



Bachelorgradsoppgave

Kvinner med gynekologisk kreft

- Seksualitet og mestring

Women with gynaecological cancer

- Sexuality and coping

Karoline Thorgersen

Antall ord: 9985

SPU 110
Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Avdeling for helsefag
Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2015



Abstrakt

Introduksjon: 1590 kvinner ble i 2013 diagnostisert med gynekologisk kreft. Kvinner med denne kreftdiagnosen sliter med en rekke seksuelle problem, som ikke blir møtt av helsepersonell.

Hensikt: Belyse hvordan underlivskreft påvirker kvinners seksualitet, samt hvilke tiltak som kan iverksettes for å forebygge og mestre endringene. **Metode:** Det har blitt gjort et allment litteraturstudie med inkludering av tolv forskningsartikler for å belyse hensikten. **Resultat:** Kvinnenes seksualitet ble påvirket av både fysiske og psykiske faktorer. Seksualiteten hadde ulik betydning gjennom sykdomsforløpet, og helsepersonell ga generelt kvinnene en mangelfull informasjon.

Diskusjon: Resultatet har blitt diskutert opp mot relevante forebyggende tiltak, samt hvordan sykepleiere kan hjelpe kvinnene med å mestre mangfoldet av seksuelle problemer. **Konklusjon:** Kvinner med gynekologisk kreft møtte en rekke seksuelle problem i forbindelse med diagnose og behandling. Undervisning og informasjonsformidling vil kunne bedre kvinnenes seksualitet, og hjelpe dem med å forebygge og mestre problematikken. Videre forskning vil derimot være nødvendig.

Nøkkelord: Seksualitet, seksuelle problem, gynekologisk kreft, mestring, sykepleie

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.	INTRODUKSJON	1
1.1.	Forekomst og behandlingsmetoder	1
1.2.	Seksuelle problemområder	1
1.3.	Seksualitetens relevans for sykepleiefaget	2
1.4.	Hensikt og avgrensning	3
2.	METODE	4
2.1.	Søkestrategi	4
2.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	4
2.3.	Utvalg og gransking av inkluderte artikler	4
2.4.	Analyse	5
2.5.	Etiske overveielser	5
3.	RESULTAT	7
3.1.	Fysiske endringer og utfordringer	7
3.2.	Psykoeksuelle vansker	8
3.2.1.	Et endret kroppsbilde	9
3.3.	Seksualitetens betydning gjennom sykdom og behandling	9
3.4.	Helsepersonellets betydning, ønsker og mangler	10
3.4.1.	Informasjonsbarrierer og stigma	11
4.	DISKUSJON	12
4.1.	Fysiske endringer og utfordringer	12
4.2.	Psykoeksuelle vansker	15
4.2.1.	Et endret kroppsbilde	17
4.3.	Seksualitetens betydning gjennom sykdom og behandling	17
4.4.	Helsepersonellets betydning, ønsker og mangler	18
4.4.1.	Informasjonsbarrierer og stigma	21
4.5.	Metodediskusjon	23
5.	KONKLUSJON	25
	LITTERATURLISTE	26
	VEDLEGG 1: OVERSIKT OVER SØKESTRATEGIER	
	VEDLEGG 2: OVERSIKT OVER INKLUDERTE ARTIKLER	
	VEDLEGG 3: ANALYSETABELL	
	VEDLEGG 4: HINTS SKJEMA FOR ARTIKKELGRANSKING	

1. INTRODUKSJON

1.1. Forekomst og behandlingsmetoder

Statistikken viser at det var 1590 nye tilfeller av gynekologisk kreft hos kvinner i 2013 (Kreftregisteret, 2015). Så mye som rundt 21 000 kvinner har, eller har hatt, gynekologisk kreft (Gynkreftforeningen, udatert, a). Ondartede svulster som går ut fra de kvinnelige genitalier, betegnes som gynekologisk kreft (Gynkreftforeningen, udatert, c). Kreftformen kan forekomme i både livmor, eggstokk, eggleder, livmorhals, ytre kjønnsorgan og skjede (Gynkreftforeningen, udatert, c). I tillegg kan det være svulster som utgår fra bukhinne eller morkake (Gynkreftforeningen, udatert, c). Rundt 650 kvinner får årlig livmorkreft (Gynkreftforeningen, udatert, f), 450 eggstokkreft (Gynkreftforeningen, udatert, b), 300 livmorhalskreft (Gynkreftforeningen, udatert, e) og ca. 5 prosent i ytre kjønnsorgan (Gynkreftforeningen, udatert, d). Andre kreftformer, som kreft i skjeden, er mer sjeldent (Gynkreftforeningen, udatert, g). Gynekologisk kreft behandles som regel med en kombinasjon av kirurgi, stråling og cellegift (Stead, Fallowfield, Selby, & Brown, 2006).

1.2. Seksuelle problemområder

Det har vist seg at gynekologisk kreft, og den tilhørende behandlingen, har innvirkning på kvinners seksualitet (Ratner, Foran, Schwartz, & Minkin, 2010). En rekke undersøkelser viser at kvinner med gynekologisk kreft sliter med fysiske og psykiske, seksuelle problemer (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2012). De fysiske områdene innebærer blant annet manglende opphisselse, manglende orgasme, smerter ved samleie, vaginal tørrhet og en forkortet vagina (Abbott-Anderson & Kwekkeboom 2012; Gjessing, Borg, & Dahl, 2013; Ratner et al. 2010; Stead et al. 2006).

Psykiske faktorer har nær sammenheng med seksualiteten (Abbott-Anderson & Kwekkeboom 2012; Gjessing et al. 2013; Stead et al. 2006). De psykiske problemene er knyttet til fjerning av reproduktive organer (Abbott-Anderson & Kwekkeboom 2012; Stead et al. 2006), fertilitet, depresjon og angst (Ratner et al., 2010). Kvinner med gynekologisk kreft sliter også med frykt og bekymringer knyttet til samleie (Abbott-Anderson & Kwekkeboom 2012; Ratner et al. 2010; Stead et al. 2006). I tillegg har det vist seg at kvinnene hyppig opplever endringer i kroppsbildet (Abbott-Anderson & Kwekkeboom 2012; Stead et al. 2006) eller selvbildet (Kvåle, 2002), får dårligere selvtillit (Ratner et al., 2010) og opplever et tap av feminiteten (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2012). Forskning viser også at kvinnene med gynekologisk kreft føler en mangelfull kontroll over endringene i kroppen (Ratner et al., 2010). Kreftformen vil i tillegg kunne medføre problemer i forholdet til partneren (Abbott-Anderson & Kwekkeboom 2012; Ratner et al. 2010).

1.3. Seksualitetens relevans for sykepleiefaget

World Health Organization (2002) beskriver seksualitet som en sentral del av et menneskets liv. Forskning viser at 70-90 % av de som får gynekologisk kreft mener at seksualiteten er en viktig del av deres liv, og har stor innvirkning på den helhetlige livskvaliteten (Abbott- Anderson & Kwekkeboom, 2012). Det er derfor viktig at man har en helhetlig forståelse av problematikken, og at behovene blir møtt i praksis (Abbott-Anderson & Kwekkeboom 2012; Stead et al. 2006). Gjennom å møte kvinnens seksuelle problemer, gis det også mulighet for å finne løsninger på dem, noe som igjen kan bedre livskvaliteten (Almås & Benestad, 1997). Skadevirkningene etter sykdomsforløpet vil i tillegg kunne reduseres, dersom sykepleieren har en våkenhet ovenfor kvinnes seksuelle problemområder (Almås & Benestad, 1997).

Det har vist seg at mange sykepleiere sjeldent tar opp temaet seksualitet i møte med pasienter (Gjessing et al. 2013; Rice 2000). Sykepleiere har generelt rettet lite oppmerksomhet mot pasientens seksuelle behov (Gamnes, 2012). Sykepleiere mener at de mangler kunnskap og erfaring (Kotronoulas, Papadopoulou, & Patiraki, 2009). Dette er en av hovedgrunnene til at de ikke inkluderer seksualiteten i praksis (Kotronoulas et al., 2009). Kunnskapsmangelen handler om å kunne identifisere seksuelle problemer, hva som ofte er problematikken og hvordan de kan håndteres eller henvises på en best mulig måte (Fitch, Beaudoin, & Johnson, 2013). Manglene handler også om å kunne informere og gi råd om spesifikke seksuelle problem (Fitch et al. 2013; Kotronoulas et al. 2009). Økt kunnskap vil kunne føre til at helsepersonellet føler seg tryggere i å ta opp temaet med pasientene (Gamnes, 2012).

Det må forekomme en forbedring i kommunikasjonen mellom helsepersonell og kvinner med gynekologisk kreft, når det gjelder seksuelle problem (Stead et al., 2006). Det er sykepleierens ansvar å sette kvinnes seksuelle problematik på dagsorden (Gamnes, 2012). Det er viktig at sykepleiere kjenner til de potensielle seksuelle problemene, og hvordan de kan ta opp temaet i møte med pasientene (Rice, 2000). Kvinnene med gynekologisk kreft har behov for informasjon om hvordan sykdommen kan påvirke seksualiteten (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2012). De vil også kunne ha behov for rådgivning (Stead et al., 2006), og informasjon om hvordan de kan mestre den seksuelle problematikken (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2012). Lazarus & Folkman (1984) definerer mestring som "Constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person" (Lazarus & Folkman, 1984, s. 141).

Sykepleiere er de som er oftest og i nærest kontakt med pasienten. Tidligere forskning viser at kvinner med gynekologisk kreft sliter med en rekke seksuelle problem i forbindelse med sykdom og behandling. Kvinnenes problemer blir imidlertid ikke ivaretatt av helsepersonellet. På bakgrunn av dette vil det være sentralt å kartlegge kvinnenes problematikk, for deretter å undersøke hvordan sykepleiere kan hjelpe kvinnene med å mestre disse problemene. Resultatdelen vil presentere et pasientperspektiv, men sykepleierens rolle vil være sentral i diskusjonen.

1.4. Hensikt og avgrensning

Hensikten med dette studiet er å belyse hvordan underlivskreft påvirker kvinners seksualitet, samt hvilke tiltak som kan iverksettes for å forebygge og mestre endringene. Studiet vil ta for seg kreft i livmor, livmorhals, eggstokk og ytre kjønnsorgan. Valg av kreftformer er begrunnet i forekomsten, som presentert i innledningen.

2. METODE

Metode vil si en fremgangsmåte for å etterprøve og skaffe kunnskap, og brukes som et redskap i en undersøkelse av et fenomen (Dalland, 2012). Ved å velge en metode, kan aktuelle spørsmål belyses på en faglig interessant måte, og gi gode data (Dalland, 2012). Oppgaven er skrevet som et allment litteraturstudie. Det vil si en forskningsoversikt, litteraturoversikt eller en litteraturgjennomgang (Forsberg & Wengström, 2013). All forskning starter med en slik gjennomgang, hvor valgte studier analyseres og beskrives (Forsberg & Wengström, 2013).

2.1. Søkestrategi

Det ble på forhånd gjort en undersøkelse av de hyppigste kreftformene i Norge. Disse ble benyttet som veiledere mot videre søk. Søkene startet med vide søkeord knyttet til seksualitet og gynekologisk kreft hos kvinner, inkludert spesifikke krefttyper. For å gjøre søkene lettere, ble det satt opp en tabell over ulike søkeord med synonymer som kunne kombineres. Det ble imidlertid funnet andre formuleringer i databasene, og disse ble hovedsakelig benyttet i de videre søkene (vedlegg 1). Søkene ble gjort i anerkjente databaser som Medline, Pubmed og Cinahl (Vedlegg 1). Artiklenes titler ble lest i første omgang, deretter abstrakt, for å se om artikkelen kunne være aktuell (vedlegg 1). Videre ble de aktuelle artiklene lest i sin helhet, og det ble gjort et utvalg (Vedlegg 1). Forsberg & Wengström (2013) viser også til denne måten å velge artikler på. Det ble i tillegg gjort manuelle søk, hvor det ble funnet en artikkel ved søk på forfatter (Vedlegg 1).

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Til å starte med var kriteriet at artiklene skulle inneholde en eller flere av de tre hyppigste kreftformene rapportert i Norge. I tillegg skulle artiklene basere seg på et pasientperspektiv. Etter å ha gjennomført noen søk, viste det seg at flere studier tok for seg de fire hyppigste kreftformene i underlivet hos kvinner. Dermed ble disse grunnlaget for søkene, og andre kreftformer ble ekskludert i utvalget. Artikler som tok for seg andre perspektiver enn pasientperspektivet, og som ikke inneholdt seksualitet eller gynekologisk kreft hos kvinner, ble også ekskludert. I utvalget ble året for publikasjon vurdert, og det ble hovedsakelig benyttet artikler som var nyere enn 2006. Avgrensninger som har blitt benyttet er abstrakt og språk (Vedlegg 1).

2.3. Utvalg og gransking av inkluderte artikler

Dalland (2012) viser til viktigheten av å forklare litteraturutvalget. HINTs skjema for gransking av artikler ble blant annet benyttet i denne prosessen (Vedlegg 4). I oppgaven har det hovedsakelig blitt benyttet kvalitative data. Dette for å få innsikt i kvinnenens subjektive opplevelse av sykdommen, og

dens påvirkning på deres seksualitet. Det har også blitt benyttet to forskningsartikler som tar for seg kvantitative data. Dette for å vise til et større omfang, som underbygger funnene fra de kvalitative dataene. En av artiklene tar også for seg både kvalitative og kvantitative data. Artiklene ble vurdert etter relevans og kvalitet på en systematisk måte (Vedlegg 2). Studienes deltakere og bortfall, pålitelighet og etiske prinsipper ble bant annet vurdert.

