

Alise Hatlehol Hansen og Anna Maria Hjelseth

Hvordan opplever kvinner senskader etter behandling av livmorhalskreft?

Bacheloroppgave i sykepleie

Veileder: Rigmor Hammer

Mai 2019

Alise Hatlehol Hansen og Anna Maria Hjelseth

Hvordan opplever kvinner senskader etter behandling av livmorhalskreft?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Rigmor Hammer
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund

Sammendrag

Bakgrunn: I 2017 ble 316 kvinner rammet av livmorhalskreft, det er den tredje mest vanlige kreftformen for kvinner på verdensbasis.

Hensikt: Hensikten med studien er å få innblikk i hvordan kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft opplever senskader, og hvordan det påvirker livet og hverdagen.

Metode: Metoden som er brukt er systematisk litteraturstudie, der det er valgt ut 8 kvalitative forskningsartikler. Evans innholdsanalyse ble benyttet for å analysere artiklene og kategorisere funn.

Resultat: De fleste kvinnene opplevde en rekke negative senskader som hadde stor innvirkning på livet som kreftfri. Det ble rapportert om fysiske senskader som urologiske og gastrointestinale problemer, samt psykiske, sosiale, seksuelle senskader. Noen av kvinnene sier de opplevde en ny verdsettelse av livet, og takknemlighet for det de opplevde. Det ble også rapportert om dårlig og ufullstendig informasjon fra helsepersonell, hvor kvinnene opplevde å ikke bli sett og forstått.

Konklusjon: Det viste seg at kvinnene opplevde en rekke ulike psykiske, fysiske og psykososiale senskader, alle disse påvirket hverandre. De opplevde også mangel på informasjon, tid og støtte fra helsepersonell. Kvinnens hverdag ble endret på grunn av senskadene.

Abstract

Background: In 2017 316 women were affected by cervical cancer, it is the third most common cancer type for women worldwide.

Aim: The aim of this study was to get insight how women who has undergone treatment from cervical cancer experienced the late effects, and how that effects their everyday lives.

Method: A systematic literature study based on eight qualitative research articles. Evans content analysis was used to analyse the articles and categorize the findings.

Results: The women experienced several different late effects that affected their lives in a negative way. They reported that they suffered from gastrointestinal- and urological problems, in addition to psychological, social and sexually late effects. Some of the women reported a new appreciation of life, and gratitude of what they have experienced. The women also reported inadequate information from health personnel and not being seen and understood.

Conclusions: The women experienced several different mental, physical and social late effects after the cancer treatment. They experienced lack of information, time and understanding from health personnel. The women's everyday lives are changed because of the late effects.

Forord

«Under kreftbehandling er du rett og slett en VIP: Very Important Patient. Å redde liv, stå i kampen mellom liv og død, være eller å ikke være, gir status blant helsepersonell, det merker du fort som kreftpasient. Men når du sitter der etter at kampen mot døden er over, med senskader som tørre slimhinner, ødem, manglende sexlyst, fatigue, kognitiv svikt, stiv og ubrukelig kropp, nevropati, hodepine og kroniske smerter, merker du fort at dette ikke er noe leger og sykepleiere er spesielt interessert i. Slike plager gir det ikke status å jobbe med. Med slike senskader har du plutselig blitt en kjedelig kroniker de helst bare vil skyve over til fastlegen. Du er blitt en VUP: Very Undesirable Patient».

(«Fra VUP til VIP – en kreftpasients fall i status» av Lene Wikander,
Sykepleien, 2018 (8), s. 14.)

Innhold

1	Innledning	10
1.1	Bakgrunn for valg av tema	10
1.2	Studiens hensikt	10
1.2.1	Problemstilling	10
1.3	Oppgavens oppbygging	10
2	Teoribakgrunn	11
2.1	Livmorhalskreft og behandling	11
2.2	Selvilde	11
2.3	Joyce Travelbees sykepleierteori	12
2.4	Kommunikasjon	13
3	Metodebeskrivelse	14
3.1	Datainnsamling	14
3.1.1	Søkestrategi	14
3.1.2	Inklusjonskriterier	14
3.1.3	Søkehistorikk.....	15
3.1.4	Kvalitetsvurdering	16
3.1.5	Etiske hensyn	16
3.2	Analyse.....	16
4	Resultat	18
4.1	En rammet kropp	18
4.2	Endret selvilde	20
4.3	Kommunikasjon og samhandling med helsepersonell	21
5	Diskusjon:	23
5.1	Metodediskusjon	23
5.2	Resultatdiskusjon	24
5.2.1	En rammet kropp	24
5.2.2	Endret selvilde	26
5.2.3	Kommunikasjon og samhandling med helsepersonell	28
6	Konklusjon	30
6.1	Forslag til videre forskning	30
	Referanser.....	31

Vedlegg 1: Litteraturmatriser (8 stk.)

Vedlegg 2: Søkehistorikk tabell

Vedlegg 3: Sjekkliste kvalitetssikring for vurdering av en kvalitativ studie

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2017 ble 316 kvinner rammet av livmorhalskreft, det er den tredje mest vanlige kreftformen for kvinner på verdensbasis. Kreftformen opptrer hyppigst i 30-40 års alderen (Kreftregisteret, 2018). Helsevesenet har heldigvis kommet langt med å behandle og forebygge livmorhalskreft i Norge i dag. Blant annet er det 40% nedgang av livmorhalskreft etter 1950-tallet på grunn av det nasjonale screeningprogrammet (Kreftregisteret, 2018). «Sjekk deg»-kampanjen har vært mye i mediebildet, for å skape større fokus på viktigheten av å ta celleprøve. HPV- viruset er en av årsakene til livmorhalskreft, i 2009 ble HPV-vaksine innført som en del av barnevaksinasjonsprogrammet (Kreftregisteret, 2018). Likevel er det mange kvinner som får denne kreftformen. Fem år etter at pasienten har fått diagnosen, er det 81% som fortsatt lever (Kreftforeningen, 2019). Vi fikk virkelig øynene opp for senskadene ved kreftbehandling etter at vi leste heftet «#Etter kreften» (Sykepleien, 2018). Vi så da en pasientgruppe som ofte blir oversett og misforstått, og senskader som var lite i fokus.

1.2 Studiens hensikt

Vi ønsker å forske på hvilke senskader som er vanlige hos kvinner etter behandling av livmorhalskreft og hvordan kvinner opplever dette. Ved å forske og lære mer om utfordringene pasientene møter får vi som sykepleiere et bedre kunnskapsgrunnlag som kan bidra til å forbedre vår yrkesutøvelse.

1.2.1 Problemstilling

På bakgrunn av dette ble problemstillingen: Hvordan opplever kvinner senskader etter behandling av livmorhalskreft?

1.3 Oppgavens oppbygging

Selve oppgaven består av seks kapitler. I kapittel to representeres relevant teori, som brukes i diskusjonen. Metodebeskrivelsen blir presentert i kapittel tre, den inkluderer datainnsamling og analyse. Funnene blir presentert i kapittel fire, resultat. Diskusjonen er i kapittel fem, den munner ut i konklusjonen som er kapittel seks.

2 Teoribakgrunn

2.1 Livmorhalskreft og behandling

Livmorhalskreft starter med celleforandring i livmorhalsen, celleforandringene kan videreutvikle seg til kreftceller. I de fleste tilfeller er årsaken langvarig infeksjon av HPV (Kreftforeningen, 2019). I tidlig stadium er det som oftest ingen symptomer. Regelmessig screening av friske kvinner er viktig for å fange opp sykdommen (Kristensen, 2018, s. 318). I Norge får kvinner mellom 25 og 70 år tilbud om å ta livmorhalsprøve, og blir innkalt hvert tredje år. Denne undersøkelsen vil påvise celleforandringer, behandling kan forhindre videre utvikling til kreft (Kristensen, 2018, s. 316).

Hvilken type behandling pasienten får mot livmorhalskreft avhenger av størrelsen på kreftsvulsten og hvilket stadium kreften er i (Kreftforeningen, 2019). Livmorhalskreft behandles med kirurgi, cellegift og radioaktiv stråling. Ofte blir to eller tre behandlingstyper kombinert (Jerpseth, 2016, s. 153). All kreftbehandling medfører bivirkninger, det skilles mellom akutte bivirkninger og senskader. Senskadene kommer etter bivirkningene og varer minst i ett år. Noen kan også oppleve at senskadene oppstår 10-20 år etter endt behandling (Kiserud, Dahl & Fosså, 2019, s. 35). Plagene pasientene opplever er ut ifra hvordan pasienten ble behandlet. Strålebehandling mot bekkenområdet kan føre til kroniske forandringer i blærens slimhinne, det vil gi symptomer som minner om urinvegsinfeksjon. Strålebehandling vil også påvirke tarmens slimhinner, fordi den er svært sårbar. Pasienten vil kunne oppleve diaré, magesmerter, hyppig avføringstrang, slim og blødning fra endetarmen (Fosså, Haugnes & Kiserud, 2019, s.63). Ved radikal hysterektomi vil noen pasienter få vannlatingsproblemer på grunn av skade på nervebaner til blæren (Kristensen, 2018, s. 320). Lymfeknuter i bekkenet fjernes ved livmorhalskreft, rundt 30% får lymfeødem i underkstremitetene og prosenten er høyere ved fjerning av lymfeknuter i lysken (Vigen, 2017, s. 146). I tillegg til vannlatingsproblemer og lymfeødem, er det også vanlig at kvinner opplever at menstruasjonen slutter mange år for tidlig (før 40-års alderen) og opplever plager som hetetokter, tørrhet og sårhet i underlivet og søvnproblemer (Kiserud, Brydøy, Fosså, 2019, s. 97-99).

2.2 Selvbilde

I *Helt – ikke stykkevis og delt* (2012, s. 133) skriver Hummelvoll at det er flere faktorer som former selvbildet. Begrepet omfatter oppfattelsen av personens individuelle egenskaper og evner, samhandling med andre mennesker og omgivelser, personens verdier, erfaringer, formål, mål og idealer. Andre bruker begrepet «identitet» synonymt med selvbilde. Dette har bakgrunn i hvilken situasjon mennesket befinner seg i. Selvbilde brukes for å beskrive hvordan vi vurderer oss selv. Hos de fleste representeres selvbilde som en stabil og generell egenskap, men det kan både bli svekket og bedret av

opplevelsene man gjør seg i livet. Opplevelsen av å være verdsatt og respektert er viktig for selvbildet (Håkonsen, 2014, s. 184).

Selvbilde blir oftest påvirket når en rammes av tap, sykdom eller helsesvikt. Tilvenningsproblemer knyttet til selvbilde påvirker personens mulighet til å bevare eller gjenvinne helsen. Selvbilde utgjør en personlig og kompleks side ved mennesket. Det kan deles inn i to hovedområder, det fysiske som omfatter kroppsbilde og kroppsfølelsen, og det personlige som omfatter idealet, etiske holdninger og forventningene våre. (Kristoffersen, 2016, s. 46).

2.3 Joyce Travelbees sykepleierteori

En definisjon er med på å lage grunnsetninger om hva sykepleie er. Et eksempel er «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2007, s. 29).

