



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Bacheloroppgave

SY301813 - Sykepleie VI

Seksualitet og livskvalitet etter livmorhalskreft

Sexuality and quality of life after cervical cancer

10122 og 10098

Veileder: Sven Inge Molnes

Totalt antall sider inkludert forside: 52

Antall ord: 8512

Innlevert Ålesund, 22.05.17

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

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: 22.05.17

Sammendrag

Bakgrunn: Livmorhalskreft er den krefttypen som rammer flest kvinner under 35 år på verdensbasis. I 2015 ble 370 kvinner i Norge rammet av livmorhalskreft og 79 kvinner døde av sykdommen.

Hensikt: Hensikten med studien var å belyse kvinners erfaringer rundt seksualitet og livskvalitet etter behandling av livmorhalskreft. Ved å fremheve pasientens erfaringer, er det ønskelig å gi sykepleier en bedre innsikt og forståelse for hvordan kvinnene opplever komplikasjonene i ettertid, samt finne ut av hvordan vi kan hjelpe de på best mulig måte til en god seksualitet og livskvalitet.

Metode: En systematisk litteraturstudie basert på fem kvalitative og tre kvantitative forskningsartikler. Evans innholdsanalyse ble benyttet for å analysere artiklene og kategorisere relevante funn.

Resultat: Strålebehandling viste seg å føre med seg mest komplikasjoner for kvinnene. En rekke urogenitale og gastrointestinale komplikasjoner, samt psykiske, sosiale og seksuelle problemer ble rapportert i studiene. De fleste rapporterte negativ påvirkning på seksualitet og livskvalitet. Noen opplevde likevel en ny verdsettelse av livet, og dermed økt grad av livskvalitet.

Konklusjon: Gjennom litteraturstudien viste det seg at kvinnene opplevde en rekke ulike psykiske, fysiske, sosiale og seksuelle komplikasjoner, og at alle dimensjonene påvirket hverandre. Erfaringene var individuelle og graden av påvirket livskvalitet var forskjellig. Livmorhalskreft er for mange tabu og knyttet til skam. Som sykepleier er det derfor viktig å ta opp slike vanskelige temaer, for å kunne hjelpe kvinnene og deres pårørende i situasjonen.

Abstract

Background: Cervical cancer is the most common type of cancer that affects women under the age of 35 around the globe. In 2015 370 women were affected by cervical cancer and 79 women died of the disease.

Aim: The purpose of the study was to illuminate women's experiences regarding sexuality and life quality after being treated for cervical cancer. By emphasizing the patients experience, we wish to give nurses better insight and understanding of how women experience complications afterwards, as well as how we can help them out in the best possible manner to improve their sexuality and life quality.

Method: A systematic literature study based on five qualitative and three quantitative research articles. Evans content analysis was applied to analyze the articles and categorize relevant findings.

Results: Radiotherapy was found to cause the most complications for the women. A number of genitourinary and gastrointestinal complications, as well as psychological, social and sexual difficulties was reported in the studies. Most reported about negative affects on sexuality and life quality. Still, some acquired a new appreciation of life, thereby resulting in an increased life quality.

Conclusions: Through the literature study it was found that the women experienced a number of different psychological, physical, social and sexual complications, and that all dimensions influenced each other. Experiences was individual and the degree of which the life quality was affected differed. Cervical cancer is for many a taboo, and connected with shame. As a nurse it is therefore important to bring up such difficult subjects, to help the women and their relatives in the situation.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Studiens hensikt	1
1.3 Problemstilling	1
1.4 Sentrale begrep	2
1.5 Avgrensninger i oppgaven	2
1.6 Litteraturstudiets oppbygging	2
2.0 Teoribakgrunn	3
2.1 Livmorhalskreft	3
2.2 Seksualitet	4
2.3 Livskvalitet	5
3.0 Metodebeskrivelse	7
3.1 Datainnsamling	7
3.2 Inklusjons- og Eksklusjonskriterier	7
3.3 Søkeprosessen	8
3.4 Kvalitetsvurdering	8
3.5 Ethiske vurderinger	9
3.6 Analyse	9
4.0 Resultat	11
4.1 Behandlingens innvirkning på det fysiske	11
4.2 Behandlingens innvirkning på det psykososiale	12
4.3 Behandlingens innvirkning på seksualiteten	14
5.0 Diskusjon	17
5.1 Metodediskusjon	17
5.2 Resultatdiskusjon	18
5.2.1 Livskvalitet – fysiske og psykososiale faktorer	18
5.2.2 Seksualitet	22
5.3 Konklusjon	25
5.3.1 Forslag til videre forskning	26
Litteraturliste	27
Vedlegg 1 - PIO-skjema	
Vedlegg 2 - Søkehistorikk	
Vedlegg 3 - Analysetabell	
Vedlegg 4 - Litteraturlister	

1.0 Innledning

I denne delen presenteres bakgrunn for valg av tema, studiens hensikt og problemstilling. Sentrale begreper i problemstillingen avklares kort og avgrensningene i studien beskrives kort. Avslutningsvis gis det en beskrivelse over studiens videre oppbygning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Livmorhalskreft er den krefttypen som rammer flest kvinner under 35 år på verdensbasis. I 2015 ble 370 kvinner i Norge rammet av livmorhalskreft og 79 kvinner døde. Denne krefttypen rammer oftest kvinner i 30- og 40-årsalderen (Kreftregisteret, u.d.). I Norge behandles rundt 3 000 kvinner årlig for celleforandringer eller forstadier til kreft i livmorhalsen (Tellugen, Livmorhalskreft, 2017). Både #sjekkdeg-kampanjen og HPV-vaksinen har bidratt til at det har blitt et økt fokus på livmorhalskreft den siste tiden (Kreftforeningen, 2016). Etter kreftbehandling opplever kvinnene at livet endrer seg mentalt så vel som fysisk (Helsenorge, 2017). Det oppleves i stor grad at den seksuelle helsen blir påvirket i negativ retning på grunn av kreftsykdom og behandling, noe som kan true kvinnenes identitet og livskvalitet (Borg, 2010).

1.2 Studiens hensikt

Studiens hensikt er å finne ut hvordan seksualiteten og livskvaliteten blir påvirket av behandlingen som livmorhalskreframmede kvinner gjennomgår. Gjennom oppgaven er det ønskelig å belyse hva kvinnene har erfart i etterkant av behandlingen, og oppgaven vil derfor ha et pasientperspektiv. Senere i oppgaven vil sykepleiekonsekvensen i møte med disse kvinnene beskrives. Ved å belyse dette temaet, vil vi som fremtidige sykepleiere få økt forståelse og kunnskap, noe som en vil kunne dra nytte av i møte med disse pasientene.

1.3 Problemstilling

Hvordan erfarer kvinner rammet av livmorhalskreft seksualitet og livskvalitet etter behandling?

1.4 Sentrale begrep

Her presenteres en kort forklaring på begrepene brukt i problemstillingen.

Livmorhalskreft

Livmorhalskreft er kreft som vanligvis oppstår i overgangssonen rundt mormunnåpningen og som går over til livmorhalskanalen (Jerpseth, 2013).

Seksualitet

Seksualitet er alltid et aspekt ved mellommenneskelige relasjoner, da det er en integrert del av menneskets personlighet og identitet (Laursen, 2011).

Livskvalitet

Livskvalitet knyttes til individets opplevelser, som vil si indre tilstander. Livskvalitet knyttes også opp til verdier, til nærvær av positive og fravær av negative opplevelser (Næss mfl. 2001).

1.5 Avgrensninger i oppgaven

Kvinnene i oppgaven skal være over 18 år og erfaringene skal være basert på tiden etter behandling av livmorhalskreft. Studien skal dermed ha et pasientperspektiv.