2.4. Analyse

Analyse vil si å dele opp i mindre deler (Forsberg & Wengström, 2013). Analysen er en prosess som organiserer og systematiserer data, for å besvare forskerens spørsmål og teste hypoteser (Polit & Beck, 2012). Analysearbeidet innebærer å dele opp det man ønsker å undersøke, for deretter å sette det sammen til en helhet (Forsberg & Wengström, 2013). I dette studiet har det blitt benyttet en enkel tekstanalyse (content analysis). Dette gikk først ut på å finne meningsbærende enheter i tekstene, som var tilknyttet hverandre gjennom innhold (Graneheim & Lundman, 2004). Disse ble deretter kodet, for å finne frem til subkategorier som omhandlet det samme fenomenet (Graneheim & Lundman, 2004). En kategori vil si innhold som deler noe felles (Graneheim & Lundman, 2004). Deretter ble subkategoriene samlet til større kategorier og underkategorier (Vedlegg 3). Kategoriene som ble funnet var:

- Fysiske endringer og utfordringer
- Psykoseksuelle vansker
 - Et endret kroppsbilde
- Seksualitetens betydning gjennom sykdom og behandling
- Helsepersonellens betydning, ønsker og mangler
 - Informasjonsbarrierer og stigma

2.5. Etiske overveielser

Etiske overveielser handler om å identifisere etiske utfordringer, og hvordan de blir håndtert (Dalland, 2012). Forsberg & Wengström (2013) presenterer viktigheten av dette ved et litteraturstudie. En slik overveielse har blant annet blitt gjort av de inkluderte artiklene. I de fleste studiene kommer det frem at de er etisk godkjent. To artikler avviker derimot fra dette (Vedlegg 2). Artiklene er publisert i anerkjente tidsskrift, og det tas derfor forbehold om at etiske vurderinger er foretatt. De fleste artiklene viser også til at forskningen er gjort med informert samtykke fra deltakerne (Vedlegg 2). Hensikten med dette er å styrke enkeltindividets autonomi og ivareta dens integritet (Dalland, 2012). Dette samtykke er viktig i forskningsarbeid (Ruyter, 2003). Personopplysningsloven (2001, § 1-2) understreker også viktigheten av å beskytte personer mot

krenkelse gjennom personopplysninger, inkludert sensitive opplysninger som seksualitet. Nettopp på grunn av de sensitive opplysningene, er etikken fundamental i forskningen. De fleste artiklene viser også til sikker oppbevaring av datamaterialet. Det har også hovedsakelig blitt stilt åpne spørsmål ovenfor kvinnene i de ulike studiene, slik at kvinnene selv har kunnet styre samtalen. I et par av de kvalitative studiene fikk også kvinnen velge selv om intervjuet skulle foretas i hjemmet eller på institusjon. Dette er også med på å understøtte deltakernes autonomi.

All informasjon som har vært relevant for hensikten har blitt inkludert, uavhengig av om de støttet forhåndsantagelsene. Dalland (2012) understreker viktigheten av å inkludere data som fraviker fra disse antagelsene, samt å stille seg så objektiv som mulig ovenfor funnene. Vitenskapelig uredelighet vil si det samme som juks i forskning, og innebærer blant annet forfalskning av datamateriale og plagiat (Kalleberg, 2003). Studien inneholder ikke dette, og er redelig ovenfor materialet som er benyttet. Studiet referer også hovedsakelig til primærkilder. Unntaket er PLISSIT-modellen, som refereres av en sekundærkilde. Bakgrunnen for dette er at primærkilden, som stammer fra 1976, ikke var tilgjengelig hverken i Norge eller Tyskland. På grunn av dens relevans, ble denne likevel inkludert i studiet.

3. RESULTAT

3.1. Fysiske endringer og utfordringer

Mange mente de ville være i stand til å nå sunn seksualitet, dersom de kunne mestre de fysiske endringene etter behandlingen (McCallum, Lefebvre, Jolicoeur, Maheu, & Lebel, 2012). De fysiske problemene var mangfoldige og komplekse (Burns, Costello, Ryan-Woolley, & Davidson, 2007). Behandlingen resulterte i fysiske endringer og ubehag, som igjen var barrierer for intime relasjoner (Howell, Fitch, & Deane, 2003). De fysiske, permanente og ukontrollerbare endringene var vanskelig å akseptere, spesielt fordi sex involverer intimitet med partner (Howell et al. 2003; Sekse, Gjengedal, & Råheim 2013; McCallum et al. 2012). Dette medførte en følelse av maktesløshet (McCallum et al., 2012).

Kvinnene ga uttrykk for at de hadde smerter ved samleie (Cleary, Hegarty, & McCarthy 2013; McCallum et al. 2012; Reis, Beji, & Coskun 2010; Wilmoth, Hatmaker-Flanigan, LaLoggia, & Nixon 2011; Zeng, Li, Li, & Loke 2012). De fleste uttrykte også en frykt for disse smertene (Cleary et al. 2013; Lara, de Andrade, Consolo, & Romão 2012). Enkelte mente at dette hemmet gleden og bidro til nervøsitet (Cleary et al., 2013). De fleste hadde problemer med redusert seksuell lyst, noe som viste seg å ha sammenheng med denne typen smerte (Reis et al., 2010). Enkelte slet også med blære- og tarmproblematikk, og kvinnene som slet med dette, følte hovedsakelig smertene etter samleie (Burns et al., 2007).

Problemer med forkortet vagina og vaginal størrelse ble også presentert (McCallum et al. 2012; Reis et al. 2010; Wilmoth et al. 2011; Zeng et al. 2012). Over halvparten viste til at disse endringene var svært plagsomme (Wilmoth et al., 2011). Tretthet og utmattelse viste seg i tillegg å være et annet problemområde (Rasmusson & Thomé 2008; Zeng et al. 2012; Reis et al. 2010). Trettheten i forbindelse med behandlingen medførte en mangel på seksuell lyst (Rasmusson & Thomé, 2008). Den gjorde også at det krevde mer planlegging, for å kunne ha energi til intimitet (Rasmusson & Thomé, 2008). Mangelen på seksuell lyst og trettheten, var to av de hyppigste årsakene til at kvinnene ikke hadde vært seksuelt aktive (Zeng et al., 2012).

Kvinnene hadde også problemer med vaginal tørrhet (Cleary et al. 2013; Cleary, Hegarty, & McCarthy 2011; McCallum et al. 2012; Sekse et al. 2013; Wilmoth et al. 2011; Zeng et al. 2012), noe som hindret de i å ha samleie (Wilmoth et al., 2011). Tørr og sår slimhinne var en kilde til usikkerhet og dårlige opplevelser (Sekse et al., 2013). Samleie, som hadde vært en arena for tilfredsstillelse og

fornøyelse, ble et problem (Sekse et al., 2013). Over halvparten hadde vansker med seksuell opphisselse (Cleary et al., 2011). Kvinnene presenterte også mangel på orgasme (Cleary et al. 2011; Reis et al. 2010; Zeng et al. 2012). Disse problemene ble sett hos over halvparten, og en like stor andel følte seg ikke tilfredsstilt under samleie (Zeng et al., 2012). Mange uttrykte at fysiske faktorer som orgasme, var mindre viktig enn flere andre faktorer, som god emosjonell kontakt (McCallum et al., 2012). Et lite antall var imidlertid uenige i dette (McCallum et al., 2012).

3.2. Psykoseksuelle vansker

Kvinnene fortalte at kroppen ble fremtreden i møte med kreften (Burles & Holtslander 2013; Sekse et al. 2013), og at den plutselig ble ukjent og uforutsigbar (Sekse et al., 2013). De beskrev en usikkerhet og mistillit ovenfor egen kropp (Burles & Holtslander 2013; Sekse et al. 2013). De var også bekymret for hvordan de kroppslige endringene kunne påvirke forholdet til fremtidige partnere (Rasmusson & Thomé, 2008). De som søkte nye forhold etter diagnosen hadde sykdomsrelaterte komplekser, og mente at disse måtte diskuteres med potensiell partner (Burles & Holtslander, 2013). Frykt for avvisning fra partner var i tillegg en av de hyppigste psykoseksuelle vanskene (McCallum et al., 2012). Kvinnene uttrykket en usikkerhet knyttet til partnerens følelser ovenfor dem (Lara et al., 2012). Kreften medførte også spenninger i forholdet til partner (Burles & Holtslander 2013; Cleary et al. 2013; Howell et al. 2003; Rasmusson & Thomé 2008) og kommunikasjonsvansker mellom kvinnen og mannen (Burles & Holtslander 2013; Cleary et al. 2013; McCallum et al. 2012; Reis et al. 2010). De som hadde et bedre forhold til partneren håndterte de seksuelle vanskene bedre (Rasmusson & Thomé 2008; Sekse et al. 2013).

Flere kvinner fortalte at de var, eller tidligere hadde vært, engstelig med å gjenoppta samleie etter behandlingen (Burns et al., 2007). Usikkerhet for fremtiden og frykt for tilbakefall hadde innvirkning på den seksuelle lysten (Reis et al. 2010; Burns et al. 2007), og var en av årsakene til at de ikke hadde vært seksuelt aktive (Zeng et al., 2012). En annen grunn til at de ikke hadde vært seksuelt aktive, var at samleie kunne svekke effekten av behandlingen (Zeng et al., 2012). De fryktet også at kreften kunne spre seg i kroppen (Rasmusson & Thomé, 2008), eller bli overført til partneren (Reis et al., 2010).

De fysiske endringene etter behandlingen endret håpet om å kunne få barn i fremtiden, og endret dermed også formålet med samleie (Howell et al., 2003). Sorg knyttet til fertilitet og kvinnelighet var en av de hyppigste psykoseksuelle problemene (McCallum et al., 2012). Infertilitet viste seg å være sterkt tilknyttet seksualiteten (Rasmusson & Thomé, 2008), og ble sett på som et stort tap hos yngre kvinner (Rasmusson & Thomé 2008; Reis et al. 2010; Sekse et al. 2013). Mange opplevde en

tomhetsfølelse i forbindelse med behandlingen, og følte seg mindre hele (Cleary et al. 2011; Sekse et al. 2013). De var totalt uforberedt på disse endringene, men ble lettet da tomhetsfølelsen forsvant (Sekse et al., 2013).

3.2.1. Et endret kroppsbilde

Endringene påvirket kvinnenes utseende, forhold til kroppen og intimiteten (Burles & Holtslander, 2013). Viktigheten av å ha et godt kroppsbilde sto sentralt for å oppnå sunn seksualitet, inkludert evnen til å føle seg attraktiv og selvsikker (McCallum et al., 2012). Forskningen viser at alle opplevde endringer i kroppsbildet på et tidspunkt under behandlingen (Cleary et al., 2013). Sykdommen og behandlingen førte til at halvparten følte seg mindre seksuelt attraktive (Cleary et al., 2011).

Endringene i kroppsbilde og utseende førte til dårligere selvtilit (Burles & Holtslander 2013; Cleary et al. 2013). De som opplevde endringer i tarmfunksjonen, opplevde også en endring i kroppsbildet (Burles & Holtslander, 2013). Dette gjorde det spesielt vanskelig å tilpasse seg den nye situasjonen (Burles & Holtslander, 2013).

Selvbildet endret seg betydelig (Burles & Holtslander 2013; McCallum et al. 2012), og var en av de hyppigste psykoseksuelle vanskene (McCallum et al., 2012). En stor andel av kvinnene uttrykket også bekymringer for vektøkningen etter behandlingen, noe som også hadde innvirket på seksualiteten (Burns et al. 2007; Reis et al. 2010; Wilmoth et al. 2011). Dette blant annet knyttet til selvbilde, hvor trening viste seg å ha en positiv effekt (Wilmoth et al., 2011). Endringene i utseendet ble sett på som mindre belastende, ettersom de kunne være midlertidige eller bli bearbeidet (Burles & Holtslander, 2013).

Evnen til å kunne få barn ble i tillegg koblet til oppfatningen av å være «kvinne» (Cleary et al., 2013). Kirurgi forårsaket en endret kroppsoppfatning, og en følelse av at kvinneligheten hadde gått tapt (Rasmusson & Thomé, 2008). Feminiteten hadde også en sentral rolle i seksualiteten (Cleary et al., 2013). Omtrent halvparten av kvinnene antydte at kreftdiagnosen hadde påvirket feminiteten, hvor flertallet opplevde dette i liten grad (Cleary et al., 2011).

3.3. Seksualitetens betydning gjennom sykdom og behandling

Tidspunktet for endringene i seksualiteten varierte (Wilmoth et al. 2011; Rasmusson & Thomé 2008). Etter å ha blitt diagnostisert med kreft, var kvinnenes overordnede mål å få kreften fjernet med kirurgi så raskt som mulig (Sekse et al., 2013). Seksualiteten ble ikke sett på som en prioritet (Rasmusson & Thomé, 2008). Det faktum at de måtte fjerne organer var mindre viktig ved dette tidspunktet, spesielt for de som ikke ønsket barn i fremtiden (Sekse et al., 2013).

