



Bacheloroppgave

SYH600 Sykepleie

**Livmorhalskreft og seksuell helse
Cervical cancer and sexual health**

Kandidatnummer 1 og 31

Totalt antall sider inkludert forsiden: 70

Molde, 17/3-2023



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

| Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6: | | |
|---|---|-------------------------------------|
| 1. | Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. | Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. | Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§16 og 36. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. | Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert, jf. høgskolens regler og konsekvenser for fusk og plagiat | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. | Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. | Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider | <input checked="" type="checkbox"/> |

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht. Personopplysningsloven skal meldes til Sikt for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av Sikt?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

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

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder:

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 17/3-2023

Antall ord: 7605

Forord

Seksualitet er en integrert del av ethvert menneskes personlighet. Den er et grunnleggende behov og et aspekt ved det å være menneske, noe som ikke kan skilles fra andre sider av livet. Seksualitet er ikke det samme som samleie. Det handler ikke om hvorvidt vi får orgasme eller ikke og det er ikke summen av vårt erotiske liv. Dette kan være en del av vår seksualitet, men behøver ikke å være det. Seksualitet er så mye mer. Det er det som driver oss til å søke etter kjærlighet, varme og intimitet. Det uttrykkes i den måten vi føler, beveger oss, rører ved og berøres av andre på. Det er like mye det å være sensuell som å være seksuell. Seksualiteten har innflytelse på våre tanker, følelser, handlinger og vårt samspill med andre mennesker, og derved på vår mentale og fysiske helse. Og da helse er en grunnleggende menneskerett, så må også seksuell helse være det samme.

(Borg 2010, 121)

Sammendrag

Bakgrunn: I Norge blir nærmere 350 norske kvinner diagnostisert med livmorhalskreft hvert år, og rundt 100 av dem dør som følge av sykdommen. Når dette temaet blir diskutert, er det ofte screeningprogrammet, HPV-vaksine og celleforandringer som blir i fokus. Seksuell helse er et sentralt punkt når det kommer til livmorhalskreft, noe som må opp og frem i lyset.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse kvinners seksuelle helse etter gjennomgått behandling av livmorhalskreft.

Metode: En systematisk litteraturstudie basert på åtte kvalitative forskningsartikler.

Resultat: Kvinnene opplevde fysiske- og psykiske problemer i etterkant av behandling. Fysiologiske forandringer, orgasmeproblematikk, smerter, frykt og endret syn på kropp var de fremtredende funnene. Mange opplevde også endret parforhold i positiv eller negativ forstand. Et annen fremtredende funn var at flertallet av kvinnene opplevde mangelfull informasjon i kommunikasjon med helseprofesjoner, noe som gjorde det vanskelig å oppsøke hjelp mot plager de opplevde.

Konklusjon: Kvinnene gjennomgikk flere problemområder etter gjennomgått behandling av livmorhalskreft. Flere av problemområdene hadde innvirkning på hverandre, noe som resulterte i en dårlig seksuell helse. Kulturforskjeller har innvirkning på kvinners opplevelse av seksuell helse etter behandling. Sykepleierens rolle i tiden etter behandling er viktig. Kompetansen blant sykepleiere må heves fordi kunnskap er essensiell for å bryte tabu.

Nøkkelord: Livmorhalskreft, seksuell helse, seksualitet, erfaring

Abstract

Background: Approximately 350 women gets affected by cervical cancer every year in Norway and about 100 of these dies because of the disease. When this theme is discussed, mostly screening, HPV-vaccine and cell changes that are the main subjects. When it comes to cervical cancer, sexual health is an important subject that needs to shed the light.

Purpose: The purpose of this literature review was to shed light on women's sexual health after undergoing treatment for cervical cancer.

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

Results: Women experienced physiological and psychological problems after treatment. Physiological changes, problems with achieving orgasm, pain, fear and changed body view was the salient findings. Many experienced changed partnerships either in a positive or negative way. Another finding was that most of the women also experienced a lack of information in communication with health care providers, that made it hard to seek professional help against the problems they experienced.

Conclusion: Women went through different problematic areas after undergoing treatment for cervical cancer. Many of the areas had impact on each other, something that resulted in bad sexual health. Cultural differences have an impact on women's experiences on sexual health after treatment. The nurse's role in the time after treatment is important. Competency among nurses must be raised because knowledge is essential to break the taboo.

Key words: Cervical cancer, sexual health, sexuality, experience

Innhold

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1.0 | Innledning | 1 |
| 1.1 | Begrunnelse for valg av tema | 1 |
| 1.2 | Sykepleiefaglig relevans | 2 |
| 1.3 | Hensikt | 3 |
| 1.4 | Problemstilling | 3 |
| 2.0 | Metode | 4 |
| 2.1 | Inklusjon- og eksklusjonskriterier | 4 |
| 2.2 | Datainnsamling | 4 |
| 2.2.1 | PICO-skjema | 4 |
| 2.2.2 | Søkestrategi..... | 5 |
| 2.3 | Kritisk vurdering | 6 |
| 2.4 | Etiske hensyn..... | 7 |
| 2.5 | Analyse | 7 |
| 3.0 | Resultat | 9 |
| 3.1 | Fysiologiske forandringer | 9 |
| 3.2 | Psykiske forandringer | 10 |
| 3.2.1 | Frykt..... | 11 |
| 3.2.2 | Endret syn på kropp | 11 |
| 3.3 | Endret parforhold..... | 12 |
| 3.4 | Informasjon | 13 |
| 4.0 | Diskusjon | 14 |
| 4.1 | Metodediskusjon..... | 14 |
| 4.1.1 | Inklusjons- og eksklusjonskriterier | 14 |
| 4.1.2 | Datainnsamling | 16 |
| 4.1.3 | Kritisk vurdering og etiske hensyn | 17 |
| 4.2 | Resultatdiskusjon | 17 |
| 4.2.1 | Fysiologiske konsekvenser av behandling | 17 |
| 4.2.2 | Å leve med endret selvilde..... | 19 |
| 4.2.3 | Samliv og parforhold | 21 |
| 4.2.4 | Nødvendig med informasjon | 23 |
| 5.0 | Konklusjon | 25 |
| 5.1 | Konsekvenser for praksis | 25 |
| 5.2 | Anbefalinger for videre forskning | 26 |
| 6.0 | Referanseliste | 27 |
| | Vedlegg 1: Søkestrategi..... | 32 |
| | Vedlegg 2: Søkehistorikk | 33 |
| | Vedlegg 3: Oversikt over valgte artikler..... | 35 |
| | Vedlegg 4: Eksempel på utfylt sjekkliste..... | 57 |

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Aldri før har tematikken rundt livmorhalskreft vært mer diskutert enn nå i Norge. Vi hører stadig om flere tilfeller av kvinner som har fått diagnosen, selv om de har trodd at de har vært friske. Når dette temaet blir diskutert, er det ofte screeningprogrammet, HPV-vaksine og celleforandringer som blir i fokus. Seksuell helse er et sentralt punkt når det kommer til livmorhalskreft, og vi mener at det er viktigere enn noen gang at dette kommer frem i diskusjonen. World Health Organization (2023) definerer seksualitet som et grunnleggende behov mennesker har. God seksuell helse fremmer livskvalitet og mestring gjennom hele livet (Helsedirektoratet 2021).

Livmorhalskreft er kreft som oppstår i livmorhalsen. Livmorhalsen er en trang kanal mellom livmoren og øverst i skjeden (Norsk Helseinformatikk 2023). Spesifikt er kreft i livmorhalsen en malign, altså ondartet, svulst som går ut fra slimhinnene (Norsk Helseinformatikk 2023). I Norge blir nærmere 350 norske kvinner diagnostisert med livmorhalskreft hvert år, og rundt 100 av dem dør som følge av sykdommen. På verdensbasis er livmorhalskreft den fjerde mest vanlige kreftformen for kvinner (Norsk Helseinformatikk 2023). Tall fra 2020 viser at omtrent 604 000 kvinner på verdensbasis fikk påvist livmorhalskreft, og omtrent 342 000 kvinner døde av sykdommen samme året (World Health Organization 2022). Sykdommen kan ramme kvinner i alle aldre, men halvparten av tilfellene rammer kvinner under 45 år (Norsk Helseinformatikk 2023). Stadig flere yngre kvinner får livmorhalskreft da den seksuelle debutalderen har gått ned. Samtidig har kvinner flere seksuelle partnere enn før.

I Norge har vi et landsdekkende screeningprogram for kvinner mellom alderen 25-69 år. Det er anbefalt å ta celleprøve av livmorhalsen hos gynekolog eller fastlege hvert tredje år for å forebygge livmorhalskreft (Kreftregisteret 2023). I Norge er det hvert år rundt 7000 kvinner som gjennomgår behandling av høygradige celleforandringer (Kreftforeningen 2023). Et annet forebyggende tiltak Norge tilbyr er HPV-vaksine. HPV-vaksine kan forebygge celleforandringer på livmorhalsen og gir vern mot HPV-virus 16 og

18, som er virusvarianter av HPV som kan utvikle seg til kreft (Folkehelseinstituttet 2022). Vaksinen inngår i barnevaksinasjonsprogrammet og blir tilbudt til jenter fra tolv år (Folkehelseinstituttet 2022).

Når det kommer til behandling av livmorhalskreft, er det ulike typer som finnes. Behandling velges ut ifra hvilket stadium kreften er på, og vi deler opp stadiene fra en til fire (Hagen og Onsrud 2019, 291). De tre metodene som blir brukt er kirurgi (konisering, enkel hysterektomi, utvidet hysterektomi eller fertilitetsbevarende kirurgi), stråleterapi (utvendig og/eller innvendig) og kjemoterapi (intravenøs cellegift) (Hagen og Onsrud 2019, 292-293). I mange tilfeller blir to eller tre av metodene kombinert (Hagen og Onsrud 2019, 292). Alle behandlingsmetoder som er beskrevet kan gi konsekvenser for kvinnen i etterkant. I en review av Mishra et al. (2021) ble det rapportert at kvinner opplevde nedsatt sexlyst, nedsatt lubrikasjon, smerter under samleie, utilfreds seksualliv, smal/kort/tørr vagina, nedsatt seksuell aktivitet og dysfunksjon ved oppnåelse av orgasme.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Et viktig arbeid i sykepleieren sin jobb er å bistå pasienter med å opprettholde grunnleggende behov, uansett alder og livssituasjon. Vi mener denne studien er sykepleiefaglig relevant fordi det er stor sannsynlighet at vi vil møte på denne pasientgruppen i praksis. Seksuell helse er et vanskelig tema å snakke om, vi mener derfor at sykepleiere må være fagkyndige til å fremme dette temaet med pasienten. «Forskning viser at noen av de viktigste grunnene til at helsepersonell ikke samtaler med pasienter om seksuell helse, er mangel på kunnskap og erfaring, egen sjenanse for temaet, mangel på språk, tid og ressurser» (Langhelle et al. 2021).

Vi ønsker at seksuell helse skal bli et mindre tabubelagt tema å snakke om. Alle har en seksuell helse og derfor trenger alle helseprofesjoner mer informasjon for å få økt forståelse ovenfor kvinnene som blir rammet.

1.3 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse kvinners seksuelle helse etter gjennomgått behandling av livmorhalskreft.

1.4 Problemstilling

Hvilke seksuelle utfordringer møter kvinner i etterkant av gjennomgått behandling av livmorhalskreft?

2.0 Metode

2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

For å avgrense søkene laget vi inklusjon- og eksklusjonskriterier. Vi gjorde dette for å få relevante forskningsartikler som kunne besvare hensikten vår. Se tabell 1.

| Inklusjonskriterier | Eksklusjonskriterier |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Pasientperspektiv• Livmorhalskreft• Etter behandling• Kvalitativ studie• Skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk | <ul style="list-style-type: none">• Artikler eldre enn 2016 |

Tabell 1: Inklusjon- og eksklusjonskriterier.

2.2 Datainnsamling

2.2.1 PICO-skjema

Vi laget først et PICO-skjema for å få i gang søkeprosessen. I vår litteraturstudie stilles det krav om å søke systematisk etter eksisterende forskning. PICO-skjema er et nyttig hjelpemiddel når vi skal dokumentere litteratursøk. Bokstavene i PICO står for fire forskjellige elementer: Population/Patient/Problem (populasjon/ pasient/problem), Intervention (intervensjon/eksponering), Comparator (sammenligning) og Outcome (utfall) (Thidemann 2020, 83). I vår litteraturstudie skulle vi verken vurdere eller sammenligne et tiltak, og tok derfor ikke med «I» (intervention) og «C» (comparator).

PO-skjemaet inneholder nøkkelord som vi tok ut fra vår problemstilling. Kvinner med livmorhalskreft representerer «P» (population/patient/problem) i vår studie. Vi valgte søkeord som cervical cancer eller gynecological cancer. På «O» (outcome) hadde vi

opplevelse av egen seksuell helse. Vi valgte søkeord som sexual health, sexuality, psychosexual, post-treatment, experience og/eller qualitative. Se vedlegg 1.