Travelbee (2007, s. 41 og 58) mener at det er viktig med et menneske-til-menneske-forhold med pasienten. Hensikten er å hjelpe individet, familien eller samfunnet, for å så forebygge eller mestre lidelse og sykdom, og om mulig finne en mening i det. Dette blir beskrevet som en erfaring mellom mennesket som er sykepleier og en person som har behov for sykepleierens tjenester. Pasienten er et spesielt individ, som er både lik og ulik andre mennesker. Med dette menes at personen tar del i erfaringer som er felles for alle mennesker, som sykdom, lidelse og tap, men at alle mennesker opplever dette forskjellig.

Sykdom er like mye et sosialt som menneskelig problem. Mange sykepleiere møter uhelbredelig syke som ikke gir opp og bruker tid og energi på å finne helbredelse i det uhelbredelige. Troen på muligheten for helbredelse kritiseres ikke, håp er med på å gjøre flere i stand til å bære byrdene av sykdom og funksjonssvikt (Travelbee, 2007, s. 85). Et menneskes sykdom påvirker flere enn den syke, alle de rundt blir berørte av sykdommen i ulik grad, det gjelder familie, slekt, kollegaer, venner og bekjente. Hvordan de rundt blir berørte av sykdommen har innvirkning på den sykes forståelse av sykdommen (Travelbee, 2007, s. 94-95).

Travelbee (2007, s. 61 og 72) tar avstand fra stereotypiske trekk og betegnelser som «sykepleier» og «pasient», da dette generaliserer personen og fjerner de personlige egenskapene. Det reduserer mennesket til det generelle, denne mekanismen gjør seg gjeldende, enten det er pasient eller sykepleier som er «merkelappen».

Lidelse en felles erfaring som alle mennesker opplever en gang, det er en ufravikelig del av mennesket. Alle vil en gang oppleve sykdom og smerte (psykisk, fysisk eller åndelig

lidelse). Lidelse kan oppstå når mennesket opplever ulike typer tap, nedsatt egenverd eller å bli atskilt fra andre. Lidelse er ofte knyttet til sykdom, som kan føre til tap av kroppslig, åndelig eller emosjonell integritet (Travelbee, 2007, s. 98). Travelbee (2007, s. 99) mener at det er viktigere for sykepleier å fokusere på personens opplevelse av sykdommen, enn sykdommen i seg selv. En kan ikke vite hvordan personen opplever sin sykdom før det blir drøftet, slik sykepleieren får vite hvordan det oppleves for akkurat denne personen.

2.4 Kommunikasjon

Ifølge Eide & Eide (2017, s. 16) er god profesjonell kommunikasjon personorientert og faglig fundert. Det vil si at man ser ikke ser den andre personen som en pasient, men ser hele mennesket, med alle dens ressurser, muligheter, egne verdier og egne prioriteringer, ønsker og mål. Personorientert kommunikasjon har mange aspekter, de består av:

- Å anerkjenne pasientens perspektiv.
- Å forstå pasientens psykososiale kontekst.
- Å nå frem til en felles forståelse i overensstemmelse med pasientens verdier.
- Å dele makt, det vil si å stimulere pasienten til å utøve selvbestemmelse og ta kontroll over egen situasjon der dette er mulig. (Eide & Eide, s 2017, s. 17)

Personorientert kommunikasjon innebærer å forholde seg åpent og anerkjennende til den andre som en unik person, noe som forutsetter at man er til stede og lytter godt, både til det den andre sier, og til det som kommer nonverbalt til uttrykk. Eide og Eide (2017, s. 17) skriver at forskning sier at pasienter sjeldent uttrykker seg direkte om det som ligger dem på hjertet, derfor uttrykkes helsebekymringer ofte gjennom indirekte antydninger og hint.

3 Metodebeskrivelse

Vi har utført et systematisk litteratursøk. Det innebærer ifølge Forsberg & Wengström (2015, s. 30) å være kritisk, granske og deretter samle litteratur for å få en helhet fra flere studier innenfor et valgt problemområde. Litteraturen skal ha utgangspunkt i aktuell forskning som har grunnlag i klinisk praksis. For å gjøre et godt systematisk litteratursøk er man avhengig av at det finnes tilstrekkelig med studier av god kvalitet (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26).

3.1 Datainnsamling

3.1.1 Søkestrategi

Etter å ha valgt problemstilling startet vi med fritekstsøk i Cinahl Compete, vi brukte søkeord som passet til vår problemstilling. Forsberg & Wengström (2015, s. 64) trekker frem Medline og Cinahl som gode databaser for å finne sykepleieforskning. Vi oppdaget da at søkeord som «cervix cancer» ble til «cervix neoplasms». Vi valgte å bruke PEO-skjema, da dette egner seg bedre til kvalitative studier enn det tradisjonelle PICO-skjemaet (Forsberg & Wengström, 2015, s. 61). Ut ifra dette skjemaet, fant vi søkeordene vi fortsatte med.

P-pasient/problem (hvem)	E – Exposure (eksponering)	O-utfall/resultat
Livmorhalskreft	Senskader	(Pasient) Erfaringer/opplevelser
Cervical cancer (Cervix neoplasms)	Sequelae/ late effects	Experience Life experience

3.1.2 Inklusjonskriterier

- Kvinner som har gjennomgått livmorhalskreft behandling (cellegift, stråling, kirurgi).
- Kvinner som nå er kreftfrie.
- Deltagere over 18 år.
- IMRAD-struktur.
- Fagfellevurdert.
- Gjennomgått av etisk komité.
- Kvalitativt design.
- Engelsk eller skandinavisk språk.
- År: 2008-2019.

Avgrensingen på utgivelsesåret til artiklene i litteratursøket var på de siste 10 år. Mangel på relevante artikler førte til at tidsbegrensningen ble utvidet til 2000-2019. Søket startet med geografisk avgrensning til Europa, men senere ble denne avgrensningen fjernet.

3.1.3 Søkehistorikk

Det systematiske litteratursøket ble gjennomført i november 2018- april 2019. Først søkte vi etter kvalitative og kvantitative artikler, men senere ble det kun søkt etter artikler med kvalitativt design, da vi ønsket å få frem egne meninger og følelser fra deltakerne. I kvalitative artikler blir det fokusert på å tolke og skape mening og forståelse i folks subjektive opplevelse av omverden (Forsberg & Wengström, 2015 s. 44).

Det ble søkt i ulike databaser for å få en større oversikt. De vitenskapelige databasene Cinahl Complete, SweMed+, PubMed, Proquest og Ovid ble brukt. Cinahl complete ble mest brukt, i denne databasen fant vi fem av artiklene som vi valgte å bruke. Søkeordet «cervix neoplasms» ble kombinert med et av følgende ord: «treatment complications», «sequelae», «cancer survivors», «life experiences» eller «long term effects», altså to søkeord kombinert med den boolske operatoren AND, denne operatøren brukes for å kombinere søkeordene og gi et smalere resultat (Forsberg og Wengström, 2015, s. 69). Etter hvert ble det gjort søk med tre av søkeord, som vist i PEO-skjemaet. Se også søkehistoriktabell (vedlegg). Senere ble søkeordet «qualitative studies» lagt til, dette for å få kvalitative studier.

I databasen Ovid ble søkeordet «cervix neoplasms» til «uterine cervix neoplasms» og «life experiences» til «life change events», «sequelae» ble ikke forandret. I dette søket fikk vi 12 funn, hvor ingen av resultatene var relevante for oppgaven. PubMed ble brukt til å gjøre to søk. Søkeordene som ble brukt i søk nummer en var «cervical cancer», «late effects», «cancer survivor» og «experience», resultatet ble ti artikler, men vi valgte å ikke bruke noen av dem, fordi de fleste var kvantitative. I søk nummer to ble søkeordene «cervix neoplasms», «cancer survivors» og «qualitative» brukt. Resultatet ble da tjue artikler, hvor en ble valgt til studien.

En artikkel fra Proquest ble tatt med videre i studien. Søkeordene som ble brukt var «cervical cancer», «late effects» og «experience», de ble kombinert med AND og vi fikk 25 artikler til resultat. I databasen SweMed ble søkeordene «cervix neoplasms» og «life experiences» brukt. Dette søket ga to artikler, den ene var ikke relevant og den andre fikk vi ikke tilgang til.

Ifølge Forsberg og Wengström (2015, s. 64) kan man ved hjelp av manuell søking finne artikler. Den siste artikkelen vi valgte å bruke fant vi i referanselisten til en bacheloroppgave med lignende tema.

3.1.4 Kvalitetsvurdering

Forsberg & Wengström (2015, s. 104) skriver at kvalitetsvurdering bør minst omfatte formålet til studien, forskningsspørsmål, design, utvalg, mål, analyse og tolkning. Alle artiklene inneholdt dette. For å være sikker på at artiklene i studien er kvalitetssikret ble «sjekklister for vurdering av en kvalitativ studie» benyttet (Helsebiblioteket, 2016). Artiklene er fagfellevurdert og publisert fra et godkjent tidsskrift innenfor dette fagområde, nettsiden til Norsk senter for forskningsdata ([NSD], 2019) ble da brukt. Alle artiklene i hadde nivå 1 eller 2.

3.1.5 Etske hensyn

Etisk forsvarlighet er viktig i all forskning. De som deltar i studien skal bli beskyttet og det er viktig at den som gjennomfører studien viser omsorg og ikke påfører noen slags skade (Forsberg & Wengström, 2015, s. 132). Dette reguleres ved hjelp av Helsinkideklarasjonen, utformet av Verdens legeförening i 1964, sist revidert i 2013. Deklarasjonen består av en veileder for helsepersonell angående forskning som omfatter mennesker. Den sier forskningen skal følge vitenskapelige prinsipper og at forskningen skal gjøres av vitenskapelige kvalifiserte personer (Førde, 2014). I forskningsartiklene som brukes i dette litteraturstudiet står det at artiklene er gjennomgått av etisk komite. I en artikkel blir ikke etisk komite nevnt, men deltagerne har signert samtykke og artikkelen er fagfellevurdert.

3.2 Analyse

Ifølge Forsberg og Wengström (2015, s.152-153) betyr analyse å dele opp i mindre deler, undersøke dem en etter en, for så å sette de sammen igjen til en ny helhet, altså en syntese. Artiklene blir analyserte ved hjelp av en innholdsanalyse, dette innebærer at data blir kategoriserte for å identifisere et tema. Vi valgte å bruke innholdsanalyse til Evans (2002).

I det første steget ble det samlet inn data, søkehistorikken beskriver dette under punkt 3.1.3. Dataene ble samlet inn i sammenheng med problemstillingen, derav åtte relevante kvalitative artikler.

I det andre steget ble nøkkelfunnene i hver studie identifisert. Her ble forskningsartiklene lest gjentatte ganger. Dette gjorde vi hver for oss, så sammen. Vi gav artiklene nummer fra en til åtte. Sammendrag av artiklene ble laget individuelt, så ble funnene diskutert og sammenlignet. Ut ifra sammendragene ble det identifisert nøkkelord. Nøkkelordene ble blant annet nye livsverdier etter kreft, angst for tilbakefall, depresjon, mer emosjonell, ubehag/smerter ved samleie, redusert seksuell liv, nedsatt libido, tørr og sår slimhinne, tap/sorgfølelse, menopause, ødemer i nedre ekstremiteter, urin- og blære problemer, gastrointestinale problemer og utilstrekkelig informasjon.