De som var under behandling hadde generelt dårligere seksualitet (Cleary et al., 2011). Det ble imidlertid tydeligere gjennom sykdomsprosessen, at intimitet og seksualitet var viktige områder for å føle velvære og trivsel (Rasmusson & Thomé, 2008). Etter å ha overlevd sykdommen, ble problemstillinger knyttet til seksualitet mer synlig, og fikk større betydning (Cleary et al., 2013).

Etter behandlingen ble det et kjerneproblem å kunne gjenkjenne sin egen kropp, gjenvinne selvtillit og få kontroll over den (Sekse et al., 2013). Mange mente at kroppen deres aldri ville bli den samme igjen, til tross for at kvinnene tilpasset seg forandringene, og at enkelte kroppslige endringer ble helbredet (Burles & Holtslander, 2013). Kvinnene hadde fortsatt pågående problemer, og arbeidet med denne prosessen 9 måneder til 13 år etter diagnostidspunktet (Burles & Holtslander 2013; Sekse et al. 2013).

3.4. Helsepersonellets betydning, ønsker og mangler

Det viste seg å være mangelfull informasjon om de potensielle bivirkningene av behandlingen, og dens påvirkning på seksualiteten (Burns et al. 2007; Cleary et al. 2013; Lara et al. 2012; Rasmusson & Thomé 2008; Wilmoth et al. 2011). Kvinnene ønsket spesifikke råd om hva de skulle gjøre (Rasmusson & Thomé, 2008), om de måtte være bekymret for noe spesielt, samt om de kunne ha samleie eller ikke (Wilmoth et al., 2011).

Kvinnene fortalte at de ikke kunne dele sin seksuelle problematikk med helsepersonell (Reis et al., 2010). De var alle enige i at helsepersonell burde ta initiativ til samtaler om seksualitet, noe de ikke hadde opplevd (Wilmoth et al. 2011; Reis et al. 2010). I de tilfeller hvor kvinnene hadde mottatt informasjon, hadde informasjonen blitt gitt spontant ved samtale med lege, gjennom spørsmål fra kvinnen selv (Rasmusson & Thomé, 2008). Det viste seg også at sykehusmiljøet kunne være ugunstig ved seksuell informasjonsformidling (Burns et al. 2007; McCallum et al. 2012). Kvinnene hadde i tillegg søkt informasjon via internett, og andre kilder de selv hadde funnet (Rasmusson & Thomé, 2008).

Det at helsepersonell unnlot å ta opp det fundamentale problemet seksualitet, førte til frustrasjon og sinne (Cleary et al., 2013). De mente at det ville være enklere dersom helsepersonell hadde tatt opp det sensitive temaet (Sekse et al., 2013). Det kom også frem at forholdet til seksuell partner hadde innvirkning på kvinnenenes ønske om å forbedre sin seksualitet, og dermed hvorvidt de oppsøkte helsetjenester (McCallum et al., 2012).

Det kunne også være en fordel dersom helsepersonell ga informasjonen om seksualitet til både kvinnen og hennes partner samtidig (Rasmusson & Thomé, 2008). Dette for å kunne redusere risikoen for spenninger i forholdet (Rasmusson & Thomé, 2008).

Skriftlig informasjon var mest foretrukket ved behandling eller ved fullføring av behandling (Cleary et al., 2013). Likevel uttrykket kvinnene et sterkt ønske om samtaler, som verbalt formidlet informasjon og kunnskap om seksualiteten (Rasmusson & Thomé, 2008). Det varierende hvilket tidspunkt kvinnene ønsket denne typen informasjon (Burns et al. 2007; Rasmusson & Thomé 2008; Wilmoth et al. 2011). Det var imidlertid viktig at helsepersonell hadde en god tilnærming, og forsikret seg om at det var riktig tidspunkt å diskutere temaet (Rasmusson & Thomé, 2008).

Enkelte ønsket informasjonen fra en kvinne eller sykepleier på grunn av det sensitive temaet (Cleary et al., 2013). Andre ønsket at informasjonen skulle komme fra lege, mens noen mente det viktigste var at informasjonen kom fra en med kompetanse (Rasmusson & Thomé, 2008). Enkelte uttrykket også et ønske om å motta informasjonen fra kvinner som hadde gjennomgått det samme som dem selv (Cleary et al. 2013; Rasmusson & Thomé 2008). De fortalte at kompetanse, tillit og evnen til å lytte var viktig når informasjonen skulle bli gitt (Rasmusson & Thomé, 2008).

3.4.1. Informasjonsbarrierer og stigma

Det var flere barrierer til stede for å kunne ta opp spørsmål knyttet til seksualitet (Cleary et al., 2013). Mangel på tid ved sykehuset var et hinder for å fremme tillit til helsepersonellet (Rasmusson & Thomé, 2008). Kvinnene mente at de regelmessige kontrollene var for korte, hektiske og medikamentelt orientert, for å kunne ta opp temaet (Sekse et al., 2013). De følte også at det var en forventning om å fokusere på kreft- spesifikke tema (McCallum et al., 2012). Kvinnene følte seg i tillegg skamfulle eller flaue over å ha samtaler om seksualitet (Lara et al., 2012). De mente at det ville være pinlig å diskutere temaet med helsepersonell (McCallum et al., 2012). Noen kvinner forklarte at de ikke hadde søkt støtte eller informasjonstjenester fordi de ikke ville bli utsatt for fiendtlige og emosjonelle opplevelser (McCallum et al., 2012).

Kvinnene mente i tillegg at det var en stigma og «tabu» forbundet med mentale helsetjenester og seksualitet (McCallum et al., 2012). Enkelte følte også at det var en fastsatt stigma assosiert med denne kreftformen (Howell et al., 2003). Mange ga uttrykk for at folk flest tror at hensikten med sosiale støttegrupper er tilretteleggelse for å gråte og trøste hverandre (McCallum et al., 2012). Dette synet medførte at kvinnene søkte andre typer støtte, som symptomer etter behandling og partnerkommunikasjon (McCallum et al., 2012).

4. DISKUSJON

Hensikten med denne studien er å belyse hvordan underlivskreft påvirker kvinners seksualitet, samt hvilke tiltak som kan iverksettes for å forebygge og mestre endringene. Diskusjonen består av to deler; resultatdiskusjon og metodediskusjon. Resultatdiskusjonen vil bli presentert først. Her vil funnene fra artiklene diskuteres opp mot relevant teori, annen forskning, yrkesetiske retningslinjer og lovverk. Temaene vil bli diskutert opp mot oppgavens hensikt. Avslutningsvis vil metodediskusjonen bli presentert, som blant annet belyser studiens styrker og svakheter.

4.1. Fysiske endringer og utfordringer

Lazarus & Folkmans (1984) problemfokuserte mestring går ut på å identifisere et problemområde, danne et bilde av løsningsalternativene, vektlegge alternativenes fordeler og ulemper, foreta et valg og å utføre handlingen (Lazarus & Folkman, 1984). Problemløsningen er blant annet rettet mot å hjelpe en person med å håndtere, eller løse et problem (Lazarus & Folkman, 1984). Jo mer situasjonsspesifikk problemet er, jo bedre er en problemfokuseret mestringsstrategi (Lazarus & Folkman, 1984). En slik mestringsstrategi kan derfor til en viss grad benyttes i dette tilfellet, hvor de fysiske problemene har blitt identifisert i studiet. Kvåle (2002) viser til at pasientene må få hjelp til å mestre de fysiske problemene. Kunnskaper om hvordan kvinnen best kan forholde seg til problemet, vil være viktig for hennes evne til å mestre situasjonen (Eide & Eide, 2011).

Studien viser at kvinnene hadde problemer med å akseptere de fysiske endringene, og at de følte seg maktesløse. Eide & Eide (2011) viser til at en kan benytte instrumentell kontroll for å løse et problem. Dette bygger på å undervise pasienten i nødvendige ferdigheter for å kunne mestre situasjonen (Eide & Eide, 2011). For å oppnå dette, er det like viktig at sykepleieren er aktivt lyttende ovenfor kvinnens problemer, som at hun gir råd og løsninger på dem (Eide & Eide, 2011). Kvinnens egne, problemløsende ferdigheter skal stå sentralt (Eide & Eide, 2011). For å kunne oppleve instrumentell kontroll, er det en forutsetning at kvinnen finner mening i å utføre handlingen (Eide & Eide, 2011). Kvinnen bør også være delaktig i det som kan gjøres, for å styrke hennes mestring av situasjonen (Eide & Eide, 2011). Under alle problemområdene presentert nedenfor, vil det stå sentralt at informasjonen og undervisningen legges frem på en enkel og håndterlig måte, slik at kvinnen forstår det sykepleieren formidler (Krychman, Pereira, Carter, & Amsterdam, 2006).

Studien viser at kvinnene hadde problemer med smerter, og frykt for smerter, i forbindelse med samleie. Det er viktig at sykepleiere vet at smerten kan være både fysisk og psykisk, men det viktigste er at en tar utgangspunkt i pasientens subjektive opplevelse (Kvåle 2002; Trydal & Borchgrevink

2014). Videre kan en kartlegge hvordan smerteproblematikken kan håndteres (Kvåle, 2002). Dette bygger også på Lazarus & Folkmans (1984) teori om å håndtere eller løse et problem, hvor kartleggelsen bidrar til å danne et bilde av løsningsalternativene. Det kan også være hensiktsmessig å undervise kvinnene om den seksuelle anatomien (Krychman et al., 2006). Dette fordi enkelte samleiestillinger gir dypere penetrering enn andre, og dermed kan forårsake større smerte (Krychman et al., 2006). Misjonærstillingen er en vanlig samleiestilling (Krychman et al., 2006). Dette er en av samleiestillingene som kan gi en slik, dyp penetrering, dersom vaginaen har blitt forkortet etter stråling eller kirurgi (Krychman et al., 2006).

Som sykepleier kan en informere om at alternative samleiestillinger kan prøves ut (Krychman et al. 2006; Kvåle 2002). En av disse samleiestillingene kan blant annet være at kvinnen sitter på toppen, noe som kan redusere smertene og ubehaget ved samleie (Krychman et al., 2006). Det kan også tenkes at denne samleiestillingen vil kunne gi kvinnen en økt kontroll, og dermed minske frykten for smerten. Ved informasjon og veiledning av ulike samleiestillinger, vil det være hensiktsmessig at sykepleieren benytter illustrasjoner og bilder (Krychman et al., 2006). Kvinnen vil på denne måten kunne få et bedre bilde av hvordan samleiestillingene fungerer i praksis. Kvinnen bør også få informasjon om at dialogen med partner er viktig (Kvåle, 2002). Dersom smerten er forårsaket av fysiske faktorer, vil i tillegg Lidokaingel kunne virke lokalbedøvende (Kvåle, 2002). Middelet kan forskrives av lege ved behov.

Studien viser at kvinnene hadde problemer med den vaginale størrelsen. Fatihfull & White (2008) viser til at leger sjeldent underviser pasienter om vaginal dilatasjon, og at de regner dette som en sykepleieroppgave. Kunnskap om bruk av slike hjelpemidler, vil derfor kunne være relevant for sykepleierne. Sykepleieren kan benytte seg av fysiologisk undervisning (Krychman et al., 2006), slik at kvinnen får innblikk i hva endringene kan forårsake. En forminskelse av vaginal størrelse vil kunne forbygges ved gynekologisk kreft, dersom informasjonen og veiledningen blir gitt før problemet allerede har oppstått (Kvåle 2002; Katz 2009). De forebyggende tiltakene går blant annet ut på å ha samleie regelmessig, dersom det er risiko for vaginale sammenvoksinger (Kvåle 2002; Katz 2009). Samleie er foretrukket på lengre sikt, men kvinnenes ønske om dette kan være svekket i et tidlig stadium (Katz, 2009). Dette vil derfor være viktig å ta hensyn til når informasjonen og undervisningen blir gjort. Kvinnene kan blant annet informeres om at en dilator kan benyttes (Kvåle 2002; Katz 2009). Anbefalingene tilsier at denne bør benyttes 3 ganger i uken (Katz 2009; Kvåle 2002). En kan reflektere om bruken bør ta utgangspunkt i anbefalingene, men også kvinnens ønske om å utføre handlingen. Anbefalingene tilsier at dilatoren bør benyttes så snart det er komfortabelt, men helst innen 4 uker etter avsluttet behandling (Katz, 2009). På denne måten kan en se at kvinnens komfort bør tas

hensyn til. Det må også informeres om at dilatorer laget av silikon, er å foretrekke (Katz, 2009). Bakgrunnen for dette, er at mange dilatorer kan være laget av hard plastikk (Katz, 2009), og dermed mest sannsynlig føre til et større ubehag og mulige smerter, dersom vaginaen allerede er sår. Dilatoren bør til å begynne med være av en mindre størrelse, for deretter å øke i størrelse (Katz, 2009). Generelt bør informasjonen og undervisningen bygge på å motivere kvinnen til å benytte seg av dette forebyggende tiltaket, samt inneholde praktiske utførelser (Katz, 2009). Det bør generelt unngås skriftlig informasjon i dette tilfellet (Katz, 2009). Det kan tenkes at praktiske utførelser vil kunne være ubehagelig for kvinnen, da underlivet er et svært intimt og privat område. Muligens kan det også benyttes modeller eller tegninger, for å skape en illustrasjon av utførelsen og hensikten med dilatoren. Å ha et eksemplar av en dilator vil også sannsynligvis kunne ufarliggjøre hjelpemiddelet, ved at kvinnen får se en reel utgave.