1.6 Litteraturstudiets oppbygging

I neste kapittel presenteres relevant teori som kan belyse problemstillingen. Videre i kapittel tre, omhandles metode, som tar for seg inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkeprosess og analyse. I kapittel fire, blir funnene fra analysen presentert i en resultatdel. I det siste kapittelet kommer diskusjonsdelen, som først vil starte med metodediskusjon, fortsette med en resultatdiskusjon og som til slutt vil munne ut i en konklusjon og forslag til videre forskning.

2.0 Teoribakgrunn

Dette kapittelet presenterer teori om livmorhalskreft, seksualitet og livskvalitet.

2.1 Livmorhalskreft

Livmorhalskreft starter med en celleforandring på livmorhalsen. Disse vil kunne utvikles til kreftceller og ødelegge normalt vev, dersom det ikke blir behandlet. Dødeligheten er høy hvis sykdommen får lov til å spre seg (Aleris, u.d.). Alle kvinner i alderen 25-70 år får tilbud om cytologisk prøvetaking hvert tredje år i Norge, for å kunne oppdage celleforandringer på et tidlig tidspunkt og dermed redusere dødeligheten av livmorhalskreft (Jerpseth, 2013). Prevalensen av livmorhalskreft i den vestlige verden har vært jevnt fallende etter at screening ble innført i 1960-årene og siden det i 1995 ble organisert masseundersøkelser for livmorhalskreft i Norge. Før det eventuelt foreligger fullt utviklet kreft, vil det som oftest gå flere år. I mange tilfeller går det tilbake til normalt tilstand eller i stå, særlig tidlig i utviklingen (Kristensen, 2010). De seksuelle vanene til kvinnen har en sammenheng med risikoen for å utvikle livmorhalskreft. Årsaken er sannsynligvis knyttet til et kreftfremkallende agens som blir overført ved seksuell kontakt. Infeksjoner med visse typer humant papillomavirus – da særlig type 16 og 18, kjønnssykdommer, røyking og nedsatt immunforsvar øker også risikoen for å utvikle livmorhalskreft (Jerpseth, 2013).

I et tidlig stadium vil man sjelden oppleve symptomer. De vanligste symptomene er intermenstruell blødning, uregelmessig blødning og særlig kontaktblødning – blødning i forbindelse med samleie. Det er heller ikke uvanlig med blodtilblandet utflod. Ved fremskreden livmorhalskreft vil man kunne oppleve smerter, vekttap, anemi, tretthet eller uremi og apettitløshet (Kristensen, 2010). Ved livmorhalskreft er prognosen nøye relatert til utbredelse på behandlingstidspunktet og til størrelsen på tumoren. Prognosen er meget god ved forstadier til livmorhalskreft, og risiko for utvikling av kreft senere er under 1% (Kristensen, 2010).

Ut fra hvor stor svulsten er og hvilket stadium sykdommen befinner seg i, vil det være med på å bestemme hvilken behandling pasienten skal gjennom (Tellugen, 2017). Ved forstadiet til kreft er konisering vanlig, som vil si å operere bort en liten bit av

livmorhalsen (Tellugen, 2017). Etter konisering kan det oppstå forandringer, men disse kan ved etterkontroller fanges opp og behandles på nytt (Kristensen, 2010). Det vanligste kirurgiske inngrepet er wertheims operasjon, som er aktuelt når svulsten kun er lokalisert til livmorhalsen. Da operer man bort livmoren, livmorhalsen og støttevevet omkring, samt øvre del av skjeden. Avhengig av resultatet kan det i enkelte tilfeller være aktuelt med strålebehandling etter det kirurgiske inngrepet (Tellugen, 2017).

Dersom en ung kvinne har en svulst som er begrenset til livmorhalsen og som er mindre enn 2 cm, kan fertilitetsbevarende kirurgi være aktuelt. Det er en operasjon som gjør at pasienten kan få barn etter behandlingen (Tellugen, 2017). En annen behandlingsmåte er cellegift. Det blir nyttet når man ønsker å krympe svulsten for å kunne operere den vekk. Strålebehandling er aktuelt, ofte i kombinasjon med cellegift, når svulsten har vokst utenfor livmorhalsen. Effekten av strålebehandlingen blir da økt, og er i dag den mest vanlige behandlingsformen ved livmorhalskreft. I enkelte tilfeller er det mest effektivt å kombinere operasjon og strålebehandling (Tellugen, 2017).

2.2 Seksualitet

Seksualitet blir ifølge Verdens helseorganisasjonen (WHO) definert som en integrert del av menneskets personlighet. Seksualitet omfatter ikke bare samleie mellom mann og kvinne, men et bredt spekter av tanker, handlinger, følelser, relasjoner og mellommenneskelig respons (Tønnesson, 2013). Seksualitet er for mennesket en drivkraft som er til stede gjennom hele livet. Fysisk og psykisk stress som er forårsaket av sykdom vil kunne påvirke seksualiteten i stor eller mindre grad. Det er rundt 26 000 nordmenn som årlig blir diagnostisert med kreft, der de fleste vil oppleve at den seksuelle helsen blir påvirket i negativ retning på grunn av sykdom og behandlingen de skal gjennom (Borg, 2010).

Et tilfredsstillende genitalt seksualliv forutsetter at det er god blodforsyning, fysiologiske prosesser som hormonproduksjon og nerveforsyning. Pasienter som går gjennom behandling som strålebehandling, kirurgiske inngrep, hormonbehandling eller kombinerte behandlinger, vil kunne oppleve forstyrrelser. Det gjør at pasientene nesten alltid vil kunne oppleve konsekvenser på den seksuelle helsen. Kreftsykdommer lokalisert til urogenitalområder, slik som livmorhalskreft, vil i særlig grad være utsatt for påvirkning på

den seksuelle helsen. Behandlingen for livmorhalskreftammede kvinner vil kunne føre til forkortet skjede, tørrhet og sammenvoksinger, nedsatt følsomhet i klitoris, inkontinens og dislokasjon av skjeden, noe som for mange gjør samleie smertefullt (Borg, 2010).

Infertilitet er også vanlige komplikasjoner som kan oppstå etter behandling, noe som for mange kvinner er en stor påkjenning da en viktig del av kvinners kroppsbilde er evnen til å kunne bli mor (Siggerud, 2010).

2.3 Livskvalitet

Næss mfl. (2001) fremhevet at livskvalitet er å ha det godt, noe som vil si å ha gode følelser og positive vurderinger av eget liv. Hun sier også at fravær av vonde følelser og vurderinger har noe å si for å ha det godt og at følelsene og vurderingene påvirker og glir over i hverandre. Næss kom allerede i 1986 ut med en definisjon av ordet livskvalitet. Hun vektla at begrepet ikke skulle knyttes til samfunnet, men at det skulle bli knytt til enkeltindivider. Livskvalitetsbegrepet skulle ikke knyttes til ytre betingelser, men til subjektive fenomener, og til helhetlige positive og negative opplevelser. Senere endret hun definisjonen sin til; ”en persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative” (Næss mfl., 2001, s.10).

Når det gjelder livskvalitet hos kreftpasienter, er det gjerne helserelatert livskvalitet man snakker om (Utne, 2010). Livskvalitet sett utfra et helserelatert perspektiv, er et multidimensjonalt begrep og omfatter både fysiske, mentale og sosiale forhold. Disse tre dimensjonene er også inkludert i Verdens helseorganisasjon (WHO) sin helsedefinisjon som sier at “helse er ikke bare fravær av sykdom eller svakhet, men en tilstand av fullkomment fysisk, psykisk og sosialt velvære” (Ribu, 2010 s.49)

Kreftammede opplever en endret livssituasjon i en periode eller resten av livet (Utne, 2010). Livskvalitet har sammenheng med den fysiske og psykiske helsen og er en verdi som er viktig i seg selv og for hvert enkelt menneske (Nes, 2017). Avhengig av hvordan den enkelte takler livsforandringer, for eksempel sykdom, vil livskvalitet endres over tid. Livskvalitet må ta utgangspunkt i hvert enkelt individs opplevelse av sin situasjon, da livskvalitet dreier seg om den enkeltes opplevelse av å ha det dårlig eller godt. Selv om

livskvalitet har ulike definisjoner, er det likevel enighet om at begrepet rommer både det fysiske, psykiske og sosiale aspektet ved livet (Rustøen, 2010).

