



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Bacheloroppgave

SY301813 Sykepleie VI, del 2

Konsekvenser av gynekologisk cancer og møte med helsepersonell/Consequences of gynecological cancer and meeting with health personell

Kandidatnummer 4404 og 4507

Hovedveileder: Ingunn Hunstad

Totalt antall sider inkludert forsiden: 67

Antall ord: 8785

Innlevert Ålesund, 22.05.2016

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ingunn Hunstad og Arnhild Kongshaug

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13](#)/[Fvl. §13](#))

Dato: 20.05.2016

Forord

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

(Sekse et al. 2014, s.1263).

Sammendrag

Bakgrunn: I Norge diagnostiseres det om lag 1500 nye tilfeller av cancer i kvinnelige kjønnsorgan hvert år. For mange kvinner medfører dette en trussel om livsendringer og om tap av sin kvinnelige identitet. Behandling av gynekologisk cancer kan føre til at kroppsdelene som vanligvis forbindes med femininitet, fertilitet og seksualitet, skades eller blir fjernet, og dette medfører ofte et ekstra tap for kvinnen.

Hensikt: I denne oppgaven ønsker vi å tydeliggjøre hvilke konsekvenser behandlingen av gynekologisk cancer kan ha for kvinner. Vi vil belyse hvordan dette oppleves for pasientene og hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å forberede og støtte kvinnen i møte med ulike utfordringer som kan oppstå under behandlingsperioden, eller i tiden etter endt behandling.

Metode: Metoden som ble brukt var en systematisk litteraturstudie, hvor vi har tatt i bruk relevant litteratur og tre ulike databaser. Fra søkene ble ni forskningsartikler inkludert.

Resultat: Hovedfunnene var at kvinnene i studiene opplevde at behandlingen av gynekologisk cancer hadde følger for deres kroppsilde, seksualitet og femininitet, samt at de opplevde en stor mangel på informasjon fra helsepersonell. Disse sensitive temaene opplevdes som vanskelig å ta initiativ til å snakke om, og kvinnene ønsket at helsepersonellet skulle være initiativtakerne.

Konklusjon: Behandling for gynekologisk cancer kan få svært negative følger for kvinnene. Dette kan påvirke flere aspekter ved livet, som blant annet seksualitet og kroppsilde. Sykepleier har en viktig oppgave med å bidra til at kvinnene takler disse konsekvensene på en hensiktsmessig måte.

Nøkkelord: Gynekologisk cancer, seksualitet, kroppsilde, kommunikasjon, samhandling med helsepersonell

Abstract

Background: 1,500 new cases of cancer in female genitalia are diagnosed each year in Norway. For many women, this entails a threat of life changes and loss of their feminine identity. Gynecologic cancer treatment can damage or remove the body parts most commonly associated with femininity, fertility and sexuality. This may cause an additional loss for the woman.

Purpose: In this thesis we want to clarify what consequences gynecological cancer may have for women. We want to shed light on how this is experienced from the patients perspective, and how we as nurses can contribute in preparing and supporting the women in coping with various challenges that may occur during the treatment period, or the post-treatment period.

Method: The method used was a systematic literature study, in which we have used relevant literature and three different databases. Nine qualitative and quantitative studies were analyzed.

Results: The main findings were that the women found that the treatment of gynecological cancer had implications for their body image, sexuality and femininity, and that they experienced a lack of information from health professionals. These sensitive topics were perceived as difficult to talk about, and the women wanted the health professionals to be the initiators.

Conclusion: The treatment for gynecological cancer can cause serious consequences for women. This may affect several aspects of life, including sexuality and body-image. Nurses have an important duty in helping women cope with these consequences in an useful manner.

Keywords: Gynecological cancer, sexuality, body image, cooperation with health personnel

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Hensikt og problemstilling	1
1.3	Avgrensing og begrepsavklaring	2
1.4	Oppgavens oppbygning	2
2.0	Teorigrunnlag	3
2.1	Gynekologisk cancer	3
2.2	Behandling	3
2.2.1	Konsekvenser som følge av behandling	4
2.3	Samhandling og kommunikasjon	5
3.0	Metode	7
3.1	Søkestrategi	7
3.1.1	Inklusjonskriterier	8
3.1.2	Eksklusjonskriterier	8
3.2	Kvalitetsvurdering	9
3.3	Etiske vurderinger	9
3.4	Analyse	10
4.0	Resultat	12
4.1	Fysiske aspekter	12
4.2	Psykiske aspekter	13
4.3	Sosiale aspekter	14
4.4	Samhandling og kommunikasjon	15
5.0	Diskusjon	18
5.1	Metodediskusjon	18
5.2	Resultatdiskusjon	20
5.2.1	Kvinnenes opplevelser av konsekvensene	20
5.2.2	Samhandling med helsepersonell	25
6.0	Konklusjon	29
7.0	Litteraturliste	31
8.0	Vedlegg	34
8.1	Litteraturmatriser	34
	Artikkel nr 1:	34
	Artikkel nr 2:	36
	Artikkel nr 3:	38
	Artikkel nr 4:	40
	Artikkel nr 5:	42
	Artikkel nr 6:	44
	Artikkel nr 7:	46
	Artikkel nr 8:	48
	Artikkel nr 9:	50
8.2	Søkehistorikk	52

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema for oppgaven er kvinners opplevelse av konsekvensene som følge av behandling for gynekologisk cancer, og hvordan de opplever møte med helsepersonell i behandling. I følge kreftregisteret er kreft i livmorlegemet, eggstokkene og livmorhals de hyppigste formene for kreft i kvinnelige kjønnsorgan (Kreftregisteret, 2015). Felles for disse er at behandlingen først og fremst består av kirurgi, og ved kirurgi kan blant annet eggstokk, eggledere og/eller livmor fjernes delvis eller fullstendig. Dette kan true kvinnens identitet, verdifølelse, kroppsbilde og seksualitet (Jerpseth 2013). Kvinnen og hennes families reaksjon på den alvorlige diagnosen, avhenger blant annet av mestringssevne og støtte og hjelp fra helsepersonell. Sykepleierens rolle er derfor sentral (Jerpseth 2013). I følge Kreftforeningen har tallene for kvinner som tar celleprøver sunket drastisk de siste årene, på samme tid har tilfeller av blant annet livmorhalskreft økt (Kreftforeningen 2015). For å sette dette på dagsorden har Kreftforeningen i samarbeid med magasinet Det Nye, opprettet kampanjen ”Sjekk Deg”, denne kampanjen fanget vår oppmerksomhet. Vi mener det er viktig for sykepleiere å rette fokus mot hva vi kan gjøre for disse kvinnene, når kreft og behandling er et faktum.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan konsekvensene av behandling for gynekologisk cancer påvirker kvinner, samt hvilke behov disse kvinnene har som følge av dette. Vi ønsker å belyse hvordan dette oppleves for pasientene og hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe og forberede kvinnene til å møte ulike utfordringer som oppstår under behandling og i tiden etter endt behandling. For å besvare oppgaven vil vi se nærmere på kvinner som allerede har gjennomgått behandling, i håp om at dette kan gi et svar på hvilke konsekvenser og utfordringer de har opplevd, og hva de savnet i kreftomsorgen.

Med dette lyder problemstillingen som følger;

Hvilke utfordringer opplever kvinner i behandling for gynekologisk cancer?

1.3 Avgrensning og begrepsavklaring

I denne studien ønsker vi å ha fokus på kvinnenes opplevelse av sykdommen, og for å gjøre dette vil vi derfor skrive i pasientperspektiv. For å avgrense oppgaven har vi valgt å konsentrere oss om kvinner over 18 år som gjennomgår, eller har gjennomgått, kurativ behandling uten metastaser til omliggende vev og organer. Sykepleierne vil i hovedsak møte disse pasientene på onkologisk – og kirurgisk avdeling.

Gynekologisk cancer: Ondartede svulster som utgår fra kvinners kjønnsorganer (Oncolex 2013).

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven består av en teoridel, hvor vi belyser relevant teori fra både pensum – og selvvalgt litteratur. I metodedelen beskrives blant annet et systematisk litteratursøk, søkestrategi, kvalitets- og etisk vurdering og analyse. Oppgaven består videre av en resultatdel, hvor vi vil presentere relevante funn fra forskningsartiklene i lys av problemstillingen. Videre vil oppgaven inneholde en metodediskusjon, hvor vi drøfter gjennomførelse og arbeid med oppgaven. Deretter presenterer vi en resultatdiskusjon, hvor vi vil drøfte funn fra forskningsartiklene opp mot relevant litteratur. Oppgaven vil til slutt munne ut i en konklusjon.

2.0 Teorigrunnlag

I dette kapitlet presenteres relevant teori fra pensum- og selvvalgt litteratur.

2.1 Gynekologisk cancer

Årlig diagnostiseres det i Norge om lag 1500 nye tilfeller av kreft i kvinnelige kjønnsorganer, hvorav endometriecancer, cervixcancer og ovarialcancer er blant de hyppigste (Kreftregisteret 2015).

Endometriecancer er den gynekologiske cancertypen med høyest forekomst blant norske kvinner. Omtrent 600 kvinner får denne diagnosen årlig. Risikofaktorer inkluderer barnløshet, sen menopause, langvarig østrogenbehandling, overvekt, diabetes og tamoxifenbehandling etter brystkreft (Kristoff 2012).

Cervixcancer rammer i underkant av 300 kvinner årlig, og rundt en tredjedel av disse kvinnene mister livet i kampen mot kreftdiagnosen (Jerpseth 2013). Celleforandringer over lengere tid på grunn av humant papillomvirus påvirker i stor grad utviklingen av denne typen cancer (Kristoff 2012).

Ovarialcancer rammer årlig om lag 500 norske kvinner, mortaliteten er høy og om lag 300 mister livet til denne formen for cancer hvert år. Sykdommen rammer i hovedsak kvinner som ikke har vært gravide, kvinner i industriland med tidlig menarke og senere menopause, samt kvinner som føder få barn (Jerpseth 2013).

2.2 Behandling

Ved behandling av endometriecancer, cervixcancer og ovarialcancer er kirurgi oftest førstevalget, gjerne kombinert med andre behandlingsalternativer som strålebehandling, cellegift og hormonbehandling. Valg av behandling avhenger av cancerens art, stadium, lokalisasjon og eventuelle metastaser (Kristoff 2012).

Endometricancer behandles ofte med kirurgisk fjerning av uterus og ovariene. Ved langtkommen sykdom vil en eventuelt fjerne glandler og omliggende vev. I tillegg blir

ofte strålebehandling og hormonbehandling brukt i kombinasjon for å bremse vekst og utvikling av cancer (Kristoff 2012).

Ovarialcancer behandles som oftest kirurgisk med fjerning av eggstokker, livmoren og deler av omentet. Hos kvinner i fertil alder der kun én av eggstokkene er rammet, fjernes gjerne kun den ene, slik at kvinnen har mulighet til å reproducere i fremtiden (Jerpseth 2013).

Behandlingen av cervixcancer avhenger også av stadium og omfang. Kirurgisk behandling kombineres gjerne med kjemoterapi og cytostatika. I et tidlig stadium vil dette ofte ha god effekt og de fleste kvinnene blir friske. Den kirurgiske behandlingen innebærer fjerning av uterus, samt stråling og hormonbehandling dersom tumoren har spredd seg over i vagina, ut i parametriet, blæren, rectum og i eller utenfor bekkenet (Jerpseth 2013).