I steg tre ble hovedfunnene identifiserte etter felles temaer og sammenlignet for å finne fellestrekk og ulikheter. Nøkkelfunnene ble plasserte inn i kategorier, det ble valgt tre

kategorier uten undertema. Kategoriene ble «en rammet kropp», «endret selvilde» og «kommunikasjon og samhandling med helsepersonell».

I det fjerde og siste steget skal funnene beskrive fenomenet. Disse blir beskrevet i kapittel 4.0, resultatdelen, under hovedtemaene *en rammet kropp*, *endret selvilde* og *kommunikasjon og samhandling med helsepersonell*. Resultatene blir presentert sammen med sitater fra artiklene.

4 Resultat

Det kom frem et bredt resultat fra studiene som ble valgt ut. De presenterte mange ulike temaer og forskjellige aspekter som rammet pasientene.

4.1 En rammet kropp

Skader i blære og tarm var en vanlig senskade som gikk igjen. Det ble nevnt hyppig vannlating, dysuri, urinlekkasje, urin inkontinens, samt problemer med diaré, obstipasjon og avførings inkontinens. Dette preget hverdagen og det sosiale livet til kvinnene (Burns, Costello, Ryan-Woolley & Davidson, 2007; Clemmens, Knafl, Lev & McCorkle, 2007; Juraskova, Butow, Robertson, Sharpe, McLeod & Hacker, 2003; Seibæk & Hounsgaard, 2006; Y.C.Zeng, Li & Loke, 2011). En av kvinnene som deltok i studien til Burns et al. (2007, s. 367) forklarer hverdagen med problemene slik:

Well when I want to go with my bladder I've got to go there and then, I can't hold it back because it will just trickle away from me. It's the same with the bowel. When my bowels need to be moved I've got to go instantly because there's no controlling that. I can't go anywhere unless there is a toilet around because I've got to go straight away when I want to go.

Seksuelle forhold ble vanskelig og utfordrende på grunn av problemene fra blære og tarm. Dette førte til psykiske og praktiske utfordringer med å ha samleie, nedsett sexlyst og samlivsproblemer. Kvinnene opplevde smerter, sårhet og tørrhet i slimhinnene (Burns et al., 2007; Juraskova et al., 2003; Seibæk & Hounsgaard, 2006; Sekse, Gjengedal & Råheim, 2013; Y.C.Zeng et al., 2011). Ifølge Sekse et al. (2013, s. 22) så kvinnene på det å ha samleie som utfordrende, fordi de var usikre på seg selv på grunn av store kroppslige forandringer som var permanente og ukontrollerbare. De ga uttrykk for at de var redd for å ha samleie «Yes, I'm a bit scared about having sexual intercourse again but that's not our priority at the moment» (Juraskova et al., 2003, s. 271). Noen av kvinnene fant sammen med partneren en ny måte å være seksuelt aktiv på, mens andre sa at de opplevde for mye smerte og ubehag og mistet interessen. De som sa de var seksuelt aktive etter behandling, har ikke samleie like regelmessig og sexkvaliteten er dårligere (Y.C.Zeng et al., 2011, s. 300). Mange hadde dårlig samvittighet overfor partnerne sine, da de ikke klarte å tilfredsstille deres seksuelle behov slik som tidligere. Andre sørget over at seksuallivet ikke ble som før kreftdiagnosen og behandlingen. På grunn av senskadene har de fysisk ikke mulighet til å gjenoppta sexlivet på samme måte og føler på sorg (Juraskova et al., 2003; Y.C.Zeng et al., 2011).

I flere studier snakket kvinnene som ble intervjuet om hvor viktig det var med sosial støtte fra familie og venner. De understreket at støtte var viktig for å klare og håndtere diagnosen, behandlingen og konsekvensene etter. Den støtten var essensiell for å kunne

mestre hverdagen og det å leve med senskadene (Clemmens et al., 2008; Seibæk & Hounsgaard, 2006; Sekse, Raaheim, Blaaka & Gjengedal, 2009; Y.Zeng, Cheng, Liu & Chan, 2017). Det kom frem at der var kvinner som ikke hadde noen å støtte seg på, de opplevde ensomhet, der de rundt (partner, venner eller familie) ikke forstod hvordan de hadde det. Kvinnene turte ikke å snakke om vanskelige tema, de var redd for at samtalen skulle bli for overfladisk, samt de hadde vansker med å finne rette ord (Juraskova et al., 2003; Sekse et al., 2009). De skriver også at enkelte kvinner brukte et eget «språk» som de kreftrammede forstår. Kvinnene fikk forståelse for sykdommen og senskadene fra andre kreftrammede på en måte som partner, familie eller venner ikke forstod (Juraskova et al., 2003; Sekse et al., 2009; Seibæk & Hounsgaard, 2006). Alice (59), fra studien til Sekse et al. (2009, s. 294) beskrev at hun hadde et godt forhold til partneren sin gjennom mange år, men opplevde det vanskelig å dele sine opplevelser og tanker rundt kreftsykdommen. Hun hadde prøvd å betro seg til han først, men ble ikke møtt og forstått på den måten hun trengte.

Flere kvinner opplevde forandringer i kroppstemperaturen, uavhengig om de hadde vært i overgangsalderen i løpet av behandlingsfasen (Sekse et al., 2013; Y.C.Zeng et al., 2011). De opplevde blant annet hetetokter og nattesvette (Y.C.Zeng et al., 2011, s. 299). De pasientene som hadde tidligere opplevd menopause symptomer trodde de hadde kommet i overgangsalderen en gang til. Ingrid på 45 år sier fem år etter behandling:

I'm still either cold or hot. To begin with I had terrible flushes. It was like you felt you were about to burst, but now it's more like you are hot and then suddenly you're cold. I have to put on and take off clothes all the time. (Sekse et al. 2013, s. 21)

I studien til Y.Zeng et al. (2017, s. 3) kom det fram at kvinner opplevde kognitiv svikt etter cellegift. Dette innebar mangel på konsentrasjon, hukommelse, vansker med å fine ord og nedsatt forståelse. Noen av kvinnene i denne studien måtte slutte i jobben sin på grunn av kognitiv svikt. En annen senskade som gikk igjen var ødemer (Clemmens et al., 2008; Juraskova et al., 2003; Seibæk & Hounsgaard, 2006; Y.C.Zeng et al., 2011). De fysiske senskadene gjorde at kvinnene følte de var en byrde for familien, både for partneren og barna, dette førte til dårlig samvittighet (Seibæk & Hounsgaard, 2006; Sekse et al., 2009; Y.C.Zeng et al., 2011).

...worrying about my disease influenced my family members' quality of life, especially for my children. Since getting the disease, I had become more irritable. Sometimes, I would quarrel with my husband. Now, the whole family suffered from lots of pressure. (Y.C.Zeng et al., 2011, s. 299)

Det viste seg at kvinnene trodde de kunne leve livet som før kreftbehandlingen. Flere av kvinnene forteller at de ikke har det samme livet de hadde før, og kan ikke gjøre de samme tingene på grunn av senskadene. Mange opplevde depressive symptom på grunn av dette (Clemmens et al., 2008, s. 901).

4.2 Endret selvbilde

I alle de åtte studiene ble de rapportert om psykiske og psykososiale senskader. Dette viser at senskader fører til psykisk påkjenning for pasienten, som også er viktig informasjon for sykepleier.

Strålebehandling var hos noen kvinner en del av behandlingen av livmorhalskreft. Blant kvinnene som ble strålet, opplevde mange ubehagelige ødemer i nedre ekstremiteter og vektøkning. Dette endret selvbildet og ga kvinnene nedsatt selvtillit. De følte de måtte dekke seg til og bruke større klær, da de følte seg utilpass. På grunn av dette opplevde mange av kvinnene depresjon (Burns et al., 2007; Clemmens et al., 2008; Juraskova et al., 2003; Sekse et al., 2013; Y.C.Zeng et al., 2011).

I studien til Sekse et al. (2013, s. 20) forteller en kvinne at hun har fått et helt annet forhold til kroppen sin. Hun opplevde å bli mistet en kropp som var frisk til en kropp som var uforutsigbar og jobbet mot henne. Dette påvirket seksuallivet til flere av kvinnene, da senskadene førte til at de ikke kan stole på kroppen sin eller at senskadene førte til smerter eller andre problemer (Clemmens et al., 2008; Juraskova et al. 2003; Sekse et al., 2013). I studien til Juraskova et al. (2003, s. 271) sier en kvinne at hun føler seg distansert fra sin egen seksualitet:

Physically I had no problems, I think most of it was dealing with emotional pain. There were times when I actually just detached myself... Like at the beginning there were a lot of times I don't even remember...

Mange av pasientene opplevde sorg etter å ha hatt kreft. De pasientene som måtte operere vekk hele eller deler av livmor/livmorhals, sier de opplever en følelse av tomrom der organet skulle være. De knyttet seksualiteten sin til organet, når de mistet dette, mistet de også en del av sin seksualitet. Det var de yngste i pasientgruppen som opplevde dette tyngst, da de kanskje ikke hadde fått eller var ferdig med å få barn (Juraskova et al., 2003; Seibæk & Hounsgaard, 2006; Sekse et al, 2013). «Just a sense of loss... a grieving that I lost my femininity... (reproductive organs) ... they are symbols of womanhood, I suppose (age 30) » (Juraskova et al., 2003, s. 271).

Et viktig funn som gikk igjen i artiklene var at pasientene var engstelige for tilbakefall av kreften, bekymringen påvirket hverdagen. Dette ble beskrevet som den mest vanlige negative psykiske sekvelen (Clemmens et al., 2008; Sekse et al. 2009; Sekse et al., 2013; Seibæk & Hounsgaard, 2006, s. 18; Y.C.Zeng et al., 2011, s. 299).

It's always there in the back of your head. It's the first thing you think about if you feel a change or a pain or something that isn't supposed to be there... so it's the first thing that comes up: cancer! It's just like a sign that pops up. It will always be there (Sekse et al., 2009, s. 293)

Likevel nevnte flere artikler at pasientene opplever en glede og takknemlighet for å være i live. De forklarte at livet ikke lenger blir tatt for gitt og det å leve var en gave. Noen av kvinnene sammenligner å overleve kreft som «å bli født på ny», en vekker eller en ny sjanse i livet (Clemmens et al., 2008; Sekse et al., 2013; Seibæk & Hounsgaard, 2006; Y.C.Zeng et al., 2011, s. 300).

[Cervical cancer] brought a lot of different things into my life. It gave me a different perspective on life, the way you live it, and you have more appreciation for life ... It does something to you physically, mentally and spiritually. It brings a new light to your life. (Clemmens et al., 2008, s. 900)

4.3 Kommunikasjon og samhandling med helsepersonell

Det gikk igjen i studiene at pasientene opplevde utilstrekkelig informasjon fra helsepersonell. I studien til Clemmens et al. (2008, s. 899) viser det seg at helsepersonell spilte både en positiv og/eller negativ rolle for pasientene. Fire av deltagerne sier de følte seg som et nummer, legen fortalte de diagnosen over telefon på en upersonlig måte. Andre pasienter beskrev helsepersonell som fantastiske og generelt støttende, dette sa også studien til Seibæk og Hounsgaard (2006, s. 17).