2.2.2 Søkestrategi

Databaser vi brukte i vårt søk er Ovid Medline, PubMed og CINAHL. Vi snevret inn søket ved å bruke «advanced search» for å få det så nøyaktig som mulig. Når vi fikk inn alle søkeordene på databasen anvendte vi de boolske søkeoperatørene OR og AND. Vi brukte også «limits» hvor artiklene vi søkte på ikke skulle være publisert før 2016.

Hoved-søkeordet vi brukte for å finne relevant forskning var cervical cancer. Vi fikk fort et innblikk i at dette omfattet mye forskning under gynecological cancer, noe som også ga oss en mulighet til å bruke dette ordet dersom det skulle bli vanskelig å finne relevante artikler. For å avgrense søket søkte vi på sexuality og psychosexual, og kombinerte disse med OR. Vi kombinerte cervical cancer og sexuality OR psychosexual med AND. Dette ga oss 92 artikler i Ovid Medline. For å avgrense søket, tilføyte vi en begrensning på år 2016-2023. Dette ga et resultat på 23 artikler. Se vedlegg 2, søketabell 1. Vi valgte ut fire relevante artikler som passet godt opp mot problemstillingen vår, artikkel 1, 5, 7 og 8. Se vedlegg 3.

Vi gjorde et søk i databasen PubMed hvor vi brukte litt andre søkeord. Hoved-søkeordet var cervical cancer. Vi søkte på sexual health og sexuality, og kombinerte både cervical cancer, sexual health og sexuality med AND. Dette ga oss 2414 artikler. Vi tilføyte søkeordet qualitative med AND. Dette ga oss et resultat på 188 artikler. Vi begrenset med år 2016-2023, som resulterte i 100 artikler. Se vedlegg 2, søketabell 2. Vi leste titler og sammendrag og valgte ut én relevant artikkel, artikkel 2. Se vedlegg 3.

For å utforske videre i andre databaser, gjorde vi et søk i CINAHL. Vi brukte søkeordene cervical cancer og sexual health, hvor vi kombinerte disse sammen med AND. Dette ga oss 281 treff. For å få kvalitative artikler, brukte vi søkeordet experience og kombinerte dette med AND. Dette ga oss et mer avgrenset resultat på 62 artikler, og med samme begrensning som i andre søk fikk vi 41 treff. Se vedlegg 2, søketabell 3.

Vi valgte ut én relevant artikkel, artikkel 3. Se vedlegg 3.

Vi gjorde også to søk i Google Scholar for å se om dette førte oss til artikler som var relevant. Vi brukte ordene sexual health, gynecological cancer, qualitative og post-treatment. I begge søkene la vi på begrensning år 2016-2023, men opplevde at ønskede artikler ikke kom opp ved bruk av dette. Vi valgte derfor å ikke bruke begrensning på disse søkene noe som ga oss to relevante artikler, artikkel 4 og 6. Se vedlegg 3.

2.3 Kritisk vurdering

For å kritisk vurdere forskningsartiklene brukte vi sjekklister som et pedagogisk verktøy. Ved å kritisk vurdere, kvalitetssikret vi innholdet i artiklene slik at de stemte metodisk overens med vår hensikt og problemstilling. Thidemann (2020) veiledet oss til å bruke Helsebiblioteket for å finne riktig sjekklister opp mot våre valgte artikler. Vi endte opp med å bruke «Sjekklister for vurdering av en kvalitativ studie» fordi vi hadde åtte kvalitative artikler (Helsebiblioteket 2016). Ved å systematisk vurdere artiklene etter punktene i sjekklisten, kvalitetssikret vi innhold og design eller eliminerte artikler som ikke var relevante til vårt bruk. Se vedlegg 4.

Etter kritisk vurdering satte vi opp artiklene i en systematisk tabell for å lage en oversikt over leste artikler. Se vedlegg 3. Vi kvalitetssikret oss at tidsskriftene artiklene var publisert i, var godkjente vitenskapelige publiseringskanaler via Kanalregisteret (Kanalregisteret, 2023). Syv av artiklene vi brukte var publisert i tidsskrift med nivå 1. «Nivå 1 er publiseringskanaler vurdert til å tilfredsstille minimumskravet til vitenskapelighet (ekstern fagfelleevaluering, vitenskapelig redaksjon og minimum nasjonal forfatterkrets)» (Kanalregisteret, 2023).

Artikkel 3, av Aydin og Oskay (2016), ble publisert i et tidsskrift som ikke var mulig å søke opp i Kanalregisteret, og vi kunne derfor ikke sjekke hvilket nivå tidsskriftet hadde. Siden vi fant denne artikkelen i den anerkjente databasen CINAHL konkluderte vi med at denne kunne brukes. Turkish Journal of Oncology (u.d.) skriver også selv at «...is published in accordance with the principles of independent, unbiased, and double-blinded peer

review”. Ut ifra dette sitatet konkluderte vi med at artikkelen opprettholder ønsket standard, og det konstateres at publiserte artikler er fagfelleverdert.

2.4 Etiske hensyn

Tanker og opplevelser rundt seksuell helse kan være et vanskelig tema å snakke om, da det ofte omhandler det private i livet. Det var nødvendig at artiklene var etisk godkjent slik at vi kunne være forsikret om at kvinnene hadde blitt ivaretatt gjennom intervjuene. Seks artikler var godkjent av etisk komité, mens Appiah et al. (2021) var godkjent av en uavhengig etikkomité, en såkalt institutional review. Det er også blitt beskrevet i studiene at deltakere har signert et samtykkeskjema. Det var ikke beskrevet om artikkelen av Aydin og Oskay (2016) var godkjent av etikkomité, men ifølge tidsskriften Turkish Journal of Oncology (u.d.) skal alle deres artikler være godkjent av komité for publikasjonsetikk. I alle artiklene er deltakerne anonymisert, og det var frivillig deltakelse.

2.5 Analyse

I analysedelen valgte vi å bruke Evans (2002) fire faser på datamaterialet som vi hadde funnet. Vi skal nå presentere de ulike fasene i hvert punkt.

1. Innsamling av forskningsartikler:

I den første fasen er målet å finne forskningsartikler basert på hensikten av studien (Evans 2002). Først laget vi et PO-skjema for å strukturere søkene våres i de ulike databasene. Vi skrev inklusjons- og eksklusjonskriterier for å avgrense søkene. Deretter leste vi sammendragene på artiklene vi hadde funnet for å sjekke om de var gunstige til besvarelse av litteraturstudiens problemstilling og hensikt. Vi fant åtte relevante kvalitative forskningsartikler som vi brukte i vår litteraturstudie.

2. Identifisere av nøkkelfunn:

I den andre fasen er målet å lese og finne nøkkelfunn i artiklene (Evans 2002). Vi leste alle artiklene og markerte hovedfunn med markeringstusj som gjorde det lettere å strukturere funnene i etterkant. For å strukturere funnene på en oversiktlig måte valgte vi

én farge til hvert av hovedfunnene. Vi brukte fargene oransje, grønn, gul og blå. Se tabell 2.

3. Relatere temaer på tvers av studiene:

I Evans (2002) fase tre er målet å identifisere funnene i de ulike artiklene. Først nummererte vi artiklene i alfabetisk rekkefølge og nummererte de deretter fra en til åtte. Vi skrev ned de ulike temaene på ark og noterte hvilke artikler som inneholdt hvilket tema. For hver artikkel kom vi med ulike eksempler på hvert tema for å enkelt kunne kategorisere. Dette gjorde vi for at begge skulle få lik forståelse for innholdet i hver artikkel. For å få en god oversikt over hvilke artikler som omtalte de ulike temaene, lagde vi en oversiktstabell. Se tabell 2. Her kunne vi enkelt overføre funnene våre fra fysisk papir til digital form.

4. Beskrive hovedfunn:

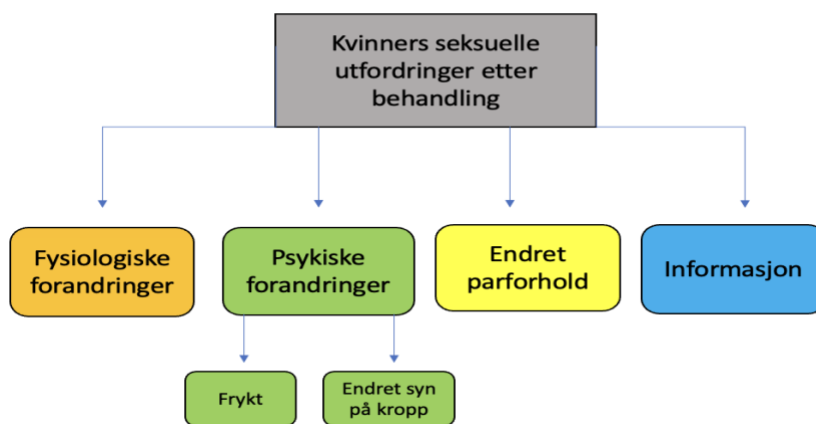
Fase fire innebærer å fremstille hovedfunn fra alle utvalgte artikler (Evans 2002). I mange av artiklene vi fant, var det gjentakende temaer. Vi delte temaene inn i fire kategorier; fysiologiske forandringer, psykiske forandringer, endret parforhold og informasjon. Se tabell 2.

| Artikkel | Fysiologiske forandringer | Psykiske forandringer | Endret parforhold | Informasjon |
|------------|---------------------------|-----------------------|-------------------|-------------|
| Artikkel 1 | X | X | X | X |
| Artikkel 2 | X | X | X | |
| Artikkel 3 | X | X | X | X |
| Artikkel 4 | X | X | X | X |
| Artikkel 5 | X | X | X | X |
| Artikkel 6 | X | X | X | |
| Artikkel 7 | X | X | X | X |
| Artikkel 8 | X | X | X | X |

Tabell 2: Hovedfunn i hver enkelt artikkel.

3.0 Resultat

I dette kapittelet skal vi presentere de fremtredende funnene i de åtte utvalgte artiklene. Alle artiklene belyste litteraturstudiets hensikt om kvinners seksuelle helse etter gjennomgått behandling av livmorhalskreft. Vi delte opp funn i fire ulike hovedtemaer. Se figur 1. Første hovedtema var fysiologiske forandringer, andre hovedtema var psykiske forandringer, tredje hovedtema var endret parforhold og fjerde hovedtema var informasjon. For å strukturere resultatene på en oversiktlig måte har også ett av hovedtemaene, psykiske forandringer, to undertema. Se figur 1.



Figur 1: Oversikt over hovedfunn i vår litteraturstudie.

3.1 Fysiologiske forandringer

I alle studiene rapporterte kvinnene om fysiologiske endringer etter behandling av livmorhalskreft (Afiyanti et al. 2020, Appiah et al. 2021, Aydin og Oskay 2016, Chow et al. 2021, Hundie et al. 2022, Mofrad et al. 2021, Rajkumar et al. 2022 og Vermeer et al. 2016). På bakgrunn av behandlingen kvinnene hadde gjennomgått skjedde det en negativ endring i det seksuelle aspektet (Afiyanti et al. 2020, Appiah et al. 2021, Aydin og Oskay 2016, Chow et al. 2021, Hundie et al. 2022, Mofrad et al. 2021, Rajkumar et al. 2022 og Vermeer et al. 2016).

Et funn som blir trukket frem er orgasmeproblematikk. Det kom frem i flere artikler at kvinnene slet med å oppnå orgasme (Afiyanti et al. 2020, Aydin og Oskay 2016 og Chow et al. 2021). Videre var vaginal blødning under og etter samleie et gjennomgående

problem som hindret dem i å gjennomføre handlingen (Appiah et al. 2021, Aydin og Oskay 2016 og Hundie et al. 2022). «*I was not interested in having sex because I was bleeding for several months through my vagina*» (Appiah et al. 2021, 5).

I syv av studiene var dyspareuni, med andre ord smerte under samleie, den største fysiologiske konsekvensen kvinnene rapporterte om etter behandling (Afiyanti et al. 2020, Appiah et al. 2021, Aydin og Oskay 2016, Chow et al. 2021, Hundie et al. 2022, Rajkumar et al. 2022 og Vermeer et al. 2016). Felles for syv studier var at den anatomiske strukturen hadde blitt endret og de opplevde vaginal forkortning og-forsnevring, altså vaginal stenose (Afiyanti et al. 2020, Appiah et al. 2021, Aydin og Oskay 2016, Hundie et al. 2022, Mofrad et al. 2021, Rajkumar et al. 2022 og Vermeer et al. 2016). «*The first time I had intercourse again, it was extremely painful...mine [genital] was so narrowed and dry so I suffered from the pain*» (Afiyanti et al. 2020, 298).

Flere av kvinnene rapporterte om problemer som brennende følelse i skjeden, unormal utflod og tørrhet i vagina, som kom av konsekvensen nedsatt lubrikasjon (Appiah et al. 2021, Aydin og Oskay 2016, Chow et al. 2021, Hundie et al. 2022, Rajkumar et al. 2022 og Vermeer et al. 2016). Disse problemene gjorde det smertefullt for kvinnene å ha samleie (Afiyanti et al. 2020, Appiah et al. 2021, Aydin og Oskay 2016, Hundie et al. 2022, Mofrad et al. 2021, Rajkumar et al. 2022 og Vermeer et al. 2016).