Studien viser i tillegg at kvinnene hadde en mangel på orgasme. Alternative samleiestillinger som øker stimulering av klitoris, vil også kunne øke kvinnens opphisselse (Krychman et al., 2006). Dette kan informeres om. Det finnes flere vibratorer som kan benyttes for å stimulere klitoris (Krychman et al., 2006). Bruk av dilator vil i tillegg kunne hjelpe til med å øke følsomheten i vagina (Kvåle, 2002). En kan på denne måten se at enkelte av de overnevnte rådene, også vil kunne benyttes ved dette problemområdet.

Studien viser at kvinnene hadde problemer knyttet til tretthet, noe som igjen påvirket seksualiteten. Tretthet er veldig vanlig blant kreftpasienter som behandles med cellegift- og strålebehandling (Kvåle, 2002). Det er likevel viktig å vite at psykiske forhold kan medføre en økt tretthet (Loge, 2014b). Kvinnene trenger informasjon om at tretthet er et vanlig problem hos de som har kreft (Kvåle, 2002). Trettheten kan også forekomme i lang tid etter behandlingen (Katz, 2009). Dette er noe sykepleiere kan informere om. Informasjon om hvordan trettheten kan mestres vil være grunnleggende (Kvåle, 2002). Informasjonen kan blant annet inneholde forholdet mellom aktivitet og hvile, fysisk trening og sunn ernæring (Loge 2014b; Schølberg 2010). Seksuell kontakt bør generelt forekomme når kvinnen føler seg uthvilt og utmattelsen er minimal (Krychman et al., 2006). Realistiske mål mot hvor mye aktivitet som skal utføres, er viktig (Schølberg, 2010). Ved å tilpasse kvinnens egne forventninger ovenfor sitt funksjonsnivå, vil dette også kunne medføre en lettelse for kvinnen (Loge, 2014b). Det kan i tillegg være vanskelig å møte forventningene til andre når man har en økt tretthet (Loge, 2014b). Dette kan ses i forhold til kvinnenes partnere. Dette viser til behovet for og også inkludere kvinnenes partner i informasjonsformidlingen (Loge, 2014b). Kognitiv atferdsterapi kan i tillegg benyttes som et supplement i kreftbehandling, hvor pasienten er plaget

med tretthet og smerter (Berge, Fjerstad, Hydmo, & Lang, 2014). Denne terapiformen vil bli nærmere presentert under neste kategori, psykoseksuelle vansker.

Studien viser at kvinnene hadde problemer med vaginal tørrhet. Det bør i slike tilfeller bli foreslått bruk av glidemiddel (Katz 2009; Kvåle 2002). Både vannbaserte (Katz 2009; Ratner et al. 2010; Krychman et al. 2006) og silikonbaserte glidekremer kan benyttes (Krychman et al. 2006). Oljebasert glidekrem er derimot ikke å foretrekke (Krychman et al. 2006). Vannbaserte glidekremer er lettest å finne, og er tilgjengelig på de fleste apotek (Katz, 2009). Slik informasjon kan være viktig å gi til kvinnen, for å vise at produktene er lett tilgjengelige. De vannbaserte glidekremene tørker derimot hurtig ut (Katz, 2009). En kan derfor ha behov for å tilføre mer glidekrem, eller påføre vann (Katz, 2009). Mange vannbaserte glidekremer inneholder også glyserin, og kan føre til soppinfeksjon (Katz, 2009). Silikonbaserte glidekremer har derimot lengre varighet, men er ikke like lett tilgjengelige. De kan derimot bestilles over nett eller kjøpes på kondomeri (Katz, 2009). Kvinner som føler det vil være ubehagelig å gå til innkjøp av seksuelle hjelpemidler, vil likevel kunne foretrekke å kjøpe produktene over internett. Sykepleieren bør i tillegg informere om at produkter som inneholder parfyme, farge (Katz 2009; Krychman et al. 2006) eller smak, kan virke irriterende på underlivet (Krychman et al., 2006). Kvinnene bør også unngå mikrobedepende produkter (Krychman et al., 2006), samt produkter som ikke skal være i kontakt med øynene (Katz, 2009). Informasjon om dette vil dermed kunne forebygge ytterligere plager i underlivet.

4.2. Psykoseksuelle vansker

I tillegg til den problemfokuserede mestringen, presenterer Lazarus & Folkman (1984) en følelsesfokuseret mestring. Denne mestringsstrategien tar utgangspunkt i å dempe personens stress, uten å objektivt endre problemet (Lazarus & Folkman, 1984). Det vil si at en ikke endrer selve situasjonen, men betydningen av den (Lazarus & Folkman, 1984). Kristoffersen (2012b) viser også til at pasientens følelser må bli bearbeidet for å kunne mestre sykdom eller funksjonstap. Kognitiv atferdsterapi og veiledet selvhjelp bygger mye på de samme prinsippene. Hovedmålet med kognitiv atferdsterapi er å støtte pasienten til å mestre situasjonen og problemområdene (Berge et al., 2014).

I studien kommer det frem at kvinnene følte en usikkerhet for fremtiden, og var bekymret for at kreften kunne spre seg. Den kognitive atferdsterapien tar utgangspunkt i å oppdage, utfordre og endre negative tankemønstre, noe som igjen medfører handling (Berge et al., 2014). Bekymringer for at kreften kan spre seg til partner, er en av mange vanlige myter (Katz, 2009). Opplevelse av en trussel vil kunne være forankret i en mangelfull kunnskap om egen situasjon (Kristoffersen, 2012b). Det er da viktig at en som sykepleier evner å korrigere pasienters feilaktige forestillinger (Eide & Eide

2011; Kristoffersen 2012b). Sykepleieren er en viktig kilde for å kunne gi eksakt informasjon, noe som igjen kan redusere angst, både for kvinnen og partneren (Katz, 2009). Tilstrekkelig informasjon vil også kunne forebygge at pasienten opplever slike, feilaktige forestillinger, og dermed unødige bekymringer (Eide & Eide, 2011).

Studien viser at kvinnene følte seg usikre og engstelige. Veiledet selvhjelp har vist seg å kunne ha en positiv effekt for kvinner med seksuelle problem (Landmark et al., 2012). Den tar utgangspunkt i den kognitive atferdsterapien, samt pasientens egne ressurser (Berge et al. 2014; Nordgreen et al. 2014). Veiledningen går ut på å fremme en aktiv pasientrolle gjennom en økt egenkontroll (Nordgreen, Fjelstad, & Havik, 2014). Eide & Eide (2011) viser til en kognitiv kontroll, som bygger på informasjon og undervisning av pasienten. De mener også at en mangel på dette vil kunne medføre at pasienten blir engstelig og usikker (Eide & Eide, 2011). I tillegg er emosjonell kontroll viktig (Eide & Eide, 2011). Sykepleieren må lytte aktivt til pasienten, men samtidig formidle informasjon og støtte kvinnen (Eide & Eide, 2011). Gjennom dette vil kvinnene kunne oppleve en større kontroll og mestring av situasjonen (Eide & Eide, 2011). Sykepleieren må vise forståelse, men samtidig øke kvinnens egen innsats (Eide & Eide, 2011).

Studien viser at kvinnene følte en usikkerhet ovenfor partneren eller potensielle partnere, og at infertiliteten endret formålet med samleie. Øverlie (2014) viser til at kvinners seksuelle lyst har stor sammenheng med forholdet til partneren. Ved å identifisere kvinnenes negative tankemønstre, gir dette også muligheter for å kunne endre de til noe mer positivt (Burton & Watson, 1998). Kvinnene med partner bør også oppmuntres til å vedlikeholde eller forbedre sitt forhold, da dette også kan forbedre seksualiteten (Krychman et al., 2006). Som sykepleier bør man også oppmuntre kvinnene og partneren til å fokusere på samtaler om følelser, ikke-seksuelle aktiviteter og å mestre sykdommen sammen (Krychman et al., 2006).

Studien viser at infertiliteten også medførte sorg. Sorg er en følelsesreaksjon etter at noe har gått tapt (Ekeberg, 2014). Som regel henger tapet sammen med reaksjonene som etterfølger (Ekeberg, 2014). Økt oppmerksomhet og forståelse rundt tap av fertilitet og dens påvirkning på seksualiteten er derfor viktig (Øverlie, 2014). Det vil være viktig at sykepleieren stiller spørsmål og lytter aktivt til pasienten, da dette kan fremme muligheten for at hun mestrer situasjonen (Eide & Eide, 2011). Gjennom motiverende samtale, bør sykepleieren stille åpne spørsmål, som invitere kvinnen til å fortelle om problemområdene (Ivarsson & Ortiz, 2015). Sykepleieren bør generelt være i dialog med pasienten om de vanskelige følelsene, da dette kan ha en bearbeidende og lindrende effekt (Eide & Eide, 2011). I samtalen bør sykepleieren vise forståelse ovenfor kvinnens følelser, og anerkjenne det

hun formidler (Kristoffersen, 2012a). Via dette, samt den aktive lyttingen, vil sykepleieren også vise empati ovenfor kvinnen (Kristoffersen, 2012a).

4.2.1. Et endret kroppsbilde

I studien kommer det frem at kvinnene opplevde endringer i kroppsbildet, og følte en usikkerhet ovenfor sin egen kropp. Kreftformer som medfører et endret utseende eller et tap av seksuell funksjon, gir en større sannsynlighet for psykiatrisk sykkelighet enn andre kreftformer (Loge, 2014a). Somatisk sykdom er en stor kilde til negative tankemønstre (Berge et al., 2014). Berge et al. (2014) viser til at disse, psykiske påkjenningene i forbindelse med sykdom, kan være like vanskelige som selve diagnosen. Det vil være en viktig sykepleieroppgave å hjelpe kvinnen til å leve med de kroppslige endringene (Bjørk & Breievne, 2012). Som sykepleier skal en bidra til håp, mestring og livsmot hos kvinnen (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Dette er nedfelt i de yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Sykepleierens viktigste oppgave vil være å åpne opp for de vanskelige følelsene, og hjelpe kvinnen med å avdekke problemene (Eide & Eide, 2011).

Studien viser også at selvtilliten hadde blitt redusert, og at kvinneligheten hadde gått tapt. Kognitiv atferdsterapi kan også tilpasses et negativt selvbylde og en mangel på selvtillit (Berge et al., 2014). Speiling er en annen strategi som sykepleiere kan benytte seg av i dette tilfellet, da dette kan hjelpe kvinnen med å sette ord på følelsene (Eide & Eide, 2011). Speiling vil kunne gjøre at følelsene blir mer synlige, både for en selv og andre (Eide & Eide, 2011). Gjennom dette må sykepleieren vise at hun ser det kvinnen føler (Eide & Eide, 2011). Sykepleieren må i tillegg bidra til at kvinnen selv har tro på egen mestring (Ivarsson & Ortiz, 2015). Sykepleieren kan vise at hun forstår situasjonen, ved at hun gir tilbakemelding på det kvinnen føler (Eide & Eide, 2011). Omformulering av setninger, som gjentas ovenfor kvinnen, vil også kunne fremme hennes følelse av at sykepleieren lytter og forstår situasjonen (Eide & Eide, 2011). På denne måten kan speiling få pasientens følelser opp til overflaten, og samtidig åpne for at følelsene kan bearbeides (Eide & Eide, 2011).

4.3. Seksualitetens betydning gjennom sykdom og behandling

Pasienten vil kunne føle en økt påkjenning, dersom hun ikke mestrer situasjonen (Dahl, 2014). Pasientens evne til å mestre en situasjon, har vist seg å ha sammenheng med pasientens kunnskaper (Granum, 2003). Det viktigste ved informasjonsformidlingen, vil være at den blitt gitt når kvinnen selv er mottakelig for den (Eide & Eide, 2011).

Studien viser at seksualiteten ikke var prioritert i startfasen, noe som også understøttes av en annen studie (Fitch et al., 2013). Ved diagnostiseringen av en kreftdiagnose, er det vanlig at pasienten

opplever en følelsesmessig krisereaksjon, som også betegnes som sjokkfasen (Dahl, 2014). På dette tidspunktet erkjenner ikke kvinnen hendelsen (Eide & Eide, 2011). Nettopp på bakgrunn av dette, vil det være viktig at sykepleieren evner å tilrettelegge informasjonen (Jerpseth, 2011). Eide & Eide (2011) viser til at pasientene i denne fasen har vansker med å ta inn over seg situasjonen, og å løse problemene. Park, Norris & Bober (2009) viser likevel til at informasjonen om de potensielle endringene i seksualiteten også burde tas opp ved et tidlig stadium. Dette understøttes av Almås & Benestad (1997), som viser til at gynekologiske kreftformer kan ha en bedre prognose, dersom informasjonen om seksualitet blir gjort før behandlingen. Eide & Eide (2011) viser derimot til at pasientene ofte ikke klarer å ta inn over seg informasjonen som blir gitt på dette tidspunktet. Det vil likevel være viktig at sykepleieren lytter til det kvinnen har behov for å prate om på dette tidspunktet (Eide & Eide, 2011).