I studien fra Sekse et al. (2009, s. 294) ble det beskrevet at de ønsket mer forpliktelse og involvering fra helsepersonell. Det ble forklart fra en kvinne at hun ikke ønsket eller klarte å snakke om vanskelige og intime temaer med nære pårørende, hun ønsket heller et nært forhold til helsepersonellet hun møtte. Hun hadde behov for å bli mottatt og vist tillit. «Meeting health care workers, who often were focused on practical and concrete aspects of the illness, was almost surrealistic, incomprehensible and deeply existential» (Sekse et al., 2009, s. 294).

Det ble videre skrevet i artikkelen til Sekse et al. (2009, s. 294) at kvinnene følte på usikkerhet rundt møte med helsepersonell, de hadde et ønske om å bli sett, mottatt og veiledet. Møtene ledet sjeldent til en skikkelig samtale, de beskrev at de ser i ettertid at det var dette de trengte på den tiden. Kvinnene som ble intervjuet i studien til Burns et al. (2007, s. 368) forteller også at de opplevde at miljøet og omstendighetene rundt ikke samsvarte med å få til en god samtale og relasjon mellom helsepersonell og pasient.

Andre temaer som kom frem i studiene var misforståelser, dårlig informasjon om senskader i forkant, dårlig psykisk støtte og hektiske oppfølgingstimer. I flere artikler sa kvinnene at det ble i liten grad, og i noen tilfeller ikke informert om senskadene som kunne oppstå og hvordan dette påvirker hverdagen. I studien til både Burns et al. (2007, s. 368), Juraskova et al. (2003, s. 273) og Sekse et al. (2013, s. 25) reflekterte kvinnene i ettertid om sjokket og at de tror det hadde vært lettere å håndtere senskadene om helsepersonellet hadde snakket, forklart og forberedt de i forkant av behandling. Juraskova et al. (2003, s. 274) skriver at krisereaksjonene til kvinnene var forbundet

med senskadene av behandlingen, ikke behandlingen i seg selv. På grunn av at de var lite forberedt, mestrer de nå i dag dårlig sykdommen sin. Det blir også beskrevet at helsepersonell har for dårlig tid med pasienten. Her fortalte kvinnene at de hadde et større behov for kunnskap og samtale, men på grunn av tidsaspektet uteble det (Burns et al., 2007, s. 369; Sekse et al., 2009; Sekse et al., 2013).

5 Diskusjon:

5.1 Metodediskusjon

I metodediskusjonen skal analyseprosessen og metoden vi har brukt diskuteres. Her trekkes frem oppgavens styrker og svakheter.

Det systematiske litteraturstudiet baserer seg på åtte kvalitative forskningsartikler. Studiet følger retningslinjene til NTNU Ålesund (2019). Vi startet å søke i de mest anerkjente databasene, men valgte så å bruke flere. Det viser at vi har vært åpen med bruk av databaser for å ikke gå glipp av relevant forskning. Etter hvert i søkeprosessen vår måtte vi utvide søket vårt. Vi tok da bort geografisk avgrensning og utvidet årstallet fra 2000 til 2019. Vi kan ha oversett relevant norsk og skandinavisk forskning.

I vår studie ble det benyttet artikler fra store deler av verden. To av artiklene (Y. Zeng, 2017; Y.C. Zeng, 2011) er fra Asia, dette kan være en svakhet med tanke på kulturforskjellene i forhold til andre vestlige land som blir benyttet i studien. På tross av de kulturelle forskjellene samsvarer funnene i disse artiklene med de andre artiklene. To av artiklene (Sekse et al., 2009; Sekse et al., 2013) omhandler gynekologisk kreft, som innebærer eggstokk-, livmor- og livmorhalskreft. Behandlingen har likheter, ved for eksempel strålebehandling vil alle disse områdene bli berørt. Vi mener derfor at disse artiklene kan brukes i vår studie, fordi de svarer på hvordan kvinnene opplever senskader. Dette kan likevel sees på som en svakhet, da de ikke direkte handler om livmorhalskreft.

Feiltolkning av artiklene kan ha oppstått i analyseringen, på grunn av utfordringer til det faglige språket som ble brukt der. Samt at artiklene er på engelsk og dansk språk, som ikke er våre morsmål. Dersom artiklene blir gjengitt feil, vil dette gi negative konsekvenser for de opprinnelige forfatterne, det vil ikke være etisk riktig av oss å publisere et slikt arbeid. Vi har kvalitetssikret arbeidet til hverandre, ved at vi analyserte og tolket alle artiklene hver for oss, for å deretter sammenligne svarene med hverandre. På denne måten har vi forsikret oss at vi har lik forståelse av funnene og hvordan oppgaven skal utformes. Vi har samarbeidet tett med oppgaven og stilt kritiske spørsmål til hverandres arbeid.

5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen vil funnene fra analysen og resultatdelen bli diskutert, opp mot teoribakgrunnen og ny teori. Så drøfte dette opp mot problemstillingen: «Hvordan opplever kvinner senskader etter behandling av livmorhalskreft?» ved å knytte det opp mot relevant teori. Vi har valgt å dele det inn i underkategorier for å gjøre det mer oversiktlig.

5.2.1 En rammet kropp

I alle studiene viste det seg at kvinnene opplevde fysiske senskader etter behandling av livmorhalskreft. Hvor hardt de opplever å ha blitt rammet i hverdagen er individuelt. Dette har sammenheng i hvilket stadium kreftsykdommen ble oppdaget i og hvilken kreftbehandling pasienten har gjennomgått. Noen opplevde at senskader tar stor plass i livet, dette kan påvirke livskvaliteten. Da må pasienten forsøke å finne og akseptere en ny hverdag. De aller fleste opplever at kreftsykdom og behandling er med på å forandre livet både mentalt og fysisk (Kreftforeningen, u.å.).

Etter å ha blitt rammet av langvarig sykdom opplever pasienten at den naturlige kontrollen med viktige funksjoner er helt eller delvis borte (Heggdal, 2008, s. 50) Det kom frem i studiene at et flertall av kvinnene opplevde problemer i blære- og tarmsystemet. Slike utfordringer er et hygienisk og sosialt problem for kvinnen. Livmorhalskreft er en kreftform som hyppigst opptrer i 30-40 årsalderen (Kreftregisteret, 2018), mens inkontinens er et problem som er knyttet til relativ høyere alder. Et slikt problem kan være tabu å snakke med andre om, spesielt for de yngste i denne pasientgruppen. Frykten for å være til sjananse for andre, i tillegg til at inkontinensproblemene gir utfordringer å være i aktivitet fører til at pasienten vil kunne isolere seg. Samtidig påvirker dette selvbilde til pasienten, da fysiske og sosiale aspekter er i stor endring i forhold til før kreftdiagnosen. Pasientens egenverd endres når kroppen, plutselig eller over tid, mister noe av sin tidligere funksjon, dette påvirker også kroppsbildet (Solvoll, 2012, s. 20). Ved full strålebehandling vil pasienten komme i overgangsalderen og bli infertil. Aldring, redusert kvinnelighet, samt plagsomme symptomer blir forbundet med overgangsalder (Jacobsen, 2017, s. 607). Artiklene viste at kvinnene opplevde forandringer i kroppstemperaturen, nattesvette og hetetokter (Sekse et al, 2013; Y.C.Zeng et al. 2011). Dette er også et plagsomt problem som byr på utfordringer i sosiale settinger. Om pasienten mangler informasjon om hva symptomene betyr, vet man ikke hva man skal gjøre for å dempe de (Heggdal, 2008, s. 51). For tidlig overgangsalder kan være traumatisk for kvinnen, spesielt for de som ikke har fått barn og ønsker det (Jacobsen, 2017, s. 607).

Et annet funn fra artiklene fortalte kvinnene at de sitter igjen med en følelse av at de ikke kan stole på sin egen kropp lenger på grunn av senskadene, både i sosiale sammenhenger og ved samleie. Dahl (2016, s. 23) belyser dette i sin bok hvor han skriver at vanlige utfordringer for kreftpasienter er nettopp dette med forstyrrelser av dagliglivet. De er rutiner som gir trygghet og forutsigbarhet i livet, blir endret og angrepet ved kreftsykdom. Når senskadene i denne graden gir utfordringer i dagliglivet, vil kvinnene kunne oppleve tap av selvstendighet. Det tar fra de muligheter til å gjøre

hva de vil, når de vil. Selvstendighet er et behov hos mennesket som ligger dypt forankret i en selv, dette er fordi idealene og normene i samfunnet vektlegger denne kvaliteten. Ved tap av selvstendighet vil en føle seg mindreverdige og kjenne på å være inkompetent. Disse følelsene bidrar ofte til å svekke opplevelsen av egenverdet (Solvoll, 2012, s. 21). Tap av livsutfoldelse er et eksempel på dette. Når kroppens reaksjoner er uforutsigbare, blir det vanskeligere å gjennomføre det en ønsker. Man kan sammenligne det å leve med langvarig sykdom (senskadene), som å gå på en vei som inneholder mange hinder man må over for å komme seg frem. Utfordringen her er å opprettholde aktiviteter som gir pasienten livskvalitet (Heggdal, 2008, s. 64).

Kvinnene uttrykte at familie og venner var uerstattelige i situasjoner som krevde støtte, både når det gjaldt å håndtere sykdommen og senskadene. Dersom pasienten isolerer seg på grunn av senskader er det viktig at kvinnen har noen som støtter henne. Dette kan også være en tung byrde for de pårørende, det er viktig at sykepleieren ser de pårørende i en slik situasjon. Det kom også frem i resultatet at kvinnene opplever dårlig samvittighet overfor familiene sine. Hvordan familiemedlemmer håndterer sykdom er svært forskjellig, noen kan bli overbeskyttende å prate mye, mens noen ble innesluttet og stille. Tidligere erfaringer og samspillet dem imellom, vil være avgjørende for hvordan familien håndterer sykdom og tap (Grov & Dahl, 2019, s.217). Det er da viktig som sykepleier å vise omsorg til partner og familie. Ifølge Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer må sykepleieren vise respekt og omtanke for pårørende (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2016).

Det å leve med senskadene etter en kreftsykdom vil være utfordrende på grunn av de mange fysiske plagene, men også de psykiske. Mange av kvinnene fra artiklene opplevde å føle seg ensom og alene med plagene fra sykdommen, fordi de følte at familie og venner ikke forsto. I artikkelen til Sekse et al. (2009, s. 294) blir det nevnt at kvinnene fant forståelse og støtte i andre kreftrammede kvinner, i for eksempel støttegrupper. Ved å snakke med andre som er «i samme båt» gir og får kvinnene støtte og forståelse fra hverandre; dette kalles «likemannsarbeid» (Dahl, 2019, s. 144). I artikkelen til Juraskova et al. (2003, s. 274) blir det beskrevet at kvinnene hadde et stort behov for å snakke om kreftsykdommen, behandling og senskader, selv om de er erklært friske. Som oftest tilbyr sykehusene læring- og mestringkurs til pasientene, samt støttegrupper. Her bør sykepleier opplyse og oppmuntre pasienten til å delta.