Initially, I tried to bear with the pain during sex, However, as times goes on, I could no longer bear the pain, so I had to tell him to stop. Since 2 months now I have not had sex with my husband (Appiah et al. 2021, 5).

3.2 Psykiske forandringer

I likhet med fysiologiske forandringer, var også psykiske forandringer et resultat i alle artiklene (Afiyanti et al. 2020, Appiah et al. 2021, Aydin og Oskay 2016, Chow et al. 2021, Hundie et al. 2022, Mofrad et al. 2021, Rajkumar et al. 2022 og Vermeer et al. 2016). De mest fremtredende funnene i artiklene kan deles i underkategorier for en mer

systematisk oversikt over resultat. Kommende underkapitler omtaler frykt og endret syn på kropp.

3.2.1 Frykt

Frykt var i flere artikler trukket frem som en fremtredende grunn til problematikk i kvinnenes seksuelle helse. Frykten omhandlet død, smerter, fysiologiske forandringer, ovenfor ekteskapet, tilbakefall av sykdom eller å smitte ektemann med kreft (Afiyanti et al. 2020, Appiah et al. 2021, Aydin og Oskay 2016, Chow et al. 2021, Mofrad et al. 2021, Rajkumar et al. 2022 og Vermeer et al. 2016). «*I was informed by my neighbours that having sexual intercourse with my husband would lead to the transmission of my cancer to him. I was concerned and therefore did not dare to have sexual intercourse*» (Chow et al. 2021). I noen artikler ble det også beskrevet at kvinnene følte på en frykt ovenfor ekteskapet sitt fordi deres religiøse plikt var å tilfredsstille ektemannen sine seksuelle behov (Afiyanti et al. 2020, Mofrad et al. 2021 og Rajkumar et al. 2022).

3.2.2 Endret syn på kropp

Endret syn på kropp var et funn i seks av åtte artikler. Dette omhandler psykiske forandringer på grunn av fysiologiske konsekvenser av behandling, en følelse av tap av feminitet og kvinnelighet, og infertilitet og tap av evne til å kunne få barn (Appiah et al. 2021, Aydin og Oskay 2016, Chow et al. 2021, Hundie et al. 2022, Mofrad et al. 2021 og Vermeer et al. 2016). Hårtap, vektnedgang, mangel på søvn og fysiologiske forandringer kommer frem som grunner til hvorfor kvinnen opplevde psykiske forandringer (Appiah et al. 2021, Hundie et al. 2022, Mofrad et al. 2021, Vermeer et al. 2016). «*Well, up to my breasts everything is fine. Everything between my breasts until my knees, that's awful. I consider that sort of a block, and I just don't want to see it or feel it*» (Vermeer et al. 2016, 1683).

Der kvinnene hadde gjennomgått fjerning av livmor, som resulterte i infertilitet, ble dette sett på med sorg og som et stort tap blant kvinnene (Appiah et al. 2021, Aydin og Oskay 2016, Chow et al. 2021, Hundie et al. 2022, Mofrad et al. 2021 og Vermeer et al. 2016).

...I think that this is especially a result of not having children, and not so much a result of the surgery. I really had to explore: what for a woman am I? So, I don't have children, what do I have? (Vermeer et al. 2016, 1683).

3.3 Endret parforhold

I alle studiene ble det belyst hvordan parforholdet hadde blitt påvirket i etterkant av behandling (Afiyanti et al. 2020, Appiah et al. 2021, Aydin og Oskay 2016, Chow et al. 2021, Hundie et al. 2022, Mofrad et al. 2021, Rajkumar et al. 2022 og Vermeer et al. 2016). Studiene viste at kvinnene hadde opplevd positiv eller negativ påvirkning av parforholdet. Hos flere kvinner kom det frem at partneren forstod den seksuelle situasjonen, og at deres forhold hadde blitt bedre siden paret tok ytterligere vare på hverandre (Appiah et al. 2021, Aydin og Oskay 2016, Chow et al. 2021 og Hundie et al. 2022). *«I had great support from my husband. The angry man was replaced with a new one. When I asked him how did he feel while I was gone for treatment, he said that he house was empty without me»* (Aydin og Oskay 2016, 125).

Kvinnene uttrykte at partneren hadde vansker med å akseptere kvinnenes seksuelle begrensinger (Aydin og Oskay 2016, Chow et al. 2021, Hundie et al. 2022, Mofrad et al. 2021, Rajkumar et al. 2022 og Vermeer et al. 2016). I følge Mofrad et al. (2021) fortalte noen av kvinnene at oppførselen til deres menn hadde endret seg etter at kvinnene ble syke. Mennene ville ikke ha samleie og ga kvinnene skyld i sykdommen (Mofrad et al. 2021). Den samme holdningen ble støttet i annen studie der en kvinne kunne fortelle at mannen mente at han kom til å bli smittet, så derfor ville han ikke ha samleie (Aydin og Oskay 2016). *«He says I am of no use after treatment, he has another wife where he sleeps with her nowadays, he quarrels with me for this reason, and hence I had to resume the sexual activity»* (Rajkumar et al. 2022, 1747).

Frykten for at ektemannen skulle være utro ble også nevnt som et problem av noen kvinner i noen studier (Appiah et al. 2021, Mofrad et al. 2021 og Rajkumar et al. 2022). I studiene til Chow et al. (2021) og Appiah et al. (2021) rapportere kvinnene om reduksjon i hvor ofte de har samleie med partneren sin. Bekymringer og endringer i seksuallivet

hadde oppstått på grunn av manglende kommunikasjon blant parene (Afiyanti et al. 2020, Aydin og Oskay 2016, Hundie et al. 2022, Mofrad et al. 2021, Rajkumar et al. 2022 og Vermeer et al. 2016).

Everything has changed in his behavior since I have been sick...I think there is no affection between us...he has forgotten me...he does not think about me and not important for him how I feel. He blames me for the disease and all the problems...I think he wishes I would die sooner...My husband has left me now, while I need him the most...He is as cold as an iceberg (Mofrad et al. 2021, 3860).

3.4 Informasjon

Appiah et al. (2021) og Mofrad et al. (2021) var de eneste artiklene som ikke omhandlet noe om informasjon og hvordan kvinnene opplevde dette, verken før, underveis eller etter behandling. I de andre artiklene var dette et godt diskutert og fremtredende funn (Afiyanti et al. 2020, Aydin og Oskay 2016, Chow et al. 2021, Hundie et al. 2022, Rajkumar et al. 2022 og Vermeer et al. 2016).

I artiklene som inkluderte tematikken informasjon kom det frem at alle kvinnene anså det var vanskelig og sjenerende å ta opp temaet om seksuell helse og utfordringer (Afiyanti et al. 2020, Aydin og Oskay 2016, Chow et al. 2021, Hundie et al. 2022, Rajkumar et al. 2022 og Vermeer et al. 2016). Det ble poengtert at informasjonen kvinnene fikk i forhold til seksuell helse og utfordringer var mangelfull og utilstrekkelig (Afiyanti et al. 2020, Aydin og Oskay 2016, Chow et al. 2021, Hundie et al. 2022, Rajkumar et al. 2022 og Vermeer et al. 2016).

I had never heard of cervical cancer treatment affecting sexuality until I was diagnosed with cervical cancer...We were kept in the dark about the treatment technique and the sexual concerns that came with it by health care providers. As a result, I was unsure whether or not to engage in sexual activity while undergoing treatment (Hundie et al. 2022, 4).

4.0 Diskusjon

4.1 Metodediskusjon

I metodediskusjonen skal vi belyse styrker og svakheter i litteraturstudiet ut ifra egen fremgangsmåte og metode (Thidemann 2020, 102).

4.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Hensikten med litteraturstudiet var å belyse kvinners seksuelle helse etter gjennomgått behandling av livmorhalskreft. For å fremme erfaringer til kvinnene, hadde vi pasientperspektiv som et inklusjonskriterium. Dette er en styrke i studien vår fordi det er ingen andre enn pasienten selv som kan uttrykke hvilke erfaringer de har. Alle artiklene fylte kriteriet, men i to av artiklene var det også med pårørendeperspektiv. For å kunne svare best mulig på vår problemstilling og hensikt, tok vi ikke med noen erfaringer fra pårørendeperspektiv. Dette er en styrke i studien fordi kvinnens erfaringer blir i fokus.

For å få flest mulige relevante artikler med pasientperspektiv, hadde vi et inklusjonskriterium på at artiklene skulle være kvalitative. Hensikten ved kvalitativ metode er å få dybdekunnskap, og dette innebærer at man får kunnskap om menneskelige egenskaper, noe erfaring er (Thidemann 2020, 76). Dette er en styrke i vår studie fordi vi har valgt en problemstilling som behøver en kvalitativ datainnsamlingsmetode.

Det neste inklusjonskriteriet vi valgte var at artiklene skulle omtale kvinner som hadde hatt livmorhalskreft. Vi erfarte det som vanskelig å finne forskning som kun omhandlet livmorhalskreft alene, og vi tok derfor med noen artikler som omhandlet gynekologisk kreft. I de fleste av artiklene var det spesifisert med nummer hvilke kvinner som hadde hvilken kreftdiagnose. Vi kunne derfor enkelt plukke ut erfaringer fra kvinner med livmorhalskreft, noe som er en styrke i studien vår. Dette resulterte i at vi spisset oss inn på valgt pasientgruppe. Noen av artiklene hadde ikke spesifisert kreftdiagnose til hver deltaker og dette gjorde det vanskelig å vite hvilke kvinner som hadde hvilken

kreftdiagnose. Dette er en svakhet i studien vår fordi noen av erfaringene ikke ble belyst spesifikt til valgt pasientgruppe. Til tross for dette, så vi at flere erfaringer fra kvinnene med gynekologisk kreft var nærmest identiske med de funnene som kom fram i de artiklene som kun omhandlet kvinner med livmorhalskreft.

Problemstillingen og hensikten vår begrenser seg til kvinner som har gjennomgått behandling av livmorhalskreft. Dette ble derfor et naturlig inklusjonskriterium. Alle artiklene vi valgte ut oppfyller kriteriet. Dette er en styrke da det ble mer oversiktlig å trekke synteser mellom artiklene. Dette gjorde det også mindre komplisert å sortere funn i analyseprosessen.

Et av inklusjonskriteriene var at artikkelen skulle være skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk. Alle artiklene vi valgte ut var skrevet på engelsk, noe som kan være både en styrke og en svakhet. Det er en styrke fordi engelsk er et språk vi mestrer å lese og har god forståelse for. Ved ukjente ord brukte vi oversettelsesprogram for å oppnå dybdeforståelse, noe som kan være en svakhet fordi oversettelsen kan ha blitt feilaktig. Dette kan ha ført til at sammenhenger og informasjon som har blitt oppgitt i artiklene, har blitt mistolket.

For å få med nyeste forskning valgte vi artikler som var publisert i 2016 og frem til år 2023. Vi har ikke med artikler som er eldre enn syv år. Dette kan være en styrke på bakgrunn at nyere forskning belyser temaet i et relevant tidsperspektiv, men det kan også være en svakhet fordi vi kan ha gått glipp av relevante forskningsartikler som er publisert tidligere enn 2016.

Vi ønsket ikke å sette et kriterium på alder til kvinnene. Dette kan være en svakhet fordi seksuell helse kan oppleves forskjellig fra alder til alder. Det kan utgjøre stor forskjell på forskning av kvinner i 30-års alderen som ikke har barn, men som har et ønske om det, kontra kvinner som er 65 år og som er ferdig med å få barn. Likevel så vi gjennom funnene i artiklene at seksuell helse opplevdes som viktig for flertallet av kvinnene og at de fleste hadde et forhold til dette i hverdagen sin.

4.1.2 Datainnsamling

Når vi skulle begynne å søke etter artikler, utførte vi prøvesøk i ulike databaser. Dette er en styrke fordi vi kunne utforske hvilke ord som ga nyttige søketreff. Vi opplevde at søkene i starten var lite strukturert, noe som resulterte i at vi fant artikler uten å skrive ned hva vi søkte på i hvilken database. Dette er en svakhet fordi det førte til ekstra tidsbruk og dobbeltarbeid i etterkant av søkene. Vi satt oss derfor ned og jobbet med PO-skjema som medførte at søkene våre ble mer strukturert. Vi skrev ned søkene våre og hvilke artikler vi fant i hvilken database, og førte dette inn i søketabeller. Dette er en styrke da det var enkelt å finne tilbake til artiklene i etterkant, og fordi søkene kan gjennomføres av andre på en strukturert måte for å få like søketreff. Vi gjorde samme eller ulike søk i flere databaser, noe som er en styrke fordi dette førte til at vi ikke gikk glipp av artikler som vi kunne bruke. Vi fikk en innsikt i at resultatene av søkene var like i flere databaser.

Vi brukte ikke bibliotekar fordi vi fant mange relevante artikler tidlig i prosessen. Dette ser vi på som en svakhet da vi kunne fått profesjonell hjelp i søkeprosessen, som kunne ha ført til mindre dobbeltarbeid. Det er også en svakhet fordi vi ikke har gjort mye forskningssøk tidligere.