2.2.1 Konsekvenser som følge av behandling

For mange kvinner vil det å bli diagnostisert med gynekologisk cancer være en stor påkjenning. Som ved alle krefttyper, vil en slik livstruende diagnose gjerne oppleves som en stor belastning. Kvinner som diagnostiseres med kreft i kjønnsorganene kan oppleve sykdommen som en trussel mot deres kvinnelige identitet og selvbilde (Jerpseth 2013). Ettersom kirurgi i hovedsak er førstevalg av behandling for de fleste formene for gynekologisk cancer, vil også dette true fertile kvinners mulighet for reproduksjon (ibid).

Laursen (2011) sier at menneskets seksualitet er nært knyttet til identiteten som mann eller kvinne. I følge Bastøe (2011) vil graden av angrepet på identiteten blant annet variere etter hvor mange aspekter ved livet som er forandret. Kvinnene vil over tid bli nødt til å til å lære seg å akseptere sitt nye kroppsbilde og de konsekvensene sykdommen har medført (ibid).

Kirurgisk fjerning av livmorlegemet innebærer at skjeden blir noen centimeter kortere, og at det dannes en sårflate øverst i skjeden som må heles. Ved strålebehandling av bekkenet er det også vanlig med innvendig stråling i skjeden. Dette kan for mange medføre at skjeden blir sår, tørr og mindre elastisk. I tillegg vil det kunne oppstå

arrdanninger og sammenvoksinger øverst i skjeden som kan gi store problemer ved samleie. Ved kirurgisk fjerning av eggstokkene vil kvinnen komme i tidlig menopause med de forandringer dette innebærer. Alle disse plagene kan føre til en trussel mot kvinnens seksualitet og verdifølelse, både ovenfor seg selv og i forhold til relasjon mellom kvinnen og partneren (Jerpseth 2013).

I følge Dahl (2016) kan disse kvinnene blant annet oppleve manglende lyst, tenning og frykt for at seksualitet kan medføre skade.

Begrepet kroppsbilde omfatter holdninger og sansinger om utseende, helsetilstand, kroppslige ferdigheter og seksualitet.

Utseendet og kroppen vår er sterkt knyttet opp mot andre aspekter i vårt selvbilde, blant annet eget velvære og vårt forhold til andre. En slik cancerdiagnose, med den behandlingen den medfører, kan føre til både fysiske og psykiske endringer i kroppen som kan gjøre at kroppsbildet trues (Dahl 2016).

2.3 Samhandling og kommunikasjon

Eide og Eide (2011) sier at selve kjernen i kommunikasjon er å anerkjenne den andre ved å lytte aktivt, være åpen og samtidig direkte. Kommunikasjon skal være hjelpende, støttende og problemløsende. Gode hjelpemidler som dette brukes blant annet til å forstå pasienten som person, til å forstå relasjonen og til å gi bedre hjelp og støtte.

I følge Joyce Travelbees (2005) teori om sykepleierens mellommenneskelige aspekter, kan mennesket oppleve lidelse blant annet som følge av ulike typer tap og nedsatt egenverd. I denne teorien forklarer hun at det er viktigere for sykepleieren å fokusere på pasientens opplevelse av sykdommen, enn å forholde seg til selve diagnosen. Hun forklarer dette slik:

” Enhver sykdom eller skade er en trussel mot selvet, og den sykes oppfatning av sykdommen er viktigere enn noe kategoriseringssystem brukt av helsearbeider. En helsearbeider kan ikke vite på forhånd hvordan individet vil oppfatte sin sykdom, før helsearbeideren går nærmere inn på dette sammen med vedkommende, og får fram hvilken mening den syke legger i sin tilstand ”

(Travelbee 2005, s. 87).

Kommunikasjon kan betraktes som en prosess for meddelelse eller overføring av tanker og følelser (Travelbee 2005). I følge Travelbee (ibid) deler en ikke noe meningsfylt med noen andre før en er relativt sikker på at det en meddeler vil bli mottatt, og ikke ignorert, avvist, nedvurdert eller latterliggjort. Med dette kan kommunikasjon brukes til å trekke andre mennesker nærmere, til å støte dem bort, til å gi hjelp eller til å såre (ibid).

3.0 Metode

Retningslinjer for oppgaven stiller krav om en systematisk litteraturstudie, og minimum åtte forskningsartikler. En systematisk litteraturstudie defineres ved at man tar utgangspunkt i en tydelig formulert problemstilling som besvares ved å identifisere, velge, kritisk vurdere og analysere resultat fra relevant forskning innenfor et bestemt område (Forsberg og Wengström 2013). Dette presenteres videre i kapittelet.

3.1 Søkestrategi

I følge Forsberg og Wengström handler søk etter fakta i databaser om å formulere gode spørsmål, bestemme tidsperiode man ønsker resultater fra, hvilket språk studiene skal være på og hvilke studier som er interessante. Ut fra problemstillingen settes kriterier for søk, deretter velger man database og søkebegrep (Forsberg og Wengström 2013).

Vi har valgt å bruke artikler fra år 2010-2016, dette fordi vi ønsker nyere forskning innenfor tema. Vi har også valgt å forholde oss til artikler skrevet på nordisk eller engelsk. I oppgaven vil vi bruke vitenskapelige tidsskriftartikler, dette kjennetegnes ved at en empirisk studie følger en forskningsprosess i alle trinn, resultat presenteres i en artikkel som følger IMRaD-struktur. Dette innebærer tittel, sammenfatning, formål, metode, resultat og diskusjon (Forsberg og Wengström 2013). I utgangspunktet ønsket vi å inkludere kvalitativ forskning, dette fordi kvalitativ forskning har som mål å fortolke og gi mening og forståelse av menneskets subjektive opplevelse av omverdenen. Kvalitativ forskning belyser forståelsen av menneskelige erfaringer av fenomener i sammenheng (Forsberg og Wengström 2013). Vi valgte derimot å ikke utelukke kvantitativ forskning, for å ikke gå glipp av relevante artikler.

Da vi høsten 2015 valgte tema for oppgaven begynte vi å søke litt i ulike databaser for å forsikre oss om at det fantes tilstrekkelig med forskning til å kunne skrive en oppgave. Vi søkte da med ordene ”gynecologic cancer”, ”treatment” og ”psychosocial”. Dette ga mange treff som bekreftet at det finnes mye forskning innenfor temaet for oppgaven.

3.1.1 Inklusjonskriterier

- Kvinner over 18 år
- Studier gjort i vestlige land
- Pasienten gjennomgår/har gjennomgått kurativ behandling
- Artikkelen er fagfellevurdert

3.1.2 Eksklusjonskriterier

- Manglende IMRaD-struktur
- Artikkelen omhandler palliativ behandling
- Omfattende metastaser til omkringliggende vev og organer

Ved søk i databaser hadde vi behov for å begrense søkene til vår aktuelle problemstilling. Vi valgte å ta utgangspunkt i PICO. Dette er en strukturert metode for å kunne sette sammen søkestrategier ut fra problemstillingen (Forsberg og Wengström 2013). Vi anvendte søkeordene inn i et skjema slik:

P Patient/Population (Hvem?)	I Intervention (Hva?)	C Control (Kontrollgruppe)	O Outcome (Resultat)
Gynecologic cancer Women	Treatment Nursing		Body image Sexuality Communication

Vi har valgt å ikke fylle ut C, kontrollgruppe i skjemaet ettersom vi i utgangspunktet er på utkikk etter kvalitativ forskning. Det finnes flere ulike databaser å søke forskning i, vi ønsket å begrense oss til noen faste databaser. Kravet var at databasene publiserte vitenskapelige tidsskriftartikler, var medisinsk- og/eller sykepleiefaglig forankret, publisere artikler på nordisk og/eller engelsk, samt at vi hadde tilgang til databasen via NTNUs bibliotek. Valget falt til slutt på tre følgende databaser, Cinahl, PubMed og Scopus. Cinahl er en database spesialisert på sykepleieforskning og inneholder blant annet vitenskapelig tidsskriftartikler. PubMed er en bred database som inkluderer medisin, sykepleie og odontologi, databasen inneholder hovedsakelig vitenskapelige tidsskrifter, de fleste på engelsk (Forsberg og Wengström 2013). Scopus er en omfattende vitenskapelig database som blant annet inneholder medisinske artikler.

Etter å ha lagt en søkestrategi foretok vi individuelle søk ut fra PICO-modellen samt inklusjons- og eksklusjonskriterier i de aktuelle databasene, (søkehistorikk legges ved

som vedlegg). Vi satt da igjen med 14 aktuelle forskningsartikler, hvorav 9 ble inkludert. Alle artikler ble nummerert med tall fra 1 til 9 for å lettere kunne strukturere arbeidet videre.

3.2 Kvalitetsvurdering

Når forskningsartikler kvalitetsvurderes er det viktig å tenke på studiens formål, resultater og gyldigheten av resultater. Kvalitetsvurdering bør inneholde studiens hensikt, forskningsspørsmål, design, ordvalg, metode, analyse og tolkning. Årstall for publisering er også relevant når man kvalitetsvurderer klinisk forskning, dette fordi det raskt endrer seg (Forsberg og Wengström 2013). Vi valgte å kun inkludere artikler publisert fra og med 2010, samt inneholdt IMRaD-struktur. Artikler publisert i vitenskapelig tidsskrift møter strengere krav for kvalitetssikring, artiklene fagfellevalueres, noe som innebærer at de blir vurdert og godkjent av eksperter innenfor området (Dalland 2012) .

For å kontrollere om artiklene våre var publisert i fagfellevurderte tidsskrifter har vi brukt NSD's publiseringskanal. NSD har ansvar for registeret over autoriserte publiseringskanaler, inkludert tidsskrifter. Alle artikler inkludert i denne oppgaven er publisert i tidsskrifter med fagfellevurdering nivå 1 eller 2 (Norsk senter for forskningsdata, 2016).

Vi brukte også Forsberg og Wengström's (2013) mal for sjekklister av kvalitative og kvantitative artikler. Vi prøvde først på én artikkel hver, og fant ut at dette kunne være et nyttig verktøy for å kvalitetssikre artiklene. Vi gikk deretter systematisk gjennom alle artiklene i henhold til sjekklister.

3.3 Ethiske vurderinger

I følge Forsberg og Wengström (2013) er god etikk viktig innenfor all form for vitenskapelig forskning. Ønsket om å tilegne seg ny kunnskap må alltid veies opp mot å beskytte enkeltindividene involvert i forskning (ibid). Ved systematiske litteraturstudier bør etiske vurderinger inkludere valg og presentasjoner av funn i de

ulike studiene. Man bør velge studier som har tillatelse fra etisk komité eller etiske hensyn er ivaretatt i studien (Forsberg og Wengström 2013).

I følge De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene er det vesentlig at forskning skjer på måter som er etisk forsvarlig. Dette fordi forskning er av stor betydning for enkeltmenneske, samfunnet og global utvikling, i tillegg er forskning en maktfaktor på alle disse nivåene (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene 2014).

I alle de 9 artiklene vi har inkludert, har informantene gjennomgått et informert samtykke. I 5 av artiklene er det oppgitt godkjenning av etiske komiteer. I de 4 resterende artiklene var det ikke oppgitt noen etisk godkjenning, men man kunne likevel se at etiske hensyn var ivaretatt.

3.4 Analyse

En analyse kjennetegnes av å dele opp fenomenet i mindre deler og undersøke dem hver for seg, deretter settes de sammen igjen til en helhet. Vi har valgt å bruke en innholdsanalyse. Dette innebærer at man systematisk klassifiserer data steg for steg, for å identifisere gjennomgående tema, hvor målet er å beskrive og bedømme spesifikke fenomen (Forsberg og Wengström 2013).

Vi fulgte fem steg som beskrevet i Forsberg og Wengström (2013). Steg 1 innebærer å lese gjennom artiklene flere ganger for å bli kjent med materialet. Vi leste én og én artikkel hver for oss og diskuterte deretter innholdet for å forsikre oss om at vi hadde lik forståelse av innholdet, samt avdekke om en av oss hadde oppdaget noe den andre hadde oversett.