Seksualitet er en integrert del av det å være menneske, det defineres som en integrasjon av kroppslige, følelsesmessige, intellektuelle og sosiale aspekter som kan berike og fremme personlighet, kjærlighet og kommunikasjon (Gjessing & Dahl, 2019, s. 104). Langtidsoverlevende av kreft opplever problemer med seksualitet på grunn av forandringer i kroppen og kjønnsorganene, men også ved psykologiske forhold. På grunn av nedsatt eller manglende nivåer av kjønns hormoner i blodet etter kirurgi, strålebehandling og/eller cytostatika, opplever kvinnen ofte manglende seksuallyst og nedsatt lubrikasjon. Kvinner som har gjennomgått strålebehandling kan oppleve redusert blodforsyning og skrumpning og stivhet av kjønnsorganene. Nerve- og karskader kan oppstå etter cellegift og vil føre til nedsatt funksjon og følsomhet (Gjessing & Dahl, 2019, s. 110). Dette belyses også i funnene fra artiklene. Seksuelle smerter fører til at den seksuelle

aktiviteten gjør vondt og nytelsen nedsettes eller blir borte. Ut ifra definisjonen av seksualitet, viser det at seksualitet er en stor del av det å være menneske, da det påvirker pasienten på flere områder. Funnene fra artiklene sier også at ikke bare de fysiske utfordringene påvirker pasientens egen seksualitet, men også forholdet til partner. Her var det ulike og individuelle forskjeller blant pasientene; der noen fant andre måter å være intime på, noen måtte legge til rette for å kunne få det til, mens andre hadde for store smerter eller så nedsatt seksuallyst at det satte en fullstendig stopper på å være seksuelt aktiv.

5.2.2 Endret selvbilde

I dette kapitlet diskuteres de psykologiske senskadene kvinnene opplever, og hvordan dette påvirker selvbildet. Selvbilde til et menneske vil variere ut ifra situasjonen mennesket befinner seg i. Det blir brukt til å beskrive hvordan vi vurderer oss selv (Håkonsen, 2014, s. 184). Selvbilde er et komplekst begrep som består av flere faktorer for å kunne forstå hva som faktisk påvirker selvbilde (Hummelvoll, 2012, s. 133).

Kroppsbilde er et komplisert begrep. Dahl (2016, s. 212) beskriver det som «det psykiske bildet av det fysiske selv og omfatter holdninger og sansinger om utseende, helsetilstand, kroppslige ferdigheter og seksualitet». Kroppsbildet er et viktig aspekt ved selvbildet og en viktig del av identiteten til en person (Renolen, 2010, s. 121-122). I funnene kom det frem at mange av kvinnene var usikre på seg selv og sitt kroppsbilde, dette hadde bakgrunn i de fysiske endringene som har rammet kroppen deres, som for eksempel arr, ødemer og vektforandringer. Lymfeødem er vanlig etter kirurgisk inngrep og stråling, det kan vare i 10 år etter behandling (Vigen, 2017, s. 146). Andre senskader kan også oppstå og vare mange år etter behandling, dette medførte at pasientene opplevde å ha problemer med selvbilde og seksualitet i flere år. Menneskets kroppslige ideal påvirkes av holdninger og uttrykker hvordan vi ønsker at kroppen skal være. Slike idealer skapes blant annet gjennom gjenkjennelse med andres kroppsideal slik det kommer frem gjennom media og sosiale settinger. Ved sykdom eller når kroppen ikke fungerer som den skal, vil kroppen oppleve tap, dette kan ødelegge selvbildet. Det blir behov for å tilpasse det fysiske selv og finne andre måter å erstatte det tapte på. Å akseptere og tilpasse en endret kropp eller kroppsfunksjon tar lang tid. En kropp som er forandret etter sykdom må godtas, det er mye som tyder på jo mer en person godtar og liker kroppen sin, vil personen være tryggere og friere for angst (Hummelvoll, 2012, s. 137). Ved ta bruk i kunnskapen som blir presentert, kan sykepleier hjelpe pasienten og formidle trygghet.

Funnene viser at kvinnene opplevde sorg og tap over å ha operert bort hele, eller deler av organer som ble rammet av kreft. De forbandt organene med feminitet og at de var en del av dem. Her varierer svarene til kvinnene, de yngste i pasientgruppen knytter feminitet til organene, mens de eldre pasientene ikke hadde den samme opplevelsen. Dette har oftest sammenheng med at de yngre kvinnene ikke var ferdig med å bære frem barn. Dette belyser Kristoffersen (2012, s. 144) ved å si at tap av sentrale verdier i livet er belastende for pasienten, for eksempel tap av funksjon som følge av skade eller sykdom. En slik situasjon vil oppfattes som en trussel dersom personen opplever at sentrale verdier og behov i livet er truet av den situasjonen som er oppstått.

Gamnes (2012, s. 72) forklarer at kroppsbildet påvirker kvinnens seksualitet. Med seksualitet menes alle aspekter med det å være seksuell, enn å knytte det kun til erotiske aktiviteter. Seksualitet er personlig, for mange en viktig del av selvet og parforholdet. Når dette blir truet og/eller endret, vil dette påvirke pasienten på flere måter. Noen hevder at samleie er nødvendig for velvære og fysisk og psykisk helse, men andre mener et menneske klarer seg uten i kortere eller lengre perioder av livet. Artiklene fortalte at kvinnene syntes det var utfordrende med seksuell aktivitet på grunn av plagene fra blære og tarm, samt at mange opplevde smerter og nedsatt lyst. Når seksuallivet blir negativt påvirket på denne måten, vil dette påvirke kvinnens selvbylde. Forventninger, holdninger og frykt er psykologiske faktorer som spiller en rolle for de sansemessige opplevelsene som påvirker hjernens mekanismer. Engstelse, uro, bekymring, nedsatt stemningsleie, frykt for tilbakefall, følelse av sårbarhet, manglende mestring og endret kroppsbilde er ikke uvanlig etter kreftbehandling, og kan svekke lysten og evnen til å ha sex. Slike reaksjoner kan også påvirke ektefelle/partner, og på denne måten kan de påvirke hverandre negativt og gi en ond sirkel (Gjessing & Dahl, 2019, s. 111). På bakgrunn av dette kan det tenkes at de fysiske plagene blir forsterket med de psykiske plagene pasienten opplever. På grunn av senskadene vil kroppsbildet endre seg, kvinnens egenverd vil bli truet. De vil få et nytt behov for nærhet, ømhet og intimitet fra partner. Dette kan oppleves på en annen måte enn tidligere, som kan være vanskelig å håndtere. Grov & Dahl (2019, s. 219) skriver å finne tilbake til hverandre krever tålmodighet, velvilje og evne til å tenke muligheter fremfor begrensninger.

Det kom frem at flere av kvinnene ikke var forberedt på komplikasjonene som oppstod i etterkant av behandlingen. De trodde alt skulle bli som før livmorhalskreften. Det tenkes at kvinnene i denne situasjonen opplevde dette som skuffende, det ble ikke slik som de en gang hadde det, hverdagen ble en ny tilværelse. Kvinnene følte på sorg og tap av sine tidligere liv. Sorg kan ifølge Kübler Ross (referert i Heggdal, 2008, s. 61) beskrives som en reaksjon på sterk fortvilelse over å ha tap noe. Ifølge Kreftforeningen (u.å) forventer mange pasienter og pårørende at helsen skal være som før, men det er ikke tilfellet. De kroppslige forandringene fører til sinne, fysisk og eksistensiell smerte. Kvinnen får ikke leve som hun er vant til og blir stoppet av sykdommen. Dette kan sees på som en trussel mot menneskets identitet. Utfordringene kvinnene møter i dagliglivet kan føles som et hinder i å gjennomføre ting som er viktig for å fungere i det daglige liv (Heggdal, 2008, s. 53).

Kvinnenes opplevelse av senskadene varierte, det gjorde også pasientgruppen i både alder og behandling. Andre faktorer som kan spille inn er utgangspunktet før sykdommen og sosiale forhold rundt. Selv om mange rapporterte om senskader etter behandlingen, kom det frem at flere opplevde en ny forståelse for livet etter å ha blitt kreftfri. Det å få en kreftdiagnose kan trekke frem de bildene man har av et meningsfullt liv (Dahl, 2016, s. 278). Hvilken mening den enkelte legger i lidelse ved sykdom, er avhengig av mange faktorer, for eksempel kultur, religion og tidligere erfaringer (Travelbee, 2007, s. 102). I følge Travelbee (2007, s. 110) er den minst vanlige reaksjonen ved sykdom og lidelse akseptasjon. Dersom pasienten aksepterer sykdommen og senskadene, vil hun makte tilstanden og være i stand til å vise en positiv respons. Med positiv respons menes at den syke makter å se på sykdommen og lidelsen som noe som kan føre til noe godt. Det

betyr ikke at personen aldri er redd, trenger å bli beroliget eller oppmuntret, men er i stand til å bære vekten av lidelsene over lengre tid med tålmodighet. Det tenkes da dersom pasienten viser positiv respons og har ferdighetene til å kunne håndtere senskadene, at pasientens selvbilde ikke vil bli truet i like stor grad, i motsetning til de som ikke aksepterer.

Selv om mange sitter igjen med nye verdier, opplevde mange frykt for tilbakefall av kreftsykdommen. Det er en form for frykt som ligger i bakhodet til pasienten, der pasienten forbereder seg på det verste. Frykten kan være tilstede i mange år etter at den objektive risikoen for tilbakefall er til stede (Dahl, 2016, s. 155). Dette kan føre til lidelse når pasienten rammes av et problem som oppleves smertefullt. Ifølge Joyce Travelbee (2007, s. 101) er «lidelse» en fundamental fellesmenneskelig erfaring som alle mennesker vil gjennomgå i løpet av livet. Frykten kan variere og bli påvirket av andre faktorer som mening med sykdommen, sosial støtte og personlighet. Dersom pasienten opplever angst for tilbakefall i stor grad, vil pasienten være utrygg og la være å legge langsiktige planer i frykt for tilbakefall. De vil oppleve å få mer psykisk ubehag, påtrengende tanker og lavere vitalitet (Dahl, 2016, s.156-157). Her vil pasienten forsøke å oppsøke helsepersonell i forsøk på å finne trygghet. Det er viktig at pasienten møtes av helsepersonell som har god kunnskap om hvordan hun bør møtes. Som sykepleier skal man møte pasienten med empati, sympati og en gjensidig forståelse (Travelbee, 2007, s. 172).