Artikkelen av Afiyanti et al. (2020) skilte seg ut da kvinnene og deres partner har gjennomgått en sykepleierintervensjon. Den omtaler både tiden før intervensjonen og hvor stor innvirkning den hadde på de deltagende kvinnenes seksuelle helse. Det er en styrke at vi valgte med denne artikkelen fordi det gir oss et syn på hvor mye sykepleierrollen har å si i tiden etter behandling for at kvinnene oppleve bedring. Det gir også et innblikk i hvor viktig det er med god oppfølging av seksuell helse for kvinnene.

Artiklene vi valgte ut omfattet et stort geografisk område. Forskingen omhandlet kvinner fra Indonesia, Ghana, Tyrkia, Kina, Etiopia, Iran, India og Nederland. Dette kan sees på som en svakhet fordi mange av landene har en annen kultur og store sosioøkonomiske forskjeller, som vil ha en innvirkning hvordan helsevesenet praktiseres i hvert land. Det er en svakhet fordi helsevesenet er ulikt det vi har i Norge. Kvinnene kan

også ha ulikt syn på hva seksuell helse omhandler. I mange av artiklene ble seksuelt forhold sett på som en plikt i ekteskapet, noe som er en stor forskjell ut ifra det vi er vant med i Norge. Religiøs tilnærming kan også utgjøre store forskjeller i forskningen. Likevel mener vi at det er en styrke fordi det gjør oss oppmerksom på hvor stor rolle kulturforskjeller utgjør. De overordnede funnene i artiklene var identiske uavhengig av geografiske forskjeller, og i alle artikler ble seksuell helse sett på som et tabubelagt tema.

4.1.3 Kritisk vurdering og etiske hensyn

Vi har kritisk vurdert alle åtte forskningsartikler individuelt ved hjelp av kvalitativ sjekkliste (Helsebiblioteket 2016). Dette anser vi som en styrke da vi alene fikk vurdert innholdet og relevansen av artiklene. Det er en styrke at syv artikler er publisert med nivå 1 i Kanalregisteret (Kanalregisteret 2023). Én artikkel var ikke mulig å søke opp i Kanalregisteret. Dette anser vi som en svakhet, men vi valgte å ta den med fordi artikkelen er publisert i en anerkjent database. I alle artiklene kommer det frem at deltakelsen var frivillig og anonymisert. I flere av de er det signert et samtykkeskjema, som vi ser på en styrke. En annen styrke er at de fleste artiklene var godkjent av en etisk etikkomité.

4.2 Resultatdiskusjon

4.2.1 Fysiologiske konsekvenser av behandling

Våre hovedfunn viste at kvinner slet med seksuell helse etter livmorhalskreftbehandling. Kvinnene erfarte anatomiske endringer i vaginaen som forkorting og forsnevring. De rapporterte også om brennende følelse i skjeden, nedsatt lubrikasjon og blødninger. Ifølge Kreftforeningen (2022) fører kreftbehandling til at østrogen i kroppen blir kraftig redusert. Østrogen blir produsert i eggstokkene, og ved alvorlige tilfeller av livmorhalskreft kan eggstokkene bli fjernet (Kreftforeningen 2022). Før overgangsalderen er det høyest konsentrasjon av østrogen, og etter overgangsalderen vil dette avta (Almås og Benestad 2017, 105). Ifølge Almås og Benestad (2017) kan stråling eller fjerning av eggstokker sette kvinner i en kunstig overgangsalder. Østrogen påvirker fuktighet i hud og

slimhinner, og lubrikasjon (Almås og Benestad 2017, 105). Hormonet kan også fremme seksuelle aspekter som orgasme, tilfredsstillelse, lyst og attraksjon (Almås og Benestad 2017, 105). Dette kan være årsaken til at noen av kvinnene i artiklene opplevde orgasmeproblematikk. Mangel på østrogen kan resultere i smerte og ubehag ved samleie (Almås og Benestad 2017, 105). Smerte og ubehag ved samleie var et stort gjentakende fysiologisk problem kvinnene i studiene omtalte. Det er derfor viktig at sykepleier informerer om fordelene ved å benytte vannbaserte glidemidler for å forhindre smerter. Dette kan også gjøre penetrering mer behagelig for kvinnen. Kvinnene med østrogenmangel kan ha nytte av østrogenbehandling eller bruke glidemiddel som har østrogen i seg, til å smøre i skjeden (Almås og Benestad 2017, 231). Viktigheten av dette understrekes også i Mishra et al. (2021).

På 1960-tallet opprettet seksualforskerne Masters og Johnson en modell som kunne beskrive det seksuelle aspektet (Almås og Benestad 2017,211). Den består av opphisselsesfase, platåfase, orgasme fase og avslapningsfase og kalles for seksuell responssyklus (Helsebiblioteket, 2021). I vår litteraturstudie erfarte kvinner problemer med en eller flere faser i den seksuelle responssyklusen etter behandling. I opphisselsesfasen fortalte kvinnene om lav sexlyst og mangel på lubrikasjon. I platåfasen skal lystfølelsen stige enda mer, men kvinnene i vår studie erfarte smerter grunnet forsnevring og mangel på lubrikasjon. I den tredje fasen, som er orgasme, kunne kvinnene fortelle om at de ikke klarte å oppnå orgasme. I fjerde og siste fase, som er avslapningsfase, klarte ikke kvinnene å slappe av under samleie grunnet mye smerter.

Som sykepleier er det viktig å gi informasjon om konsekvenser av behandlingen, som har betydning for seksuallivet (Gamnes 2014, 99). Å hjelpe og trygge pasienter under behandling kan føre til at kvinnene mestrer fysiologiske forandringer bedre etter endt behandling (Gamnes 2014, 99). Ved kirurgisk behandling vil de fleste med livmorhalskreft få fjernet livmor og livmorhals (Jerpseth 2016, 154). Ifølge Jerpseth (2016) fører denne behandlingen til at skjeden blir noen centimeter kortere. Et sår dannes øverst i skjeden og dette må leges. Etter inngrepet er det viktig at kvinnen får informasjon om at seksuell omgang må avstås til det har gått seks til åtte uker siden inngrepet (Jerpseth 2016, 154).

Følelsen av at skjeden har blitt kortere kan føles uvant, noe flere av kvinnene i studien uttrykte.

Ved livmorhalskreft er et av behandlingsalternativet stråling innvending i skjeden og/eller på nedre bekkenfelt (Jerpseth 2016, 154). Strålebehandling kan føre til konsekvenser som at skjeden blir tørr, mindre elastisk og sår (Jerpseth 2016, 154). Flere av kvinnene i studien vår uttrykte at de hadde erfart dette. Ifølge Jerpseth (2016) kan dette også medføre sammenvoksinger i skjeden og i tillegg oppstå arrdannelser. Etter strålebehandling er det viktig som sykepleier å informere om praktiske verktøy, som vaginal dilatator (Jerpseth 2016, 154). Vaginal dilatator er en plast- eller silikonstav som man fører inn i skjeden for å tøyne skjedevæggen, som forhindrer vaginal forsnevring (Kreftlex 2023). Vi mener det er essensielt at kvinnen bør få informasjon om at skjeden kan tøyes ved seksuell aktivitet. Dette støttes også i Mishra et al. (2021). Det er viktig at en sykepleier vet om dette verktøyet og underviser i hvordan man bruker det for at kvinnen kan forhindre sammenvoksinger, da sammenvoksinger og vaginal forsnevring kan resultere i smerter for kvinnen.

4.2.2 Å leve med endret selvbilde

De fysiologiske forandringene som kvinnene gjennomgikk etter behandling av livmorhalskreft, hadde stor innvirkning på det psykiske aspektet. Det psykiske blir berørt av de fysiologiske forandringene fordi kvinnene ikke lenger kan bruke kroppen sin som normalt (Schjølberg 2010, 134). Disse forandringene kan også i stor grad ha ført til at noen av kvinnene i artiklene fikk et endret selvbilde. For andre utenforstående, som ikke har gjennomgått kreftbehandling, er det naturlig å tenke at man burde være takknemlig at man har overlevd. Dette kommer fra at kreft ofte forbindes med død (Schjølberg 2010, 134). Ofte er det kun bivirkninger av behandling som blir synlig for andre mennesker, som for eksempel hår- og vekt tap. Kvinner kan derfor oppleve at man står alene i en situasjon hvor kroppslige forandringer oppstår, som følge av at disse ikke alltid kan sees og kjennes av andre enn en selv. Dette ble også representert av mange kvinner i vår litteraturstudie, hvor flere følte på skyld og skam, og derfor valgte å ikke fortelle om kreftdiagnosen til

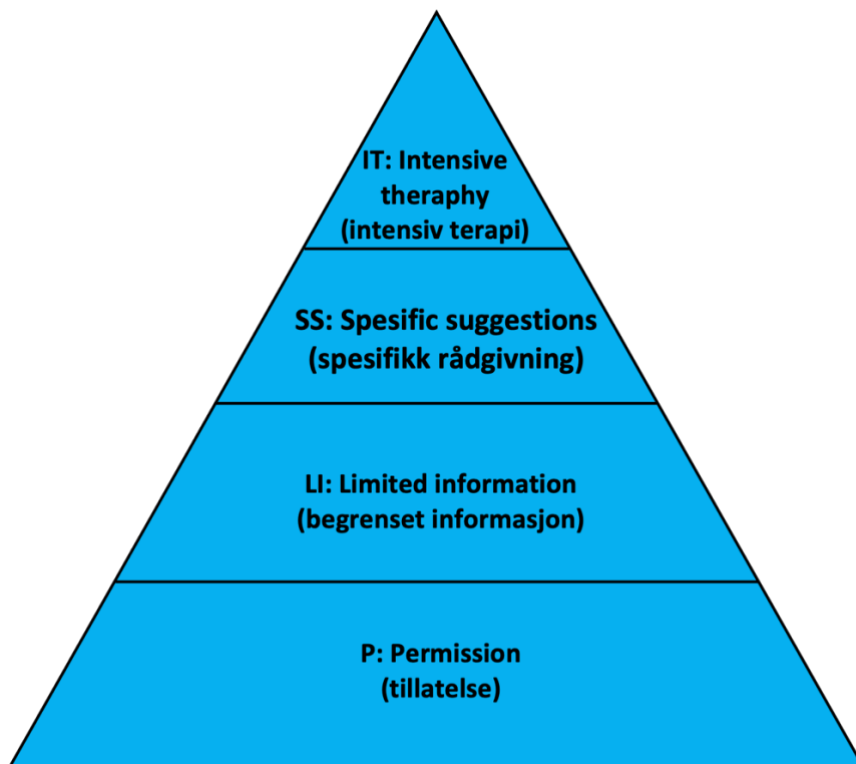
noen. Når det kom frem i studien vår at tematikken er tabubelagt, er dette svært uheldig ovenfor kvinnene som står i denne situasjonen.

Når kreft rammer kvinnelige kjønnsorganer, blir dette ofte knyttet til tap. Tap av feminitet, på grunn av at reproduksjonsorganer var fjernet, er noe som var fremtredende i vår studie. Et tap på et kvinnelig kjønnsorgan kan for mange oppleves som svært traumatiserende, og kan sette kvinnen, og pårørende, i en livskrise (Jerpseth 2016, 154). Reaksjoner rundt dette er svært individuell, ut ifra livssituasjon og alder (Jerpseth 2016, 154). Det er ingen selvfølge at alle kvinner ønsker barn, men dette opplevdes som en svært sterk sorg for kvinnene i studien som hadde et ønske om barn og som ble ufrivillig barnløse. Likevel var det noen kvinner i vår studie som representerte at selv eldre kvinner kjente på en sorg rundt tap av kjønnsorgan, da de også ønsket de kunne få flere barn etter behandling. Dette gir oss som sykepleiere et bilde på at et ønske om barn, ikke behøver å være fremtredende kun hos yngre kvinner.

I noen av artiklene, kom det frem utsagn som er ulikt fra det vi ser på som normalt i Norge. I artiklene fra Kina, Ghana, Indonesia og Tyrkia kom det frem at enkelte kvinner så på livmorhalskreft som smittsomt. Felles for de fire landene er at alle er preget av store forskjeller i likestilling for menn og kvinner, noe som omhandler blant annet utdanning og helse (FN 2021d, FN 2023a, FN 2023b og FN 2023c). Det kom også frem i artikkelen fra Etiopia at kvinnene mente at Gud valgte hvilke kvinner som fikk denne sykdommen, og at det er en test fra han. Etiopia er også i likhet med de fire andre landene, i enda større grad preget av forskjell i likestilling (FN 2021a). Mangel på utdanning og mulighet til å tilegne seg kunnskap, er en tenkelig sentral faktor i at kvinnene uttrykte dette. I Norge er det allmennkunnskap at kreft ikke er smittsomt.