I steg 2 definerer man hva artikkelen handler om og koder ulike funn (Forsberg og Wengström 2013). Vi diskuterte hver artikkel og definerte sentrale funn som gikk igjen. Vi fant at fysiske-, psykiske- og sosiale forandringer, samt kommunikasjon, informasjon og samhandling med helsepersonell var sentrale funn. Disse fikk ulike fargekoder, deretter fordelte vi artiklene mellom oss, leste de på nytt og markerte funn med fargekodene.

Steg 3 består av å sammenfatte kodene til kategorier (Forsberg og Wengström 2013). Kodene ble sammenfattet til følgende kategorier ”fysiske aspekter”, ”psykiske aspekter”, ”sosiale aspekter” og ”informasjon og kommunikasjon”. Disse ble plassert i en tabell slik:

Hovedfunn	Artikkel
Sosiale aspekter	1,3,4,5,6
Psykiske aspekter	1,2,3,4,6,7,8
Fysiske aspekter	1,2,3,4,6,7
Informasjon og kommunikasjon	1,2,3,4,5,6,7,8,9

Steg 4 innebærer å vurdere om de ulike kategoriene kan sammenfattes i ett eller flere tema, dette baseres på en tolkning og kan fremstilles som metaforer og begrep for å sammenfatte kategorier (Forsberg og Wengström 2013). Vi sammenfattet kategoriene til følgende temaer ”Kvinnerenes opplevelse av konsekvensene” og ”Samhandling med helsepersonell”.

Steg 5 innebærer å tolke og diskutere resultat (Forsberg og Wengström 2013). Dette presenteres i den videre delen av oppgaven.

4.0 Resultat

I dette kapitlet presenteres funn fra forskningsartiklene ut fra kategoriene fysiske-, psykiske- og sosiale aspekter, samt kommunikasjon og informasjon.

4.1 Fysiske aspekter

Felles for fem av studiene var at kvinnene opplevde vaginal tørrhet, og med dette smerter under samleie. I enkelte av studiene uttrykket kvinnene derfor en særlig frykt for penetrasjon (Giacomoni et al. 2014, Reis et al. 2010, Sekse et al. 2010, Sekse et al. 2011, Sekse et al. 2014, Wilmoth et al. 2011).

Kvinner som får utført radikal hysterektomi opplever at vaginaen blir noen centimeter kortere, som igjen kan gjøre utførelsen av et samleie til utfordrende og smertefullt (Reis et al. 2010, Wilmoth et al. 2011).

For noen kvinner vil konsekvenser som smerter og ubehag og tørre slimhinner i skjeden, kunne føre til manglende lyst på samleie og manglende evne til å oppnå orgasme. For noen kvinner vil dette kunne medføre et totalt opphør i seksuallivet (Giacomoni et al. 2014, Reis et al. 2010, Sekse et al. 2011).

I tre av studiene (Sekse et al. 2010, Sekse et al. 2011, Wilmoth et al. 2011) oppga kvinnene at de opplevde menopausale symptomer som temperaturforandringer, på tross av at noen av kvinnene allerede hadde gjennomgått menopausen.

Kvinnene uttrykte en følelse av tomhet der livmoren skulle vært før den ble kirurgisk fjernet og forklarer dette med en fornemmelse av at magen er tom og at de kan fysisk kjenne at det er noe som mangler (Giacomoni et al. 2014, Reis et al. 2010, Sekse et al. 2011).

”At first, I just felt empty in here. There was a gap or a void inside me. My intestines all seemed to have moved forward. They didn’t fall back into their usual place. I wasn’t prepared for that. You could really feel that there was something missing inside.”

(Sekse et al. 2011, s. 20).

4.2 Psykiske aspekter

Giacomoni et al. (2014), Reis et al. (2010), Sekse et al. (2011) og Wilmoth et al. (2011) viser til resultat som forteller oss at kvinnene opplevde et forandret kroppsbilde og manglende evne til å stole på sin ”nye kropp”. Studiene sier oss at kirurgisk fjerning av et reproduktivt organ, hårtap og vektforandringer vil kunne forsterke disse følelsene, og samtidig resultere i en trussel mot deres feminine identitet. På denne måten opplever kvinnene at de er mindre attraktive, både for seg selv og for sin partner (ibid). I studien til Sekse et al. (2010) forteller kvinnene at deres kroppsbilde og feminitet i liten grad ble påvirket. De forklarte dette med at manglende kjønnsorgan ikke er synlig for andre og at deres utseende fortsatt er det samme, i forhold til om det var et bryst de måtte fjerne (ibid).

Felles for syv av studiene (Giacomoni et al. 2014, Hill et al. 2011, Reis et al. 2010, Sekse et al. 2010, Sekse et al. 2011, Sekse et al. 2014, Wilmoth et al. 2011) var at kvinnene opplevde behandlingen som en trussel mot deres seksualitet. I tillegg til at fysiske aspekter lå til grunn for dette, var det også en del psykiske aspekter som gjorde at kvinnene opplevde seksuallivet og gjennomførelsen av et samleie som utfordrende (ibid).

Flere av kvinnene uttrykker at det er vanskelig å takle infertilitet etter fjerning av reproduksjonsorganer (Giacomoni et al. 2014, Reis et al. 2010, Sekse et al. 2010, Sekse et al. 2011, Wilmoth et al. 2011).

I studien til Sekse et al. (2011) fremheves kvinnenens opplevelse over å ha mistet en kroppsdelt som forbindes med feminitet og reproduksjonsevner. Det kommer fram at kvinnene opplevde dette tomrommet som en stadig påminnelse om at de ikke kunne få barn, og at barnegråt og gravide kvinner forsterket disse følelsene ytterligere. For mange kvinner i fertil alder, som ønsket å bli gravid, opplevdes dette som et stort tap som det tok tid å akseptere (ibid).

Følelsen av ufullstendighet blir også funnet i to andre studier (Reis et al. 2010, Wilmoth et al. 2014), som sier at kvinnene opplevde at deler av livet deres var forsvunnet og at de ikke lenger var hele som mennesker.

Kvinner som ikke lenger var i fertil alder så sjelden på det å måtte fjerne reproduktive organer som et tap (Sekse et al. 2010).

"I would probably not feel so sad because of the fact that my uterus was removed if I had at least one child."

(Reis et al. 2010, s. 143).

Mangel på imøtekommelse fra helsepersonell, påvirket kvinnenes psykologiske velvære. Jo flere behov de hadde som ikke ble møtt, desto mer gikk dette utover pasientens psyke (Urbaniec et al. 2011, Sekse et al. 2010).

4.3 Sosiale aspekter

I tre av studiene (Giacomoni et al. 2014, Reis et al. 2010, Sekse et al. 2014) forteller kvinnene om opplevelser som innebærer usikkerhet og beskjedenhet. Kvinnene opplever det å gå gjennom en gynekologisk cancerdiagnose som vanskelig, fordi disse kroppsdelene forbindes med noe privat og intimt. De følte at denne usikkerheten går utover både seksualitet, forhold til partner og andre, og eget selvbilde (ibid).

Sekse et al. (2014) beskriver at kvinnene føler seg fanget i usikkerhet og skam, og at møtet med helsepersonell er av stor betydning for disse følelsene.

I fem av studiene (Giacomoni et al. 2014, Reis et al. 2010, Sekse et al. 2011, Sekse et al. 2014, Wilmoth et al. 2011) kom det frem at kvinnene opplevde en endring i forholdet til partner. Studien viser til flere grunner, blant annet forhold som påvirket kvinnenes kroppsbilde og som utgjorde en frykt for at deres partner ikke lenger skulle finne dem attraktive, samt problemer i seksuallivet (ibid). I noen av studiene føler kvinnene seg validert av partneren og opplever at forholdet deres har forbedret seg (Giacomoni et al. 2014).

Felles for studiene er at kvinnene opplever tapet av et normalt seksualliv som ødeleggende. Fysiske konsekvenser av behandlingen gjorde samleie vanskelig, og skapte ofte avstand mellom kvinnene og partneren (Giacomoni et al. 2014, Reis et al. 2010, Sekse et al. 2011, Sekse et al. 2014, Wilmoth et al. 2011).

Fysiske og psykiske omveltninger påvirket kvinnenes forhold til menneskene rundt seg, som venner og familie (Giacomoni et al. 2014, Reis et al. 2010, Sekse et al.

2014). Én av studiene forklarer at en kvinne som mister evnen til å reproducere kan oppleve at det skapes avstand mellom kvinnen og hennes fertile venner (Reis et al. 2010). Andre legger vekt på at ensomheten kvinnene føler i denne situasjonen gjør det utfordrende for kvinnene å åpne seg for de rundt seg (Giacomoni et al. 2014, Reis et al. 2010, Sekse et al. 2014).

Én av studiene sier at en kvinne som mister sin evne til å reproducere kan oppleve å føle seg ufullstendig og verdiløs, og at disse følelsene kan true hennes feminine identitet og skade forholdet kvinnen har med menneskene rundt seg (Reis et al. 2010).

Studien til Giacomoni et al. (2014) forteller om hvilke følger kirurgi og andre behandlingsmetoder kan ha for kvinnene når det kommer til sosiale faktorer. De fremhever at gynekologisk cancer knyttes til samfunnets syn på hvordan en kvinne bør se ut (ibid).

4.4 Samhandling og kommunikasjon

Åtte av studiene forteller oss noe om behovet for, og mangel på informasjon fra helsepersonell (Giacomoni et al. 2014, Hill et al. 2011, Reis et al. 2010, Sekse et al. 2010, Sekse et al. 2011, Sekse et al. 2014, Vermeer et al. 2014, Wilmoth et al. 2011) Kvinnene uttrykker at deres mentale helse hadde vært bedre dersom de hadde hatt noen å snakke med, og at alle tankene de har er vanskelig å takle alene (Reis et al. 2010, Sekse et al. 2010). De opplevde at det medisinske fokuset på canceren var stort, men at det ikke var nok for kvinnene når det kom til å takle konsekvensene av sykdommen (Sekse et al. 2010).

Noen av årsakene til at kvinnene ikke tok initiativ til å snakke om sensitive temaer, var blant annet en vurdering om at en konsultasjonstime ikke var stedet for slike samtaler, og at de i tillegg var klar over at flere pasienter satt i gangen og ventet på at det skulle bli deres tur (ibid).

I én av studiene forteller en kvinne om at hun og partneren opplevde at de ikke ble møtt på spørsmål om seksuallivet (Wilmoth et al. 2011).

I studien til Sekse et al. (2011) forteller en kvinne at hun hadde stort behov for å snakke med helsepersonell under behandlingsperioden, og at de korte svarene hun fikk ikke var nok, da dette temaet krevde dypere konversasjon. Flere av kvinnene i samme

studie savnet kunnskap og informasjon om de kroppslige forandringene og hvilke følger dette ville ha for deres hverdag (ibid).

Mange kvinner rapporterer om behov som ikke har blitt møtt, og i følge studien til Urbaniec et al. (2011) sa hele 55.6 % av deltakerne (N=45) at de hadde minst ett behov de ikke hadde blitt møtt på av helsepersonell.

I følge studien til Vermeer et al. (2014) er det variasjoner i hvor mye informasjon helsepersonellet gir pasientene i for – og etterkant av cancerbehandlingen når det kommer til seksuelle problemer. I studien kommer det frem at enkelte av deltakerne (N=30) ikke ga kvinnene noe informasjon, hverken før, under eller etter gjennomført behandling. Enkelte ga i forkant informasjon om problemer som tørrhet og forkortelse av vagina, samtidig som at noen ga pasientene beskjed om at de kunne ta kontakt for støtte om seksuelle problemer ved en senere anledning, dersom de ønsket dette (ibid).