3.0 Metodebeskrivelse

Metodekapittelet vil ta for seg hvordan søkeprosessen har foregått, hvilke eksklusjons- og inklusjonskriterier som ble benyttet, og hvilke kvalitets og etiske vurderinger som ble tatt i bruk. Til slutt presenteres analysen av forskningsartiklene.

3.1 Datainnsamling

Oppgaven er basert på en systematisk litteraturstudie, som ifølge Forsberg og Wengström (2015) er å gjennomføre et systematisk søk, kritisk granskning og sammenligning av litteratur for å besvare en tydelig problemstilling. For å kunne gjennomføre et systematisk litteratursøk forutsetter det at det finnes flere studier av god kvalitet kring temaet.

Søkeprosessen, startet allerede i november-desember 2016, og fortsatte januar-mars 2017. Vitenskapelige databaser ble benyttet, der søkeord og kombinasjoner av disse ble bestemt. Det ble søkt etter kvantitative og kvalitative studier. Kvalitativ forskning skal forsøke å beskrive, forstå, forklare og tolke menneskers subjektive erfaringer. Kvalitative studier kan for eksempel benytte intervjuer eller observasjoner. Kvantitativ metode, vil i motsetning presentere evidensbaserte resultater i form av statistikker, tabeller og figurer (Forsberg & Wengström, 2015).

3.2 Inklusjons- og Eksklusjonskriterier

For å finne relevante artikler, var det nødvendig å sette opp inklusjon- og eksklusjonskriterier. Et av de formelle kravene til litteraturstudien, er at det skal inkluderes minimum åtte forskningsartikler. Artiklene som ble søkt etter skulle være fagfellevurdert, vitenskapelige artikler, fra 2006-2017, samt være norsk-, svensk-, dansk- eller engelskspråklige. Studiene skulle ha fokus på kvinnes erfaringer og dermed ha et pasientperspektiv. Studiene skulle videre omhandle kvinner over 18 år, som hadde blitt behandlet med strålebehandling, kjemoterapi, kirurgi i en kombinasjon eller alene, på grunn av livmorhalskreft. Dersom artiklene ikke hadde IMRAD-struktur eller en tydelig etisk redegjørelse ble de ekskludert.

3.3 Søkeprosessen

PICO-skjema er en strukturert metode for å sette sammen en søkestrategi ut fra problemstillingen som en har valgt. PICO står for Patient/population (hvem), Intervention (hva), Control (kontrollgruppe) og outcome (utfall/resultat) (Forsberg & Wengström, 2015). C-en i PICO-skjemaet var ikke relevant for problemstillingen og det ble derfor benyttet PIO-skjema.

Søkeordene som ble benyttet var Cervical cancer, quality of life og sexuality. Disse ble oppført i PIO-skjemaet, presentert i vedlegg 1. Søkedatabasene bruker ulike MESH-terms, noe som gjorde at det ble brukt ulike søkeord med samme betydning. Søkeordene i PIO-skjemaet ble under søkeprosessen kombinert med de boolske operatorene AND og OR. Ved å bruke AND, kom det treff som inkluderte begge eller alle søkeordene, som igjen førte til et smalere søk. OR ble benyttet for å inkludere to eller flere søkeord med lik betydning, som ifølge Forsberg og Wengström (2015) utvider søket.

Under søkeprosessen ble flere databaser benyttet, for å få en bred oversikt over tilgjengelig forskning på området. Det ble gjennomført søk i Cinahl Complete, Medline, PsycINFO, ScienceDirect, PubMed og Svemed+. Databasene der de endelige artiklene ble funnet på var Cinahl Complete, Medline, PsycINFO og ScienceDirect. Overskrifter og abstrakter ble lest for å se etter artiklenes relevans. Deretter ble artiklene grundigere gjennomgått og vurdert opp mot inklusjon- og eksklusjonskriteriene som beskrevet i kapittel 3.2. I vedlegg 2 viser vi til søkehistorikken utført i Cinahl Complete.

3.4 Kvalitetsvurdering

Norsk senter for forskningsdata (NSD), ble benyttet for å kvalitetssikre at artiklene kom fra godkjente publiseringskanaler og var fagfelleurdert. Ved å søke opp ISSN-numrene til artiklene kan en finne den vitenskapelige kvaliteten ved å se på om artikkelen er nivå 1 eller 2, der 2 er kanaler med høyest internasjonal prestisje (Norsk senter for forskningsdata, 2017). Seks av artiklene som er inkludert i studien har nivå 1 eller 2 ifølge NSD. De to andre artiklene fantes ikke i registeret, men var fagfelleurdert ifølge Cinahl Complete.

Under kvalitetsbedømmingen ble det benyttet sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning tar for seg hensikt, metode, datainnsamling, analyse, resultater, etiske forhold og studiens relevans. Sjekklister for randomisert kontrollert studie tar for seg resultatenes troverdighet, resultatet i studien og om resultatene var relevant (Kunnskapssenteret, 2017).

3.5 Etiske vurderinger

Ifølge Forsberg og Wengström (2015) bør det utføres etiske vurderinger, under en systematisk litteraturstudie. Ved valg av studier er det viktig å se på hvor detaljert de etiske betraktningene er gjort og om de har fått godkjenning fra etisk komité. Det er også viktig å presentere alle resultatene og ikke bare de elementene som støtter forskerens egen mening (Forsberg & Wengström, 2015). Helsinkideklarasjonen inneholder en veileder for helsepersonell om forskning som omfatter mennesker. Helsinkideklarasjonen slår fast at forskningen skal utføres av kvalifiserte vitenskapelige personer og at forskningen må følge de aksepterte vitenskapelige prinsipper (Førde, 2014).

I forkant av studiene ble det gitt ut muntlig eller skriftlig informasjon til deltakerne og det var også samlet inn skriftlig eller muntlig samtykke der det kom frem at deltakerne ønsket å delta i studien, i alle de åtte artiklene. Videre hadde syv av artiklene fått godkjenning av etisk komite.

3.6 Analyse

Å analysere betyr å dele opp det undersøkte fenomenet i mindre deler og undersøke dem en og en, for så å sette delene sammen igjen på en annen måte for å skape helhet, en syntese. Når artiklene analyseres benyttes en innholdsanalyse, som innebærer at man steg for steg kategoriserer data for å identifisere tema (Forsberg & Wengström, 2015).

Problemstillingen tar sikte på å finne ut av hvordan kvinner rammet av livmorhalskreft erfarer seksualiteten og livskvaliteten etter behandling. For å analysere funnene i artiklene som ble valgt ut gjennom det systematiske litteratursøket, blir Evans (2002) sine fire faser benyttet. I fase 1 samles forskningsartiklene inn, i fase 2 identifiseres nøkkelfunnene i

artiklene, i fase 3 skal det velges ut tema på tvers av artiklene, og i fase 4 skal de ulike funnene beskrives (Evans, 2002).

Under fase en, som er å samle inn data, ble det inkludert fem kvalitative artikler og tre kvantitative artikler som var relevant for problemstillingen. Dette ble gjort som beskrevet i kapittel 3.3 om søkehistorikk.