Å gi omsorg til kvinner som gjennomgår en endring i selvbildet er en vesentlig del av sykepleierens arbeid med ivaretagelse av seksuell helse (Schjølberg 2010, 135). Selvbildet kan oppleves individuelt, men det er viktig at vi som sykepleiere kartlegger hvor stor rolle dette spiller for hver enkelt kvinne (Schjølberg 2010, 137). Behandling, bivirkninger og senkomplikasjoner oppleves forskjellig, og det foreligger mange faktorer som kan ha betydning for tiden etter behandling. Mange kan være usikker på om det de opplever er

normalt, og kan ofte ha vanskeligheter med å ordlegge seg om sine problemer (Solvoll 2014, 23). Å tilrettelegge for at pasienten kan uttrykke sine egne tanker i egne ord er viktig for at vi som sykepleiere kan få et innsyn, og en dypere forståelse, for hvilke problemer kvinnen opplever (Solvoll 2014, 23). PLISSIT-modellen er et hjelpemiddel som sykepleieren kan bruke i møte med kvinner som opplever seksuelle problemer (Regjeringen 2016, 26). Modellen er formet som en trekant med fire trinn og dreier seg om å gi pasienten tillatelse og mulighet til å uttrykke sine tanker rundt temaet (Moksnes og Stojiljkovic 2022, 709). Se figur 2. Fokuset i samtalen endres for hvert trinn og blir mer spesifikk ut ifra det kvinnen uttrykker er hennes behov når det kommer til seksuell helse. Det er forventet at sykepleiere kan bruke denne modellen (Moksnes og Stojiljkovic 2022, 709).



Figur 2: PLISSIT-modellen.

4.2.3 Samliv og parforhold

I artiklene hadde parforholdene til kvinnene endret seg både positivt og negativt. De negative endringene var nedverdiggende holdninger og utilstrekkelig kunnskap fra mennene. På den andre siden så kunne noen kvinner fortelle at ekteskapet,

kommunikasjon og intimitet hadde blitt bedre etter endt behandling. På den andre siden, fortalte noen av kvinnene at ekteskapet, kommunikasjon og intimitet hadde blitt bedre etter endt behandling. Parene tok mer vare på hverandre fordi redselen for død hadde vært stor under behandling. Vi mener det kan forventes at parene hadde for høye forventinger til samleie etter behandling på grunn av for lite informasjon. Ut ifra situasjonen er det viktig at sykepleiere informerer og veileder parene slik at de får realistiske forventinger.

I artiklene fra Iran, Indonesia og India kom det frem at kvinnens religiøse plikt var å tilfredsstille mannens seksuelle behov. Den største andelen av befolkningen i Iran og Indonesia er muslimer og praktiserer Islam, mens i India er hinduismen størst (FN 2021b, FN 2021c og FN 2023b). I begge disse religiøse trosretningene blir menn fremstilt som det sterkeste kjønn. Dette gjør at utsagnet om at det er kvinners plikt å tilfredsstille mannen, er svært fremmed for oss i Norge. Vi har uttrykker tvil om at kvinner fra Norge, som er oppvokst i typisk norsk kultur, hadde fremstilt det på lik måte. Dette er fordi religion ikke praktiseres i like stor grad og samfunnet er ikke preget av kjønnsforskjeller. I mange land vil også sosioøkonomisk status ha mye å si for hvilken behandling kvinnen får, og mange går også uten behandling på grunn av mangler på midler. Kvinnen blir sterkt avhengig av mannens økonomiske midler, noe som blir poengtert av noen kvinner i studien. I Norge er ikke dette en normalitet, hvor alle har rett på lik behandling uavhengig av sosioøkonomisk status. Norge praktiserer like tjenester til alle uavhengig av kjønn og religion. Dette gjelder alle offentlige tjenester, både helse- og skoletjenester. Artikkelen fra Nederland vil være et bedre sammenligningsgrunnlag til kvinner i Norge, da Nederland også praktiserer offentlige tjenester for befolkningen. Ifølge Statisk sentralbyrå (2021) er andel av BNP, som er bruttonasjonalprodukt, ganske likt det Norge legger i velferdstjenester. Dersom kvinner kommer til Norge med bakgrunn fra å være undertrykt på grunn av kjønnsforskjeller, er det viktig at sykepleieren er klar over hva kulturelle forskjeller utgjør i andre land og verdensdeler. Vi mener det er viktig at sykepleiere holder seg oppdatert på ny forskning om hvordan man skal møte pasientgrupper med en annen kulturbakgrunn, da spesielt i samtale om seksuell helse.

Når vi snakker om seksuell helse er det mange som kun tenker på samleie. Seksuell helse omhandler mer enn penetrering. Både kvinnene og partneren trenger å bli veiledet om seksuelt mangfold (Jerpseth 2016, 155). Flere av kvinnene i studien opplevde mye smerte, noe som resulterte i at kvinnene ikke hadde et ønske om samleie. Sykepleier kan informere og oppfordre til kjærlighet og ivaretagelse av parforhold gjennom annen fysisk berøring, for eksempel kyssing, nærkontakt og beføling. Intimitet uten samleie kan hjelpe kvinnens helbredelse i en sårbar situasjon (Jerpseth 2016, 155). Under behandlingsløpet er det individuelt hvor mye man tenker på samleie, men behovene kan endre seg etter behandling (Kreftforeningen u.d.). Noen opplever å få dårlig samvittighet over seksuelle behov og følelser, fordi parforholdet endrer seg (Kreftforeningen u.d.). Det kan være utfordrende å gjenoppta seksuell aktivitet etter behandling. Ifølge Kreftforeningen (u.d.) viser erfaring at den ene parten tror at man ikke ønsker å snakke om situasjonen. Ofte stemmer ikke dette, og våre erfaringer fra helsevesenet viser at kommunikasjon hjelper. Artikkelen viste at parene som var åpne med hverandre hadde fått et bedre seksuelt liv, mens parene som ikke kommuniserte endte opp med å distansere seg fra hverandre. Dette førte ofte til flere fysiologiske- og psykiske plager hos kvinnene.

4.2.4 Nødvendig med informasjon

I Norge har vi et klart og konkret lovverk som omhandler blant annet pasientens sine rettigheter, hva de har krav på og hvordan sykepleier skal utøve sykepleie tilpasset pasientens sine behov. Et kapittel omhandler kommunikasjon. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §3-5 sier at:

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen.

I artiklene vi inkluderte i studien uttrykte kvinnene at det var utilstrekkelig informasjon om seksuelle plager blant pasientgruppen. Det var flere årsaker til dette, både at helsepersonell ikke tok initiativ til å snakke om det og at pasienten følte seg utilfreds med

å ta det opp på eget initiativ. Dette skjedde ofte på bakgrunn av at legen var mann, og at det derfor oppstod en kjønnskonflikt. Mange følte at det ikke var på sin plass å snakke om temaet, da det var sjenerende, flaut og sårbart. Alder var også en faktor, da de følte det var upassende at de hadde fokus på seksuell aktivitet i hverdagen. Likevel ble det poengtert av flere kvinner i studien at helsepersonell burde oppfordret kvinnene til å snakke om dette, og at det skulle vært helsepersonell sin plikt å ta initiativ til samtale. I mange av artiklene sa kvinnene at en kvinnelig sykepleier hadde vært den mest gunstige helseprofesjonen i denne sammenhengen, da de hadde et syn på sykepleieren som omsorgsfull, forståelsesfull og empatisk. At sykepleieren skulle være kvinne, var kvinnenes uttrykte ønske i håp om å oppnå bedre forståelse for de problemene de erfarte. Ifølge yrkesetiske retningslinjer, under punkt to som omhandler sykepleieren og pasienten, skal sykepleieren blant annet understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleierforbund 2019). Det står også at sykepleieren ikke skal utnytte pasienten sin sårbarhet, noe som er viktig for at pasienten skal få åpne seg opp om sine tanker og bekymringer i sitt tempo og for å danne en god relasjon (Norsk sykepleierforbund 2019).

Funnet i artiklene blir styrket av andre forskningsartikler. Nyere forskning fra USA og Mexico bekrefter også at mangel på informasjon er et gjengående problem blant kvinner med livmorhalskreft (Anderson, Young og Eggenberger 2019 og Knaul et al. 2020). Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund 2019). Når denne pasientgruppen opplever mangelfull oppfølging og informasjon om seksuell helse, kan dette medføre at pasienten går med lidelser over lengre tid enn nødvendig. For å lindre, må man oppfordre pasienten til å snakke om problemområdet. Vi som sykepleiere har en konkret rolle i å medvirke til at dette blir et tema som ikke er tabu å snakke om med pasientene våre.

5.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse kvinners seksuelle helse etter gjennomgått behandling av livmorhalskreft. Vi konkluderer med at kvinnene opplevde seksuelle problemer som var fysiologiske og psykiske, som for mange resulterte i endret parforhold i enten positiv eller negativ forstand. De opplevde også mangelfull oppfølging og informasjon rundt seksuelle plager, noe som resulterte i at kvinnene ikke fikk tilstrekkelig hjelp mot problemene de opplevde. Vi har også fått en innsikt i hvor stor innvirkning kulturforskjeller hadde for kvinnenes opplevelse av seksuell helse etter behandling av livmorhalskreft, og at mange av kvinnene følte på skyld og skam ovenfor deres partner.

Gjennom denne litteraturstudien har vi fått dypdykket ned i en problematikk, som vi gjennom sykepleierstudiet ikke har hatt fått noen undervisning om. Det har fått oss til å innse hvor viktig det er med kunnskap og forståelse for god ivaretagelse av kvinnene i pasientgruppen. Tematikken er også svært relevant opp mot andre gynekologiske kreftdiagnoser blant kvinner, og som sykepleiere er det stor sannsynlighet at vi møter på kvinner i denne pasientgruppen.

5.1 Konsekvenser for praksis

Sykepleiere bør få tilstrekkelig med opplæring i hvordan man møter kvinner med seksuelle utfordringer, for at kvinnene i pasientgruppen ikke går over lengre tid med plager som kunne vært lindret. Det er derfor viktig at kompetansen heves og inkluderes i større grad under sykepleierutdanningen, da tematikken ofte blir unngått i praksis på grunn av manglende kunnskap. Kunnskap er essensielt viktig for å bryte tabu. Helsepersonellets tillitt kan bli svekket dersom kvinnenes behov for informasjon ikke blir tilstrekkelig tilfredsstillt, fordi kvinner kan føler at de ikke får den informasjonen og tryggheten de trenger.

5.2 Anbefalinger for videre forskning

Når vi begynte å søke på seksuell helse etter behandling av livmorhalskreft oppdaget vi fort at det eksisterte lite ny kvalitativ forskning fra Norge og Skandinavia. Siden temaet er tabubelagt er det viktig at dette blir belyst. Det finnes lite kvalitativ forskning fra land med gode helsetilbud, derfor bør det forskes mer på seksuell helse i disse landene. Opplæringsmaterialet bør forbedres for sykepleiere og forskere bør derfor også se videre på sykepleierens rolle i pasientgruppens behov for omsorg og ivaretagelse.

6.0 Referanseliste

- Afiyanti, Yati, Setyowati, Ariesta Milanti og Annie Young. 2020. «'Finally, I get to a climax': the experiences of sexual relationships after a psychosexual intervention for Indonesian cervical cancer survivors and the husbands.» *Journal of psychosocial oncology* 38 (3): 292-309. <https://doi.org/10.1080/07347332.2020.1720052>
- Almås, Elsa og Esben Esther Pirelli Benestad. 2017. *Sexologi i praksis*. 3 utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Anderson, Kristen Abbott, Patricia K. Young og Sandra K. Eggenberger. 2019. «Adjusting to sex and intimacy: Gynecological cancer survivors share about their partner relationships.» *Jornal of Women & Aging* 32(3): 329-348. <https://doi.org/10.1080/08952841.2019.1591888>
- Appiah, Evans Osei, Ninon P Amertil, Ezekiel Oti-Boadi Ezekiel, Honest Lavoe og Dimah John Siedu. 2021. «Impact of cervical cancer on the sexual and physical health of women diagnosed with cervical cancer in Ghana: A qualitative phenomenological study.» *Women`s health* 17:1-11. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/17455065211066075>
- Aydin, Reyhan og Ümran Yesiltepe Oskay. 2016. «Sexual experience of women after pelvic radiotherapy for cervical cancer.» *Turkish Journal of Oncology* 31(4):119-127. http://onkder.org/pdf/pdf_TOD_959.pdf
- Borg, Tore. 2010. «Seksualitet.» I *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*, redigert av Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjøllberg, 121-130. Oslo: Akribe.
- Chow, Ka Ming, Carmen W.H.Chan og Bernard M. H. Law. 2021. «Perceptions of Chinese Patiens Treates for Gynaecological Cancer about Sexual Health and Sexual Information Provided by Healthcare ProdeSSIONALS: A Qualitative Study.» *Cancers* 13 (7): 1654. <https://doi.org/10.3390/cancers13071654>
- Evans, David. 2002. «Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data.» *Australian Journal of Advanced Nursing* 20 (2): 22-26.
- Felleskatalogen. 2020. «Livmorhalskreft.» Oppdatert 01. desember, 2020. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/livmorhalskreft>
- FN. 2021a. «Etiopia.» Oppdatert 02. desember, 2021. <https://www.fn.no/Land/etiopia>