5.2.3 Kommunikasjon og samhandling med helsepersonell

Funnene i flere artikler viste at pasientene opplevde at oppfølgingstimene var preget av dårlig tid og helsepersonell som var mer opptatt av de praktiske oppgavene enn å se pasienten og hennes behov for å bli sett. Kvinnene fortalte at de opplevde oppfølgingstimene som hektiske, og at fokuset ikke var på dem. Det oppsto misforståelser som førte til at pasientene hadde behov for mer informasjon og støtte. Helsepersonellet opptrådte upersonlig og ga ikke den veiledningen pasientene ønsket og hadde krav på. De ønsket å bli sett og veiledet, men opplevde det motsatte.

Joyce Travelbee (2007, s. 99) snakker om et helhetlig menneskesyn, hvor hver enkelt pasient er individuell og har egne erfaringer, opplevelser og behov. Hun mener også at sykepleien er en mellommenneskelig prosess, der den profesjonelle skal hjelpe den syke med å mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og eventuelt finne en mening med erfaringene. Pasientene opplever en svært endret hverdag etter behandling, noe som kan være vanskelig å mestre og akseptere. Også de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier at sykepleien skal jobbe helhetlig og ivareta hver enkelt pasients behov, samt yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (NSF, 2016). Ved å jobbe helhetlig vil sykepleier se alle sidene ved pasienten; fysisk, psykisk, sosialt og åndelig/kulturelt. Sykepleieren må se sammenhengen de fysiske senskadene har på psyken og det sosiale livet til pasienten, og deretter komme med tiltak som kan hjelpe pasienten individuelt på best mulig måte.

Som sykepleier skal man kunne kombinere teorikunnskap med kliniske observasjoner og gjøre tiltak ut ifra det. Det er da viktig at man har bakgrunnskunnskap i møte med

pasientene, for å møte og ivareta pasientens behov. Blant annet kan en bivirkning av cellegift være redusert kognitiv funksjon, som kom frem i artikkelen til Y.Zeng et al. (2017). De vanligste problemene var vansker med oppmerksomhet, konsentrasjon, hukommelse og oppgaveløsning. Hos de fleste vil det bedre seg etter tid, men det kan oppstå varige komplikasjoner (Fosså, Haugnes og Kiserud, 2019, s. 65). Her kommer viktigheten av at sykepleier har god nok kunnskap om senskader frem. Sykepleieren skal vite hvordan hun skal gå frem for å informere kvinnen, og ta seg ekstra god tid til å forsikre seg om at pasienten har forstått alt som har blitt sagt under oppfølgingstimene. Ved å ha kunnskap om dette kan man unngå at pasienten går glipp av informasjon, i tillegg bør informasjonen gis skriftlig. Her er det viktig at sykepleieren har et pasientperspektiv med fokus på kvalitet, hvor retten pasienten har til ansvarlig og helhetlig behandling blir møtt, mens sykepleieren holder seg faglig oppdatert og opptre profesjonelt (Orvik, 2015, s. 89-90).

Det kom også frem i flere av artiklene at de ble for dårlig, eller ikke i det hele tatt opplyst om senskadene som kunne oppstå etter endt behandling. I artiklene nevnte kvinnene at sjokket over senskadene kunne vært unngått dersom kvinnene hadde blitt forberedt om det på forhånd. Det kan tenkes at kvinnene under perioden der de får beskjeden om diagnosen og behandling, ikke er mottakelig for informasjon om senskader. De går gjennom en krise, og fokuset blir på å overleve. Her er det også individuelle forskjeller som lege og/eller sykepleier bør ta hensyn til. Likevel bør kvinner få informasjon om dette før eller siden, slik at det ikke oppstår en sjokkreaksjon når senskadene inntre, som kan være vanskelig å forholde seg til. Derfor er det viktig at sykepleier har kunnskap om informerende kommunikasjon; å formidle kunnskap som pasienten har behov for, på en slik måte at pasienten er i stand til å ta imot og nyttiggjøre seg informasjonen (Eide & Eide, 2017, s. 217). God profesjonell kommunikasjon er personorientert og faglig fundert. Den profesjonelle skal da kunne se personens ressurser, muligheter og verdier. Den personorienterte kommunikasjonen har flere aspekter, blant annet å se pasientens perspektiv og forstå dens psykososiale kontekst (Eide & Eide 2017, s. 16). På denne måten bør sykepleier vurdere og se hvilke behov pasienten har, og hvilke ressurser som kan brukes. Hva er viktig for pasienten, og hvilken informasjon, veiledning og støtte trenger pasienten i forhold til disse?

Samtale med helsepersonell kan av og til være vanskelig, spesielt når det blir snakket om sårbare tema som seksualitet. Helsepersonell har en spesielt viktig oppgave med å se pasientens behov. Tema som seksualitet kan være vanskelig å snakke om, spesielt når en har problemer. Her bør sykepleier tørre å spørre vanskelige spørsmål som pasienten selv ikke klarer å sette ord på. Når helsepersonell jobber med kreftpasienter, er det viktig å ha fokus på alle sidene med pasienten (fysisk, sosiale, psykiske og åndelige/eksistensielt). Alle samtaler kan ikke omhandle alle sidene, det er da viktig at helsepersonell jevnlig fanger opp hvilket perspektiv pasienten er opptatt av, og får det med videre i samtalen (Dahl, 2016, s. 39). Seksualitet er et tema der informasjonssvikt regelmessig skyldes helsepersonellens egne holdninger eller mangel på kunnskap (Dahl, 2016, s. 46).

6 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å forske på hvordan kvinner opplever senskadene etter behandling av livmorhalskreft. Funnene fra litteratursøket ga bred innsikt i pasientenes senskader. Senskadene omfattet både fysiske, psykiske og sosiale aspekter, samt innsikt i møte med helsepersonell.

De fysiske senskadene var hovedsakelig preget av avføring- og urininkontinens, tørre og såre slimhinner som gav smerter ved vannlating og utfordringer med seksualitet. Kroppen ble forandret på grunn av arr etter kirurgi og lymfødemer i nedre ekstremiteter etter stråling og operasjon. Dette førte til at kvinnene opplevde vansker med å være sosial både på grunn av uforutsigbarheten kroppen gav dem, og egen usikkerhet på grunn av nedsatt selvbilde. Pasientene opplevde også en rekke psykiske følger på grunn av senskadene. Frykt for tilbakefall av kreftsykdommen var sentral, selv om flere opplevde en ny forståelse og takknemlighet for å være i live. De opplevde også tap av tidligere kropp og endret forhold til egen seksualitet og partner. Et sentralt funn var endret selvbilde hos pasienten, da både de fysiske og psykiske aspektene påvirket selvet hos pasienten. Pasientene opplevde i møte med helsepersonell mangel på informasjon om senskader, de opplevde å bli møtt med helsepersonell med for dårlig tid og dårlig tilrettelegging av oppfølgingstimene. Dette førte til behov for støtte og veiledning.

Ut ifra studien kan det konkluderes med at kvinnes opplevelse av senskadene er individuelle. Dette har bakgrunn i sykdommens stadium, behandling, nettverket rundt og informasjonen som har blitt gitt. Kvinnes hverdag blir forandret, dette fører til at de må leve livet annerledes. Studien viser også at helsepersonellet ikke gir god nok oppfølging, noe som medfører at pasientene opplever å ikke bli sett.

6.1 Forslag til videre forskning

Under prosessen av å skrive denne oppgaven, oppdaget vi raskt at det er lite kvalitativ forskning på senskader til livmorhalskreftpasienter. Vi ønsker mer oppdatert informasjon om senskader, mer forskning på pasientens tanker, følelser og opplevelser. Det kommer også tydelig frem i artiklene at pasientene blir oversett av helsepersonell, og har fortsatt et behov for å bli sett og støttet, også etter at de er kreftfrie. Vi foreslår at det bør bli mer fokus på kreftoverleverne, og hvordan sykepleier kan hjelpe de i deres hverdag med senskadene.

Referanser

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

Clemmens, D.A., Knafl, K. Lev, E.L. & McCorkle, R. (2008) Cervical Cancer: Patterns of Long-Term Survival. *Oncology Nursing Forum*, 35(6), 897-903. DOI:10.1188/08.ONF.897-903.

Dahl, A. (2016) *Kreftsykdom- psykologiske og sosiale perspektiver* (1. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.

Dahl, A. (2019) Psykiske symptomer og lidelser. I Kiserud, C. E., Dahl, A., Fosså, S.D (Red.), *Kreftoverlevende- Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (s. 138-166). Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide & Eide (2017) *Kommunikasjon i relasjoner* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015) *Att göra systematiska litteraturstudier* (utg.4) Stockholm: Natur & Kultur.

Fosså, S.D., Haugnes, H. S. & Kiserud, C. E. (2019) Medisinske problemer hos kreftoverlevende. I Kiserud, C.E., Dahl, A., Fosså, S.D. (Red.), *Kreftoverlevende – ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. (s. 54-71). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Førde, R. (2014, 10. Oktober). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra <https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

Gamnes, S. (2012). Nærhet og seksualitet. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie- bind 3* (s. 72-104). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Gjessing, R. & Dahl, A. (2019) Problemer med seksualitet. I Kiserud, C.E., Dahl, A., Fosså, S.D. (Red.), *Kreftoverlevende – ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (s. 97-103). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Grov, E. K. & Dahl, A. (2019) De nærmestes situasjon. I Kiserud, C.E., Dahl, A., Fosså, S.D. (Red.), *Kreftoverlevende – ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (s. 213-231). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Heggdal, K. (2008) *Kroppskunnskaping- Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsebiblioteket (2016, 3.juni) Sjekklistene. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>

Hummelvoll, J.K. (2012) Helt- ikke stykkevis og delt (7.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Håkonsen, K. M. (2014) *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk

Jacobsen, AML. (2017) Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I Reitan, AM., Schjølberg, T. (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient- Utfordring- Handling* (s. 604-613). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Jerpseth, H. (2016) Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I Stubberud, D-G. Grønseth, R. Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie bind 2* (s.133-168). Oslo: Gyldendal Akademisk

Juraskova, I., Butow, P., Robertson, R., Sharpe, L., McLeod, C. & Hacker, N. (2003) Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight. *Psycho-oncology*, 12, 267-279. DOI: 10.1002/pon.639