Helsepersonellet sa også at det som regel var de som var initiativtakerne, og enkelte rådet kvinnene til å utforske sin egen kropp og ha samleie uten penetrering, eller ga råd om posisjoner.

Omtrent alle deltakerne oppga at de vurderte pasientene før de tok opp temaet, ut i fra alder, cancertype og behandling, seksuell aktivitet og om de uttrykte ønske om informasjon og støtte (Vermeer et al. 2014).

På tross av at de fleste oppga at de tok initiativ til å gå i dialog med pasientene om dette temaet, uttrykte noen av deltakerne at de opplevde det som ubehagelig å samtale om dette, og en tredjedel viste til mangel på tid som en barriere (ibid).

Studien til Hill et al. (2011) viser behovet kvinnene har for informasjon og veiledning i seksuelle problemer. Resultatene viser til at kun 7 % av kvinnene (N=261) hadde fått hjelp for problemer relatert til seksualitet, og hele 41.6 % oppga at de var interesserte i å motta hjelp.

I én av studiene (Wilmoth et al. 2011) var kvinnene enstemmig i at helsepersonellet burde være initiativtakerne i å samtale om seksuelle problemer og forventninger. I studiene til Reis et al. (2010) og Sekse et al. (2010) reflekterte kvinnene over om det kunne ha vært enklere å takle ensomheten de følte i sin egen kropp dersom helsepersonellet hadde tatt initiativ til å gå i dialog med kvinnene om sensitive temaer.

Kvinnene i studien til Sekse et al. (2014) opplevde det som ensomt å stå alene med problemer og tanker. De følte at de ikke ble møtt på behovene om å samtale om seksuelle problemer, og kvinnene ønsket at helsepersonellet skulle være initiativtakerne. De sa at det opplevdes som ydmykende å bli møtt med korte svar når de selv tok initiativ, noe som førte til at de kviet seg for å adressere temaet (ibid).

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet presenteres en metode- og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen drøftes svakheter og styrker ved oppgaven, og i resultatdiskusjonen drøftes og diskuteres funn fra litteratur og forskning opp mot hverandre.

5.1 Metodediskusjon

Som utgangspunkt for metode har vi brukt boken ”Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdningsforskning” skrevet av Christina Forsberg og Yvonne Wengström. Vi brukte denne som utgangspunkt fordi den er pensumlitteratur og vi har blitt anbefalt å bruke denne boken av forelesere, vi hadde derfor fortrolighet til boken.

Høsten 2015 ble vi enige om å skrive oppgaven sammen. Vi reflekterte litt rundt ulike temaer, men fant fort ut at vi ønsket å skrive om sykepleie til pasienter med gynekologisk cancer. Selve arbeidet med oppgaven ble påbegynt vinteren 2016. Vi har delvis fordelt arbeidet mellom oss, men har hele tiden sittet sammen og jobbet. Dette har vært en hensiktsmessig arbeidsmetode for oss fordi det har effektivisert arbeidet, samtidig som det har bidratt til at vi har samarbeidet godt.

Gjennom litteratursøket foretok vi individuelle søk i databasene. Vi søkte ut fra PICO-skjemaet utarbeidet av Forsberg og Wengström (2013). Ut fra dette valgte vi å bruke ulike kombinasjoner av samme begrep. Eksempelvis ble det benyttet både ”gynecological cancer”, ”genital neoplasms female” og ”gynecological oncology”. Vi valgte å gjøre dette for å forsikre oss om at vi ikke utelukket relevant forskning. Underveis i litteratursøket skrev vi systematisk ned søkehistorikk, fordi vi fra tidligere erfaringer har vi lært at dette er hensiktsmessig. Søkehistorikk som fant frem til inkluderte artikler ble vedlagt i oppgaven.

Vi hadde i utgangspunktet fokus på kvalitativ forskning, men ble tidlig enig om å ikke utelukke kvantitativ forskning. Dette ble derfor ikke brukt som en begrensning i søket. Vi endte opp med å inkludere 6 kvalitative artikler, 2 kvantitative og en artikkel hvor begge metoder ble anvendt. I følge Forsberg og Wengström (2013) kan dette være hensiktsmessig fordi fenomenet belyses fra ulike synsvinkler.

Videre bestemte vi oss også for å begrense oss til tre ulike databaser. Dette kan ha vært en svakhet for oppgaven, da vi kan ha gått glipp av annen relevant forskning fra andre databaser. Vi foretok derimot søk i fritext i andre databaser for å kontrollere at vi ikke utelukket forskning, erfaringen var at mange av de samme studiene var publisert i ulike databaser.

Vi bestemte oss for å bruke nyere forskning i oppgaven vår. Vi fant ingen klar definisjon på nyere forskning, men valgte å sette en grense på studier publisert fra år 2010. I følge Forsberg og Wengström (2013) er dette en form for kvalitetssikring, da forskning er ferskvare. Dette kan derimot også ha svekket oppgaven vår, da vi har ekskludert all forskning publisert før 2010 og kan ha gått glipp av høyst relevante artikler.

I inklusjonskriteriene satte vi også studier fra vestlige land som et krav. Med vestlige land menes EU/EØS-land, USA, Canada, Australia og New Zealand. Vi valgte til tross for dette å inkludere en artikkel fra Tyrkia på grunn av gode funn og høy relevans for oppgaven. Vi mener at disse funnene også kan overføres til vestlig kultur. Vi lot være å inkludere funn fra studien som var tydelig preget av kultur og religion. Dette kan likevel ha påvirket resultatet i oppgaven vår.

Etter endt søkeprosess startet arbeidet med å analysere artiklene. Vi tok utgangspunkt i Forsberg og Wengströms innholdsanalyse (2013). Vi utførte analysen sammen, slik at vi begge ble godt kjent med innholdet i artiklene, samt at vi forsikret oss om at vi ikke overså funn. Vi skrev ned hovedfunnene fra hver studie med de ulike fargekodene på papir, og på denne måten var det lettere å sortere ut funn, likheter og ulikheter mellom studiene.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Kvinnenes opplevelser av konsekvensene

I flere av studiene opplevde kvinnene at behandlingen for gynekologisk cancer var en trussel mot deres seksualitet. De fremhevet både fysiske og psykiske aspekter som lå til grunn for dette og som gjorde at utførelsen av samleie opplevdes som utfordrende. Som følge av disse konsekvensene hadde flere av kvinnene vansker med å se på seg selv som et seksuelt vesen og følte på en frykt over at seksuallivet nå var over for godt (Giacomini et al. 2014, Hill et al. 2011, Reis et al. 2010, Sekse et al. 2010, Sekse et al. 2011, Sekse et al. 2014, Wilmoth et al. 2011).

Kirurgisk fjerning av reproduktive organer vil ofte påvirke seksuallivet. Disse organene ses i sammenheng med både seksuell fysiologi, psykologi og sosiale forhold. I tillegg produserer de en del hormoner som er av betydning for seksuallivet (Dahl 2016).

Også stråling vil kunne gi skade i kjønnsorganene. Gjennom stråler som treffer huden, kan den bli rød, sår og øm. Irreversibel bindevevsdannelse kan også oppstå og gjør at vevet i skjeden blir stivt og mindre elastisk (Bertelsen, Hornslien og Thoresen et al. 2012).

Fordi seksualitet, i følge Dahl (2016), er et begrep som har både fysiologiske, psykologiske og sosiale aspekter som står i forhold til hverandre, viser det derfor en nær sammenheng mellom seksuelt forhold, fungering og oppfatning av seg selv som et seksuelt vesen.

Cleary og Hegarty har (2011, som sitert i Dahl 2016), har utformet et *treleddet rammeverk for seksualitet*, som sier noe om denne sammenhengen:

Seksuelt forhold (sosialt)

- Kommunikasjon
- Intimitet

Seksuell fungering (fysiologisk)

- Lyst
- Opphisselse
- Klimaks

Seksuelt selvbilde (psykologisk)

- Kroppsbilde
- Seksuell selvfølelse
- Femininitet/maskulinitet

Dette rammeverket viser en tydelig sammenheng mellom de fysiske, psykiske og sosiale aspektene ved seksualitet, og viser oss at definisjonen seksualitet er bredere enn det seksuelle forholdet mellom kvinnen og hennes partner.

Fjerning av eggstokkene vil føre til at menopausen melder seg, og kvinnen vil kunne oppleve å ha tørr skjede som følge av østrogenmangel (Dahl 2016).

Kvinner kan på grunn av dette oppleve det som smertefullt å gjennomføre et samleie. For mange vil dette kunne føre til en frykt for penetrasjon, og med dette unngå å ha samleie med sin partner (Giacomoni et al. 2014, Reis et al. 2010, Sekse et al. 2011, Sekse et al. 2014, Wilmoth et al. 2011).

I følge Jerpseth (2013) vil kirurgisk fjerning av livmor og livmorhals føre til at skjeden blir noen centimeter kortere. Dette kan føre til at gjennomførelsen av et samleie blir smertefullt og utfordrende (Reis et al. 2010, Wilmoth et al. 2011).

Alle disse fysiske konsekvensene av behandling for gynekologisk cancer vil kunne føre til at kvinner opplever manglende lyst på samleie, samt manglende evne til å oppnå klimaks (Giacomoni et al. 2014, Reis et al. 2010, Sekse et al. 2011).

Som følge av menopausen vil kvinnene også oppleve andre menopausale forandringer. De fysiske forandringene i klimakteriet skyldes i all hovedsak redusert østrogenproduksjon, og vil blant annet kunne vise seg i temperaturforandringer. Disse temperaturforandringene kan oppleves som ubehagelige, og flere av kvinnene i studiene opplevde dette som følge av kirurgisk fjerning av eggstokkene (Sekse et al. 2010, Sekse et al. 2011, Wilmoth et al. 2011).

”I’m still either hot or cold. 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. 2011, s. 21).

For mange kvinner kan også behandlingen for gynekologisk cancer få følger for deres fertilitet, og dersom reproduksjonsorganer blir fjernet eller skadet i forbindelse med kirurgi eller stråling, vil dette føre til at kvinnene blir infertile. Denne fysiske forandringen førte til en rekke psykiske utfordringer for kvinnene (Giacomoni et al. 2014, Reis et al. 2010, Sekse et al. 2010, Sekse et al. 2011, Wilmoth et al. 2011). For noen av kvinnene, som ikke lenger var i fertil alder, opplevdes ikke dette som noe tap, og de uttrykket at de reproduktive organene kun har én funksjon – og det var en funksjon som ikke lenger var viktig for disse kvinnene (Sekse et al. 2010).

Som følge av den kirurgiske behandlingen som tok sikte på å fjerne kvinnens livmor, opplevde flere av kvinnene en fysisk følelse av tomhet der livmoren skulle ha vært (Giacomoni et al. 2014, Reis et al. 2010, Sekse et al. 2011). De opplevde å kjenne på at det var noe som manglet, og at de følte at andre organer hadde flyttet på seg som følge av dette tomrommet. Denne følelsen ble oppfattet som en midlertidig følelse som etter hvert forsvant. Hvorvidt denne følelsen er av fysisk eller psykisk aspekt, er vanskelig å si, men for kvinnene i studien opplevdes dette som et fysisk tomrom i nedre del av magen (Sekse et al. 2011).

For kvinnene ble dette tomrommet en stadig påminnelse om at de ikke var i stand til å bære fram et barn. Ytre påvirkning, som barnegråt og gravid kvinner, forsterket disse følelsene ytterligere, og for mange var dette et tap det tok lang tid å avfinne seg med (ibid).