I fase to leste vi gjennom artiklene gjentatte ganger for å få en helhetlig forståelse. Artiklene ble nummerert fra 1-8 og en tabell ble opprettet. Ved gjennomgang av artiklene ble nøkkelord og setninger streket under og oppført i tabellen. Det ble videre byttet mellom artiklene, for å kvalitetssikre at ingen viktige funn hadde blitt utelatt. Blant nøkkelfunnene var: dårlig matlyst, menopause, angst, depresjon, bekymringer, seksuell dysfunksjon, vaginal tørrhet, blødninger fra skjede, smerter knyttet til samleie og utilstrekkelig informasjon. Resten av funnene kan en se i tabellen som er presentert i vedlegg 3.

I fase tre ble nøkkelfunnene identifisert og kategorisert, slik at det ble dannet et mer oversiktlig bilde over funnene. Likheter og ulikheter ble sett på, og temaer opprettet. Det første temaet ble behandlingens innvirkning på det fysiske, det andre temaet ble behandlingens innvirkning på det psykososiale og det siste temaet ble behandlingens innvirkning på seksualiteten.

I fase fire ble funnene beskrevet i kapittel 4.0, resultat. Overskriftene ble de samme som temaene som kom frem i fase tre. Resultatene blir presentert samlet og sitater fra artiklene blir tatt i bruk for å belyse problemstillingene.

4.0 Resultat

I dette kapitlet presenteres sentrale funn fra de åtte artiklene som har blitt analysert. Ifølge Forsberg og Wengström (2015) skal funnene presenteres så entydig som mulig. Dette litteraturstudiet tar sikte på å utforske kvinner sine erfaringer knyttet til seksualitet og livskvalitet i etterkant av behandling for livmorhalskreft. Resultatene presenteres under de tre hovedtemaene som kom frem under analysedelen.

4.1 Behandlingens innvirkning på det fysiske

I alle de åtte artiklene ble det rapportert om fysiske plager i etterkant av behandling Ashing-Giwa mfl., 2006; Bae og Park, 2016; Burns mfl., 2007; Clemmens mfl., 2008; Corrêa mfl., 2016; Greimel mfl., 2009; Hunter, 2011; Zeng mfl., 2011). Sammenlignet med behandlingsmåten kirurgi alene eller i en kombinasjon med cellegift, fikk strålebehandling signifikant høyere komplikasjoner, og strålebehandling og kirurgibehandling dårligere skår på livskvalitet (Greimel mfl., 2009). I studien av Hunter (2011) fortalte en av kvinnene at hun var uforberedt på de fysiske komplikasjonene som oppstod etter behandling. Flere av kvinnene i studien til Ashing-Giwa mfl. (2006) hadde vansker med å akseptere forandringene på kroppen. I studien av Clemmens mfl. (2008, s.901) fortalte en av kvinnene om komplikasjonene av strålebehandling slik:

The radiation pretty much killed me ... has ruined my life and still, it's 15 years later ... it haunts me. It left me with chronic diarrhea and I live my life around my guts. It's really tough you know, when you have two, two-and-a-half hours every morning before you can start your day, running back and forth to the toilet (...).

I studien til Ashing-Giwa mfl. (2006), Burns mfl. (2007), Clemmens mfl. (2008), Corrêa mfl. (2016), Greimel mfl. (2009), Hunter (2011) og Zeng mfl. (2011) ble det rapportert om problemer knytt til blære og tarm. Problemer som urinlekkasje, urininkontinens, hyppig vannlatning, urinretensjon, dysuri, urinveisinfeksjoner og nedsatt følsomhet, samt diare, inkontinens for avføring, forstoppelse, fistler, analt slim og anale smerter ble rapportert. I studien av Burns mfl. (2007, s.367) fortalte en av kvinnene om hennes blære- og tarmdysfunksjon og om påvirkningen på hverdagen: "(...) I can't go anywhere unless there is a toilet around because I've got to go straight away when I want to go". Dette var en av flere sitater som fremhevet rekkevidden og intensiteten av de fysiske effektene erfart etter

behandling. I alle tilfeller ble pasientens normale aktiviteter og livskvalitet negativt påvirket av behandlingen. Ikke overraskende hadde komplikasjonene også innvirkning på seksualiteten (Burns mfl., 2007).

En rekke andre fysiske symptomer ble rapportert i de ulike studiene. I Hunter (2011) og Greimel mfl. (2009) rapporterte kvinnene om kvalme og fatigue. Nedsatt immunforsvar ble rapportert om i studien til Zeng mfl. (2011), sammen med dårligere søvnkvalitet og vektendringer, noe som også ble rapportert i Ashing-Giwa mfl. (2006) og Greimel mfl. (2009). Lymfeødem gikk igjen i studien til Clemmens mfl. (2008) og Corrêa mfl. (2016). I studien av Corrêa mfl. (2016), Greimel mfl. (2009) og Hunter (2011) viste det seg at deltakerne opplevde vaginale forandringer. I studien til Corrêa mfl. (2016) viste det seg at 64,9% av kvinnene opplevde vaginal forkortning. En kvinne på 27 år i studien av Hunter (2011, s.25) sa; “(...) My body has changed, the tissue is so bad. The doctor said ... that I look like a 90 year old virgin on the inside”.

4.2 Behandlingens innvirkning på det psykososiale

Livmorhalskreft og behandlingen hadde også signifikante psykiske og sosiale påvirkninger på kvinnene. I studien til Greimel mfl. (2009) kom det frem at pasienter som hadde gjennomgått kirurgi og strålebehandling i kombinasjon rapporterte dårligere livskvalitet og kognitiv funksjon, sammenlignet med pasienter som hadde gjennomgått kirurgi og cytostatikabehandling eller kirurgi alene. Det kom frem at 45,4 % av kvinnene opplevde moderat nivå av depresjon etter behandling av livmorhalskreft. Det kom også frem at de som var i jobb opplevde mindre depresjon enn de som var arbeidsledige. Det viste seg at livskvaliteten hos de yngre deltakerne var høyere sammenlignet med de eldre (Bae og Park, 2016).

I en studie av Clemmens mfl. (2009) rapporterte seks av kvinnene en negativ erfaring knyttet til livmorhalskreften. De slet med senkomplikasjoner 11-15 år etter gjennomgått behandling og de rapporterte om et fokus på det de hadde mistet som følge av kreften. De beskrev tiden etterpå som en kamp å leve og at livet var ødelagt. I likhet med Bae og Park (2016), Zeng mfl. (2011) og Ashing-Giwa mfl. (2006) rapporterte de en utvikling av depresjon og bekymring i forhold til tilbakefall av kreften. Det kom frem at kroppsbildet ble påvirket negativt av kreften og behandlingen (Burns mfl. 2007). I studiene til Zeng mfl.

(2011) og Ashing-Giwa mfl. (2006), ble det også rapportert om at økonomiske problemer knytt til behandlingen hadde vært en kilde til stress og at de følte seg som en byrde for familien.

I studiene Zeng mfl. (2011), Corrêa mfl. (2016) og Hunter (2011) ble det rapportert om menopausesymptomer etter behandling av livmorhalskreften. En av kvinnene i Hunter (2011, s.25) sa; “They said it was hot flashes - menopause! It’s SO absurd - I’m 27!”. Sorg ble knyttet til infertilitet og det å føle seg annerledes i forhold til andre kvinner. Hos kvinnene var sorgen knyttet til infertilitet og ikke nødvendigvis hvor mange barn de hadde. Videre hadde alderen for når de ble infertile og det at de følte seg annerledes fra de jevnaldrende kvinnene noe å si. En kvinne på 27 år uttrykte bekymringer knyttet til infertiliteten: ”I don’t think I want any more children – but the choice is taken away. I mean what if someday I am with someone I really love, and we want a baby together...” (Hunter 2011, s.26).