- Kirkevold, M. (2014) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering (2.utg)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kiserud, C. E., Brydøy, M., Fosså, S.D. (2019) Kjønnshormoner og fruktbarhet. I Kiserud, C.E., Dahl, A., Fosså, S.D. (Red.), *Kreftoverlevende – ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv*. (s. 97-103). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kreftforeningen (2019, 23. april) Livmorhalskreft. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/>
- Kreftforeningen (u.å.) Senskader. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/senskader/>
- Kristensen, G. (2018). Svulster i kvinnelige genitalia. I Schlichting, E. & Wist, E. (Red.), *Kreftsykdommer* (s. 312- 326). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A., Grimsbø, G. H. (Red.), *Grunnleggende sykepleie-bind 3* (s. 15-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2012). Stress og mestring. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A.(Red.), *Grunnleggende sykepleie- bind 3* (s. 134-196). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk senter for forskningsdata-NSD (2019) Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- NSF (2016) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Orvik, A. (2015) *Organisatorisk kompetanse* (2. utg.) Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Renolen, Å. (2010) *Forståelse av mennesker- innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Seibæk, L., Hounsgaard, L. (2006) Rehabilitering etter operation for livmoderhalskræft-oplevelse af liv og helbred. *Vård i norden (Nordic Journal of nursing Research)*, 26(4): 14-19. <https://doi.org/10.1177/010740830602600404>
- Sekse, R.J.T. Raaheim, M. Blaaka, G & Gjengedal, E. (2009) Cancer as a life-changing process: Women's experiences five years after treatment for gynaecological cancer. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4, 288-298. DOI: 10:3109/17482620903211841
- Sekse, R.J.T., Gjengedal, E., & Raaheim, M. (2013) Living in a changed female body after gynecological cancer. *Health care for women international*, 34(1), 14-33. DOI: 10.1080/07399332.2011.645965
- Solvoll, B-A. (2012). Identitet og egenverd. I A. Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A.(Red.), *Grunnleggende sykepleie- bind 3* (s. 16-39). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sykepleien (2018, 01. november). #Etter kreften. *Sykepleien*, 2018 (8), 1-146.
- Travelbee, J. (Thorbjørnsen, K.M. til norsk) (2007) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vigen, Wenche. (2017) Lymfeødem- forebygging og behandling. I Reitan, AM., Schjølborg, T. (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient- Utfordring- Handling* (s. 144-152). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Zeng, Y., Dingmei, L., Loke, A. (2011) Life after cervical cancer: Quality of life among Chinese women. *Nursing and Health Sciences*, 13, 296-302. DOI:10.1111/j.1442-2018.2011.00616.x
- Zeng, T., Cheng, A., Liu, X., Chan, C. (2017) Cervical cancer survivors perceived cognitive complaints and supportive care needs in mainland China: a qualitative study. *British medical journal, open publishing group*, 7, 1-8 DOI: 10.1136/bmjopen-2016-014078

Vedlegg

Litteratormatrise 1: Rehabilitering etter operation for livmoderhalskræft- opplevelse af liv og helbred

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>Seibæk, L., Hounsgaard, L. (2006) Rehabilitering etter operation for livmoderhalskræft- opplevelse af liv og helbred.</p> <p><i>Vård i norden (Nordic Journal of nursing Research)</i>, 26(4): 14-19.</p> <p>https://doi.org/10.1177/010740830602600404</p> <p>Godkjent av etisk komite. Deltagerne er blitt anonymiserte, de har signert samtykke.</p>	<p>Hensikten med denne studien er å finne ut av livserfaringene kvinnene har etter å ha blitt behandlet for cervix cancer.</p>	<p>Cervix cancer, rehabilitering, kvalitative intervjuer, resources - health promotion</p>	<p>Datasamling</p> <p>Kvalitative intervju med fokus på kvinner som er i rehabilitering etter behandling.</p> <p>Utvalg</p> <p>9 vinner som ble behandlet ved samme avdeling i perioden 1983-2000, i alderen 30-60 år (2003).</p> <p>Analyse</p> <p>Gjort gjennom tre nivåer. Totalt ni intervjuer av hver kvinne. De ble gjort lydopptak, som så ble transkriberte.</p>	<p>Kvinnene opplevde senvirkninger som inkontinens, tørre slimhinner og lymfeødem. Noen av kvinnene oppdaget ikke dette før flere år senere. De beskrev også en «sykdomsfølelse» i hele kroppen, ikke bare i underlivet. De opplevde frykt for tilbakefall av kreft, og at sykdommen satt livet deres i et annet perspektiv enn tidligere. De opplevde å fjerne livmoren endret følelsen av å være kvinne, at man mistet «kvinneligheten».</p> <p>Kvinnene følte stor støtte og opplevelse av liv og helbredelse av å være med familie, barn og venner. De følte likevel det som belastende over å være årsak til engstelse over familie/venner. Ektefellens opplevelse var forskjellige, der noen var veldig støttende, mens noen gav mer ambivalent støtte.</p> <p>Med helsepersonell følte de en trygghet ved å ha et kjent helsepersonell tilstede.</p> <p>Fellesskap med medpasienter var også viktig, slik de ikke følte seg alene.</p> <p>Til slutt blir det beskrevet at kvinnene føler at hverdagen blir endret på grunn av senskadene.</p>	<p>Artikkelen viser godt flere sider av hvordan det er å leve med senskadene, og trekker frem mange aspekter på hvordan hverdagen er forandret. Dette svarer godt på problemstillingen.</p>

Litteratormatrise 2: Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>M. Burns., J. Castello., B.Ryan-Woolley. & S. Davidson.(2007) Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer:an exploratory study of women's sexuality.</p> <p><i>European journal of Cancer Care</i>, 16, s 364-372. DOI: 10.1111/j.1365-2354.2006.00743.x</p> <p>Registrert og godkjent i etisk komite</p>	<p>Studiens hensikt var å utforske kvinners seksualitet 2-3 år etter endt livmorhalskreftbehandling.</p>	<p>Cervical cancer, treatment effects, sexuality, survival.</p>	<p>Datasamling Kvalitative dybdeintervju, der det ble brukt et beskrivende design.</p> <p>Utvalg 28 pasienter som hadde gjennomgått behandling for livmorhalskreft 2-3 år før for studien. Kvinnene var over 18 år og var på tidspunktet sykdomsfri. Pasienter utenfor disse kriteriene ble ikke tatt med.</p> <p>Analyse Transkribert fra lydopptak. Kodet og gjennomgått av en annen forsker.</p>	<p>Tre hovedpunkt kom fram i studien: -Fysiske plager etter behandlingen var vanlig, da spesielt fra blære- og tarmkanalen. -Behandlingen hadde en uheldig effekt på seksuallivet og sin egen seksualitet -Store deler av deltakerne klagde på for lite informasjon om behandlingen og senskadene som kan oppstå i forkant av behandling. Mange opplevde også det ikke ble tatt opp alvorlig på kontroller.</p>	<p>Funnene i denne artikkelen svarer i stor grad på problemstillingen vår, om hvordan livet etter behandling er, og om senskadene har påvirket dem i noen grad. Det viser seg at ikke bare opplever disse pasientene senskader, men også at de ikke har fått god nok informasjon og oppfølging av sekvelene av helsepersonell.</p>

Litteratormatrise 3: Living in a changed female body after gynecological cancer

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Ragnhild J. Tveit Sekse, Eva Gjengedal og Målfrid Råheim (2013) Living in a Changed Female Body After Gynecological Cancer, Health Care for Women International, 34:1, 14-33, DOI: 10.1080/07399332.2011.645965.</p>	<p>Å undersøke hvordan gynekologiske kreftpasienter (ovarie- uterus- og cervicalcancer) opplevde å leve i en endret kropp etter kreftbehandling.</p>	<p>-</p>	<p>Datainnsamling Beskrivende og fortolkende tilnærming. Dybdeintervju, 5 år etter endt behandling, og et nytt intervju ett år etter det første.</p> <p>Utvalg 16 kvinner ble rekrutert fra sykehuset. 31 kvinner mottok invitasjon pr post.</p> <p>Analyse Taleopptak som ble transkribert av forfatter. Historiene ble lest, diskutert, trukket ut felles tema.</p>	<p>Intervjuene gav forskjellige funn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Følelse av tomhet i livmoren Kvinnene følte de «manglet» noe, og at ting ikke var helt som det skulle inne i livmorhulen. - Endringer i kroppstemperatur Flere av kvinnene hadde problemer med raske overganger fra varm til kald. Også kvinner beskrev det å være varm etter behandling som noe helt annet enn ved overgangsalderen. De måtte kle seg funksjonelt. - Endret sexliv Noen av kvinnene klarte ikke ha samleie, og noen hadde periodevis vondt. Mange hadde mangel på seksuallyst og smerter nedentil. Noen beskrev å miste seksuallivet med partner. - Helbredet, men sårbar og uforutsigbar Følelsen av å være frisk, men hele tiden være «på vakt» om kreften kommer tilbake. 	<p>Oppgaven er i høyeste grad knyttet til problemstillingen, der kvinnene svarer på hvordan senskadene har påvirket livene deres i senere tid. Den forklarer både fysiske og psykiske plager pasienten har.</p>

Litteratormatrise 4: Cervical cancer survivors' perceived cognitive complaints and supportive care needs in mainland China: a qualitative study

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Zeng, Y., Cheng, A. SK., Liu, X. & Chan, C.CH. (2017) Cervical cancer survivors' perceived cognitive complaints and supportive care needs in mainland China: a qualitative study.</p> <p><i>BMJ Open</i>, 7, s 1-8.</p> <p>http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014078</p>	<p>Studien har som hensikt å utforske hvordan kvinner opplever sin kognitive evne etter gjennomgått cellegiftbehandling ved livmorhalskreft.</p>		<p>Utvalg 31 kvinner deltok. Kvinner som var over 18 år, primærdiagnosen for behandlingen var livmorhalskreft, og hadde gjennomgått og var ferdig med behandling. Eksklusjon: psykisk sykdom, tidligere historie med annen kreft, traumatisk hjerneskade.</p> <p>Datasamling Semi-strukturerte intervju med et kvalitativt design.</p> <p>Analyse Transkribert, deretter gjennomgått ved hjelp av et dataprogram som tok for seg enkelte setninger, ord, fraser, etc.</p>	<p>Kvinnene opplevde ulike former for kognitive utfordringer etter endt behandling ved cellegift. Ut fra de 31 som deltok, opplevde 20 kvinner (64,5%) kognitive vansker. Dette gav utfordringer i dagliglivet. Det mest vanlige var konsentrasjonsvansker etterfulgt av hukommelsesproblemer. Andre plager var vansker for å finne rett ord i samtaler, lærevansker og at informasjon prosesserte saktere.</p>	<p>Informasjonen som kommer frem i denne artikkelen er interessant og nyttig i forhold til oppgaven, da ingen av de andre artiklene har nevnt kognitive vansker. Dette er selvfølgelig noe som er viktig for sykepleien som blir utøvd til denne pasientgruppen, da de feks ikke tar imot informasjon like godt som andre pasienter.</p>

Litteratormatrise 5: Cervical Cancer: Patterns of Long-Term Survival.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Clemmens, D.A., Knafl, K. Lev, E.L. McCorkle, R. (2008) Cervical Cancer: Patterns of Long-Term Survival.</p> <p><i>Oncology nursing forum</i>; 35(6): 897-903. DOI: 10.1188/08.ONF.897-903</p> <p>Fagfellevurdert, nivå plassering 1 i register over vitenskapelige publiseringskanaler.</p>	<p>Studiens hensikt var å beskrive hvordan livskvalitet oppleves blant de som overlever livmorhalskreft og hvilke faktorer som fremmet tilvenning.</p>	<p>Meaning, impact on identity, impact on QOL, coping strategies, future expectations.</p>	<p>Datasamling: Kvalitativ studie, gjennomført i USA. Semistrukturerte intervju som ble tatt opp og transkribert.</p> <p>Utvalg: 19 kvinner som hadde gjennomgått livmorhalskreft 9-24 år tidligere. De har blitt behandlet med kirurgi, stråling og cellegift.</p> <p>Analyse: Det ble benyttet en kvalitativ innholdsanalyse for analysering av intervjuene.</p>	<p>Alle som deltok i studien rapporterte om sjokket og frykten de opplevde når de fikk diagnosen. De hadde forventet å komme tilbake til deres normale hverdag. Kvinnene var uforberedt på senskadene, som gastrointestinale og urogenitale problemer. Kvinnene hadde en frykt for at kreften skulle komme tilbake, mens andre en ny verdsettelse av livet. Det ble snakket om at problemer som inkontinens, lymfeødem, smerter, problemer med seksuell aktivitet førte til begrensninger av daglige aktiviteter og de følte senskadene begrenset dem. Enkelte kvinner mestret dårlig sitt «nye liv» etter kreften.</p>	<p>Studien viser at det er flere måter å håndtere livet etter kreftbehandlingen. Noen kvinner sliter med å fortsette livet, andre kommer seg lettere videre. De fysiske senskadene hindrer livet til pasientene, noe som kan være en negativ opplevelse.</p>