- FN. 2021b. «India.» Oppdatert 15. februar, 2021. <https://www.fn.no/Land/india>
- FN. 2021c. «Iran.» Oppdatert 15. februar, 2021. <https://www.fn.no/Land/iran>
- FN. 2021d. «Kina.» Oppdatert 10. februar, 2021. <https://www.fn.no/Land/kina>
- FN. 2023a. «Ghana.» Oppdatert 14. februar, 2023. <https://www.fn.no/Land/ghana>
- FN. 2023b. «Indonesia.» Oppdatert 08. februar, 2023. <https://www.fn.no/Land/indonesia>
- FN. 2023c. «Tyrkia.» Oppdatert 13. februar, 2023. <https://www.fn.no/Land/tyrkia>
- Folkehelseinstituttet. 2022. «HPV-vaksine (Humant Papillomavirus) – veileder for helsepersonell.» Oppdatert 30. september, 2022. <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/hpv-vaksinasjon-humant-papillomavir/>
- Gamnes, Siv. 2014. «Nærhet og seksualitet.» I *Grunnleggende sykepleie 3*, redigert av Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 71-104. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hagen, Bjørn og Mathias Onsrud. 2019. «Maligne svulster.» I *Obstetikk og gynekologi*, redigert av Jan Martin Maltau, Kåre Molne og Britt-Ingjerd Nesheim, 281-297. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helsebiblioteket. 2016. «Sjekklistet.» Publisert 03. juni, 2016. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistet>
- Helsebiblioteket. 2021. «Seksuell dysfunksjon hos kvinner.» Publisert 7. oktober, 2021. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/seksuell-helse/seksuell-dysfunksjon-hos-kvinner>
- Helsedirektoratet. 2021. «Seksuell helse.» Oppdatert 20. oktober, 2021. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse/sunne-valg/seksuell-helse>
- Hundie, Gashaw Yada, Endalew G Sendo og Teshome Habte. 2022. «Ethiopian women's sexual experiences and coping strategies for sexual problems after gynaecological cancer treatment: a qualitative study.» *BMJ Open* 12 (3). <https://bmjopen.bmj.com/content/12/3/e057723>

- Jerpseth, Heidi. 2016. «Sykepleie ved gynekologiske sykdommer.» I *Klinisk sykepleie 2*, redigert av Dag-Gunnar Stubberud, Randi Grønseth og Hallbjørg Almås, 133-168. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kanalregisteret. 2023. «Om Register over vitenskapelige publiseringskanaler.» Lest 19. januar 2023. <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Om>
- Knaul, Felicia Marie, Svetlana V. Doubova, María Cecilia Gonzalez Robledo, Alessandra Durstine, Gabriela Sophia Pages, Felicia Casanova og Hector Arreola-Ornelas. 2020. «Self-identity, lived experiences, and challenges of breast, cervical, and prostate cancer survivorship in Mexico: a qualitative study.» *BMC Cancer* 20:577. <https://doi.org/10.1186/s12885-020-07076-w>
- Kreftforeningen. 2022. «Hetetokter.» Oppdatert 7. oktober, 2022. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/senskader-voksne/hetetokter/>
- Kreftforeningen. 2023. «Livmorhalskreft.» Oppdatert 9. januar, 2023. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/>
- Kreftforeningen. u.d. «Til deg som partner.» Hentet 17. februar, 2023. <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/kreft-og-seksualitet/til-deg-som-partner/>
- Kreftlex. 2023. «Bruk av dilator i forbindelse med strålebehandling i bekkenet.» Lest 15. februar 2023. https://kreftlex.no/KSPROSEDYRERFASE1/Oppfolging/Vaginal_dilator_str%C3%A5lebehandling_bekken
- Kreftregisteret. 2023. «Hvor ofte skal jeg ta livmorhalsprøve?» Oppdatert 09. mars, 2023. <https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/oftestiltespor-smal/ta-livmorhalsprove-regelmessig.-hvor-ofte-er-det/>
- Langhelle, Trude Hammer, Anita Paulsen, Kjellaug Fredly og Ragnhild Johanne Tveit Sekse. 2021. «Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse.» Sykepleien. <https://sykepleien.no/fag/2021/01/sykepleiere-kan-hjelpe-pasientene-til-bedre-seksuell-helse>
- Mishra, Neha, Nilanchali Singh, Mohini Sachdeva og Prafull Ghatage. 2021. «Sexual Dysfunction in Cervical Cancer Survivors: A Scoping Review.» *Women's Health Reports* 2 (1): 594-607. <https://doi.org/10.1089/whr.2021.0035>

- Mofrad, Samaneh Alinejad, Ahmad Nasiri, Gholam Hossein Mahmoundi Rad og Fatemeh Homaei Shandiz. 2021. «Spousal sexual life issues after gynecological cancer: a qualitative study.» *Supportive Care in Cancer* 29: 3857-3864.
<https://doi.org/10.1007/s00520-020-05912-0>
- Moksnes, Tone Størseth og Marko Stojiljkovic. 2022. «Seksualitet.» I *Sykepleieboken 1 Sykepleiens fundament*, redigert av Ann Kristin Bjørnnes, Edith Roth Gjevjon, Ellen Karine Grov og Inger Margrethe Holter, 687-714. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Norsk Helseinformatikk. 2023. «Livmorhalskreft.» Oppdatert 03. januar, 2023.
<https://nhi.no/sykdommer/kreft/gynekologisk-kreft/livmorhalskreft/?page=all>
- Norsk sykepleierforbund. 2019. «Yrkesetiske retningslinjer.» Sist revidert 2019.
<https://www.nsf.no/group/725/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl. Lov om pasient- og brukerrettigheter av 02. juli 1999 nr. 63. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>
- Rajkumar, Divya, Surendran Veeraiah, Revathy Sudhakar og Selvaluxmy Ganeshraja. 2022. «Perceived psychosexual dimensions of cervical cancer survivors in India- An exploratory study.» *Psycho-Oncology* 31 (10): 1745-1752.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.6021>
- Regjeringen. 2016. «Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022).» Publisert november, 2016.
https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf
- Schjøberg, Tore Kr.. 2010. «Endret kroppsbilde.» I *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*, redigert av Anne Marie Reitan og Tore Kr. Schjøberg, 131-141. Oslo: Akribe.
- Solvoll, Betty-Ann. 2014. «Identitet og egenverd.» I *Grunnleggende sykepleie 3. Pasientfenomener og livsutfordringer*, redigert av Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug, 15-39. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Statistisk sentralbyrå. 2021. «Offentlige tjenester reduserer ulikhet og fattigdom.» Publisert 7. september 2021. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/artikler/offentlige-tjenester-reduserer-ulikhet-og-fattigdom>

- Thidemann, Inger-Johanne. 2020. *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Turkish Journal of Oncology. (u.d.). «Informations For Authors.» Hentet 25. januar 2023.
<http://onkder.org/static.php?id=7>
- Vermeer, Willemijn M., Rinske M. Bakker, Gemma G. Kenter, Anne M. Stiggelbout og Moniek M. ter Kuile. 2016. «Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support.» *Supportive Care in Cancer* 24: 1679-1687. <https://dx.doi.org/10.1007/s00520-015-2925-0>
- World Health Organization. 2022. «Cervical cancer.» Oppdatert 22. februar, 2022.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
- World Health Organization. 2023. «Sexual health.» Lest 20. januar, 2023.
https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

Vedlegg 1: Søkestrategi

PICO-skjema

| P | O |
|--|---|
| <p>Pasient / patient</p> <p>Kvinner med livmorhalskreft / Women with cervical cancer</p> | <p>Utfall / outcome</p> <p>Opplevelse av egen seksuell helse / Sexual health experience</p> |
| <p><u>Norsk</u></p> <p>Livmorhalskreft <i>eller</i> Gynekologisk kreft</p> <p><u>Engelsk</u></p> <p>Cervical cancer <i>or</i> Gynecological cancer</p> | <p><u>Norsk</u></p> <p>Seksuell helse <i>eller</i> Seksualitet <i>eller</i> Psykoseksuell <i>og</i> Etter behandling <i>eller</i> Opplevelse <i>eller</i> Kvalitativ</p> <p><u>Engelsk</u></p> <p>Sexual health <i>or</i> Sexuality <i>or</i> Psychosexual <i>and</i> Post-treatment <i>or</i> Experience <i>or</i> Qualitative</p> |

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Søketabell 1

| # | Søk | Resultater |
|------------------------------|--------------------------------|--------------|
| | | Ovid Medline |
| 1 | cervical cancer.mp. | 48898 |
| 2 | sexuality/ | 7590 |
| 3 | psychosexual.mp. | 5135 |
| 4 | 2 or 3 | 12527 |
| 5 | 1 and 4 | 92 |
| 6 | limit 5 to yr = «2016-Current» | 23 |
| Tittel lest | | 23 |
| Sammendrag lest | | 8 |
| Lest i fulltekst | | 6 |
| Inkludert i bacheloroppgaven | | 4 |

Søketabell 2

| # | Søk | Resultater |
|-------------|-----------------------------|------------|
| | | PubMed |
| 1 | cervical cancer | 122392 |
| 2 | sexual health | 121912 |
| 3 | sexuality | 374910 |
| 4 | 1 and 2 and 3 | 2414 |
| 5 | qualitative | 377859 |
| 6 | 4 and 5 | 188 |
| 7 | limit 6 to yr = «2016-2023» | 100 |
| Tittel lest | | ca. 30 |

| | |
|------------------------------|---|
| Sammendrag lest | 5 |
| Lest i fulltekst | 4 |
| Inkludert i bacheloroppgaven | 1 |

Søketabell 3

| # | Søk | Resultater |
|------------------------------|-----------------------------|------------|
| | | CINAHL |
| 1 | cervical cancer | 21457 |
| 2 | sexual health | 23574 |
| 3 | 1 and 2 | 281 |
| 4 | experience | 442772 |
| 5 | 3 and 4 | 62 |
| 7 | limit 5 to yr = «2016-2023» | 41 |
| Tittel lest | | ca. 30 |
| Sammendrag lest | | 5 |
| Lest i fulltekst | | 4 |
| Inkludert i bacheloroppgaven | | 1 |

Vedlegg 3: Oversikt over valgte artikler

Artikkel 1

| | |
|--------------------------|--|
| Forfattere (år) | Afiyanti, Yati, Setyowati, Ariesta Milanti og Annie Young (2020) |
| Tittel | «Finally, I get to a climax”: the experiences of sexual relationships after a psychosexual intervention for Indonesian cervical cancer survivors and the husbands. |
| Land | Indonesia |
| Tidsskrift | Journal of psychosocial oncology |
| Hensikt | Studiens hensikt var å beskrive det seksuelle forholdet mellom mann og kone etter en sykepleierledet psykoseksuell intervensjon for indonesiske livmorhalskreftoverlevende. * |
| Metode/Instrument | Kvalitativ metode. Ansikt til ansikt i et dybdeintervju. 12 par hadde intervju separert mellom kone og mann. 4 par valgte å ha intervjuet sammen som kone og mann. Intervjuet varte i 60-90 minutter og ble gjort av et ekspertpanel (akademisk forsker, gynekolog og kvalitativ forsker). Dyadisk tilnærming. Analysert av Braun og Clarke`s thematic data analyseringsmetode. Transkribert ordrett |

| | |
|--------------------------|--|
| | på indonesisk deretter oversatt til engelsk. Lydopptak. |
| Deltagere/Frafall | 31 av 53 par sa ja til studien. 15 par meldte frafall da dem ikke fylte kriteriene eller nektet å bli med. Inklusjonskriterier: 35-60 år, diagnostisert med trinn II eller trinn III av livmorhalskreft, fullført behandling i 1 til 2 år, gift og bodde med mannen, seksuell aktiv, kommunisere på indonesisk og hadde deltatt i tidligere utførte psykoseksuelle intervensjonen. |
| Hovedfunn | Hovedfunnet i studien er at kvinnene generelt opplevde positive virkninger seksuelt og intimt etter den psykoseksuelle intervensjonen. Artikkelen delte opp funnene i 4 temaer. (1) Redusere lidelse: Kunnskapen de hadde lært under intervensjonen hjalp dem med å håndtere smerte under samleie. (2) Støtte hverandre for å gjenvinne seksuallivet: seksuelle interessen før intervensjonen var lav som førte til at de unngikk samleie. Et par nevnte at de begynte med gjensidige anstrengelser for å gjenvinne seksualiteten tilbake etter intervensjonen med disse undertemaene. (2a) Finne grunner til å gjøre eller angre seksuell omgang: Religion og helse var to av grunnene til at 13 kvinner ville gjøre seksuell omgang. Kvinne (39) siterer: «Hvis det er noe ønske om å ha sex, er det fordi |

| | |
|--------------------------|--|
| | <p>jeg frykter at skjeden min vil bli smalere, som du og legen sa. En annen grunn er å oppfylle min forpliktelse som kone» (2c)</p> <p>Endelig, kommer jeg til et klimaks: Alle kvinnene i studien forteller de opplevde å få orgasme igjen etter intervensjonen. (3)</p> <p>Bli mer intime og bryr seg om hverandre: lærte å kommunisere bedre med hverandre. (4) Jeg blir mye tryggere på meg selv: selvsikkerheten hadde blitt styrket etter dem hadde forbedret evnen til seksuell funksjon.</p> |
| Kritisk vurdering | <p>Det kan ha skjedd en seleksjonsskjevhet i studien da de som hadde negative erfaringer med intervensjonen kan ha takket nei. Samtidig er det tabubelagt tema å snakke om, da spesielt i et muslimsk land. Studien inneholder beskrivelser fra både kvinnen og mannen sin side. Vi tar ikke med mannen sine beskrivelser. Vi vurderer artikkelen som relevant gjennom sjekklisten.</p> |

* I artikkelen kommer det frem flere synspunkter og tanker til mannen i forholdet, men vi har kun tatt med kvinnes perspektiv.