På en annen side klarte noen av kvinnene å legge sykdommen og følgene av behandlingen bak seg, til tross for at de hadde negative erfaringer med livmorhalskreften. Noen av kvinnene utviklet et mer positivt syn og så på kreftopplevelsen som en gjenfødelse eller en ny sjanse i livet. De klarte å verdsette livet mer i ettertid, uavhengig av komplikasjonene. Forholdene til ektemennene ble også mer intime og familieforholdene mer harmoniske (Clemmens mfl., 2008; Zeng mfl. 2011). En kvinne uttrykte krefterfaringen slik:

[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 was a learning and growing experience for me because it really changes my whole life. You’ll never be that same person again. You’re a whole different person when you go through this experience. It does something to you physically, mentally, and spiritually. It brings a new light to your life (Clemmens, mfl., 2008, s.900).

Noen hadde fått en ny takknemlighet for livet etter livmorhalskreften, og de rapporterte at kreften hadde gjort de mer motstandsdyktig, sterkere og mer følsom overfor det som var viktig i livet. To tredjedeler av kvinnene rapporterte god livskvalitet til tross for bekymringene og komplikasjonene etter gjennomgått behandling (Clemmens mfl. 2008). En 35 år gammel kvinne i Zeng mfl. (2011, s.300) sa; “... compared with before I had cancer, now I have a more positive outlook on life and enjoy it every day”.

Gjennomgående i artiklene ble det rapportert at støtte fra partner, familie, venner eller kollegaer hadde stor betydning Ashing-Giwa mfl., 2006; Clemmens mfl., 2008; Hunter, 2011 og Zeng mfl., 2011), men at det i noen tilfeller kunne bli for mye (Zeng mfl., 2011). Studien til Ashing-Giwa mfl. (2006), rapporterte at for to enker var barna deres de viktigste støttespillerne. Videre i studien til Clemmens mfl. (2008) ble meditasjon, trening, humor, informasjon, bruk av støttegrupper, positivt perspektiv og energi, trekke seg unna sosial kontakt, eller holde alt for seg selv nevnt som metoder for å takle situasjonen etterpå. I studien til Ashing-Giwa mfl. (2006) ble det å holde seg i aktivitet, spise sunt, lese, holde seg opptatt og gjennomføring av husarbeid nevnt. I studien til Ashing-Giwa mfl. (2006) kom det frem at de latinske kvinnene hadde misforståelser når det gjaldt årsak til oppstått sykdom og om behandlingen. De fleste var sterkt religiøse, og kunne oppfatte sykdommen som en straff eller en dødsdom. 90% av kvinnene mente at Gud satt med kontrollen, og de la tilliten og livet i hans hender. Sammen med Clemmens mfl. (2008) ble religion og bønn nevnt som viktig.

I studien til Ashing-Giwa mfl. (2006), Burns mfl. (2007) og Hunter (2011) ble det rapportert om utilstrekkelig informasjon. I studien til Burns mfl. (2007) kom det frem at det var ønskelig med mer informasjon generelt, om langtidseffekter, og spesielt angående blære- og tarmfunksjon, samt seksualitet. I studien til Clemmens mfl. (2008) nevnte kvinnene at informasjon fra helsevesenet var vesentlig for å mestre sykdommen og komplikasjonene etter behandling.

4.3 Behandlingens innvirkning på seksualiteten

Seksualitet og det seksuelle forholdet til ektefellen viste seg være en av de store indikatorene på livskvalitet ifølge Zeng mfl. (2011). I studien til Bae og Park (2016) viste det en sammenheng mellom seksuell dysfunksjon og lavere grad av livskvalitet, samt høyere nivå av depresjon. Seksuelle- og intimitetsproblemer for livmorhalskreftoverlevende var ifølge studien til Hunter (2011) et tema som i stor grad fortsatt er mye stillhet om og som kvinnene ønsket å snakke mer om.

Funnene i Burns (2007) viste en klar sammenheng mellom kreftbehandling og seksualitet. Dette hadde en sammenheng med de fysiske- og psykiske konsekvensene behandlingen forårsaket, noe som gjorde det vanskelig for kvinnene å opprettholde seksualiteten. Manglende seksuell lyst, redusert selvtillit og kroppsbilde, hadde en negativ effekt på det intime partnerforholdet. Det viste seg at kvinnene som var behandlet med kirurgi og strålebehandling hadde en betydelig lavere seksuell aktivitetsrate, sammenlignet med kvinnene som hadde gjennomgått kirurgi, eller kirurgi og cellegiftbehandling (Greimel mfl. 2009).

I en studie av Corrêa mfl. (2016) viste det at 59,5% av kvinnene som var behandlet for livmorhalskreft ikke var seksuelt aktive. I studien til Zeng mfl. (2011) rapporterte kvinnene at de for øyeblikket var seksuelt aktive, men på grunn av fysiske og psykiske konsekvenser som bekymringer, vaginal tørrhet og smerter under samleie var hyppigheten redusert og kvaliteten på samlivet ikke det samme lenger. En kvinne i studien sa;

Before the surgery, our sex life was really good. Since the surgery, there has been no sexual activity. My husband and I sleep in different beds. Relevant factors include fear of disease, the negative impact of thinking about sexual intercourse, and the lack of sexual desire (s. 300).

I studien til Corrêa mfl. (2016) kom det frem at 80% av kvinnene som var i seksuelle forhold, rapporterte om dysfunksjon knyttet til det seksuelle. Høyere utdanning hadde positiv innvirkning på den seksuelle funksjonen, og høy alder var forbundet med høyere grad av seksuell dysfunksjon. Det viste seg at noen av kvinnene og partnerne hadde forventninger til at ting ville gå tilbake til det normale etter behandling, men da de opplevde vansker knyttet seksualiteten, tap av følelse, smerter og blødninger under samleie opplevde de frustrasjon, sorg, sinne og skyld. En kvinne sa; "He gets frustrated - he is thinking the cancer is over with and I should be back to normal. I don't have the same feelings when we have sex, the feeling is not there. The love for him is, but the physical feeling isn't" (Hunter, 2011, s.26).

I studien til Zeng mfl. (2011) og Ashing-Giwa mfl. (2006) kom årsakene til endringer i seksuallivet av manglende partner, for trøtt til seksuell aktivitet eller de var redd for at seksuell aktivitet skulle svekke behandlingsresultatet. Noen av kvinnene valgte å forlate ektemennene da de hadde så store bekymringer knyttet til seksualitet. Det ble også

rapportert at ektemennene var redd for sykdommen, og dermed ikke ville ta initiativ. I studien til Ashing-Giwa mfl. (2006) kom det frem at tre av kvinnenes forhold endte på grunn av kreftdiagnosen. I Burns mfl. (2007) rapporterte også kvinnene at de var engstelig for samleie og motvillig til å gjenoppta den seksuelle aktiviteten. En kvinne i studien til Ashing-Giwa sa; “My husband frequently asks me if it is okay to have sex and I don’t know what to respond. I don’t know if it’s safe or if we should abstain from havin it (...)” (Ashing-Giwa mfl., 2006, s.76).

Noen av kvinnene hadde på en annen side komt seg videre etter kreftbehandlingen. I studien til Clemmens mfl. (2008) rapporterte en kvinne at den seksuelle lysten hadde blitt ødelagt av kreftbehandlingen, men valgte å gå videre og ble da fornøyd igjen med seksuallivet med ektemannen. Deltakerne som rapporterte at de hadde kommet seg videre etter behandlingen hadde mindre depressive symptomer. De linket ikke livskvaliteten og depresjonen til krefterfaringen lenger. En av kvinnene sa; “I’ve really tried to put it behind me even though I remember it well ... I’m okay now ” (Clemmens mfl., 2008, s. 900).

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet presenteres metodediskusjon etterfulgt av resultatdiskusjon, som munner ut i en konklusjon og forslag til videre forskning. Resultatene vil bli drøftet i tråd med teoribakgrunn og annen teori. Konsekvenser for sykepleien vil bli belyst.