”The void, at first it was as if you had lost a part of yourself. I felt something inside me was gone. I felt it as a loss. I didn’t feel complete, in a way. (...)”

(Sekse et al. 2011, s. 21).

I følge Dahl (2016) kan kreftsykdom og behandling bryte ned et positivt kroppsbilde eller forverre et bilde som allerede er negativt. I fire av studiene (Giacomoni et al. 2014, Reis et al. 2010, Sekse et al. 2011, Wilmoth et al. 2011) sier resultatene at flere av kvinnene opplevde at kroppsbildet deres ble forandret i forbindelse med behandling for gynekologisk cancer. De forteller at dette resulterte i en manglende evne til å stole på sin nye kropp, som resultat av kirurgisk fjerning av reproduktive organer, hårtap og vektforandringer. Samtidig som at disse følgene opplevdes som en trussel mot deres

feminine identitet, forårsaket det også at kvinnene opplevde seg selv som mindre attraktive for sine partnere (ibid).

I følge Dahl (2016) er det nettopp pasienter med kreft i kjønnsorganer som er en av de pasientgruppene med størst kroppsbildemisnøye, dette fordi disse organene er av både funksjonell og symbolsk verdi. Kroppsbildemisnøyen kan føre til vedvarende plager med angst og depresjon, og mye tid blir gjerne brukt på å forbedre utseendet (ibid).

På tross av at kroppsbildemisnøye er utbredt blant cancerpasienter, og at flertallet av cancerpasientene får diagnosen etter fylte 65 år, viser studier at kroppsbildefokuset avtar med alderen. Det kan virke som om det skjer en endring i kvinnes kroppsbildeoppfatning etter fylte 60 år, som forflytter utseendefokuseringen vekk fra kroppsdeler som er seksuelt ladete (Dahl 2016).

Enkelte av kvinnene i studien til Sekse et al. (2010) beskrev at deres opplevelse av en feminin kropp i liten grad ble påvirket som følge av kirurgisk fjerning av kjønnsorganer. De sammenlignet seg selv med brystkreftpasienter, og uttrykte at de hadde følt det som et større tap å måtte fjerne et bryst, og at deres reproduktive organer ikke er noe som er synlig for andre; dermed påvirker dette kroppsbildet i liten grad (ibid).

I følge studien til Giacomoni et al. (2014) forteller kvinnene om hvilke følger kroppsbildemisnøye kan ha for kvinnene når det kommer til sosiale faktorer. Det kan oppleves som vanskelig å leve opp til samfunnets krav om hvordan en kvinne bør se ut, og at det moderne samfunnets estetiske koder oppleves som vanskelig å leve opp til (ibid).

Kvinner under behandling for gynekologisk cancer er utsatt for opplevelser som innebærer usikkerhet og beskjedenhet, og dette er faktorer som påvirker både seksuallivet, forhold til partner og andre, samt eget selvbylde (Giacomoni et al. 2014, Reis et al. 2010, Sekse et al. 2014). I følge Dahl (2016) åpner kreftsykdom for mye usikkerhet, og sykdommen blir derfor svært utfordrende for personer som har vansker med å takle denne usikkerheten. Disse menneskene har en tendens til å møte kreftutfordringene på en mindre fleksibel og konstruktiv måte (ibid). I studiene opplever kvinnene det som utfordrende å gå gjennom behandlingsforløpet i en slik diagnose, fordi de affekterte kroppsdelenes forbindes med noe privat og intimt. Disse opplevelsene gjør at noen av kvinnene opplever at de nærmest føler seg fanget i

usikkerhet og skam, og at gynekologiske undersøkelser var svært ubehagelig å gjennomføre, men at hvordan de ble møtt av helsepersonellet hadde stor påvirkning på disse følelsene (Giacomoni et al. 2014, Reis et al. 2010, Sekse et al. 2014).

Kvinnene beskriver også at konsekvensene av behandlingen har stor betydning for deres forhold til partnere. Aspekter som kan virke ødeleggende på parforholdet er fysiske problemer i seksuallivet, som smerter og ubehag, tørre slimhinner i vagina, forkortelse av vagina, samt manglende lyst og manglende evne til å oppnå orgasme. I tillegg opplevde kvinnene at forhold som var med på å bryte ned kroppsbildet, utgjorde en frykt for at de ikke var attraktive nok. På tross av disse funnene, oppga enkelte kvinner at de følte seg validerte av mannen og at forholdet hadde forbedret seg etter gjennomgått behandling (Giacomoni et al. 2014, Reis et al. 2010, Sekse et al. 2011, Sekse et al. 2014, Wilmoth et al. 2011).

Partnere har stor betydning for hvordan kvinnene opplever parforholdet. Det at mannen roser og setter pris på kvinnens kropp, og at han fortsatt tenner på henne, er avgjørende for deres forhold (Dahl 2016). Dahl (ibid) forteller om viktigheten av at partnerne må være tålmodige og fokusere på de psykologiske og sosiale aspektene ved seksuallivet, og at kvinner som har støttende partnere vil ofte oppleve en bedring i seksualiteten og kroppsbildet.

Alle disse fysiske og psykiske konsekvensene av behandlingen, påvirket også forholdet kvinnen har med venner og familie. Kvinnene forteller om følelsen av ensomheten de opplever som gjør at det å åpne seg for menneskene rundt seg oppleves som utfordrende (Giacomoni et al. 2014, Reis et al. 2010, Sekse et al. 2014). På tross av at venner og familie kan oppleves som en stor støtte for disse kvinnene, kan det skape en avstand når de til syvende og sist står alene med den innerste opplevelsen av gjennomgå en slik behandling med konsekvensene som medfølger (Dahl 2016). På grunn av kroppsbildemisnøye, vil også mange kvinner unngå sosiale situasjoner, som også kan ses på som en grunn for et dårligere forhold med nære personer (ibid). For noen av kvinnene skaptet det også en påfallende avstand mellom kvinnen og hennes fertile venner, som følge av at hun hadde mistet sine reproduktive evner (Reis et al. 2010). Det å miste denne evnen kan for mange føre til en følelse av ufullstendighet og verdiløshet, true hennes feminine identitet og svekke relasjoner kvinnen har med menneskene rundt seg;

”You are marked! Yes, marked! I have two marks, one, you have cancer, and the other, you are infertile. It is so difficult to go on living like that. You cannot be among people easily, you hesitate, and you become shy.”

(Reis et al. 2010, s. 144).

5.2.2 Samhandling med helsepersonell

Laursen (2011) sier at det er viktig at sykepleieren tar pasienten på alvor og går i dialog med vedkommende dersom hun tar opp et problem.

Det å gi pasienten informasjon som de opplever er relevant for deres situasjon er en sentral oppgave for helsepersonell (Dahl 2016). Dahl (ibid) sier at det er viktig at helsepersonell bruker dagligspråk, at de gjentar og oppsummerer, ber pasienten gjensvare slik at en er klar over at hun har forstått, oppmuntrer til å stille spørsmål, lytter aktivt, bruker god tid og er ærlig med pasientene.

Joyce Travelbee (2005) sier noe om usikkerheten en pasient kan føle på i samhandling med sykepleiere, og fremhever at pasienten ikke vil komme til å ta opp sensitive temaer dersom hun ikke er sikker på at det vil bli mottatt av sykepleieren. Hun sier videre at dersom sykepleieren ikke viser interesse for pasienten og problemene hun tar opp, vil denne interesse mangelen kommuniseres, og kvinnen vil reagere tilsvarende. Det at pasienten bringer personlige problemstillinger på banen tyder på at pasienten har tillit til sykepleieren, og det er da forventet at sykepleieren tar imot pasienten og behandler henne med respekt. Det kan oppleves som svært ubehagelig og krenkende for pasienten dersom hun ikke blir møtt på sine problemstillinger og spørsmål. Videre kan dette føre til at pasienten brenner inne med viktige tanker, i stedet for å ta det opp med sykepleieren (ibid).

Dette er påstander som bekreftes av kvinner i flere av studiene, som forteller at de var totalt uforberedte for følgene av behandlingen. I studien til Sekse et al. (2011) og Wilmoth et al. (2011) opplever kvinnene å ikke ha blitt møtt på intime spørsmål, noe som resulterte i en følelse av mangel på informasjon. I studien til Sekse et al. (2014) sier en av kvinnene dette om mangelen på dialog rundt seksuelle problemer;

"I felt that there was such a distance between us, the doctor and me. He didn't really say anything, and then I lost courage and didn't say anything either . . . or . . . if I did say something . . . he gave me the shortest possible answer. I just couldn't find the confidence. . . The distance was too great."

(Sekse et al. 2014, s. 1263).

Sykepleieren har plikt til å informere pasienten om hvilke seksuelle problemer som kan oppstå etter at en kvinne er diagnostisert med gynekologisk cancer. Det er viktig at sykepleieren formidler trygghet og respekt, og samtidig gir rom for at pasienten selv kan ta initiativ til å samtale om tanker som opptar henne (Laursen 2011).

I studien til Wilmoth et al. (2011) viste resultatene at kvinnene ønsket at helsepersonellet skulle være initiativtakerne når det kom til samtaler om seksuelle problemer og forventninger. Flere kvinner ønsket at helsepersonellet skulle åpne for dialog rundt temaet, da de opplevde det som ubehagelig å selv måtte ta initiativet (Sekse et al. 2010, Sekse et al. 2014). I tillegg til at kvinnene vegret seg for å ta initiativ som følge av en følelse av å ikke bli møtt, opplevde de at ordinære konsultasjoner ikke ga tid og rom for slike samtaler. De følte på en uforutsigbar setting, og tanken på at det satt flere kvinner i gangen og ventet på tur gjorde at sensitive temaer var vanskelig å snakke om (Sekse et al. 2010).

I én av studiene, som tok for seg helsepersonellens perspektiv på informasjon om seksualitet i pasientsamhandlingen, viste resultatene at det var variasjoner i gradene av informasjon gitt av helsepersonellet.

Enkelte oppga at deres pasienter ikke fikk noe informasjon om temaet seksualitet i forbindelse med behandling for gynekologisk cancer. De fleste oppga derimot at pasientene fikk noe informasjon gjennom behandlingsforløpet, og at enkelte oppfordret pasientene til å ta initiativ til å diskutere temaet dersom de skulle ha behov for det (Vermeer et al. 2014).

Urbaniec et al. (2011) forteller at over halvparten av kvinnene som deltok i studien (N=45) opplevde å ha behov som ikke ble møtt av helsepersonellet, og at de psykologiske plagene kvinnene opplevde ble mer uttalte dersom behovene var mange.

I følge Dahl (2016) har en rekke studier dokumentert helsepersonells uvilje mot å gå i dialog med pasientene om deres seksualliv. Disse påstandene har helsepersonell begrunnet med en frykt for å være for påtrengende eller å være respektløse, mangel på

tid og en overbevisning om at pasientene er for syke eller uinteresserte i seksualitet (ibid).

Dette samsvarer med studien til Vermeer et al. (2014) som blant annet oppgir mangel på tid som begrunnelse på hvorfor temaet ikke tar større plass i pasientsamhandlingen. Deltakerne forteller at de tar enkelte vurderinger av pasienten før de tar opp temaet. Med dette menes vurderinger som alder, type cancer og behandling, seksuell aktivitet, og om pasienten uttrykte ønske om å motta informasjon og veiledning på området (ibid).

Mange av kvinnene opplevde at fokuset på den medisinske behandlingen av canceren var stort, men at dette ikke var nok når det kom til å takle følgene sykdommen medfører, og at et større fokus på informasjon og støtte vil kunne bedre deres mentale tilstand (Sekse et al. 2010).