Artikkel 2

| | |
|------------------------|---|
| Forfattere (år) | Appiah, Evans Osei, Ninon P Amertil, Ezekiel Oti-Boadi Ezekiel, Honest Lavoe og Dimah John Siedu (2021) |
| Tittel | Impact of cervical cancer on the sexual and physical health of women diagnosed |

| | |
|---|---|
| <p>Land</p> <p>Tidsskrift</p> | <p>with cervical cancer in Ghana: A qualitative phenomenological study</p> <p>Ghana</p> <p>Women`s Health</p> |
| <p>Hensikt</p> | <p>Hensikten med studien var å finne ut hvordan den seksuelle og psykiske helsen var for kvinner etter gjennomgått livmorhalskreft behandling.</p> |
| <p>Metode/Instrument</p> | <p>Kvalitativ metode med fenomenologisk design. Semistrukturert intervju der deltakerne var alene med en forsker. Opptak av lydfil. Transkribert i tillegg til opptak der det var nødvendig.</p> |
| <p>Deltagere/Frafall</p> | <p>30 kvinner i alderen 29-70 var med i denne studien. Kriteriene var at de hadde livmorhalskreft i forskjellige stadier, hadde diagnosen for over 1 år og var frivillig til å være med i studien. Eksklusjonskriteriene var at de ikke kunne være alvorlig syk (bevisstløs eller på livsstøttende maskiner) eller deprimert. De som ikke kunne snakke TWI eller engelsk ble fritatt fra studien.</p> |
| <p>Hovedfunn</p> | <p>Hovedfunn i studien viser at kvinner med livmorhalskreftsymptomer og gjennomgått cytostatika behandling hadde lav sexlyst. På grunn av den manglende sexlysten flyttet de fokuset fra</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>å tilfredsstillte kjeden til andre deler av kroppen. Det ble også gjort funn at noen kvinner viste apati mot partnerens seksuelle følelse. Fysiske problemer opplevdes også å bli løst av noen kvinner. Deltakerens opplevelser og meninger kunne deles inn i 2 temaer og 9 undertemaer: (1) Redusert seksualdrift: de opplevde lav sexlyst på grunn av store smertene, blødninger, psykologisk traume og unormal utslipp i skjeden. (2) Seksuell misnøye: mannen nyter ikke den seksuelle opplevelsen etter tilstanden. (3) Seksuell tilfredsstillelse: noen byttet tilfredsstillelse fra skjeden til andre deler av kroppen. Samleie mellom puppene og brystsuging. (4) Ubekymret over partnerens seksuelle liv: de hardest rammet rapportere at de var mindre bekymret for partneren sin helse på grunn av de selv var døende eller hadde mye smerter. Noen mente at partneren var utro. (5) Endring i fysiske utseende: kvinnene mistet mye blod og følte seg blek og undervektig. (6) Søvnforstyrrelse: lite søvn var knyttet til sterke smerter og vaginal blødning. (7) Fysiske bivirkninger av cytostatika: etter cellegift opplevde de oppkast, diarè, mistet matlyst, hårtap, infeksjoner og de følte seg svake. (8) Smerterelatert klage: majoriteten i studien opplevde</p> |
|--|--|

| | |
|--------------------------|--|
| | <p>underlivssmerter under aktivitet som samleie og noen når de gikk. (9)</p> <p>Avslutning av fruktbarhet: Kvinnene var bekymret over at de ikke kunne føde barn på grunn av behandlingen.</p> |
| Kritisk vurdering | <p>Vi har brukt sjekkliste for kvalitativ metode for å sjekke om det er en god forskningsartikkel. Vi stoler på forskningens resultater da vi har svar JA på alt i sjekklisen, og kan bruke den i litteraturstudien vår.</p> |

Artikkel 3

| | |
|--------------------------|--|
| Forfattere (år) | Aydin, Reyhan og Ümran Yesiltepe Oskay (2016) |
| Tittel | Sexual Experience of Women After Pelvic Radiotherapy for Cervical Cancer |
| Land | Tyrkia |
| Tidsskrift | Turkish Journal of Oncology |
| Hensikt | Studiens hensikt var å vurdere seksuelle erfaring, tanker og problemer hos kvinner som har blitt behandlet med bekkenstrålebehandling for livmorhalskreft. |
| Metode/Instrument | Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervju med lydopptak, som varte i 45-60 minutter. |

| | |
|---------------------------------|---|
| <p>Deltagere/Frafall</p> | <p>17 seksuelt aktive kvinner på 42-59 år. Eneste inklusjonskriteriene var at de var villig til å delta selv, og da måtte dem også søke selv. Det måtte ha gått minst 3 måneder etter bekkenstrålebehandlingen, og de var seksuelt aktive. Ikke nevnt noe om frafall i studien.</p> |
| <p>Hovedfunn</p> | <p>De primære seksuelle problemene som ble rapportert var blødning, redusert seksuell lyst og vaginal striktur. Studien deler hovedfunnene inni 8 temaer. (1) Seksuelle livet før kreftdiagnose: grunnet den høye alderen hos noen hadde allerede overgangsalderen ødelagt for sekslivet. (2) Kreftsymptomer og hvordan den ble diagnostisert: ble rapportert om mye smerter og blødninger. 2 IVF pasienter fikk beskjed om kreftdiagnosen på tilfeldig kontroll. (3) Effekt på seksuallivet etter kirurgisk behandling: kvinnene hadde problemer med kroppsbilde, frykt for å avslutte seksuallivet og ikke få barn igjen. (4) Seksuelle problemer etter bekkenstrålebehandling: kvinnene hadde problemer med vaginal tørrhet, kortere lengde på vaginaen, blødninger og dyspareuni. (5) De mest effektive hendelsene på seksuallivet: angst og depresjon var det første de la merke til. (6) Ektemannens atferd ved kreftdiagnose</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| | <p>og under behandlingsprosessen: mennene sin oppførsel og atferd gjorde at noen av kvinnene distanserte seg selv til sex og frykt for skilsmisse. (7) Ektemannens atferd etter kreftbehandlingen: kvinnene hevdet at ektemannen ble påvirket av vaginal tørrhet, tranghet og redusert seksuell lyst. (8) Støtte for seksuelle problemer: selv om kvinnene kom til regelmessige kontroller så var det flaut å spørre helsepersonell, eller andre om seksuelle problemer.</p> |
| Kritisk vurdering | <p>Vi har brukt sjekklister for kvalitative studier for å kritisk vurdere studien. Alle punkter ble besvart med «ja».</p> <p>Kritisk vurdering er gjennomført og godkjent.</p> |

Artikkel 4

| | |
|------------------------|--|
| Forfattere (år) | Chow, Ka Ming, Carmen W.H. Chan og Bernard M.H. Law (2021) |
| Tittel | Perceptions of Chinese Patients Treated for Gynaecological Cancer about Sexual Health and Sexual Information Provided by Healthcare Professionals: A Qualitative Study |
| Land | Kina |
| Tidsskrift | Cancers |

| | |
|--------------------------|---|
| Hensikt | Hensikten med studien var å finne ut hvilke seksuelle problemer kinesiske kvinner opplevde etter behandling av gynekologisk kreft. Forskerne ville også vite om kvinnene kunne si noe om hvordan de seksuelle problemene kunne løses, slik helsepersonell kunne utvide gjeldene seksuell helsetjeneste. |
| Metode/Instrument | Kvalitativ metode med fenomenologisk design. Semistrukturer intervju som varte fra 30-45 minutter. De ble intervjuet ansikt til ansikt alene i et stille rom. Det ble gjennomført en lydfil. Kvinnelig forskningssykepleier gjennomførte intervjuene. |
| Deltagere/Frafall | 21 kvinner som har vært seksuelt aktiv den siste måneden. De har hentet deltakere fra en tidligere kvantitativ studie de har gjennomført. Inklusjonskriterier: (1) Diagnostisert for livmor, eggstokk eller livmorkreft minst tre måneder tidligere; (2) Gjennomført kurativ behandling inkludert kirurgi, stråling eller cytostatika; (3) snakke kinesiske; (4) ikke ha historie med psykiske lidelser; og (5) ikke i en terminal fase. |
| Hovedfunn | Det er fire hovedpunkter som kommer fram som funn: 1) Forandringer i sexlivet. |

| | |
|--|---|
| | <p>85,7% oppgir at det har skjedd en negativ endring i det seksuelle aspektet, på bakgrunn av behandlingen de har gjennomgått. Kvinnene rapporterte om én eller flere plager knyttet til seksuelle funksjoner, samt en reduksjon i hvor ofte de har samleie med partneren sin. Noen av deltakerne uttrykte også bekymringer rundt at seksuell omgang kan føre til tilbakefall av kreftsykdommen, samt at noen hadde fått informasjon om at seksuell aktivitet kan føre til at kvinnen smitter ektemannen med kreft. Noen av kvinnene hadde god effekt mot smerter og tørrhet ved bruk av vannbasert glidemiddel. Ingen andre tiltak hadde blitt brukt av kvinnene for å takle de seksuelle problemene de opplevde.</p> <p>2) Følelse av mistet femininitet.</p> <p>52,4% følte på dette etter behandling. De bruker ord som «imperfect» og «incomplete» for å beskrive seg selv som kvinne. 5 deltakere følte dette på bakgrunn av å ha måtte fjerne livmoren, som er et sterkt feminint organ. Noen kjente på et sterkt tap og sorg rundt dette. Flere følte seg mer uattraktiv som kvinne etter kreftbehandlingen.</p> <p>3) Parforhold.</p> <p>90,5% oppgir at forholdet til deres partner, ikke har blitt negativt påvirket. De</p> |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <p>hadde ingen problem med å holde på et godt forhold og ha en god relasjon til deres partner. Syv deltakere oppgir at de har et bedre forhold nå, enn før diagnosen. De få som oppgir at det har påvirket forholdet negativt, oppgir dette på bakgrunn av at kvinnen ikke greier å gjennomføre seksuell aktivitet med deres partner på grunn av smerter, og at ektemann har vanskeligheter med aksept, samt at kvinnen selv føler at hun ikke gir mannen optimal tilfredsstillelse.</p> <p>4) Informasjon om seksuelle aspekter, gitt av helsepersonell.</p> <p>De aller fleste deltakere følte at de hadde fått utilstrekkelig informasjon fra helsepersonell, når det kommer til sex-relaterte aspekter. De fleste leger hadde bare gitt beskjed om at de kunne gjenoppta sex-livet sitt som normalt, uten noen form for informasjon om hva kvinnen kunne forvente. De kvinnene som oppgir at de fikk informasjon om dette, måtte aktivt spørre om informasjonen selv. Noen kvinner synes det var vanskelig å gjennomføre en samtale med helsepersonell om dette, da det var flaut og sjenerende å snakke om deres sex-liv. Én av deltakerne sier også at hun heller ville søke opp informasjonen selv på internett, i stedet for å ha en samtale med</p> |
|--|--|

| | |
|--------------------------|---|
| | <p>helsepersonell om dette. Kvinnene rapporterer at det hadde vært betryggende og til god hjelp å få snakke med en kvinnelig sykepleier, i stedet for en mannlig lege, at sykepleiere burde ta initiativ til å snakke om dette med kvinnene, og at det bør legges til rette for at dette kan gjennomføres på oppfølgingstime etter endt behandling. Andre forslag var helsesamtaler og seminarer, telefonhenvendelser, organiserte støttegrupper og brosjyrer kan være betryggende tiltak for kvinnen sitt beste.</p> |
| Kritisk vurdering | <p>Vi har brukt sjekklister for kvalitative studier for å kritisk vurdere studien. Alle punkter ble besvart med «ja».</p> <p>Kritisk vurdering er gjennomført og godkjent.</p> |