Litteratormatrise 6: Life after cervical cancer: Quality of life among Chinese women

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Zeng, Y. Dingmei, L. Loke, A. (2011) Life after cervical cancer: Quality of life among Chinese women.</p> <p><i>Nursing and Health Sciences</i>, 13:296-302. DOI:10.1111/j.1442-2018.2011.00616.x</p> <p>Fagfellevurdert. Etisk komite har godkjent artikkelen. Alle deltakerne fikk nummer pga. Anonymitet, de hadde mulighet for å trekke seg fra studien.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å utforske meningen av QOL blant kinesiske kvinner, som har overlevd livmorhalskreft, og hvilken innvirkning livmorhalskreft sykdommen har hatt på livskvaliteten til kvinnene.</p>	<p>Cancer survivor, cervical cancer, Chinese women, nursing, quality of life, sexuality.</p>	<p>Datainnsamling: Det ble brukt spørreskjema, med åpne, kvalitative spørsmål.</p> <p>Utvalg: 35 pasienter fra sykehus i Kina. Inklusjonskriteriene var pasienter over 18 år, som hadde gjennomgått livmorhalskreft, men på nåværende tidspunkt var kreftfrie.</p> <p>Analyse: Kvalitativ innholdsanalyse ble benyttet for å analysere de skriftlige svarene fra deltagerne.</p>	<p>Innvirkningen på disse kvinnenes livskvalitet ble påvirket av psykiske og fysiske tilstander, familie i krise, forandringer i kvinnenes sosiale og seksualliv. Positive forandringer var kvinnenes forandring i måten de ser på livet, måten de setter pris på livet og sterkere familiebånd. Det var viktig å være sunn og fri for sykdom for å ha god livskvalitet. Alle kvinnene opplevde noe positivt etter kreftdiagnosen. Helsepersonell må tilby flere typer veiledning.</p>	<p>Denne artikkelen tar for seg erfaringene de kinesiske kvinnene har etter å ha opplevd livmorhalskreft, blitt behandlet og kreftfrie. Senskadene blir vurderte i hvor stor grad de påvirker kvinnenes livskvalitet. Svarene var varierende, der noen ble sterkt påvirket, mens andre ikke.</p>

Litteratormatrise 7: Cancer as a life-changing process: Women's experience five years after treatment for gynaecological cancer

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Sekse, R.J.T. Raaheim, M. Blaaka, G & Gjengedal, E. (2009) Cancer as a life-changing process: Women's experiences five years after treatment for gynaecological cancer.</p> <p><i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i>, 4: 288-298. DOI: 10:3109/17482620903211841</p> <p>Fagfelleurdert, original artikkel. Godkjent av etisk komite. Deltakerne i signerte samtykke, frivillig å bli med og de har mulighet for å trekke seg.</p>	<p>Studiens hensikt var å oppnå en dypere forståelse av livet etter gynekologisk kreft.</p>	<p>Gynaecological cancer, long-term survival, life phenomena, vulnerability, cancer care.</p>	<p>Datasamling: Kvalitativ metode. Intervjuene ble transkribert.</p> <p>Utvalg: 16 kvinner som er kreftfrie etter kreftbehandling. Alder mellom 30-70 år, som er ferdig med å få barn.</p> <p>Analyse: Analysen var inspirert av Giorgi's «phenomenology-based metode», Intervjuene ble gjenfortalt og tydet før neste runde av intervjuene ble gjennomført.</p>	<p>Mange av kvinnene har en ny forståelse av livet etter kreften. Dette blir beskrevet som «en dypere forståelse med omverdenen». Likevel rapporterer mange om frykt og angst for at kreften skal komme tilbake. Kvinnene trengte å bli møtt på en annen måte. De fant også støtte i andre kreftrammede kvinner. De følte på en ensomhet, da ikke mange forsto hvordan de hadde det. De uttrykte at de ønsket å bli møtt på en annen måte fra helsepersonell. De ønsket mer involvering og støtte. De opplevde ofte at oppfølgingstimene var preget av dårlig tid, og at de ikke ble sett.</p>	<p>Vil bruke denne artikkelen til å vise hvordan kreftdiagnosen og opplevelsen med å ha vært kreftsyk berører livene til pasientene. Og hvordan pasienten ser på livet etter å ha blitt kreftfri, selv om det er senskader som angst, smerter og smerter. Artikkelen forklarer også godt hvordan møte med helsepersonell er, og hvordan man kan gjøre disse møtene bedre.</p>

Litteratormatrise 8: Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: A qualitative insight

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Juraskova, I., Butow, P., Robertson, R., Sharpe, L., McLeod, C., Hacker, N. (2003)</p> <p>Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: A qualitative insight</p> <p><i>Psycho-oncology</i> 12: 267-279. DOI: 10.1002/pon.639</p> <p>Fagfelleurdert. De som deltok i studien signerte samtykke. Nivåplassering 1. Etisk godkjenning fra University of Sydney Human Ethics Committees.</p>	<p>Studiens hensikt var å utforske senskader og seksuelle forandringer og innvirkningen dette har på livskvalitet.</p>	<p>-</p>	<p>Datasamling: Kvalitativ metode. Data ble samlet ved semi-strukturerte intervju over telefon eller ansikt til ansikt. Utvalg: 20 kvinner, behandlet for cervical og endometrial kreft Analyse: en kvalitativ innholdsanalyse, fokus på opplevelser relatert til ulike typer behandling</p>	<p>De følte på tap og tomhet etter kirurgi. Tap av feminitet. Mange var usikre på å gjenoppta sexlivet etter behandling. Noen fikk ikke det til i det hele tatt pga senskadene. Følelse av dårlig samvittighet for å ikke kunne gi partner det de ønsket. De som ble behandlet med stråling og cellegift rapporterte om mest vanskeligheter i sexlivet. Alle som ble behandlet med kirurgi var seksuelt aktive etter behandling. Tørre slimhinner og smerte ved vannlating, var vanligst hos de som var behandlet med stråling. Pasientene hadde ikke fått informasjon om senskadene i forkant, så dette kom som et sjokk og mange håndterte dette dårlig. Mistforståelser fra legen oppsto. De trodde pasienten hadde mer forståelse enn de hadde. Kvinnene uttrykte også et behov om å snakke om kreft, behandling og senskader 6 måneder eller mer etter endt behandling.</p>	<p>Vil bruke denne artikkelen til å vise hvordan sykdommen, behandling og senskader er med på å påvirke livene til pasientene. Og hvordan pasienten ser på livet etter å ha blitt kreftfri, men har senskader.</p>

Søkehistorikk – tabell

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
1.Cervix neoplasms		Cinahl complete	11882			
2.Treatment complications, delayed		Cinahl complete	2105			
1 AND 2	26.11.18	Cinahl complete	13	2	0	0
1.Cervix neoplams		Cinahl complete	11882			
2.Sequelae		Cinahl complete	9531			
1 AND 2	26.11.18	Cinahl complete	23	4	1	0
1.Cervical cancer		PubMed				
2.Late effects		PubMed				
3.Cancer survivor		PubMed				
4.Experience		PubMed				
1 AND 2 AND 3 AND 4	15.12.18	PubMed	10	6	1	0
1.Cervix neoplasms	16.12.18	Cinahl complete	9418			
2.Life experiences+	16.12.18	Cinahl complete	8674			

1 AND 2	16.12.18	Cinahl complete	19	4	2	1 - rehabilitering etter operasjon
1.Cervical cancer	16.12.18	Proquest				
2.Late effects	16.12.18	Proquest				
3.Experience	16.12.18	Proquest				
1 AND 2 AND 3	16.12.18	Proquest	25	11	2	1 - cc survivors perceived cognitive china
1.Cervix neoplasms	16.12.18	Cinahl complete				
2.Long-term effects	16.12.18	Cinahl complete				
1 AND 2	16.12.18	Cinahl	7	2	1	0
1.Cervix neoplasms	16.12.18	Cinahl complete	9298			
2. Life experiences	16.12.18	Cinahl complete	19003			
1 AND 2	16.12.18	Cinahl complete	25	14	10	0
1.Cervix neoplasms	16.12.18	Cinahl complete	5202			
2. Life experiences	16.12.18	Cinahl complete	10996			
3. Cancer survivors	16.12.18	Cinahl complete	2859			
1 AND 2 AND 3	16.12.18	Cinahl complete	1	1	1	0

1.Cervix neoplasms	16.12.18	Cinahl complete	5202			
2.Cancer survivors	16.12.18	Cinahl complete	2859			
1 AND 2	16.12.18	Cinahl complete	33	16	13	4 -cancer as a life changing process -life after cervical cancer -cervical cancer patterns -assessing the impact of late
1.Cervix neoplasms	16.12.18	SweMed+	162			
2.Life experiences	16.12.18	SweMed+	348			
1 AND 2	16.12.18	SweMed+	2	2	1	0
1.Cervix neoplasms	16.12.18	Cinahl complete	5202			
2.Life experiences	16.12.18	Cinahl complete	10996			
3.Qualitative studies	16.12.18	Cinahl complete	78378			
1 AND 2 AND 3	16.12.18	Cinahl complete	12	10	3	0
1. Uterine cervical neoplasms	01.04.19	Ovid				
2. Sequeale	01.04.19	Ovid				

3. Life change events	01.04.19	Ovid				
1 AND 2 AND 3	01.04.19	Ovid	12	4	3	0
1. Cervix neoplasms	01.04.19	PubMed				
2. Cancer survivors	01.04.19	PubMed				
3. Qualitative	01.04.19	PubMed				
1 AND 2 AND 3	01.04.19	PubMed	20	8	6	1 Post treatment sexual
Håndsök						Living in a changed female body

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Spørsmål	Ja	Uklart	Nei
1: Er formålet med studien klart formulert?	1,2,3,4,5,6,7,8		
2: Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	1,2,3,4,5,6,7,8		
3: Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	1,2,3,4,5,6,7,8		
4: Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	1,2,3,4,5,6,7,8		
5: Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	1,2,3,4,5,6,7,8		
6: Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	1,2,3,4,5,7,	6,8	
7: Er etiske forhold vurdert?	1,2,3,4,5,6,7,8		
8: Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	1,2,3,4,5,6,7	8	
9: Er funnene klart presentert?	1,2,3,4,5,6,7,8		
10: Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	1,2,3,4,5,6,7,8		