“These things (guidance and information) are in fact so important that they define whether you feel okay or not afterwards, because you are able to choose a position, and identity – so you don’t float around in uncertainty. This is the time, after cancer, when essential choices are made.”

(Sekse et al. 2010, s. 804).

Eide og Eide (2013) sier noe om pasientenes behov for informasjon og hvordan helsepersonell bør gå fram for å gi pasienten nettopp dette. Informasjonssamtalen, som de kaller den, har tre hovedkomponenter;

1. Å undersøke hva pasienten trenger av informasjon og kunnskap
2. Å skaffe informasjonen, planlegge og identifisere mål, gjerne i dialog
3. Å informere på en god måte, dvs. gjennom dialog og samhandling

Ved å følge disse tre trinnene kan sykepleier tilpasse informasjonen etter hva pasienten selv ønsker å samtale om (Eide og Eide 2013). På denne måten vil informasjonen også kunne tilpasses etter pasientens alder og livssituasjon, da det kan antas at en kvinne på 30 år vil ha andre behov enn en kvinne på 70 år.

Det er sjelden at sykepleier vet nøyaktig hva en pasient har behov for å snakke om, og det er derfor viktig at sykepleier spør pasienten hva hun har behov for å få informasjon om. I noen tilfeller er ikke pasienten selv klar over hva hun trenger å snakke om, og for å få frem dette skjulte behovet for informasjon er det hensiktsmessig å spørre pasienten

hvordan det går, eller hvordan hun opplever sin situasjon for øyeblikket (Eide og Eide 2013).

”I just didn’t know what to ask about! Everything was new to me (...) Maybe I should have asked, but then and there I didn’t know... I see it now ...I didn’t realize that there were questions that needed to be asked!”

(Sekse et al. 2010, s. 804).

I følge Dahl (2016) gir åpne spørsmål pasienten anledning til å komme med synspunkter som oppleves som viktig fra pasientens perspektiv, men som kanskje er mindre relevante ut fra agendaen til sykepleieren. Det er her viktig at sykepleier oppmuntrer pasienten til å formulere mer av det hun kjenner på, og tar kontroll og holder pasienten på temaet til det er tilstrekkelig belyst. For å kunne hjelpe pasienten på best mulig måte er det viktig at sykepleier møter pasienten med respekt og empati, samt gir rom for følelser og fornuft. Dersom en pasient uttrykker en bekymring over noe som sykepleier møter med uhensiktsmessig oppmuntring, ved å peke på lyspunkter som ikke finnes, kan pasientens problemer lett bagatelliseres.

En sykepleier skal være forsiktig med å gi rådgivning og bør heller, på en nøytral måte, presentere aktuelle muligheter for pasienten, slik at hun får adekvat hjelp fra profesjonelle (Dahl 2016).

6.0 Konklusjon

I denne oppgaven ville vi belyse hvordan kvinner i behandling for gynekologisk cancer opplever utfordringer og konsekvenser som følger av behandlingen. Gjennom vårt systematiske litteratursøk har vi innhentet kunnskap fra nyere forskning og pensumlitteratur, og avdekket funn vi mener kan være nyttig for sykepleiere.

Kvinner i behandling for gynekologisk cancer opplever mange utfordringer innenfor ulike aspekter ved livet. Flere av konsekvensene kom overraskende på kvinnene, og de var uforberedt på å kunne håndtere dette. De mest fremtredende utfordringene relateres til kroppslige forandringer som følger av behandling. Pasienter med kreft i kjønnsorgan er blant de med høyest kroppsmisnøye, dette kan medføre både angst og depresjon. Kroppslige forandringer påvirker kvinnenes seksualitet, selvbilde og forhold til sin egen kropp. De føler seg mindre attraktive og har vansker med å forholde seg til kvinnekroppen. Kvinner i fertil alder, som har ønske om å bli gravide opplever infertilitet som en utfordring, noe som var vanskelig å takle for kvinnene.

De kroppslige forandringene medbrakte også psykiske konsekvenser, og påvirket blant annet kvinnenes forhold til partner og andre mennesker. Flere av kvinnene følte seg innesluttet og ensomme, noe som potensielt kunne vært forebygget med støtte fra helsepersonell.

Kvinnenes mentale helse kunne vært bedre i etterkant av behandling dersom de hadde hatt noen å snakke med. Flere av funnene viser at mangelen på informasjon og kommunikasjon fra helsepersonell er stor, dette resulterer i at kvinnene er uforberedt på flere av konsekvensene av behandlingen. De opplever å ikke bli møtt når de tar initiativ til å samtale om seksualitet med helsepersonell. Kvinnene vegrer seg på å samtale om temaet av ulike grunner, deriblant mangel på tid, beskjedenhet og stort medisinsk fokus. Helsepersonell på sin side, oppgir å ha samtalt om teamet, men vurdert pasientens behov. Det kan være vanskelig å vurdere pasientens behov for informasjon, da dette er svært individuelt. Flere pasienter ønsker også at helsepersonell tar initiativ til å samtale.

Sykepleieren må bruke tiden de har med pasienten før de utskrives på å forberede dem på tiden etterpå. Sykepleiere bør gå i dialog med pasienten for å undersøke pasientens behov for informasjon og kunnskap. Deretter bør de innhente denne informasjonen og

kunnskapen, for så å informere pasienten gjennom en dialog. Åpne spørsmål gir rom for at pasienten får komme med synspunkter, som for seg oppleves viktig. Sykepleieren må vise interesse for pasienten, da dette kan bidra til at pasienten føler seg trygg og bringer personlige problemstillinger på banen. Pasienten må få rom til å dele sine følelser og opplevelser med sykepleier, uten at det avfeies av sykepleieren. Dette innebærer at sykepleieren må møte pasienten med åpenhet og respekt. Sykepleiere kan også ha behov for større kunnskap om konsekvenser av behandling for gynekologisk cancer, med dette kan de bli mer komfortable på å samtale om teamet.

Med dette kan vi konkludere med at kvinner i behandling for gynekologisk cancer opplever utfordringer som påvirker fysiske- og psykiske aspekter. De føler seg alene gjennom flere av disse utfordringene, på grunn av manglende kommunikasjon og informasjon fra helsepersonell. Dette viser potensiale for forbedring av kreftomsorgen til disse pasientene, med fokus på kommunikasjon og informasjon på intime områder.

7.0 Litteraturliste

- Bertelsen, B., Hornslien, K., Thoresen, L. (2012) Svulster. I: Ørn, S., Mjell, J., Bach-Gansmo, E. (red.) *Sykdom og behandling*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dahl, A. A. (2016) *Kreftsykdom – Psykologiske og sosiale perspektiver*. 1. utg. Oslo: CAPPELEN DAMM AS
- De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene. (2014) *Generelle forskningsetisk retningslinjer*. Tilgjengelig fra:
<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/> (Hentet: 02.05.2016)
- Eide, H., Eide, T. (2013) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Forsberg, C., Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. 3. utg. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur
- Giacomini, C., Venturini, E., Hoarau, H., Guyon, F., Conri, V. (2014). 'How women with gynaecological cancer deal with treatment: Issues of visibility and invisibility', *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 42, s. 795-799.
- Hill, E.K., Sandbo, S., Abramsohn, E., Makelarski, J., Wroblewski, K., Wenrich, E.R., McCoy, S., Temkin, S.M., Yamada, S.D., Lindau, S.T. (2011). 'Assessing Gynecologic and Breast Cancer Survivors' Sexual Health Care Needs', *American Cancer Society*, 117, s. 2643-2651.
- Jerpseth, H. (2013) Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I: Almås, H., Stubberud, D-G., Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 2*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Kraftig nedgang blant unge som tester seg.* (2015) Tilgjengelig fra:
<https://kreftforeningen.no/aktuelt/siste-nyheter/kraftig-nedgang-blant-unge-som-tester-seg/> (Hentet 25.04.2016)
- Kreftregisteret (2015) *Kreftstatistikk*. Tilgjengelig fra:
<http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk> (Hentet 12.03.2016)
- Kristensen, G.B, Kærn, J. og Tropé, C (2013) *Gynekologisk kreft*. Tilgjengelig fra:
<http://oncolex.no/GYN> (Hentet: 06.05.2016)
- Kristoff, A. (2012) Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. I: Ørn, S., Mjell, J., Bach-Gansmo, E. (red.) *Sykdom og behandling*. 1. utg.
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Norsk Senter for Forskningsdata (2016) *Publiseringskanaler*. Tilgjengelig fra:
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Hentet: 02.05.2016)
- Reis, N., Beji, N.K., Coskun, A. (2010). 'Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: Results for quantitative and qualitative data', *European Journal of Oncology Nursing*, 14, s. 137-146.
- Sekse, R.J.T., Raaheim, M., Blaaka, G., Gjengedal, E. (2010). 'Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, s. 799-807.
- Sekse, R.J.T., Gjengedal, E., Råheim, M. (2011). 'Living in a Changed Female Body After Gynecological Cancer', *Health Care for Women International*, 34, s. 14-33.
- Sekse, R.J.T., Råheim, M., Gjengedal, E. (2014). 'Shyness and Openness – Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer', *Health Care for Women International*, 36, s. 1255-1269.

- Travelbee, J. (2005) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1. utg.
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Urbaniec, O.A., Collins, K., Denson, L.A., Whitford, H.S. (2011). 'Gynecological Cancer Survivors: Assessment of Psychological Distress and Unmet Supportive Care Needs', *Journal of Psychosocial Oncology*, 29, s. 534-551.
- Vermeer, W.M., Bakker, R.M., Stiggelbout, A.M., Creutzberg, C.L., Kenter, G.G., Kuile, M.M. (2014). 'Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance', *Support Care Cancer*, 23, s. 831-839.
- Wilmoth, M.C., Hatmaker-Flanigan, E., LaLoggia, V., Nixon, T. (2011). 'Ovarian Cancer Survivors: Qualitative Analysis of the Symptom of Sexuality', *Oncology Nursing Forum*, 38 (6), s. 699-708.