Artikkel 5

| | |
|------------------------|--|
| Forfattere (år) | Hundie, Gashaw Yada, Endalew G Sendo og Teshome Habte (2022) |
| Tittel | Ethiopian women's sexual experiences and coping strategies for sexual problems after gynaecological cancer treatment: a qualitative study. |
| Land | Etiopia |

| | |
|---------------------------|---|
| Tidskrift | BMJ Open |
| Hensikt | Hensikten med studien var å utforske kvinners seksuelle erfaringer og mestringsstrategier for seksuelle problemer etter gynekologisk behandling. |
| Metode/Instrument | Kvalitativ studie med fenomenologisk design ble brukt i denne studien. Dybdeintervju ansikt til ansikt ble brukt. Det ble brukt lydopptak og gjort notater underveis i intervjuet. Tematisk analyse: datareduksjon, datavisning og datakonklusjon. |
| Deltagere/fracfall | 13 deltakere fra 25-55 ble med i studien. Inklusjonskriteriene var at deltakeren måtte være over 18 år og hatt behandling for gynekologisk kreft i de siste 6-12mnd. |
| Hovedfunn | Studien delte funnene opp i fire hovedtema. (1) Bivirkninger av behandling: 11 av 13 stykk fortalte om blødninger ved samleie, tørrhet, oppkast, vaginal utflod og smerte. (2) Seksuelle problemer etter strålebehandling: Smerte, vaginal blødning og ubehag ble rapportert av de fleste, som følge av tørrhet og tetthet i skjeden. (3) Manglende bevissthet om kreftbehandling og seksuell dysfunksjon: Kvinner hadde ikke hørt at kreftbehandlingen kom til å påvirke den seksuelle helsen. (4) Mestringsstrategier for seksuell dysfunksjon etter gynekologisk kreftbehandling: Noen |

| | |
|--------------------------|---|
| | unngikk seksuell omgang, ba om helbredelse og noen søkte profesjonell hjelp. |
| Kritisk vurdering | Vi har brukt sjekklister for kvalitativ metode for å sjekke om det er en god forskningsartikkel. Vi stoler på forskningens resultater da vi har svar JA på alt i sjekklisten, og kan bruke den i litteraturstudien vår. |

Artikkel 6

| | |
|--------------------------|--|
| Forfattere (år) | Mofrad, Samaneh Alinejad, Ahmad Nasiri, Gholam Hossein Mahmoudi Rad og Fatemeh Homaei Shandiz (2021) |
| Tittel | Spousal sexual life issues after gynecological cancer: a qualitative study |
| Land | Iran |
| Tidsskrift | Supportive Care in Cancer |
| Hensikt | Hensikten med studien var å avdekke hvilke seksuelle problemer iranske kvinner hadde med gynekologisk kreft. |
| Metode/Instrument | Kvalitativ metode gjennom ansikt til ansikt i et semistrukturert intervju. Arkiverte notater ble skrevet etter hvert intervju. Lydopptak ble gjennomført. Analysert med konvensjonell innholdsanalyse. |

| | |
|----------------------------------|--|
| <p>Deltagere/fracfall</p> | <p>Totalt 16 kvinner med gynekologisk kreft mellom 23-72 år deltok i denne studien. 17stk var invitert, men ei droppa ut. Kriteriene for å bli med i studien var at de måtte ha hatt diagnosen i minst 6mnd og bor med mannen, ikke ha metastaser basert på de medisinske filene, mulighet å bli med på ansikt til ansikt intervju og snakke flytende persisk. Eksklusjonskriteriet var manglende vilje til å fortsette i studien.</p> |
| <p>Hovedfunn</p> | <p>De fleste av kvinnene skammet seg over å snakke om sine seksuelle problemer. Både sykepleiere og leger unngikk å snakke om temaet, som gjorde at disse iranske kvinnene sto veldig alene. Studien delte opp sine funn i tre temaer. (1) Deltakerens kamp for å opprettholde ektemannens seksuelle monopol: Kvinnene var redd mannen skulle forlate dem, og finne ei ny. De ville vite når det var trygt for dem å ha samleie igjen. (2) Forverring av intimitet: Etter behandling med cytostatika har gjort kvinnene mindre attraktiv i både kvinnens og mannen sitt syn. (3) Ubehagelige opplevelser i sengen: Angst ble rapportert som en av ubehagene med samleie. De bekymret seg over hvordan de så ut nedentil, og tilbakefall av kreft knyttet til vaginalsex. Sitat fra studien «Jeg føler at skjeden min er lukket på grunn av</p> |

| | |
|--------------------------|---|
| | behandlingen, og mannen min får da smerte når han vil ha intern sex» |
| Kritisk vurdering | Studien inneholder kvinner med livmorhals-, eggstokk- og livmorkreft, men vi tar bare med erfaringer fra livmorhalskreft. Vi har brukt sjekklister for kvalitativ metode for å sjekke om det er en god forskningsartikkel. Vi stoler på forskningens resultater da vi har svar JA på alt i sjekklisten, og kan bruke den i litteraturstudien vår. |

Artikkel 7

| | |
|--------------------------|--|
| Forfattere (år) | Rajkumar, Divya, Surendran Veeraiah Revathy Sudhakar og Selvalyxmy Ganeshraja (2022) |
| Tittel | Perceived psychosexual dimensions of cervical cancer survivors in India – An exploratory study |
| Land | India |
| Tidsskrift | Psycho-Oncology |
| Hensikt | Hensikten til studien er å utforske de psykososiale bekymringene til kvinner som har overlevd livmorhalskreft i India. |
| Metode/Instrument | Semistrukturerte intervju. Lydinnspilte dybdeintervju, etter samtykke fra deltakere. Intervjuene ble holdt på |

| | |
|---------------------------|---|
| | morsmål, altså Tamil, og varte i 30-35 minutter. |
| Deltagere/fracfall | 58 relevante deltakere var kvinner mellom 35 og 55 år, som har gjennomgått behandling av livmorhalskreft, og som på intervjudtidspunktet har vært kreftfri i minimum 2 år. 11 av disse ga ikke tillatelse i å delta i studien, da de ikke var villig til dette. 15 deltakere hadde planlagt reise i tidspunktet rundt intervjuet. To ønsket ikke å delta fordi de ikke følte seg komfortabel å diskutere seksuell helse. Studien inneholder derfor totalt 30 deltakere. 12 av deltakerne oppga at de var seksuelt aktive og 18 var seksuelt inaktiv. |
| Hovedfunn | Hovedfunn i studien ble delt opp i funn fra den seksuelt aktive gruppen og fra de ikke-seksuelt aktive. Blant de som var seksuelt aktive, var det tre temaer som kom opp som hovedfunn: (1) Muliggjøre seksuell aktivitet, (2) Hindringer for seksuell aktivitet og (3) Kommunikasjon om seksuell helse. (1) Pasientene opprettholdt den seksuelle aktiviteten, selv om de ikke hadde noen interesse for dette. En årsak til dette var f.eks. for å få økonomiske midler fra ektemann, og å holde de unna ekstra ekteskapelige forhold. (2) Pasienter rapporterte at de hadde plager som |

brennende følelse, vaginal stenose og liten vaginal effekt ved seksuell aktivitet, noe som førte til psykiske plager og nedsatt seksuell funksjon. Noen rapporterte også at de var redde for tilbakefall av sykdommen, samt smitte ektefellen sin. (3) Deltakere synes det var sjenerende å snakke med lege om seksuelle problemer, og unnlot derfor å gjøre dette selv om de hadde mange spørsmål.

Blant de som var ikke-seksuelt aktive, var det tre temaer som kom opp som hovedfunn: (1) Egenskaper ved seksuell avholdenhet, (2) Påvirke seksuell avholdenhet og (3) Hindringer for kommunikasjon om seksuell helse. (1) Flere av pasientene uttrykte frykt for å ha debutere seksuelt etter behandling, i frykt for tilbakefall og at dette skal påvirke helsen på en negativ måte. De valgte derfor å ikke være seksuelt aktive etter behandling. Noen rapporterer også at de er redd for å smitte ektemannen sin med sykdommen, at det er vanskelig å opprettholde et seksuelt aktivt liv i boligen hjemme pga. barn, samt at de har ingen interesse for seksuell aktivitet. (2) Noen rapporterte at de hadde støttende miljø, mens andre hadde ikke dette. Noen av

| | |
|--------------------------|---|
| | <p>deltakerne oppgir at ektemann hadde et seksuelt aktivt liv med en annen kvinne.</p> <p>(3) Mange av kvinnene unnlot å snakke med helseprofesjoner om de seksuelle problemene sine, på bakgrunn av faktorer som flauhet, nøling og alder, samt en sperre som oppstod dersom legen var et annen kjønn enn kvinnen.</p> |
| Kritisk vurdering | <p>Vi har brukt sjekklister for kvalitativ studie, hvor vi svarte «ja» på alle punkter. Vi har derfor vurdert at denne artikkelen er troverdig og at vi kan bruke den i vår litteraturstudie.</p> |

Artikkel 8

| | |
|------------------------|--|
| Forfattere (år) | <p>Vermeer, Willemijn M., Rinske M. Bakker, Gemma G. Kenter, Anne M. Stiggelbout og Moniek M. ter Kuile (2016)</p> |
| Tittel | <p>Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support</p> |
| Land | <p>Nederland</p> |
| Tidsskrift | <p>Support Care Cancer</p> |
| Hensikt | <p>Hensikten med studien var å vurdere opplevelsene med seksuell dysfunksjon, psykoseksuell støtte, og behov for psykoseksuell helsetjeneste blant</p> |

| | |
|--------------------------|--|
| | overlevende av livmorhalskreft og deres partner.* |
| Metode/Instrument | Semistrukturerte intervjuer, face-to-face. Kvinnene og partner ble intervjuet separat. Intervjuene ble båndopptatt og skrevet ned ordrett det intervjuobjekt sier. Intervjuene tok plass på et privat rom på sykehuset, eller hjemme hos deltakere. |
| Deltagere/Frafall | <p>Det var til sammen 54 kvinner som ble invitert til å delta. Formålet var å rekruttere 30. Alle disse hadde blitt behandlet hos Leiden University Medical Center eller hos Academic Medical Center Amsterdam, de siste 1 til 12 årene. Alle forespurte deltakere har minst én gang opplevd et behov for informasjon eller hjelp.</p> <p>Kvinnene som ikke ga respons på forespørselen om deltakelse, ble etter to uker ringt opp fra de som skulle utføre studien. 30 kvinner ønsket å være med på studien. Av de resterende 24 som ble spurt, var de mest uttalte grunnen til å ikke delta at temaet var for intimt eller skremmende å snakke om.</p> <p>26 kvinner hadde partner, og 4 kvinner var single. Partnere til kvinnene ble også forespurt med i studien, men bare 12 av de deltok. Til sammen 30 kvinner og 12 partnere er totalt med i studien.</p> |

| | |
|------------------|---|
| Hovedfunn | <p>Det var tre hovedtemaer som ble tatt opp i studien: (1) Opplevelser med respekt rundt seksuelle dysfunksjoner, (2) Opplevelser med informasjon og omsorgstilbud og (3) Behov for helsetjenester og holdninger mot former for tilbud av intervensjoner og holdninger til intervensjoner rettet mot seksuelle dysfunksjoner.</p> <p>De fleste deltakere har opplevd én eller flere seksuelle dysfunksjoner, ofte en følelse av fortvilelse. De fleste deltakere rapporterer at de har blitt spurt om seksuell funksjon, selv om oppmerksomheten rundt dette ofte var begrenset og medisinsk orientert, altså på bakgrunn av fysiske forandringer som bivirkning av behandling. Siden seksualitet er betraktet som et tabu tema å diskutere, ble noen av deltakerne hemmet i å spørre om hjelp. Mange av deltakerne ønsket informasjon om konsekvenser av behandling når det kommer til seksuell funksjon, praktiske tips hvordan man takler dysfunksjoner, og betryggelse om at det er normalt å oppleve seksuell dysfunksjon. En nettside ble av mange deltakere sett på som hjelpsom og som førstevalget av tilgjengelig ressurs for å finne informasjon om seksuell funksjon etter kreft.</p> |
|------------------|---|

| | |
|---------------------------------|---|
| | <p>Når det kommer til face-to-face kontakt mellom helseprofesjoner og pasient, ble gynekologer oppfattet som primærprofesjon å kontakte ved seksuelle problemer. Sexologer ble oppfattet som egnet ved med komplekse problemer, mens sykepleier og allmennleger ble mer spesifikt verdsatt på grunn av deres empati og tilgjengelighet.</p> |
| <p>Kritisk vurdering</p> | <p>Vi har brukt sjekklister for kvalitative studier for å kritisere studien. Alle punkter ble besvart med «ja».</p> |

* I artikkelen kommer det frem flere synspunkter og tanker til mannen i forholdet, men vi har kun tatt med kvinnes perspektiv.

Vedlegg 4: Eksempel på utfylt sjekkliste

Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

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

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

Om sjekklisten

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

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

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

Kritisk vurdering av:

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

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar: *The purpose of this study was to assess experiences with sexual dysfunctions, psychosexual support, and psychosexual healthcare needs among cervical cancer survivors and their partners.*

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar: *Experiences*

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

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

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?

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

Kommentar: Purposive sampling strategy. Random sample of 54 women from two specific medical centres in Amstredam or Leiden, who had indicated to have at least once experienced a need for information or help, were invited. 30 agreed. Those who did not agree stated reasons for not participating, were that the topic was too intimate or intimidating. 12 of 26 partners did participate.

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

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar: Semi-structured interviews, face-to-face, conducted in a private room at the hospital, or at the participant's home. 65 min for participants, 36 min for the partners. All interviews were audio-taped and transcribed verbatim. Interview guide is attached.

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar: The interviews were conducted separately between the participants and their partners, to facilitate participants to speak freely about their individual experiences.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar: *The LUMC Medical Ethical Committee approved the study. All personal identifiers have been removed or disguised so the person(s) described are not identifiable and cannot be identified through the details of the story. The study was voluntary.*

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

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar: *The data were coded and analyzed with NVivo using the framework approach.*

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

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar: *Many other studies were described to substantiate their findings.*

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

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

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

Kommentar: *Yes.*