Studien viser at kvinnene under behandling generelt hadde dårligere seksualitet, og at problemene var et faktum flere år etter behandlingen. Etter sjokkfasen, kommer reaksjonsfasen, hvor blant annet de vanskelige følelsene kommer tydeligere frem (Eide & Eide, 2011). Park et al. (2009) viser til at den seksuelle informasjonen generelt bør gis flere ganger gjennom behandlingen, dersom det ses behov for dette. Deretter kommer bearbeidelsesfasen, hvor pasienten møter nye utfordringer som må mestres (Eide & Eide, 2011). Informasjonen bør derfor også tas opp mot slutten av behandlingen (Park et al., 2009). Ved at sykepleieren har kunnskaper om dette, og ser paralleller til funnene, vil dette kunne være et hjelpemiddel for å forstå kvinnenes behov gjennom sykdomsforløpet (Eide & Eide, 2011). Forutsetningen for god kommunikasjon, er nettopp at informasjonsmengden er tilpasset kvinnens behov (Eide & Eide, 2011). Sykepleieren må ta ansvar for å tilrettelegge informasjonen, samt å tilpasse den (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Dersom sykepleieren gir for mye eller for lite informasjon, vil kvinnens forståelse kunne bli svekket (Eide & Eide, 2011).

4.4. Helsepersonellets betydning, ønsker og mangler

Ut i fra en holistisk tankegang må sykepleieren evne å se kvinnen som helhet (Odland, 2012). Dette innebærer sammenhengen mellom fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjoner (Odland, 2012). Sykepleieren må se på henne som en likeverdig samarbeidspartner, samt et medmenneske, når problemene hennes skal løses (Odland, 2012).

Mestringsevne handler om evnen til å lære, bearbeide erfaringen og å utvikle seg som menneske (Kristoffersen, 2012b). Målet med rehabiliteringen vil alltid være å gi en best mulig livskvalitet for pasienten (Bautz- Holter, 2014). Hva som defineres som dette må avgjøres på et individuelt plan (Bautz- Holter, 2014). Sykepleiere er ofte de som er i mest kontakt med pasienten, og har derfor en

viktig rolle i rehabiliteringen (Bautz- Holter, 2014). Det viktigste med rehabiliteringen er å fremme pasientens evne til å mestre situasjonen (Bautz- Holter, 2014).

I studien presenterte kvinnene viktigheten av at informasjonen ble gitt på riktig tidspunkt, samt at helsepersonellet hadde en god tilnærming. Det kan derimot være vanskelig for helsepersonell å identifisere den optimale strategien for å ta opp den sensitive informasjonen om seksualitet (Faithfull & White, 2008). For å belyse hvordan helsepersonell kan møte kvinnenes behov for mestring og informasjon, på bakgrunn av studiets funn, vil PLISSIT-modellen bli benyttet som et hjelpemiddel for sykepleieren. Bakgrunnen for dette, er at modellen har vist seg å være hensiktsmessig ved seksuell kommunikasjon og veiledning på ulike behandlingsnivå (Aars, 2014). Modellen er utviklet, men ble opprinnelig presentert av Annon i 1976 (Gamnes, 2012). PLISSIT-modellen bygger på 4 trinn (Gjessing et al., 2013), som vil beskrives nedenfor.

Det første nivået omhandler tillatelse (Gamnes 2012; Gjessing et al. 2013), og er et nivå for alle (Gamnes, 2012). Studien viser at kvinnene ønsket at helsepersonellet skulle ta initiativet til å prate om seksuelle problem, men at dette ikke ble gjort. Det er på dette nivået de fleste vil finne løsninger på problemene (Gjessing et al., 2013), og seksualiteten snakkes om i sin alminnelighet (Gamnes, 2012). På dette nivået bør det tilrettelegges trygghet for pasienten (Gamnes, 2012), og sykepleieren bør åpne for muligheten til å ta opp seksuelle problem og bekymringer (Gjessing et al., 2013). Å skape åpenhet handler nettopp om etablering av trygghet og relasjon til pasienten (Eide & Eide, 2011). Det vil være viktig at sykepleieren åpner for at kvinnen kan fortelle om sine seksuelle bekymringer (Jerpseth 2011; Park et al. 2009), og hvordan hun ser på situasjonen (Jerpseth, 2011). Å åpne for samtale om de seksuelle problemene, selv om kvinnen måtte avslå tilbudet, viser likevel at sykepleieren har en åpenhet ovenfor problematikken (Katz, 2009). Som sykepleier må man være spørrende og tilgjengelig, men det viktigste er at kvinnen selv får regulere hvor mye hun vil meddele (Jerpseth, 2011). Sykepleieren bør generelt unngå ledende, retoriske og sammensatte spørsmål (Eide & Eide, 2011). Pasienten er ekspert på egen situasjon, og det er også hun som skal velge problemområde (Eide & Eide, 2011). Gjennom dette valget, styrkes i tillegg hennes motivasjon (Eide & Eide, 2011). Opplevelse av medbestemmelse og autonomi, vil også kunne føre til at kvinnen føler en økt kontroll over egen situasjon (Kristoffersen, 2012a). Pasientens rett til medbestemmelse er i tillegg nedfelt i lovverket (Pasient- og brukerrettighetsloven (2001), § 3-1), samt de yrkesetiske retningslinjene (Brinchmann, 2012).

Det andre nivået omhandler en begrenset informasjon (Gamnes 2012; Gjessing et al. 2013), og er et nivå for mange (Gamnes, 2012). Studien viser at en mangel på informasjon medførte frustrasjon hos

kvinnene. Pasientens rett på informasjon er nedfelt i både pasient- og brukerrettighetsloven (2001, § 3-2), samt helsepersonelloven (2001, § 10). Ved at sykepleieren gir kvinnen en forutsigbarhet om hva som kan forekomme, kan dette også hjelpe henne til å mestre situasjonen (Jerpseth, 2011). Det viktigste på dette nivået, vil være at sykepleieren informerer om at seksuelle bekymringer er vanlig (Gjessing et al., 2013), samt forsikrer seg om at kvinnen har forstått informasjonen (Gamnes, 2012). Gjennom kvinnenes sykdomsforløp, vil det være sykepleierens ansvar å forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Dette kan blant annet gjøres ved at sykepleieren observerer kvinnens nonverbale språk (Eide & Eide, 2011). Det er likevel viktig at sykepleieren evner å stille seg kritisk ovenfor egne tolkninger (Kristoffersen, 2012a). Sykepleieren kan derfor be kvinnen om selv å formulere informasjonen, som sykepleieren har gitt (Eide & Eide, 2011). På denne måten vil sykepleieren også kunne oppdage eventuelle misforståelser (Eide & Eide, 2011).

Studien viser at kvinnene hadde fått manglende informasjon om de potensielle endringene sykdommen og behandlingen kunne medføre. Studien viser også at kvinnene ønsket informasjonen både skriftlig og muntlig, og i tillegg gis med partneren til stede. Å informere kvinner om bivirkninger etter behandling for gynekologisk kreft, er noe som tradisjonelt ikke har blitt gjort (Katz, 2009). Det er på dette nivået informasjonen om hvilke seksuelle problem som kan oppstå i forbindelse med sykdommen og behandlingen bør gis (Gjessing et al., 2013). Det er også viktig at det informeres om de potensielle endringene (Park et al., 2009). Realistisk informasjon er en forutsetning for forutsigbarhet, og dermed en forutsetning for at kvinnen kan mestre problemene i ettertid (Kristoffersen, 2012b). Det er legens ansvar å informere kvinnen og partneren om selve sykdommen og behandlingen (Kvåle, 2002). Som sykepleier skal en derimot forberede, støtte og veilede pasienten (Jerpseth, 2011). På dette nivået har kvinnen behov for generell informasjon, skriftlig eller muntlig, og som blir gitt på en enkel og saklig måte (Gamnes, 2012). Informasjonsskriv eller brosjyrer kan anvendes av sykepleieren som et supplement, og samtidig underbygge de verbale samtalerne (Faithfull & White, 2008). Sykepleieren bør også bidra til inkludering av kvinnens partner ved informasjonsformidlingen, i de tilfeller dette er mulig (Burton & Watson, 1998). Dette fordi partneren ofte kan være en ressurs hos kvinnen, dersom han også blir informert (Slettebø, 2003). Det er derimot en forutsetning at sykepleieren har fått kvinnens tillatelse til dette (Slettebø, 2003).

Det tredje nivået omhandler spesifikke forslag (Gamnes 2012; Gjessing et al. 2013), og er et nivå for noen (Gamnes, 2012). Studien viser at kvinnene ønsket spesifikke forslag til hva de kunne gjøre. På dette nivået har pasienten behov for å finne løsninger på spesifikke problem, og det kreves et spesifikt kunnskapsgrunnlag for å kunne hjelpe pasienten (Gamnes, 2012). Det er blant annet her forslagene om ulike samleiestillinger, alternative samlivsformer (Gamnes, 2012) og seksualtekniske

hjelpemidler (Gjessing et al., 2013) er aktuelt å informere om. Ettersom dette krever et viss kunnskapsgrunnlag, vil det være en forutsetning at sykepleieren har dette.

Det fjerde nivået omhandler intensiv terapi (Gamnes 2012; Gjessing et al. 2013). Gamnes (2012) presenterer at dette er et nivå for kun noen få pasienter, hvor pasienten har behov for spesialiserte tjenester eller behandlingstilbud. Dette nivået går derfor ut over det en gjennomsnittlig behandler har kunnskaper om (Gjessing et al., 2013). Helsepersonelloven (2001, § 4) understreker at helsepersonell skal utøve sitt arbeid i samsvar med sitt kvalifikasjonsnivå, og innhente bistand dersom dette er nødvendig og mulig. Det vil derfor være viktig at sykepleieren har kunnskaper om hvilke instanser eller kvalifisert personell som kan innhentes.

Studien viser at kvinnene ønsket at informasjonen skulle komme fra ulike personer, med ulikt kompetansenivå. De fire overnevnte punktene viser til kvinnenes ønske om dette, hvor informasjonen kan gis på bakgrunn av de ulike helseprofesjonenes kompetansenivå. Det blir også vist til sykepleierens ansvar for å innhente annet fagpersonell i de tilfeller dette er nødvendig.

4.4.1. Informasjonsbarrierer og stigma

For at sykepleiere skal kunne hjelpe kvinnene med å forebygge og mestre den seksuelle problematikken, vil det også være viktig å ta tak i informasjonsbarrierene og stigmaet som kvinnene henviste til i studien.

Studien viser at kvinnene følte seg skamfulle eller flau over å diskutere seksualiteten. Det har også vist seg at sykepleiere kan være redde for hvordan pasienten reagerer dersom han eller hun tar opp seksuell tematikk i møte med pasientene (Rice, 200). Sykepleiere kan blant annet være bekymret for å virke krenkende dersom de tar opp seksuelle spørsmål (Kotronoulas et al., 2009). Helsepersonell kan også føle det ubehagelig å prate om seksuelle problem med pasienten, noe som igjen kan medføre en motvilje for å innlede slike samtaler (Faithfull & White, 2008). Enkelte kan også føle en flauhet eller manglende evne til å diskutere seksuelle problemer med pasienter, som er på alder med sine foreldre (Hordern & Street, 2007). Mangel på kunnskap om seksualitet, har i tillegg vist seg å være et hinder for å ta opp temaet ovenfor pasienten (Fitch et al., 2013). Dette kan også være noe av grunnen til at kvinnenes behov ikke hadde blitt møtt i studiet.

Studien viser at de regelmessige kontrollene var for korte og medikamentelt orienterte for å kunne ta opp temaet. Studien viser også at mangelfull tid var et hinder for å fremme tillit til helsepersonellet. Flere studier viser at kommunikasjonen i helsevesenet ofte har et for stort fokus på sykdom og

kropp, og for lite fokus på pasienten som person (Finset, 2014). Til tross for pasientenes ønsker og behov, er ikke rådgivning av seksuelle problem en del av rutinene (Park et al., 2009). Helsepersonell møter ofte pasientenes behov på bakgrunn av sine egne, kliniske prioriteringer (Hordern & Street, 2007). Å diskutere temaet seksualitet, blir ikke sett på som en prioritet blant helsepersonell (Fitch et al., 2013). Ved å se på sammenhengen mellom disse to faktorene, kan man se at helsepersonellets prioriteringer gir konsekvenser, og medfører at kvinnenes behov ikke blir møtt. Sykepleieren bør derfor heller vise at hun bryr seg om kvinnens problemområder, enn å gi inntrykk av mangelfull tid (Salter, 1997).

Studiet viser at kvinnene mente det var en stigma og tabu forbundet med seksualiteten, og i likhet viser Gamnes (2012) til at seksualitet er et tabubelagt og følsomt emne. En risikofaktor for psykiske reaksjoner i møte med somatisk sykdom, er å tilhøre en stigmatisert gruppe (Dahl, 2014). Stigmatiseringen har sin opprinnelse i stereotypier, hvor en finner fordommer og negative følelser mot disse (Dahl, 2014). Livsutfoldelsen til de stigmatiserte begrenses gjennom diskriminering og sanksjoner (Dahl, 2014). Det har også vist seg at helsepersonell har stereotypiske antagelser om pasientens seksualitet og intimitet (Hordern & Street, 2007). Helsepersonell mener at temaet seksualitet er for privat, og at det fremdeles er et tabubelagt emne (Fitch et al. 2013; Gamnes 2012). Til tross for kunnskaper om hvordan seksualiteten kan påvirkes av sykdom og behandling, oppfattes seksualiteten ofte som en privatsak (Gamnes, 2012).