5.1 Metodediskusjon

I desember 2016 ble det utarbeidet en prosjektplan som skulle være en skisse for hvordan arbeidsprosessen skulle foregå fremover. Utfra problemstillingen vi først hadde satt oss var det vanskelig å finne nok kvalitativ forskning. Det ble erfart gjennom søkene at seksualitet er et tema som henger tett sammen med livmorhalskreft og at dette er to temaer som er forsket mye på sammen. På grunnlag av dette, ble problemstillingen endret til å fokusere på seksualitet og livskvalitet.

Gjennom hele prosessen har vi jobbet sammen, ved at vi har møttes eller skypet. Dette gjorde at det hele tiden var mulighet for diskusjon om blant annet oppbygging, innhold og relevans. Fokuset har vært på hverandre sine sterke sider, og vi har med det fått til et godt samarbeid, som har vært en styrke gjennom hele prosessen. Under søkeprosessen ble det først gjennomført en rekke prøvesøk på Cinahl Complete, en søkedatabase vi begge kjente godt til fra før av. Vi prøvde ulike kombinasjoner av søkeord og så på hvilke emnetermer som var benyttet i artikler som var relevant for vår problemstilling. Etter å ha valgt ut søkeordene avtalte vi et møte med bibliotekar som gikk god for søkeordene vi hadde endt opp med, og som viste oss hvordan vi skulle benytte oss av andre databaser.

Under søkeprosessen så vi at det fantes mest kvantitative studier som omhandlet temaet vårt. Vi satt igjen med fire kvalitative forskningartikler etter å ha ekskludert artikler som ikke tilfredsstilte kravene vi hadde i det systematiske litteratursøket. Vi fant så en reviewartikkel av kvalitativ forskning, og bestemte oss for å benytte en av studiene som var brukt i den, da vi ønsket å ha flest kvalitative studier. Dette gjorde at vi da satt igjen med fem kvalitative artikler.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Livskvalitet – fysiske og psykososiale faktorer

Utfordringer etter behandling

I forbindelse med kreftsykdom og behandling vil kvinner kunne oppleve at livet endrer seg både mentalt og fysisk (Helsenorge, 2017). Selve kreftsykdommen og behandlingen kan medføre seneffekter som kan være plagsomme for pasienten og medføre fysiske begrensninger og redusert livskvalitet av ulik grad (Kiserud mfl., 2012). I alle studiene som er inkludert i oppgaven rapporterte kvinnene en rekke fysiske komplikasjoner i etterkant av behandlingen (Ashing-Giwa mfl., 2006; Bae og Park 2016; Burns mfl., 2007; Clemmens mfl., 2008; Corrêa mfl., 2016 Greimel mfl., 2009; Hunter 2011; Zeng mfl., 2011). Utfra de psykiske konsekvensene som har blitt rapportert, kan det tolkes som at det fysiske og psykiske er nært tilknyttet hverandre i opplevelsen og erfaringene kvinnene sitter igjen med etter behandling og at dette igjen har en stor innvirkning på livskvaliteten til kvinnene.

Det kom frem at noen av kvinnene ikke var forberedt på tiden og komplikasjonene som oppstod i ettertid av behandlingen. De forventet at ting skulle gå tilbake slik det var før livmorhalskreften og opplevde en rekke psykiske reaksjoner knyttet til dette (Hunter 2011). Det kan tenkes at mange av kvinnene opplever dette som en stor skuffelse da man ikke vil få igjen det man en gang hadde og på den måten må bli vandt til en ny tilværelse. Ifølge Skorpen (u.d) kommer det frem at mange kvinner og pårørende nettopp tenker at helsen skal gå tilbake til slik den var før kvinnen ble syk, etter avsluttet kreftbehandling, men at det ofte ikke er tilfelle. Med grunnlag i dette kan det tenkes at sykepleier burde spille en mer sentral rolle i å fange opp og videreformidle informasjon, slik at slike opplevelser kan avverges. Ifølge Jacobsen (2010) kan det i noen tilfeller være aktuelt å snakke mer om anatomien og fysiologien til kvinnene, da mange ikke har nok kunnskap om underlivet til å forstå informasjonen og konsekvensene behandlingen har å si for dem. Dette kan muligens føre til at kvinnene blir bedre forberedt på situasjonen de møter i etterkant av behandling.

I studiene til Ashing-Giwa mfl. (2006), Burns mfl. (2007), Clemmens mfl. (2008), Corrêa mfl. (2016), Greimel mfl. (200) og Zeng mfl. (2011) viste det seg også at blære- og tarmproblemer var et utbredt problem blant kvinnene. Det kom frem at 64,9% av kvinnene opplevde vaginal forkorting i etterkant av behandlingen i studien til Corrêa mfl. (2016). I likhet med flere av resultatene i studiene viser det at strålebehandling ofte fører til skrumpning av blære, blødninger i tarmen, stenoser eller fistler. I 15% av tilfellene kan pasientene da få løsere avføring og kronisk diaré i lettere til alvorligere tilfeller. For de kvinnene som gjennomgår strålebehandling ser man også at 50% av pasientene får fibrose av vaginalveggen og atrofi av vaginalslimhinnen, noe som ødelegger den naturlige elastisiteten og som igjen kan føre til en trang og kort vagina (Kristensen 2010). Næss (2011) hevder at mennesker langt på vei kan tilpasse seg en ny tilværelse, så fremt den nye tilværelsen er stabil. Likevel sier hun at fysiske endringer på kroppen gjennomsnittlig sett kan føre til redusert livstilfredshet. På den ene siden er det som sykepleier viktig å lindre de fysiske plagene kvinnene har, men det er også viktig å se sammenhengen mellom kvinnens opplevelse av komplikasjonene, og påvirkningen på livskvaliteten.

I studien til Greimel mfl. (2009) ble de ulike behandlingsmåtene sett på i forhold til hva som kom dårligst ut på livskvalitet, funksjon og psykiske konsekvenser som depresjon. Som vist i resultatet var utfallene på alle de tre, vesentlig dårligere med de som hadde gjennomgått kirurgi og strålebehandling. Det kan tenkes at i tilfeller hvor behandling av sykdom har så mye å si for livet i etterkant kan oppleves som en stor overgang og at behovet for informasjon og forberedning på mulige komplikasjoner, er høyst nødvendig. Dette støttes av Siggerud (2010) som sier at det er viktig å informere og fortelle hva som kan forventes etter gjennomgått behandling. Hun hevder at god informasjon vil bidra til å redusere uro og angst da pasienten får økt kunnskap. Det er også i slike tilfeller viktig som sykepleier at man viser empati og tar hver kvinners opplevelse på alvor og lytter til bekymringer de eventuelt har (Varre, 2010). På denne måten vil man kanskje oppleve at kvinnene åpner seg om tanker og følelser de har, og dermed får hjelp til bearbeiding.

I studien av Corrêa mfl. (2016), Hunter (2011) og Greimel mfl. (2009) kom det frem at kvinnene opplevde tidlig menopause og infertilitet etter behandlingen. Ved full strålebehandling vil pasienten komme i overgangsalderen og bli infertil (Kristensen, 2010). Overgangsalder blir ofte forbundet med aldring, redusert kvinnelighet og plagsomme

symptomer. For tidlig overgangsalder kan på grunn av dette være traumatisk i seg selv, men for mange er det at de ikke lenger kan få barn det viktigste. Fremtiden for de yngre kvinnene blir kanskje annerledes enn det de hadde sett for seg og ønsket. For mange parforhold vil det kunne føre til tap- og sorgreaksjoner (Jacobsen, 2010). I følge Skorpen (u.d) vil også yngre kvinner som havner i en kunstig overgangsalder kunne oppleve at symptomer som tørrhet i skjeden og hetetokter utvikler seg raskere og mer intenst enn hos en kvinne som kommer naturlig i overgangsalderen. Det er mulig at eldre kvinner som er rammet av livmorhalskreft ikke ser på menopause og infertilitet som et vesentlig stort problem da de kanskje er ferdig med å få barn, men at det derimot kan oppleves ekstra belastende for yngre kvinner. I studiene til Corrêa mfl. (2016), Hunter (2011) og Zeng mfl. (2011) uttrykte noen av kvinnene at de følte seg annerledes enn andre kvinner i samme alder og formidlet en sorg knyttet til dette. Dette kan ses i sammenheng med det Siggerud (2010) skriver om at evnen til å bli mor er en viktig del av kvinners kroppsbilde. I tråd med dette kan det da tenkes at yngre kvinner kan oppleve negative endringer på kroppsbildet, på seg selv og livskvaliteten, da livmorhalskreft er den krefttypen som rammer flest kvinner under 35 år på verdensbasis. Kreften rammer dermed hovedsakelig kvinner som er i fertil alder og som i mange av tilfellene kanskje ikke har fått barn enda (Kreftregisteret, u.d.).

