet til kroppslige endringer etter behandlingen. De beskrev endringene som et «ukjent vesen» i kroppen de ikke kunne unnslippe. Kreft er en potensielt livstruende sykdom, noe som hadde resultert i at noen av kvinnene hadde fjernet livmoren. Tap av fruktbarhet og morsrolle var noe kvinnene ofte ble påminnet, og som ble beskrevet som en «tomhetsfølelse». Kroppstemperaturen ble også dårlig regulert etter behandlingen, noe som resulterte i en varierende temperatur mellom kulde og varme. Behandlingen av kreften hadde ført til konsekvenser for kvinnens sexliv og det intime forholdet til partner. Ubehag ved samleie, mangel på sexlyst, tørre slimhinner og smerter er noen av konsekvensene av behandlingen som nevnes. Kvinnene hadde et ønske om å få en mer «kjent» kropp tilbake, og dette var noe de fremdeles jobbet med 5 år etter behandling.
Etisk vurdering	Studien ble godkjent av regional komité for medisinsk og helse forskningsetikk. Deltakerne ga skriftlig og muntlig samtykke til å delta, og hadde hele tiden mulighet til å trekke seg.
Vurdering av kvalitet	Denne artikkelen har publiseringsnivå 2, og er fagfellevurdert. Videre kvalitetsvurderte vi den ved bruk av sjekklister for kvalitativ forskning.

Artikkel 8	
Forfattere	Sekse, Ragnhild Johanne Tveit, Maalfrid Raaheim, Gunnhild Blaaka og Eva Gjengedal
År	2010
Land	Norge
Tidsskift	Scandinavian Journal of Caring Sciences
Tittel	Life beyond cancer: Woman's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer
Hensikt	Hensikten med denne studien var å få en større forståelse av opplevelsene til langtidsoverlevende kvinner etter gynekologisk kreftbehandling og hvordan de opplevde kreftomsorgen.
Metode	Kvalitativ metode med en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Data ble samlet inn gjennom dybdeintervjuer.
Deltakere/fracfall	39 kvinner ble invitert til studien, og 16 aksepterte. Kvinnene var mellom 39 og 66 år. Alle deltakerne har tidligere blitt behandlet for en gynekologisk kreftsykdom. Grunnet etiske hensyn ble det ikke utgitt informasjon om hvorfor noen ikke valgte å delta.
Hovedfunn	I denne studien beskriver kvinnene hvordan de opplevde endringer i livet etter en gynekologisk kreftsykdom. Kvinnene beskriver hvordan endringene har påvirket dem og hvordan de taklet hverdagen etter behandling. Feminitet ser ikke ut til å ha blitt påvirket, men de kroppslige forandringer ga utfordringer knyttet til seksualitet og generelt velvære. Kvinnene i fertil alder hadde større utfordringer med fjerning av seksuelle organ, enn eldre kvinnene. Kvinnene i den fertile alderen opplevde tap av fruktbarhet, og utfordringer knyttet til seksualitet og overgangsalder. Stort sett alle rapporterte tap av sexlyst, smerte, sårhet og tørrhet nedentil som en behandlingsekvens. Deltakerne følte seg alene, og at de ikke fikk tilstrekkelig med informasjon og veiledning etter behandling.
Etisk vurdering	Regionalt medisinsk forskningsutvalg godkjente studien. Kvinnene ga skriftlig samtykke til å delta i studien og ble anonymisert.
Vurdering av kvalitet	Denne artikkelen har publiseringsnivå 1, og er fagfellevurdert. Videre kvalitetsvurderte vi den ved bruk av sjekkliste for kvalitativ forskning.

Artikkel 9	
Forfattere	Sekse, Ragnhild J. T., Målfrid Råheim og Eva Gjengedal.
År	2014
Land	Norge
Tidsskift	Health Care for Woman International
Tittel	Shyness and openness--common ground for dialogue between health personnel and women about sexual and intimate issues after gynecological cancer.
Hensikt	Målet med studien var å finne ut hvordan kvinner beskriver og håndterer sine seksuelle endringer og intimitet, og hvordan samtaler med helsepersonell om slike spørsmål fant sted.
Metode	Kvalitativ metode med fenomenologisk tilnærming, og data ble samlet inn gjennom dybdeintervjuer.
Deltakere/fracfall	32 kvinner ble invitert til å delta i studien, 16 takket ja. Kvinnene var mellom 39 og 66 år (gjennomsnittsalder på 56 år).
Hovedfunn	Relevante funn i denne artikkelen er at den gynekologiske kreften hadde ført til store kroppslige forandringer hos kvinnene. De kroppslige forandringene hadde ført til konsekvenser for deres seksualitet og intimitet. Kvinnene i studien hadde vansker med å uttrykke sine personlige erfaringer og behov relatert til de seksuelle endringene. Helsepersonell tok ikke nok initiativ til å diskutere utfordringene kvinnene møtte. For noen av kvinnene var dette første gangen de pratet om seksualitet og seksuelle endringer etter behandlingen for kreft. Kvinnene følte seg alene med de store kroppslige endringene og konsekvensene dette hadde for deres seksuelle liv.
Etisk vurdering	Studien ble godkjent av regional komité for medisinsk og helse forskningsetikk. Deltakerne ga skriftlig og muntlig samtykke til å delta, og hadde hele tiden mulighet til å trekke seg.
Vurdering av kvalitet	Denne artikkelen har publiseringsnivå 2, og er fagfellevurdert. Videre kvalitetsvurderte vi den ved bruk av sjekklister for kvalitativ forskning.