Stereotypiene kan også representere et behov for å generalisere noe (Thorbjørnsrud, 2010). Stereotypiene har ulik betydning, ut i fra hvem som sitter med makten over den andre (Thorbjørnsrud, 2010). Som sykepleier må en derfor kontinuerlig reflektere over egne stereotypier (Thorbjørnsrud, 2010). Det har i tillegg vist seg at helsepersonell kan ha grunnleggende antagelser om at pasienten ikke er interessert i samleie i møte med livstruende sykdom (Rice, 2000). Flere sykepleiere antar i tillegg at eldre personer ikke er seksuelt aktive (Rice, 2000). Dette kan ha vært en av grunnene til at tematikken ikke ble tatt opp i møte med denne aldersgruppen. I tillegg har det vist seg at helsepersonell mener pasienten selv vil ta opp temaet seksualitet, dersom dette skulle være et problemområde for han eller henne (Fitch et al. 2013; Hordern & Street 2007). Helsepersonell kan også ha en forestilling om at det å ta opp temaet seksualitet vil kunne medføre en ekstra belastning for pasienten (Almås & Benestad, 1997). På denne måten kan en se at helsepersonell og pasientene har ulike forventninger til hverandre. Rice (2000) presenterer viktigheten av at helsepersonell legger disse, grunnleggende antagelsene til side.

Endring er en helt sentral del i sykepleiefaget (Orvik, 2004). På bakgrunn av overnevnte punkter vil det kunne stilles spørsmål om ansvaret ligger på både sykepleierne, samt et ledelsesnivå i organisasjonen. Dette fordi ledernes midler og mål over tid vil kunne påvirke normene og verdiene i arbeidsmiljøet (Orvik, 2004). Sykepleiere kan imidlertid bidra til ønsket utvikling, gjennom å selv ta initiativ til forbedringstiltakene (Orvik, 2004). Endringen vil omhandle organisasjonen som helhet, dens målsetting, fokus og prioriteringer av ressurser.

4.5. Metodediskusjon

Studien belyser hvordan gynekologisk kreft påvirker kvinners seksualitet. Oppgaven tar for seg flere kreftformer, noe som gir innblikk i kvinnes generelle problematikk. Utvalget av kreftformer i artiklene, gjenspeiler også forekomsten, noe som kan være en styrke. En svakhet er derimot at studien tar for seg seksualiteten på en generell basis, og ikke ulikhetene mellom alder, diagnose og behandling. Studien tar hovedsakelig for seg kvalitativ forskning, på bakgrunn av dens hensikt. De kvantitative dataene ses likevel på som en styrke, da de viser til et større omfang av problematikken (Dalland, 2012; Forsberg & Wengström 2013).

Søkeordene som ble benyttet har vært nøye undersøkt på flere områder, som nevnt i metodekapittelet. Likevel er det engelske språket mye rikere på synonymer enn det norske, og det kan være at formuleringene ble begrenset. Mangel på kombinasjoner av ord kan ha medført at enkelte artikler ikke ble funnet og inkludert. Valgene av søkeord var likevel aktuelle for hensikten, og gjenspeilet studiets formål. Funnene i artiklene ble i tillegg oversatt til norsk, ved blant annet bruk av ordnett.no. Dette kan ha medført en svakhet i oppgaven, ved at oppbygningen av setningene og omgjøring av teksten kan føre til at enkelte punkter mister sin opprinnelige betydning, sett i en sammenheng. Dette har likevel blitt forsøkt å ta høyde for, og de har blitt satt i en relevant sammenheng med liknende funn.

For å komme frem til meningsbærende enheter, ble det gjort en fargekoding ved lesing av artiklene. Dette skulle opprinnelig være et hjelpemiddel i prosessen. Det viste seg imidlertid at en for stor del av funnene ble markert, og at alt ikke var like aktuelt for å belyse hensikten. Dette ble en tidkrevende prosess, som medførte en tidsbruk som kunne vært unngått. Hjelpemiddelet ble benyttet på en uhensiktsmessig måte, og gjorde sammensettingen av resultatdelen mer problematisk enn den kunne ha vært, dersom fargekodingen hadde blitt gjort mer systematisk og kritisk måte. Dalland (2012) understreker også viktigheten av å være nøyaktig under innsamling av data, og at dataen blir samlet på en pålitelig måte. Kategoriene som ble valgt ut fra tekstanalysen gjorde imidlertid det videre arbeidet mer oversiktlig. Likevel ble kategoriene endret under prosessen, og andre, mer

aktuelle kategorier kom frem. Dataene er likevel samlet på en pålitelig måte, hvor alle relevante funn har blitt inkludert.

Nøye granskning av artiklene har gjort at de tilfører studiet vesentlige punkter. Relevans er et av de grunnleggende kravene til data (Dalland, 2012). Ved at det hovedsakelig ble benyttet en avgrensning knyttet til årstall, kan det være at andre aktuelle artikler har blitt ekskludert, til tross for at de kunne hatt relevans. De fleste artiklene som ble utvalgt presenterer nyere forskning, og viser til nåværende relevans. På grunn av stadig ny forskning, vil tidspunkt for publisering kunne ha innvirkning på dens verdi (Dalland, 2012). En av artiklene gikk tilbake til 2003, men ble likevel inkludert, på grunn av dens relevans. Dalland (2012) viser til at eldre litteratur også kan ha betydning, samt være relevant. Til tross for eksklusjonskriteriene, ble en artikkel som også tok for seg kreft i vagina inkludert. Dette fordi artikkelen inneholdt flere kreftdiagnoser som innfridde inklusjonskriteriene, samt relevante punkter.

Hoveddelen av artiklene viser til forskning fra vestlige i-land, som har flere likhetstrekk med Norge (vedlegg 2). Likevel ble tre andre studier med ulike kulturer inkludert, med opprinnelse fra Brasil, Tyrkia og Kina. Den samme problematikken ble funnet hos disse kvinnene, noe som kan indikere at problematikken er aktuell i flere land. Likevel ble det funnet en del kulturelle forskjeller som tydelig fremgikk, og som ble ekskludert i resultatdelen. Gamnes (2012) viser til at myter om religion og oppvekst har innvirkning på seksualiteten. En svakhet kan være at dette ikke ble tatt hensyn til, og at en rekke land med samme pasientgruppe, ikke ble inkludert.

Søkene ble gjort i anerkjente databaser, noe som indikerer at artiklene har vært gjennom en form for kvalitetssikring. Kvaliteten på tidsskriftene ble likevel vurdert opp mot register over autoriserte publiseringkanaler (Database for statistikk om høgre utdanning, 2014). Det ble funnet at de fleste tidsskriftene var kategorisert innenfor nivå 1 eller 2 (vedlegg 2). To av tidsskriftene var ikke vurdert, men presenterte relevante områder. En av forfatterne hadde også publisert en annen artikkel, som var vurdert opp mot registeret. Hvorvidt disse tidsskriftene er kvalitetssikret burde muligens vært nærmere undersøkt.

Studien tar for seg PLISSIT-modellen. Det ble imidlertid også funnet en annen modell, BETTER-modellen. Denne har vist seg å være et effektivt hjelpemiddel ved seksuell rådgivning av kreftpasienter (Mick, Hughes & Cohen, 2004). Den er imidlertid nyere enn PLISSIT- og ikke like anerkjent. Dersom oppgavens omfang av ord hadde vært større, og modellen hadde blitt oppdaget på et tidligere tidspunkt, kunne også denne vært relevant å inkludere.

5. KONKLUSJON

Studien belyser kvinnenes helhetlige, seksuelle problematikk. Kvinnene sliter med fysiske endringer som igjen medfører utfordringer. Dette innebærer blant annet smerter ved samleie, vaginale endringer og tretthet. I tillegg kan fysiske områder gi psykiske påkjenninger. Kvinner med gynekologisk kreft opplever både frykt, usikkerhet, sorg og endringer i kroppsbildet. Partneren har i tillegg innflytelse på kvinnenes opplevelse av situasjonen.

Ulike sykepleiefaglige intervensjoner vil kunne hjelpe kvinnene med å forebygge og mestre den seksuelle problematikken. Sykepleieren må undervise og formidle kunnskap til både kvinnen og partneren. Rådgivning, aktiv lytting og trygghet må ivaretas. Sykepleieren må åpne for seksuell problematikk, og ta høyde for kvinnenes psykiske stadium i sykdomsprosessen. Sykepleieren må også erkjenne sitt eget kunnskapsgrunnlag, og hjelpe kvinnene på ulike behandlingsnivå. PLISSIT-modellen kan blant annet benyttes. Kvinnene og sykepleierne har også ulike forventninger til hverandre. Det må forekomme en endring i helsepersonellens kunnskapsgrunnlag, grunnleggende antagelser og holdninger, for å kunne møte kvinnene på en bedre måte. Det har blant annet blitt foreslått at endringen må finne sted i organisasjonen som helhet.

Studiet viser høy relevans for sykepleiefaget, og anbefalingene vil kunne benyttes i praksis. Videre forskning er derimot nødvendig for å understøtte funnene og de foreslåtte intervensjonene.

LITTERATURLISTE

Aars, H. (2014). Menns seksualitet ved somatisk sykdom. I A. A. Dahl, T. F. Aarre, & J. H. Loge (red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom: Symptomer, diagnostikk og behandling* (s. 588-606). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Abbott-Anderson, K., & Kwekkeboom, K. L. (2012, Mars). A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecologic Oncology*, 124 (3), s. 477-489. Doi: 10.1016/j.ygyno.2011.11.030

Almås, E., & Benestad, E. (1997). *Sexologi i praksis: Behandlerens møte med menneskers seksualitet*. Oslo: Tano Aschehoug

Bautz-Holter, E. (2014). Rehabilitering. I A. A. Dahl, T. F. Aarre, & J. H. Loge (red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom: Symptomer, diagnostikk og behandling*(s. 390-407). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Berge, T., Fjerstad, E., Hyldmo, I., & Lang, N. (2014). Kognitiv atferdsterapi ved somatisk sykdom. I A. A. Dahl, T. F. Aarre, & J. H. Loge (red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom: Symptomer, diagnostikk og behandling* (s. 361-380). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Bjørk, I. T., & Breievne, G. (2012). Kropp og velvære. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie 2: Grunnleggende behov* (2. utg., s. 371-401). Oslo: Gyldendal Akademisk

Brinchmann, B. S. (2012). De fire prinsippers etikk: Velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk

Burles, M., & Holtslander, L. (2013). "Cautiously Optimistic That Today Will Be Another Day With My Disease Under Control": Understanding Women's Lived Experiences of Ovarian Cancer. *Cancer Nursing*, 36(6), s. 436-444. Doi: 10.1097/NCC.0b013e318277b57e

Burns, M., Costello, J., Ryan-Woolley, B., & Davidson, S. (2007, Juli). Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality. *European Journal of cancer care*, 16(4), 364-372. Doi: 10.1111/j.1365-2354.2006.00743.x

Burton, M., & Watson, M. (1998). *Counselling people with cancer*. Chichester: Wiley

Cleary, V., Hegarty, J., & McCarthy, G. (2013, Februar). How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality. *Cancer Nursing Practice*, 12(1), 32-37. Doi:

<http://dx.doi.org/10.7748/cnp2013.02.12.1.32.e648>

Cleary, V., Hegarty, J., & McCarthy, G. (2011, Mars). Sexuality in Irish Women With Gynecologic Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 38(2), 87-96. Doi: 10.1188/11.ONF.E87-E96

Dahl, A. A. (2014). Grunnlaget for psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom. I A. A. Dahl, T. F. Aarre, & J. H. Loge (red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom: Symptomer, diagnostikk og behandling* (s. 31-44). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Database for statistikk om høgre utdanning (2014). *Publiseringskanaler*. Hentet 16.04.2015 fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Eide, H., & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Ekeberg, Ø. (2014). Kriser og kriseintervensjon. I A. A. Dahl, T. F. Aarre, & J. H. Loge (red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom: Symptomer, diagnostikk og behandling* (s. 313-332). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Faithfull, S., & White, I. (2008). Delivering sensitive health care information: Challenging the taboo of women's sexual health after pelvic radiotherapy. *Patient Education and Counseling*, 71(2), s. 228-233. Doi: 10.1016/j.pec.2007.12.011

Finset, A. (2014). Kommunikasjon. I A. A. Dahl, T. F. Aarre, & J. H. Loge (red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom: Symptomer, diagnostikk og behandling* (s. 74-88). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Fitch, M. I., Beaudoin, G., & Johnson, B. (2013). Challenges having conversations about sexuality in ambulatory settings: Part 2- Health care provider perspectives. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 23(3), s. 182-196. Doi: 10.5737/1181912x233182188

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (3. utg.). Stockholm: Natur & Kultur.