I studien av Ashing-Giwa mfl. (2006) var det mange av kvinnene som syntes det var vanskelig å akseptere forandringene livmorhalskreften hadde på kroppen. Studien av Bae og Park (2016) viste at 45,4% av kvinnene i studien opplevde moderat nivå av depresjon etter behandling og i Zeng mfl. (2011) og Ashing-Giwa mfl. (2006) viste det seg at kvinnene var deprimerte og bekymret for å få tilbakefall av kreften. Flere av kvinnene opplevde at livet ble ødelagt av kreften og behandlingen og fokuserte på det kreften hadde tatt fra dem (Clemmens, mfl., 2008). Disse bekymringene tar Varre (2010) opp som felles for pasienter som gjennomgår behandling av kreft. De har en usikkerhet som de må leve med videre etter kreften. Bekymringer og kroppsbildet er personlig, og det er viktig at man som sykepleier er obs på at det som kanskje gir problemer for en kvinne, ikke nødvendigvis er like problematisk for en annen kvinne (Schjøberg, 2010). På grunn av uavklarte forhold knyttet til endringer i kroppsbildet er det omtrent en tredel av alle kreftpasienter som lider knyttet til dette. Kvinnene skal gjennom en prosess der de skal forstå og akseptere den endrede kroppen etter behandling. Gjennom denne prosessen kan sykepleieren veilede og hjelpe dem på vei (Schjøberg, 2010). En sentral oppgave for

sykepleiere i møte med mennesker rammet av kreft er ifølge Schjølberg (2010) å hjelpe kvinnene å forstå og akseptere kreften sin innvirkning på kroppsbildet og endringene den har ført med seg. Sykepleier kan undervise og forberede kvinnene på mulige innvirkninger behandlingen kan ha på kroppsbildet og lære dem hvordan de skal ta vare på seg selv i tiden etterpå.

Ny verdsettelse av livet

I motsetning til en rekke kvinner som rapporterte om senkomplikasjoner som en negativ innvirkning livskvalitet, var det også tilfeller av det motsatte. I studiene til Clemmens, mfl. (2008) og Zeng mfl. (2011) fortalte kvinner om at de på tross av følgene fra behandlingen og den negative opplevelsen av livmorhalskreften, klarte å legge tiden og plagene bak seg og fortsette livet. Noen fikk et mer positivt syn på livet, da de så på kreftopplevelsen som en ny sjanse. Kvinnene klarte å verdsette livet i høyere grad uavhengig av komplikasjonene som hadde oppstått. Ifølge Næss mfl. (2001) sin definisjon på livskvalitet tar hun opp at en person vil kunne oppnå høy grad av livskvalitet så lenge personen opplever positive kognitive og affektive opplevelser. I studien til Clemmens, mfl. (2008) fortalte flere av kvinnene at de opplevde å bli sterkere, mer motstandsdyktige og mer sensitiv overfor det som var viktig i livene deres. I motsetning til studien av Burns mfl. (2007) som sa at i alle tilfellene ble kvinnes normale og daglige aktiviteter og livskvalitet negativt påvirket av behandlingen, var det hele to tredjedeler av deltakerne i studien til Clemmens mfl. (2008) som rapporterte om god livskvalitet på tross av bekymringer og komplikasjoner etter gjennomgått behandling. Seneffekter kan påvirke livskvaliteten, og hos noen vil de ta en stor del i livet. Hos disse vil det være viktig å rette fokuset på andre faktorer, for at de skal kunne mestre den nye hverdagen (Skorpen, u.d.).

I studiene Zeng mfl. (2011), Clemmens mfl. (2008), Ashing-Giwa mfl. (2006) og Hunter (2011) kom det frem faktorer kvinnene så på som viktig for å klare å håndtere de nye forandringene etter kreftbehandlingen. Støtte fra familie, venner og kollega spilte en vesentlig rolle for kvinnene og det å holde seg opptatt med aktiviteter og gjøremål, og for noen var også bønn og religion viktig. Ifølge Mastekaasa og Næss (2011) har familieliv betydning for livskvaliteten, og de som er i et samboerskap har ofte mer praktisk og emosjonell støtte, samt at de er mindre utsatt for belastninger i livet. Parforhold og samliv legger til rette for å kunne motta og gi kjærlighet, noe som antas å øke livskvaliteten. Det å

ha slik støtte i vanskelige situasjoner kan tenkes gir bedre forutsetninger for å kunne klare å møte nye og endrede livssituasjoner. Reitan (2010) sier at for å kunne takle nye utfordringer er det å skape egne mestringsstrategier viktig. Det har som formål å finne ny mening, bevare selvbildet og opprettholde en kontroll over de problemene kvinnen står overfor. Dette står i stil med flere av erfaringene som kom frem i studiene til Ashing-Giwa mfl. (2006), Clemmens mfl. (2008) og Zeng mfl. (2011). I studien til Clemmens mfl. (2008) påpekte kvinnene også at informasjon fra helsevesenet var vesentlig for å kunne klare dette. Her kan sykepleier være sentral i forhold til samtale med kvinnene og tilrettelegge for muntlig og skriftlig informasjon, slik at de har bedre utgangspunkt for å mestre og føle kontroll over tiden etter behandling. Fra egen erfaring er det ikke alltid pasienter og pårørende får med seg alt som blir sagt muntlig, og det kan da være nyttig å gi ut skriftlig informasjon som de har å se tilbake på. Sykepleier kan også sette kvinnene i kontakt med pasientforeninger, slik at de kan utveksle erfaringer med andre kvinner i lignende situasjon (Reitan, 2010).

5.2.2 Seksualitet

Seksualitet og det seksuelle forholdet kvinnene hadde til ektefellene var en av de store indikatorene på livskvalitet (Zeng mfl. 2011). Seksualitet er en del av mennesket, som har ifølge WHO et bredt spekter av ulike følelser, tanker, handlinger og relasjoner (World health organization, 2017). Seksualitet er for mange en drivkraft som er til stede gjennom hele livet, og som vil kunne bli påvirket av fysisk og psykisk stress forårsaket av sykdom (Borg, 2010). I studien til Burns mfl. (2007) viste det en klar sammenheng mellom kreftbehandlingen kvinnene hadde gjennomgått og seksualiteten. Det ble rapportert en rekke fysiske senkomplikasjoner som kvinnene slet med selv flere år i ettertid, noe som ble forbundet med lavere grad av livskvalitet og høyere nivå av depresjon (Burns, mfl., 2007).