Artikkel 10	
Forfattere	Vermeer, Willemijn M., Rinske M. Bakker, Gemma G. Kenter, Anne M. Stiggelbout og Moniek M. ter Kuile.
År	2016
Land	Nederland
Tidsskrift	Support Care in Cancer
Tittel	Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support
Hensikt	Hensikten med denne studien var å vurdere erfaringer med seksuell dysfunksjon, psykoseksuell støtte, og psykoseksuelle behov for helsetjenester blant livmorhalskreft overlevende og deres partnere.
Metode/instrument	Kvalitativ metode med semi-strukturerte intervjuer.
Deltakere/frafall	I denne studien deltok 26 kvinner og 12 partnere. Årsaken til at noen ikke valgte å delta var at emnet var for intimt eller skremmende.
Hovedfunn	I studien ser vi at flere kvinner har en eller flere utfordringer både fysisk og psykisk etter kreftbehandling. Fokuset vårt blir kvinners erfaringer knyttet til seksuell helse etter behandling. Kvinnene erfarte seksuelle bekymringer som urinlekkasjer, tarmproblemer, lymfeødem, infertilitet, vaginale forandringer, tørr skjede og smerter under samleie. Tap av seksuell lyst, endret kroppsbilde og angst for smerter under samleie er også faktorer som nevnes. I studien kommer det frem at informasjon og veiledning om seksuelle komplikasjoner etter behandling er mangelfullt.
Etisk vurdering	The LUMC Medical Ethical Committee godkjente studien.
Vurdering av kvalitet	Denne artikkelen har publiseringsnivå 1, og er fagfellevurdert. Videre kvalitetsvurderte vi den ved bruk av sjekkliste for kvalitativ forskning.

Artikkel 11	
Forfattere	Wilmoth, Margaret C., Elizabeth Hatmaker-Flanigan, Vanessa Laloggia og Traci Nixon.
År	2011
Land	USA
Tidsskift	Oncology Nursing Forum
Tittel	Ovarian Cancer Survivors: Qualitative Analysis of the Symptom of Sexuality
Hensikt	Hensikten med denne studien er å forstå kvinners erfaringer med seksuelle endringer etter behandling, hvordan de håndterer dette og hvilken informasjon de ønsker fra sykepleier.
Metode/instrument	Kvalitativ beskrivende metode. 8 deltakere deltok på individuelle intervjuer og 5 deltakere deltok i fokusgruppe.
Deltakere/fracfall	18 kvinner ble invitert til studien, av disse 18 deltok 13 kvinner. 8 deltok i en til en intervju, og 5 deltok i en fokusgruppe. Gjennomsnittsalderen på de 13 deltakerne var 56 år. Grunnen til fracfall var mangel på interesse for å delta, for opptatt eller at de ikke responderte på invitasjon. I denne undersøkelsen var noen under behandling og noen ferdig behandlet.
Hovedfunn	I studien kommer det frem at uansett alder rapporterte kvinnene at behandlingen av eggstokkreft hadde en skadelig innvirkning på deres seksuelle helse. Endringene førte til at kvinnene «ikke følte seg hel lenger». Kvinnene oppgir plager som vaginal tørrhet og smerter ved samleie, samt tap av seksuell lyst og feminitet har ført til endringer i deres seksualitet. Endringer som også påvirket seksualiteten negativt var hårtap, vektendringer, trøtthet og fatigue. Deltakerne rapportere om mangelfull informasjon og veiledning som kunne oppstå under og etter behandling.
Etisk vurdering	Carolinas Medical Center og University of North Carolina-Charlotte godkjente studien. Skriftlig og muntlig samtykke ble innhentet.
Vurdering av kvalitet	Denne artikkelen har publiseringsnivå 1, og er fagfellevurdert. Videre kvalitetsvurderte vi den ved bruk av sjekklister for kvalitativ forskning.