Gamnes, S. (2012). Nærhet og seksualitet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., s. 71-104). Oslo: Gyldendal Akademisk

Gjessing, R., Borg, T., & Dahl A. A. (2013). Problemer med seksualitet. I J. H. Loge, A. A. Dahl, S. D. Fosså, & C. E. Kiserud (red.), *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (2. utg. s. 87-108). Oslo: Gyldendal Akademisk

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. Doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Granum, V. (2003). Konsekvenser for sykepleierrollen. I V. Granum, *Praktisk pasientundervisning* (s. 40-49). Bergen: Fagbokforlaget

Gynkreftforeningen (udatert, a). Hentet 05.05. 2015, fra <http://www.gynkreftforeningen.no/>

Gynkreftforeningen (udatert, b). *Eggstokkreft*. Hentet 02.05.2015, fra <http://www.gynkreftforeningen.no/kreftformene/kreft-i-eggstokkene/>

Gynkreftforeningen (udatert, c). *Kreftformene*. Hentet 02.05.2015, fra <http://www.gynkreftforeningen.no/kreftformene/>

Gynkreftforeningen (udatert, d). *Kreft i ytre kjønnsorganer (vulva)*. Hentet 02.05.2015, fra

<http://www.gynkreftforeningen.no/kreftformene/ytre-kj%C3%B8nnsorganer-vulva/>

Gynkreftforeningen (udatert, e). *Livmorhalskreft*. Hentet 02.05.2015, fra <http://www.gynkreftforeningen.no/kreftformene/livmorhalskreft/>

Gynkreftforeningen (udatert, f). *Livmorkreft*. Hentet 02.05. 2015, fra <http://www.gynkreftforeningen.no/kreftformene/livmor/>

Gynkreftforeningen (udatert, g). *Skjedekreft*. Hentet 02.05.2015, fra <http://www.gynkreftforeningen.no/kreftformene/skjede-vagina/>

Helsepersonelloven (2001). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Hentet 12.05.2015, fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hordern, A. J., & Street, A. F. (2007). Communicating about patient sexuality and intimacy after cancer: Mismatched expectations and unmet needs. *Medical Journal of Australia*, 186(5), s. 224-227. Hentet fra <https://www.mja.com.au/journal/2007/186/5/communicating-about-patient-sexuality-and-intimacy-after-cancer-mismatched>

Howell, D., Fitch, M. I., & Deane, K. A. (2003). Impact of Ovarian Cancer Perceived by women. *Cancer Nursing*, 26(1), s. 1-9. Doi: 10.1097/00002820-200302000-00001

Ivarsson, B. H., & Ortiz, L. (2015). *Den motiverende samtale: Praktisk håndbog til samtaler med ældre*. København: Munksgaard

Jerpseth, H. (2011). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg., s. 17-52). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kalleberg, R. (2003). Håndtering og forebygging av vitenskapelig uredelighet. I K. W. Ruyter (red.), *Forskningsetikk: Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn* (s. 185-211). Oslo: Gyldendal Akademisk

Katz, A. (2009, Januar/Februar). Interventions for Sexuality After Pelvic Radiation Therapy and Gynecologic Cancer. *Cancer Journal*, 15(1), s. 45-47. Doi: 10.1097/PPO.0b013e31819585cf.

Kontronoulas, G., Papadopoulou, C., & Patiraki, E. (2009, Mai). Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: Critical review of the evidence. *Supportive Care in Cancer*, 17(5), s. 479-501. Doi: 10.1007/s00520-008-0563-5

Kreftregisteret (2015, 9. Mars). *Kreftstatistikk: KVINNER Antall nye tilfeller fordelt på primær lokalisasjon og år - 2004-2013*. Hentet 02.05.2015, fra <http://kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/>

Kristoffersen, N. J. (2012a). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., s. 337-385). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2012b). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., s. 133-196). Oslo: Gyldendal Akademisk

Krychman, M. L., Pereira, L., Carter, J., & Amsterdam, A. (2006). Sexual Oncology: Sexual Health Issues in Women with Cancer. *Oncology*, 71(1-2), s. 18-25. Doi: 10.1159/000100521

Kvåle, K. (2002). *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Landmark, B. F., Almås, E., Brurberg, K. G., Fjeld, W., Haaland, W., Hammerstrøm, K., ... Reinart, L. M. (2012, Mai). Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer. *Kunnskapssenteret.no*. Hentet 23.04.2015 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekter-av-seksualterapeutiske-intervensjoner-for-seksuelle-problemer?vis=sammendrag>

Lara, L. A. S., de Andrade, J. M., Consolo, F. D., & Romão, A. P. M. S. (2012, Juni). Women's Poorer Satisfaction With Their Sex Lives Following Gynecologic Cancer Treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(3), 273-277. Doi: 10.1188/12.CJON.273-277

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer

Loge, J. H. (2014a). Kreftsykdommer. I A. A. Dahl, T. F. Arre, & J. H. Loge (red.), *Psyksike reaksjoner ved somatisk sykdom: Symptomer, diagnostikk og behandling* (s. 632-651). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Loge, J. H. (2014b). Trøtthet og utmattelse. I A. A. Dahl, T. F. Aarre, & J. H. Loge (red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom: Symptomer, diagnostikk og behandling* (s. 276-291). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C., & Lebel, S. (2012). Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(3), s. 135-142. Doi: 10.3109/0167482X.2012.709291

Mick, J., Hughes, M., Cohen, M. Z. (2004). Using the BETTER Model to Assess Sexuality. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 8(1), s. 84-86. Doi: 10.1188/04.CJON.84-86

Nordgreen, T., Fjerstad, E., & Havik, O. E. (2014). Veiledet selvhjelp. I A. A. Dahl, T. F. Aarre, & J. H. Loge (red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom: Symptomer, diagnostikk og behandling* (s. 426-441). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Norsk Sykepleierforbund (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler. Hentet 12.05.2015, fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Odland, L.-H. (2012). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleien* (s. 23-41). Oslo: Gyldendal Akademisk

Orvik, A. (2004). Organisatorisk kompetanse: I sykepleie og helsefaglig samarbeid. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Park, E. R., Norris, R. L., & Bober, S. L. (2009). Sexual Health Communication During Cancer Care: Barriers and Recommendations. *Cancer Journal*, 15(1), s. 74-77. Doi: 10.1097/PPO.0b013e31819587dc

Pasient- og brukerrettighetsloven (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet 11.05.2015, fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+brukerrettighetsloven>

Personopplysningsloven (2001). *Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)*. Hentet 17.04.2015, fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31?q=personopplysningsloven>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health

Rasmusson, E.-M., & Thomé, B. (2008, Oktober). Women's Wishes and Need for Knowledge Concerning Sexuality and Relationships in Connection with Gynecological Cancer Disease. *Sexuality and Disability, 26*(4), s. 207-218. Doi: 10.1007/s11195-008-9097-5

Ratner, E. S., Foran, K. A., Schwartz P. E., & Minkin, M. J. (2010). Sexuality and intimacy after gynecological cancer. *Maturitas, 66*(1), s. 23-26. Doi: 10.1016/j.maturitas.2010.01.015

Reis, N., Beji, N. K., & Coskun, A. (2010). Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: Results from quantitative and qualitative data. *European Journal of Oncology Nursing, 14*(2), s. 137-146. Doi: 10.1016/j.eon.2009.09.004

Rice, A. M. (2000). Sexuality in cancer and palliative care 2: exploring the issues. *International Journal of Palliative Nursing, 6*(9), s. 448-453. Doi: <http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2000.6.9.9057>

Ruyter K. W. (2003). Forskningsetikkens spede begynnelse og tilblivelse: Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn. I K. W. Ruyter (red), *Forskningsetikk: Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn* (s. 17-38). Oslo: Gyldendal Akademisk

Salter, M. (1997). The nurse's further contribution. I M. Salter, *Altered body image: The nurse's role* (2. utg., s. 30-50). London: Ballière Tindall

Schølberg, T. K. (2010). Fatigue. I A. M. Reitan, & T. K. Schølberg (red.), *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling* (3. utg., s. 174- 185). Oslo: Akribe

Sekse, R. J. T., Gjengedal, E., & Råheim, M. (2013). Living in a Changed Female Body After Gynecological Cancer. *Health Care for Women International*, 34(1), s. 14-33. Doi: 10.1080/07399332.2011.645965

Slettebø, Å. (2003). Pasientundervisning og gjeldende lovverk. I V. Granum, *Praktisk pasientundervisning* (s. 30-39). Bergen: Fagbokforlaget

Stead, M. L., Fallowfield, L., Selby, P., & Brown, J. M. (2006). Psychosexual function and impact of gynaecological cancer. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), s. 309-320. Doi: 10.1016/j.bpobgyn.2006.11.008

Thorbjørnsrud, B. (2010). Kulturelle fortolkninger. I E. Brodtkorb, & M. Rugkåsa (red.), *Mellom mennesker og samfunn: Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene* (2. utg., s. 201-239). Oslo: Gyldendal Akademisk

Trydal, H., & Borchgrevink, P. C. (2014). Smerter. I A. A. Dahl, T. F. Aarre, & J. H. Loge (red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom: Symptomer, diagnostikk og behandling* (s. 258-275). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Wilmoth, M. C., Hatmaker-Flanigan, E., LaLoggia, V., & Nixon, T. (2011, November). Ovarian Cancer Survivors: Qualitative Analysis of the Symptom of Sexuality. *Oncology Nursing Forum*, 38(6), 699-708. Doi: 10.1188/11.ONF.699-708

World Health Organization (WHO) (2002, Januar). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*. Hentet 19.04.2015 fra http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf?ua=1

Zeng, C. Y., Li, Q., Li, X., & Loke, A. Y. (2012). Chinese Women's Sexuality Concerns After Gynecologic Cancer. *Cancer nursing*, 35(4), 257-264. Doi: 10.1097/NCC.0b013e31822f65e9

Øverlie, I. (2014). Kvinnesykdommer og svangerskap. I A. A. Dahl, T. F. Aarre, & J. H. Loge (red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom: Symptomer, diagnostikk og behandling* (s. 574-587). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

VEDLEGG 1: OVERSIKT OVER SØKESTRATEGIER

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Søk 1 Medline 16.03.2015	Abstrakt Språk: norsk, engelsk, svensk, dansk	Ovarian Neoplasms OR Genital Neoplasms, Female OR Uterine Cervical Neoplasms AND Adaptation, Psychological	300	300	41	11	6
Søk 2 Medline 24.03.2015	Abstrakt Språk: norsk, engelsk, svensk, dansk	Sexuality AND Genital Neoplasms, Female	135	135	25	8	3
Søk 3 Pubmed 26.03.2015		Endometrial cancer AND Sexuality	110	60	8	1	1
Søk 4 Pubmed 29.03.2015	Author	Vicki Cleary	3	3	2	1	1
Søk 5 Cinahl 29.03.2015	Abstrakt Språk: norsk, engelsk, svensk og dansk	Sexuality AND Genital Neoplasms, Female AND Information needs OR Coping	21	21	6	2	1

Utvalg 1: Lest artikkelens tittel

Utvalg 2: Lest artikkelens abstrakt

Utvalg 3: Lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: Artikkelen valgt ut for granskning og vurdering

VEDLEGG 2: OVERSIKT OVER INKLUDERTE ARTIKLER

Søk nr.	Forfattere År Tidsskrift Land	Studiens hensikt eller problemstilling	Design/intervensjon/ Instrument	Deltakere/bortfall	Hovedresultat	Kommentar I forhold til kvalitet
1	Burles & Holtslander (2013) Cancer Nursing Canada	Utforske kvinners opplevde erfaringer med eggstokkreft, og hvordan de finner mening i sykdomsrelaterte problemer.	Kvalitativ studie Dybdeintervju, og intervju via e-post for oppfølging.	16 kvinner Diagnostisert med eggstokkreft for 9 måneder- 13 år siden. Gjennomsnittsalder på 52 år (37-68)	Kvinnene fikk et endret forhold til kroppen, og påvirket deres kroppsbilde. Endringer i tarmfunksjonen påvirket også kroppsbildet.	Nivå 2 Etisk godkjent Informert samtykke Belyser enkelte områder som har relevans
1	Burns et al. (2007) European Journal of cancer care England	Undersøke kvinners seksualitet etter behandling for livmorhalskreft.	Kvalitativ studie Semistrukturerte dybdeintervju i hjemmet eller på sykehus.	13 kvinner 15 ekskludert pga. avslag. Svarprosent på 46 % Diagnostisert med Livmorhalskreft 2-3 år etter behandling	Kvinnene slet med mange fysiske problemer, og følte seg usikker ovenfor endringene. Mangelfull informasjon va gitt fra helsepersonell	Nivå 1 Etisk godkjent Informert samtykke Belyser flere relevante områder
4	Cleary et al. (2013) Cancer Nursing Practice Irland	Utforske virkningen av gynekologisk kreft på seksualitet, sett fra et pasientperspektiv.	Kvalitativ studie Semistrukturert Intervju, kvinnene valgte selv sted for samtalen	8 kvinner Diagnostisert med kreft i eggstokk (4stk.), ytre kjønnsorgan (2 stk.) og livmorhals (2 stk.). Gjennomsnittsalder på 47 år (25-68)	Kvinnene hadde problemer med vaginale endringer. Kroppsbilde, selvtillit, kvinnelighet og feminitet endret seg. Mangelfull	Ikke vurdert nivå Etisk godkjent Informert samtykke Belyser en rekke relevante