8.0 Vedlegg

8.1 Litteraturmatriser

Artikkel nr 1:

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål	Nøkkel-begrep/ keywords	Metode	Sentrale funn/diskusjon/konklusjon	Relevans for min oppgave
Sekse, R.J.T., Råheim, M. Og Gjengedal, E. (2015). "Shyness and Openness – Common Ground for Dialogue Between Health Personnell and Women About	I denne artikkelen utforskes beskjedenhets og åpenhet relatert til seksualitet og intimitet blant langsiktig overlevende av gynekologisk cancer, og hvordan kvinnene opplevde dialog med helsepersonell om disse problemene.		16 langsiktig overlevende av gynekologisk cancer (>5 år) ble rekruttert fra en poliklinikk ved et universitetssykehus i Norge. Inklusjonskriterier var: kvinner behandlet for ulike typer gynekologisk cancer 5 år tidligere, ingen tilbakefall eller metastaser etter endt behandling, alder mellom 30 og 70 år.	Gynekologisk cancer medfører store forandringer i kvinnekroppen, dette har dype konsekvenser for seksualliv og intimitet. Til tross for at kvinnene hadde et stort behov for informasjon og forståelse for forandringer i	Artikkelen har relevans for vår oppgave fordi den beskriver kvinnenes subjektive opplevelse av konsekvensene som medfølger behandling av gynekologisk cancer. Artikkelen sier også noe om

<p>Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer”. <i>Health Care for Women International</i>, 36:1255-1269.</p>	<p>Hensikten med studien var å gå dypere inn i hvordan kvinnene beskrev sin innsats i å finne måter å håndtere forandringer knyttet til seksualitet og intimitet, og hvordan dialog om dette problemet foregikk sammen med helsepersonell, sett i lys av Dansk livsfilosofi og begrepet ”unified opposites”.</p>		<p>32 kvinner ble invitert til å delta hvorav 16 ønsket å delta. Det ble gjennomført to dybdeintervju av hver informant 5 og 6 år etter at kvinnene ble erklært frisk og langsiktig overlevende. Studien ble godkjent hos Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, og registrert hos Norsk senter for forskningsdata. Intervjuene ble tatt opp på bånd og deretter transkribert. En sammensatt historie med foreløpige temaer og undertemaer ble skrevet ned for hver informant. Deretter ble det gjennomgått for å finne felles temaer.</p>	<p>kroppen, ble disse problemene mer eller mindre forbigått i stillhet. Dersom disse problemene skal komme til overflaten, kan ikke helsepersonell være beskjeden, de bør derimot være åpen for dette, og dermed sørge for at kvinnene blir ivaretatt på en holistisk måte.</p>	<p>behovet for god kommunikasjon, informasjon og veiledning fra helsepersonell, og hvorfor dette er viktig for disse kvinnene.</p>
--	--	--	---	---	--

Artikkel nr 2:

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål	Nøkkel-begrep/ keywords	Metode	Sentrale funn/diskusjon/konklusjon	Relevans for min oppgave
Sekse, R.J.T., Råheim, M. Og Gjengedal, E. (2013). "Living in a Changed Female Body After Gynecological Cancer". <i>Health Care for Women International</i> , 34:14-33.	I denne artikkelen utdypes det om hvordan det er å leve i en kvinnelig kropp 5 til 6 år etter gjennomgått behandling for gynekologisk cancer. Hensikten med denne studien var å gå dypere inn i opplevelsen blant langtidsoverlevende (>5år) kvinner som har gjennomgått behandling for	Gynecologic cancer, Quality of life, Well-being, Female sexuality, Sexuality assessment	16 langsiktig overlevende av gynekologisk cancer (>5 år) ble rekruttert fra en poliklinikk ved et universitetssykehus i Norge. Inklusjonskriterier var: kvinner behandlet for ulike typer gynekologisk cancer 5 år tidligere, ingen tilbakefall eller metastaser etter endt behandling, alder mellom 30 og 70 år. 32 kvinner ble invitert til å delta hvorav 16 ønsket å delta. Det ble gjennomført to dybdeintervju av hver informant 5 og 6 år	Kvinnene opplevde at kroppen som tidligere var kjent og forutsigbar, plutselig var ukjent og uforutsigbar. Kroppen følte fremmed, de opplevde en følelse av tomhet, forandringer i regulering av kroppstemperatur, forandringer i sexliv, samt en sårbar og uforutsigbar kropp, dette var svært krevende utfordringer	Artikkelen har relevans for vår oppgave fordi den gir en subjektiv beskrivelse av kvinnenes opplevelse av kvinnekroppen etter gjennomgått behandling for gynekologisk cancer. Kvinnene gir også uttrykk for mangel på informasjon.

	gynekologisk cancer.		<p>etter at kvinnene ble erklært frisk og langsiktig overlevende. Studien ble godkjent hos Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, og registrert hos Norsk senter for forskningsdata.</p> <p>Intervjuene ble tatt opp på bånd og deretter transkribert.</p> <p>Det ble brukt en innholdsanalyse for å analysere funnene i studien.</p>	<p>for kvinnene.</p> <p>Kvinnene opplevde å ikke være forberedt på disse forandringene og hadde vanskelig for å stille spørsmål til helsepersonell, dette viser et behov for informasjon og veiledning underveis i behandlingsprosessen.</p>	
--	----------------------	--	--	--	--

Artikkel nr 3:

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål	Nøkkel-begrep/ keywords	Metode	Sentrale funn/diskusjon/konklusjon	Relevans for min oppgave
<p>Reis, N., Beji, N.K. og Coskun, A. (2010)</p> <p>”Quality of life and sexual functioning in gynecologic cancer patients: Results from quantitative and qualitative data”. <i>European Journal of Oncology Nursing</i>. 14: 137-</p>	<p>Hensikten med denne studien er å kartlegge nivået av livskvalitet blant kvinner som har overlevd gynekologisk cancer, samt identifisere problemer som påvirker deres livskvalitet, seksuell helse og seksuell funksjon.</p>	<p>Gynecologic cancer, Quality of life, Well-being, Female sexuality, Sexuality assessment</p>	<p>Det ble brukt et prevalensdesign for å finne informasjon om livskvalitet og seksuell funksjon ved hjelp av både kvantitative data og kvalitative intervju. Studien ble gjennomført ved Gynecological Clinics of Istanbul University. 100 kvinner over 39 år ble intervjuet, av disse ble 30</p>	<p>Resultat fra kvantitative data:</p> <p>Det kom frem at livskvaliteten og psykisk velvære var moderat lav, mens fysisk velvære var moderat høyt. Kvinnene opplevde utmattelse, menstruasjonsforstyrrelser, infertilitet, frykt for metastaser og tilbakefall samt stress relatert til diagnostisering og behandling. Det kom også frem en signifikant forskjell mellom type gynekologisk cancer, forskjellen i stadium ved diagnosetidspunkt var derimot ikke-signifikant.</p>	<p>Artikkelen har relevans for vår oppgave fordi den gir et bilde av opplevelsen til kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk cancer. Studien identifiserer tydelig problemer knyttet til identitet, seksualitet og livskvalitet blant disse pasientene.</p>

146			<p>tilfeldige utvalgt til å utføre et dybdeintervju om problemer relatert til seksuell funksjon og –helse.</p> <p>Kvalitative data ble innhentet ved hjelp av to forskjellige spørreskjemaer (Sample characteristics questionnaire og The Quality of Life-Cancer Survivors).</p> <p>Kvalitative data ble innhentet gjennom semi-strukturerte ansikt til ansikt</p>	<p>Resultat fra kvalitative data:</p> <p>Det kom frem at fire viktige komponenter ved seksuell helse påvirkes i negativ retning, dette innebærer kroppsbilde, kjønnsrolle, seksuell funksjon og mulighet for reproduksjon, dette medfører en rekke problemer for kvinnen.</p> <p>Mange av kvinnene i studien håndterer disse problemene på egenhånd. Det er tydelig et behov for forberedelser, undervisning/informasjon og støtte knyttet til livskvalitet og seksuell helse/funksjon fra helsepersonell til gynekologisk cancer pasienter.</p>	
-----	--	--	--	---	--

			intervju, det ble tatt opptak og notater underveis i intervjuene.		
--	--	--	---	--	--

Artikkel nr 4:

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
Wilmoth, M.C., Hatmaker- Flanigan, E., LaLoggia V., Nixon, T. (2011). “Ovarian Cancer Survivors: Qualitative Analysis of the Symptom of	Studiens hensikt var å bedre forstå behandlingsinduserte forandringer i pasientenes seksualitet, fra deres perspektiv, samt å lære hvordan kvinnene takler disse forandringene.		Åtte kvinner i alderen 33-69 som var under behandling for ovarialcancer ble intervjuet. Fem kvinner i alderen 40-75 deltok i en fokusgruppe, slik	Kvinnene oppga, uansett alder, at behandlingen for ovarialcancer hadde skadelige følger for deres seksualitet, og at det gjorde at de ikke lenger følte seg ”hele”. Mekaniske forandringer grunnet kirurgi, sammen med hormonelle forandringer, forsterket følelsene og	På tross av at enkelte kvinner i studien overstiger alderen i forhold til aldersgruppen vi ønsker å fokusere på, og at studien tar for seg kvinner som på dette tidspunktet er cancerfrie, opplever vi at denne forskningsartikkelen er

<p>Sexuality". <i>Oncology Nursing Forum</i>, Vol 38. No. 6: pp 699-708.</p>	<p>Studien foregikk på en gynekologisk klinikk i det sør-østlige USA.</p>		<p>at både individuelle intervjuer og fokusgrupper ble gjennomført. Innholdsanalyse ble brukt for å identifisere temaer som beskrev kvinnenenes opplevelse av de seksuelle forandringene de hadde. Dette ga dem en rik beskrivelse av kvinnenenes opplevelser.</p>	<p>dimensjonen av symptomopplevelsene. Fysiologiske, psykologiske og sosiale faktorer forsterket også symptomopplevelsen. Artikkelen konkluderer med at det, uansett alder på kvinnene, vil være ødeleggende for seksualiteten å få en slik cancerdiagnose og behandlingen som medfølger.</p>	<p>relevant. Studien viser at kvinnene har samme opplevelse av negative følger i forhold til sin seksualitet uansett alder, 33-75, og konklusjonen blir derfor den samme i denne aldersgruppen. I vår oppgave ønsker vi å legge vekt på hvilke følger en slik cancerdiagnose, samt behandling, har for kvinner. Denne forskningen viser at kvinnene blir påvirket både fysiologisk, psykologisk og sosialt.</p>
---	---	--	--	---	---

Artikkel nr 5:

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
Hill, E.K., Sandbo, S., Abrahamsohn, E., Makelarski, J., Wroblewski, K., Wenrich, E.R., McCoy, S., Temkin, S.M., Yamada, S.D., Lindau, S.T. (2010). "Assessing Gynecologic and Breast Cancer Survivors' Sexual Health Care Needs".	Målet med denne studien var å identifisere interessen for å motta hjelp for seksuale problemer for kvinner behandlet for gynekologisk cancer og cancer mammae.	Gynecologic neoplasms, breast neoplasms, sexuality, sexual dysfunction psychological, sexually dysfunction physiologic, needs assessment, quality of life.	Spørreundersøkelser og datasamling ble utført og innhentet fra juni 2008 til mars 2009. Disse ble samlet inn fra 261 gynekologiske – og brystkreftpasienter. Dette gjaldt yngre kvinner i alderen 18-47 år og eldre kvinner over 65 år. Gjennomsnittsalderen på kvinnene var 55 år. Data og resultater fra	Resultatene viste at kun 7 % av kvinnene nylig hadde søkt medisinsk hjelp for seksuelle problemer, men 41,6 % var interessert i å motta hjelp. Mer enn 30 % svarte at det ville være sannsynlig at de oppsøkte en lege for å adressere seksuelle forhold, og 35 % av alle kvinnene var villige til å bli kontaktet dersom et formelt program ble tilbudt. Sammenlignet med de eldre kvinnene over 65, var de yngre kvinnene mer interessert i å motta hjelp i forbindelse med seksuelle problemer.	I vår oppgave er vi opptatte av pasientenes opplevelse av det å gjennomgå fysiske, psykiske og psykososiale forandringer når det kommer til behandling av gynekologisk cancer. Den er relevant for vår oppgave, fordi vi gjennom denne studien, på tross av at dette er kvinner som under denne perioden var cancerfrie, får vi en

<p><i>American Cancer Society</i>, June 2011, pp 2643-2651.</p>			<p>de ulike kvinnene ble samlet inn og sammenlignet i forbindelse med aldersforskjell.</p>	<p>Sammenlignet med kvinner som for øyeblikket var under behandling, var det mer sannsynlig at kvinner som var ferdigbehandlet for mer enn 12 måneder siden ønsket å motta hjelp.</p> <p>Studien konkluderer med at mer enn 40 % av kvinnene var interesserte i å motta hjelp for sine seksuelle problemer, men få har oppsøkt slik støtte på egenhånd. Resultatene viser at kvinnene har et behov som ikke blir møtt.</p>	<p>oversikt over andelen kvinner som opplever at de har behov for hjelp i forbindelse med seksuelle problemer i etterkant av cancerbehandling, og at dette er et utbredt problem blant disse kvinnene.</p>
---	--	--	--	--	--

Artikkel nr 6:

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål	Nøkkel-begrep/ keywords	Metode	Sentrale funn/diskusjon/konklusjon	Relevans for min oppgave
Giacomoni, C., Venturini, E., Hoarau, H., Guyon, F., Conri, V. (2014). "How women with gynaecological cancer deal with treatment: Issues of visibility and invisibility".	Denne studien tar sikte på å vurdere problemstillinger knyttet til hvilken effekt gynekologisk cancer har på en kvinnes kropp og hennes seksualitet. Denne typen kreft, gjennom sine symptomer og dens behandling, påvirker kroppen både internt og eksternt, og det er	Gynaecological cancer, Treatments, Relationship, Sexuality.	Primære resultater ble samlet inn gjennom observasjon av medisinske gynekologiske konsultasjoner på to klinikker: et regionalt kreftbehandlingssenter og et offentlig sykehus. I tillegg ble tretti pasienter fulgt opp gjennom hele behandlingsforløpet,	Forskningen forteller oss at når en kvinne er under behandling for gynekologisk cancer, vil det vise seg problemer som er både fysiske, psykiske, synlige og usynlige, objektive og subjektive. Opplevelsen av gynekologisk cancer avslører kompleksitet og subjektive representasjoner av sykdommen og dens behandling, samt kropp, femininitet og beskjedenheter. Sykdommen forstyrrer	Denne artikkelen har relevans for vår oppgave fordi den gir oss en beskrivelse av hvilke konsekvenser kvinnene opplever som følger av behandlingen, og hvordan disse konsekvensene påvirker dem. Videre gir artikkelen også

<p><i>Gynécologic Obstétrique & Fertilité</i>, 42, pp. 795 – 799.</p>	<p>en spesiell problematikk som angår både det synlige og det usynlige, og det estetiske og psykiske.</p>		<p>fra diagnosetidspunktet til behandlingsslutt. Disse 30 kvinnene ble intervjuet gjennom forløpet. Det første intervjuet foregikk før behandlingsstart, det andre ble utført tre måneder etter den første behandlingen, og det siste tre måneder etter endt behandling. Intervjuene ble utført av antropologer i kvinnenens hjem, eller av psykolog på sykehuset. Gjennom psykologen fikk</p>	<p>forholdet en kvinne har med verden og forverrer prosesser som bidrar til ”å være feminin”. Opplevelsen av disse nye følelsene gir ofte ødeleggende endringer i seksualitet, med en særlig frykt for penetrasjon. Som sådan blir seksualiteten et grensesnitt mellom kvinnen og resten av verden. Som en konklusjon forteller artikkelen oss at kirurgiske inngrep ikke bare kan føre til fysiske forandringer og arr, men også påvirke deres kroppsbilde og seksuell identitet, og at det er viktig at dette blir adressert av</p>	<p>uttrykk for viktigheten av at problemer adresseres av helsepersonell.</p>
---	---	--	--	---	--

			også kvinnene mulighet til å svare på et spørreskjema om seksuell aktivitet for å vurdere pasientens seksualitet og seksuelle relasjoner.	helsearbeiderne som er i kontakt med disse kvinnene.	
--	--	--	---	--	--

Artikkel nr 7:

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
Sekse, R.J.T, Raaheim, M., Blaaka, G. Og Gjengedal, E (2010). "Life beyond cancer: women's	Hensikten med denne studien var å få en dypere forståelse av opplevde erfaringer blant langtidsoverlevende med gynekologisk	Long-term survivors, Gynaecological cancer, Follow-up, Lived experience,	En kvalitativ metode ble brukt, basert på 32 dybdeintervju med 16 forskjellige informanter i alderen 39-66 år.	Kvinnene i studien opplevde livsforandringer på flere nivå som følger av å ha gjennomgått gynekologisk cancer, dette opplevdes å være utfordrende. I studien kommer det frem at overlevelse av gynekologisk	Artikkelen er relevant for vår oppgave fordi den gir en dypere forståelse av kvinnes opplevelse av tiden etter gjennomgått behandling for gynekologisk cancer

<p>experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer” <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>; 24; s.799-807</p>	<p>cancer og hvordan de opplevde kreftomsorgen.</p>	<p>Cancer care</p>	<p>Informantene ble innhentet fra et norsk univeristetssykehus. Det første intervjuet fant sted 5 år etter endt behandling, og det neste et år etterpå. Studien har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Dette innebærer å fremheve dypere mening av fenomen i livet.</p>	<p>cancer fører til store livsendringer, til tross for at man er erklært frisk, og at sykdommen også påvirker kvinnene videre i livet, blant annet ved frykt for tilbakefall. Kvinnene ga også uttrykk for behov som ikke ble møtt av helsepersonell som påvirket livet deres i stor grad. Kvinnene oppga å ha gjennomgått en overveldende erfaring hvor de følte seg alene, både fysisk og psykososielt. I studien kom det frem et tydelig behov for forbedret omsorg, gjennom å rette oppmerksomhet mot psykosiale aspekt, informasjon og veiledning angående kroppslige forandringer og forventede komplikasjoner.</p>	<p>og hva kvinnene savnet fra helsepersonell i behandlingsforløpet.</p>
---	---	--------------------	---	---	---

Artikkel nr 8:

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
Collins, K., Denson, L.A., Urbaniec O.A. og Withford, H. S. (2011). ”Gynecological Cancer Survivors: Assessment of Psychological Distress and Unmet Supportive Care Needs”. <i>Journal of Psychosocial Oncology</i> , 29:534-551.	Hensikten med denne studien var å belyse psykososiale behov blant gynekologisk cancer overlevende	Cancer Oncology Gynecology Fear of recurrence Supportive care needs survivor	Data ble samlet ved hjelp av et tverrsnittdesign. Deltagere ble innhentet fra gynekologiske kreftklinikker og databasen ved Royal Adelaide Hospital Cancer Centre, South Australia. Inklusjonskriterier var at deltagerne hadde fått en gynekologisk kreftdiagnose for	55,6% av deltagerne rapporterte å ha minst ett umøtt behov. Det kom også frem en sammenheng mellom umøtte behov og angst, depresjon og posttraumatisk stresslidelse. Optimisme og livskvalitet var negativt påvirket av umøtte behov. Graden av udekkede behov ble funnet å være sterkt assosiert med psykisk velvære. Studien fant også at jo mer optimistisk deltagerne var, jo mindre var graden av udekkede behov. En fjerdedel av deltagerne hadde et behov som ikke ble møtt når det kom til kunnskap.	Studien har relevans for vår oppgave fordi den beviser viktigheten av at sykepleier møter pasientens behov. Studien sier også noe om konsekvensene av å ikke møte pasienter på deres behov. Disse inkluderer blant annet en negativ effekt på pasientens psykiske velvære. Videre sier også studien noe om mangelen på kunnskap blant pasientene. Studien viser et behov

			<p>minst ett år siden, hadde fullført primærbehandling, var over 18 år og snakket og skrev flytende engelsk. Eksklusjonskriterier var psykisk sykdom og intellektuell svekkelse, pasienter som mottok palliativ pleie, eller hadde tilbakefall. Totalt 45 deltagere ble inkludert i studien. De besvarte 7 spørreskjemaer. Data ble analysert ved hjelp av SPSS versjon 17.0.</p>		<p>for forbedring når det kommer til å møte pasientens behov.</p>
--	--	--	---	--	---

Artikkel nr 9:

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for min oppgave?
Bakker, R.M., Creutzberg C.L., Kenter, G.G., Kuile, M.M., Stiggelbout, A.M. og Vermeer, W.M. (2014). "Psychosexual support for gynecological cancer survivors: professionals' current practices and need for assistance".	Hensikten med studien var å kartlegge (1) helsepersonells nåværende praksis for psykoseksuel støtte (2) barrierer for å utøve psykoseksuel støtte og (3)helsepersonells behov for veiledning og assistanse.	Female sexual dysfunction Gynecological cancer Psycosexual support Qualitative analysis	Det ble gjennomført semi- strukturerte intervju med 30 deltagere. Dette inkluderte gynekologiske onkologer, stråleterapeuter og kreftsykepleiere spesialisert på gynekologi. Disse ble innhentet fra 9 forskjellige Nederlandske senter for gynekologisk	Majoriteten av deltagerne oppga å ha diskutert seksualitet minst en gang med hver pasient. En viktig faktor for å diskutere seksualitet var å forsikre pasientene om at det er normalt å ha bekymringer ift seksualitet samt gi dem muligheten til å diskutere dette. Det kom frem i studien at årsaker til redusert psykoseksuel støtte var tidspress samt beskjedenhet relatert til temaet. Dette la grunnlag for at helsepersonell har behov or veiledning og assistanse, større og bedre tilgang på	Dette har relevans for vår oppgave fordi artikkelen sier noe om nåværende praksis for psykoseksuel støtte, samt behovet for forbedring.

<p><i>Support Care Cancer. 23:831- 839.</i></p>			<p>cancer. 22 intervju ble gjennomført ansikt til ansikt, og åtte ble gjennomført over telefon på grunn av praktiske årsaker. Alle intervju ble tatt opp på lydbånd og transkribert. Deltagerne gjennomførte også en kort spørreundersøkelse.</p>	<p>pasientinformasjon samt inkludere dette i kreftomsorgen.</p>	
---	--	--	---	---	--

8.2 Søkehistorikk

Dato	Database	Søkeord	Begrensninger	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
16.03.2016	PubMed	Ovarian cancer AND sexuality		196			
			2011-2016 + "free full text"	15			
		AND symptom		3	2	2	<i>"Ovarian cancer survivors: qualitative analysis of the symptom of sexuality"</i> .

Dato	Database	Søkeord	Begrensninger	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
16.03.2016	PubMed	Gynecologic cancer AND sexual health		582			
		AND needs	2011-2016 + "free full text"	6	3	1	<i>"Assessing gynecologic and breast cancer survivors' sexual health care needs".</i>

Dato	Database	Søkeord	Begrensninger	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
25.04.2016	SCOPUS	Gynecological cancer AND treatment AND sexuality		77			
			2011-present + France + Netherlands	4	2	1	<i>"How women with gynaecological cancer deal with treatment: Issues of visibility and invisibility"</i> .

Dato	Database	Søkeord	Begrensninger	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
	SCOPUS	Gynecological cancer AND treatment AND sexuality	Publisert år 2010-2016	88			
			Nursing	12	7	2	<i>"Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: Results from quantitative and qualitative data"</i> .

Dato	Database	Søkeord	Begrensninger	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
	Pubmed	Gynecological cancer AND need AND sexual dysfunction	2010-2016	12	6	3	<i>"Psychosexual support for gynecological cancer survivors: Professionals' current practices and need for assistance"</i> .

Dato	Database	Søkeord	Begrensninger	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
	CINAHL	Gynecological cancer and intimacy		17			
			2010-2016, english	9	3	1	<i>"Shyness and Openness – Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer"</i> .

Dato	Database	Søkeord	Begrensninger	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
	CINAHL	Genital neoplasms AND body image	2010-2016	19			
			English	16	7	3	<i>"Living in a Changed Female Body After Gynecological Cancer"</i> .

Dato	Database	Søkeord	Begrensninger	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
	SCOPUS	Gynecological cancer AND psychological AND care	Publisert år 2010-2016	115			
			Article, vestlige land	33			
			Keywords: Gynecological cancer, genital neoplasms	18	8	3	<i>"Gynecological cancer Survivors: Assesement of Psychological Distress and unmet Supportive Care Needs".</i>

Dato	Database	Søkeord	Begrensninger	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
	CINAHL	Gynecological cancer AND information	Publisert år 2010-2016	24			
			English, vestlige land, kvinner	15	5	3	”Life beyond cancer: Women’s experiences 5 years after treatment for gynecological cancer”