				<p>2 i behandling, 6 ferdig med behandling (16 uker til 43 måneder)</p> <p>Behandlet med kirurgi og stråling eller kjemoterapi. Enkelte med alle behandlingsformene</p>	informasjon var gitt fra helsepersonell.	områder.
3	<p>Cleary et al. (2011)</p> <p>Oncology Nursing Forum</p> <p>Irland</p>	<p>Undersøke selvbilde, seksuelle relasjoner og seksuell funksjon etter å ha blitt diagnostisert med gynekologisk kreft. Undersøke forholdet mellom disse og demografiske variabler.</p>	<p>Kvantitativ studie</p> <p>Tverrsnittstudie</p> <p>Spørreskjema med bruk av instrumentene: Body Image Scale, Sexual Esteem Scale, Sexual Self- Schema Scale, Intimate Relationship Scale og Arizona Sexual Experience Scale</p>	<p>136 spørreskjema utlevert, 106 returnert. Svarprosent på 78 %.</p> <p>Minst 6 uker etter diagnosetidspunkt</p> <p>Diagnostisert med kreft i livmorhals (51 stk), eggstokk (36 stk.), livmorkreft (16 stk.) og ytre kjønnsorgan (3 stk.)</p> <p>Gjennomsnittsalder på 53, 8 år (24-79)</p> <p>Behandlet med kirurgi, kjemoterapi eller stråling.</p>	<p>Kvinnene slet med flere fysiske endringer. Kvinnene følte seg mindre hel. Kvinnene følte seg mindre seksuelt attraktive.</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Etisk godkjent</p> <p>Informert samtykke</p> <p>Viser til et større antall av kvinner, og belyser flere relevante områder</p>
1	<p>Howell et al. (2003)</p> <p>Cancer Nursing</p> <p>Canada</p>	<p>Undersøke kvinners erfaringer i å leve med eggstokkreft.</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Telefonintervju</p>	<p>18 kvinner</p> <p>Gjennomsnittsalder på 53,2 år (35-73)</p> <p>Diagnostisert for 5 måneder til 12 år siden.</p>	<p>De fysiske endringene var barrierer ved intimitet. Fysiske endringer endret også formålet med samleie. Stigma var et problem.</p>	<p>Nivå 2</p> <p>Etisk godkjent</p> <p>Informert samtykke</p> <p>Belyser enkelte relevante områder og</p>

						understøtter andre funn
2	Lara et al. (2012) Clinical Journal of Oncology Nursing Brasil	Vurdere kvinners oppfatning av deres sexliv etter behandling for gynekologisk kreft. Vurdere effekten av behandling på deres seksuelle funksjon.	Kvalitativ studie Beskrivende tverrsnittstudie Intervju ved møte med lege /seksuell terapeut	30 kvinner inkludert, 7 ekskludert. Behandlet med kirurgi og kjemoterapi eller stråling	Kvinnene fryktet smerter ved samleie og følte en usikkerhet ovenfor sin partner. Mangler på informasjon fra helsepersonell	Ikke vurdert nivå, men er publisert i en anerkjent database Etisk godkjent Belyser relevante områder for hensikten
1	McCallum et al. (2012) Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology Canada	Beskrive kvinnes definisjon på sunn seksualitet, og skaffe en klarere forståelse av hvilke tjenester de ønsker. Identifisere barrierene de opplever for å delta i tjenester som tar for seg seksualitet.	Kvalitativ studie Semistrukturerte intervju Fortolkende, beskrivende studie	15 kvinner Diagnostisert med kreft i livmor (5 stk.), livmorhals (3 stk.), eggstokk (2 stk.) og vagina/ytre kjønnsorgan (4.stk). Gjennomsnittsalder på 52 år (26-71) Behandlet med kirurgi, kjemoterapi og stråling. Alene, eller kombinert.	De fysiske endringene påvirket det de så på som sunn seksualitet. Kvinnene opplevde en rekke fysiske problemer. Kvinnene opplevde frykt og sorg. Et godt kroppsbilde og selvbilde var viktig. En rekke informasjonsbarrierer var til stede. Kvinnene følte en stigmatisering.	Nivå 1 Etisk godkjent Informert samtykke Belyser en rekke relevante områder, og er svært relevant for å belyse hensikten.
5	Rasmusson & Thomé (2008) Sexuality and Disability	Undersøke kvinners ønsker og behov for kunnskap. Dette knyttet til seksualitet og relasjoner i forbindelse med gynekologisk kreft.	Kvalitativ studie Intervju i hjemmet eller på klinikk	22 deltakere invitert, 11 ønsket å delta Diagnostisert med kreft i livmorhals (7 stk.), livmor (2 stk.) og eggstokk (2 stk.).	Tretthet var et problemområde. Kvinnene uttrykket bekymringer for spredning av kreften.	Nivå 1 Etisk godkjent Relevant for

	Sverige			<p>Gjennomsnittsalder på 48 år (36-60)</p> <p>Alle hadde vært gjennom første behandling med kirurgi, kjemoterapi og/eller stråling.</p> <p>6-8 uker etter behandling.</p>	<p>Infertilitet var vanskelig å håndtere.</p> <p>Kvinnene fikk en endret kroppsoppfatning. Mangelfull informasjon var gitt fra helsepersonell.</p>	<p>besvarelse av hensikten på flere områder.</p>
2	<p>Reis et al. (2010)</p> <p>European Journal of Oncology Nursing</p> <p>Tyrkia</p>	<p>Fastlegge livskvaliteten hos pasienter med gynekologisk kreft.</p> <p>Undersøke hvilke problemer som påvirker deres livskvalitet og seksuelle helse og seksuelle funksjon.</p>	<p>Tverrsnittstudie</p> <p>Kvantitativ: Intervju, med bruk av demografiske spørreskjema og instrumentet QOL-CS</p> <p>Kvalitativ: Semistrukturerte dybdeintervju</p>	<p>100 kvinner</p> <p>Diagnostisert med kreft i livmor (36 stk.), eggstokk (30 stk.), livmorhals (29 stk.) og ytre kjønnsorgan (5 stk.).</p> <p>Av disse ble 30 utvalgt til dybdeintervju</p> <p>Diagnostisert med kreft i livmor (10 stk.), livmor (9 stk.), livmorhals (9 stk.) og ytre kjønnsorgan (2 stk.).</p> <p>Alder: 28-68 år</p> <p>Type behandling: kirurgi, kjemoterapi og stråling, hver for seg eller kombinert</p> <p>Fire måneder eller lengre etter behandling</p>	<p>Behandlingen hadde innvirkning på kvinnes seksuelle helse, kroppsilde, feminitet, seksuell funksjon og fertilitet.</p> <p>Kvinnene mente at helsepersonell burde ta opp temaet seksualitet.</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Viser ikke direkte til etisk godkjenning, men er publisert i anerkjent database.</p> <p>Inkludert da den bygger på både kvalitative og kvantitative data, samt har høy relevans for besvarelse av hensikt.</p>

1	<p>Sekse et al. (2013)</p> <p>Health Care for Women International</p> <p>Norge</p>	<p>Undersøke hvordan det å leve i en endret, kvinnelig kropp 5-6 år etter behandling for gynekologisk kreft.</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Dybdeintervju</p> <p>Alle bortsett fra et intervju foregikk på sykehuset, det siste ble holdt i hjemmet.</p> <p>Beskrivende og fortolkende</p>	<p>16 kvinner inkludert, 15 ekskludert</p> <p>Gjennomsnittsalder på 56 år (39-66)</p> <p>Ferdige med behandling</p>	<p>Endringene i kroppen innebar en kroppslig tomhet, sårbarhet, usikkerhet og fysisk endret seksuelliv.</p> <p>Seksualiteten hadde ulik betydning på ulike stadier.</p> <p>Barrierer var til stede for å ta opp temaet seksualitet.</p>	<p>Nivå 2</p> <p>Etisk godkjent</p> <p>Informert samtykke</p> <p>Belyse en rekke sentrale punkter i besvarelse av hensikt</p>
1	<p>Wilmoth et al. (2011)</p> <p>Oncology Nursing Forum</p> <p>USA</p>	<p>Å bedre forstå seksuelle endringer etter behandling fra et pasientperspektiv.</p> <p>Lære hvordan kvinner håndterer disse endringene, samt identifisere hvilke informasjon de ønsker fra sykepleiere.</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Individuelle intervju og fokusgruppe</p>	<p>Av 18 kvinner, var det 13 som samtykket i å delta.</p> <p>Gjennomsnittsalder på 56 år (33-75)</p> <p>6 måneder til 8 år etter diagnosetidspunktet</p> <p>Behandlet med blant annet kirurgi og kjemoterapi</p>	<p>Kvinnene hadde en rekke fysiske plager. De følte en frykt for avvisning, og en sorg knyttet til fertilitet. De mente at kroppsbildet var sentral i seksualiteten, som endret seg gjennom sykdomsforløpet.</p> <p>Informasjonsbehovet var ulikt gjennom sykdomsprosessen.</p>	<p>Nivå 1</p> <p>Det kommer ikke direkte frem at studiet er etisk godkjent, men artikkelen er publisert i en anerkjent database, og vurdert til nivå 1 ved kvalitetsbedømmelse. Også godkjent av medisinsk senter og universitetet i Carolina-Charlotte.</p> <p>Informert samtykke</p> <p>Belyser En rekke sentrale</p>

						områder, høy relevans for besvarelse av hensikt.
2	Zeng et al. (2012) Cancer Nursing Kina	Utforske seksuelle bekymringer blant Kinesiske kvinner etter gynekologisk kreft. Identifisere betydningsfulle faktorer i kvinnes endrede seksualitet.	Kvantitativ studie Beskrivende sammenhengstudie Spørreskjema	156 kvinner deltok etter et bortfall på 24. Svarprosent på 86,7 %. Diagnostisert med kreft i livmorhals (115 stk.), eggstokk (32 stk.), livmor (8 stk.) og ytre kjønnsorgan (1 stk.). 20 år og eldre. Diagnostisert med gynekologisk kreft for første gang og ferdige med første behandling. Behandlet med kirurgi, stråling, kjemoterapi, eller kombinert.	Kvinnene hadde en rekke fysiske endringer, og som ga plager. Kvinnene var redde for at samleie kunne forårsake tilbakefall av kreften.	Nivå 2 Etisk godkjent Belyser en rekke fysiske endringer på en god måte. Relevant for å belyse enkelte av områdene.

VEDLEGG 3: ANALYSETABELL

Subkategorier	Kategorier
De fysiske endringene hadde sammenheng med sunn seksualitet	Fysiske endringer og utfordringer
De fysiske endringene var vanskelige å akseptere	
Kvinnene opplevde flere fysiske plager som smerter, endret vaginal størrelse, tørrhet, tretthet og manglende orgasme	
Fysiske endringer resulterte i en manglende seksuell lyst	
Usikkerhet og mistillit ovenfor egen kropp	Psykoseksuelle vansker - Et endret kroppsilde
Engstelighet og frykt påvirket seksualiteten	
Tap av fertilitet medførte sorg og en endret oppfatning av kroppen	
Kvinnene opplevde en endring i kroppsildet, feminiteten og selvbildet	
Selvtilliten ble redusert	
Tomhetsfølelse i kroppen	
Hovedprioritet å fjerne kreften ved diagnosetidspunktet	Seksualitetens betydning gjennom sykdom og behandling
Seksualiteten var dårligst under behandlingen	
Seksuelle problemer, mer aktuelle mot behandlingens slutt	
De seksuelle problemene var aktuelle i lang tid etter behandlingen	
Mangelfull informasjon	Helsepersonellens betydning, ønsker og mangler - Informasjonsbarrierer og stigma
Måten de ønsket informasjonen på var ulik	
Informasjonen var ønsket fra forskjellige personer	
Informasjonsbarrierer var til stede	
Kvinnene mente at det var en stigma forbundet med kreftformen og støttegrupper	

VEDLEGG 4: HINTS SKJEMA FOR ARTIKKELGRANSKING

Artikkelgransking/vurdering

(Sjöblom & Rygg (2012),

inspirert av Hellzén, Johanson & Pejler for urval i SBU-rapport (1999).

Database : Dato:

Tittel:

Forfattere:

.....

År: Tidsskrift/journal:

Land hvor studien ble gjennomført:

Type studie: Original Review Andre

Kvantitativ Kvalitativ

Nøkkelord:

KVALITETSVURDERING

Problemstilling/hypotese:

.....

Type studie

Kvalitativ: Deskriptiv Intervensjon

Andre

Kvantitativ: Retrospektiv Prospektiv

Randomisert Kontrollert

Intervention Andre

Studiens omfang: Antall forsøkspersoner (N): Frafall (N)

Tidspunkt for studien? Studiens lengde

Betraktes: Kjønnforskjeller? Ja Nei Aldersaspekter? Ja Nei

Kvalitative studier

Tydelig avgrensing/Problemformulering?	Ja	Nei
Er perspektiv/kontekst presentert?	Ja	Nei
Finns et etisk resonnement?	Ja	Nei
Er utvalget relevant?	Ja	Nei
Er forsøkspersonene vel beskrevet?	Ja	Nei
Er metoden tydelig beskrevet?	Ja	Nei
Kommuniserbarhet: Er resultatet klart beskrevet?	Ja	Nei
Gyldighet: Er resultatet logisk, forståelig, i overensstemmelse med virkeligheten, fruktbar/nyttig?	Ja	Nei

Kvantitative studier

Utvalg: Fremgangsmåten beskrevet Ja Nei

Representativt Ja Nei

Kontekst beskrevet Ja Nei

Frafall: Analysen beskrevet Ja Nei

Størrelsen beskrevet Ja Nei

Intervensjonen beskrevet Ja Nei

Adekvat statistisk metode Ja Nei

Hvilken statistisk metode ble brukt?

.....
.....

Etisk resonnement Ja Nei

Hvor troverdig er resultatet?

Er instrumentet -valide Ja Nei

-reliable Ja Nei

Er resultatet generaliserbart? Ja Nei

Hovedfunn:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Kvalitetsvurdering: Høy (I) Middels (II) Lav (III)

Kommentar/begrunnelse.....
.....
.....

Fortsatt vurdering: Ja Nei

Motivering:.....