Tapene og følgene behandlingen hadde på seksualiteten ble forbundet med frustrasjon blant kvinnene (Hunter, 2011). Det å ha en kropp som man kjenner, stoler på og som fungerer er viktig, samt at man liker og aksepterer kroppen. Det er også viktig å kunne føle seg attraktiv for å kunne tro at andre også kan like og akseptere den (Borg, 2010). Det å få en kropp som man ikke lenger kan bruke som tidligere, kan tenkes er en overgang som for mange oppleves vanskelig. Det kan være vanskelig å uttrykke seksualitet på samme måte på grunn av ettervirkningene av kreftbehandlingen, noe som er en faktor som vil kunne

påvirke selvbildet negativt. Ifølge Næss mfl. (2001) henger grad av livskvalitet sammen med grad av selvbilde. Selvsikkerhet, følelse av mestring, selvakseptering, det å føle seg vel som menneske, sikker på egne evner, følelse av å være nyttig og dyktig, er alle faktorer som er viktig for god selvfølelse, og dermed økt grad av livskvalitet. Ifølge Borg (2010) er seksualitet en vesentlig del av menneskets identitet og for mange vil det å miste deler av sin seksualitet føles som et stort tap. På grunn av følgene av underlivskreft opplever mange kvinner kroppen som forandret da kroppen fungerer og ser annerledes ut enn før, og for mange er det vanskelig å akseptere forandringene behandlingen og sykdommen har ført med seg og den nye identiteten. Noen velger å isolere seg fysisk og emosjonelt (Borg, 2010).

Sett bort i fra de fysiologiske endringene, rapporterte kvinnene også at de fryktet at seksualitet ville redusere effekten av behandlingen, eller bidra til at kreften spredte seg (Ashing-Giwa mfl., 2006; Zeng mfl., 2011). Det kom frem at de var engstelig for samleie og motvillig til å gjenoppta den seksuelle aktiviteten etter behandling, noe som gikk ut over parforholdene (Burns mfl., 2007). For noen av kvinnene syntes de at det beste var å gå fra ektemennene, da de hadde så store bekymringer og problemer knyttet til samleie. Noen opplevde også å bli forlatt av ektemennene, da mennene ikke ønsket samleie på grunn av frykt for sykdommen, og/eller fordi de ikke så på en kvinne uten livmor som en ekte kvinne. Noen la skylden på kvinnene for at de hadde pådratt seg en seksuelt overførbar sykdom (Ashing-Giwa mfl., 2006; Burns mfl., 2007). Ifølge Jacobsen (2010) er det mange kvinner som opplever det belastende å vite at diagnosen skyldes et virus som blir seksuelt overført og som kan ha en sammenheng med tidlig seksuell debut og mange seksualpartnere. Mange opplever derfor skyld og skam, da mange har en tanke om at det er atferden og livsstilen deres som har forårsaket sykdommen. Livmorhalskreft er derfor ofte en tabubelagt kreftsykdom og en sykdom der kvinner ofte tar på seg skylden for at de har blitt syk. For sykepleiere er det viktig å være oppmerksom på dette og at det dermed ikke alltid er like lett for kvinnene å ta opp slike ting nettopp fordi de ofte føler skam rundt teamet. Som sykepleier kan man ifølge Jacobsen (2010) da forsøke å få en samtale med kvinnen der man spør direkte hva tanker hun har og hva hun er opptatt av. Det er viktig å møte pasientene med aksept og åpenhet når det gjelder deres opplevelse og tanker, og i mange tilfeller trenger kvinnene å snakke om opplevelsene sine fremfor å bare få informasjon om sykdom og behandling. Kvinner er ulike, og på denne måten kan man muligens få frem hva som er viktig nettopp for henne.

I følge Greimel mfl. (2009), hadde komplikasjonene med manglende seksuell lyst, redusert selvtillit og kroppsbilde en negativ effekt på det intime parforholdet. I studien til Ashing-Giwa mfl. (2006) kom det frem at tre av kvinnenes forhold endte på grunn av kreftdiagnosen. Muligens kan dette ha noe med de misforståelsene og fantasiene kvinnene og partnerne hadde knyttet til sykdommen. De kom frem at de så på sykdommen som en dødsdom og at de ikke ønsket samleie da de blant annet hadde bekymringer om at dette ville bidra til spredning (Ashing-Giwa mfl., 2006). Det kan tenkes at sykepleiere kan hjelpe parforholdene ved å inkludere partnerne mer i samtaler og gjennom hele prosessen kvinnene går gjennom. Det kom frem i studien til Burns mfl. (2007) at mange av kvinnene opplevde utilstrekkelig informasjon om blant annet hva innvirkning behandlingen hadde på seksualiteten, og kunne derfor ønsket at seksualitet ble mer diskutert. Dette kan knyttes opp mot parforholdene som ble negativt påvirket av kreften. Wahl og Rokne (2011) sier at sykepleier kan bidra til økt livskvalitet ved å blant annet gi informasjon og veiledning til kvinnene og deres pårørende. Borg (2010) mener at informasjon om sykdom, behandling og mulige konsekvenser på den seksuelle helsen helst skal gis til kvinnen og partneren sammen. Dette for å skape mer åpenhet og forståelse dem i mellom, og for å få frem hvor viktig det er med den siden av seksualitet som omhandler nærhet og varme for kvinner som er i en vond periode i livet. Dette kan knyttes opp mot Næss mfl. (2001) som sier at ekteskap kan være en betydning for hvor lykkelige vi er og at man gjerne er lykkeligere som gift. I samtale med kvinnen og deres partner får man mulighet til å formidle at man ikke skal bagatellisere tanker og følelser, og at reaksjoner knyttet til seksualitet etter behandling er naturlig (Jacobsen, 2010).

På en annen side var det noen av kvinnene i studien til Clemmens mfl. (2008) som klarte å komme seg videre etter kreftbehandlingen. De valgte å gå videre til tross for påvirkningen kreftbehandlingen hadde på seksuallivet. De var fornøyd med seksuallivet de hadde med partneren igjen og var mindre deprimerte. Ifølge Nes og Tambs (2011) vil god helse ha positiv effekt på livskvaliteten. Positiv emosjonalitet og velvære synes å ha positiv effekt på helsetilstanden og livskvaliteten. Det kan tenkes at ved å hjelpe kvinnene til å snu tankegangen og få dem til å fokusere på det positive til tross for å være i en krevende og negativ situasjon, vil det kunne bidra til økt livskvalitet. Det kan tenkes at for kvinnene er det av stor betydning at sykepleiere ser og lytter til hver enkelt, og at sykepleier opptrer som en sentral støttespiller.

5.3 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien, var å belyse kvinners erfaringer i etterkant av behandling med tanke på seksualitet og livskvalitet. De ulike behandlingsmetodene førte med seg en rekke ulike komplikasjoner for kvinnene, både fysisk, psykisk, sosialt og seksuelt. Utfra de ulike behandlingsmetodene, viste det seg at strålebehandling førte til flest komplikasjoner og lavest grad av livskvalitet. Livskvaliteten og erfaringene etter behandling er individuelt, og det er viktig at sykepleier tar hensyn til at kvinnene kan oppleve komplikasjoner og tiden etter behandling på ulike måter, noe som er viktig og nyttig kunnskap å ha. Det viste seg at dimensjonene innenfor livskvalitetsbegrepet, har en nær tilknytning og påvirker hverandre.

Som sykepleiere er vi vandt med å skulle behandle fysiske symptomer, og selv om kvinnene rammet av livmorhalskreft blir "friskmeldt", viser det seg at de sitter igjen med en rekke komplikasjoner som er viktige å hjelpe de med å lindre og/eller lære seg å leve med. Psykiske symptomer som depresjoner, angst, endret kroppsbilde m.m. har også en nær tilknytning til livskvaliteten hos kvinnene. Disse faktorene var med på å påvirke seksualiteten og livskvaliteten til kvinnene. De fysiske komplikasjonene som infertilitet, menopause og vaginale forandringer, og de psykiske påvirkningene som endret kroppsbilde, frykt for spredning og nedsatt behandlingsresultat ved seksuelt samliv, var noe av det som var med på å påvirke samlivet til kvinnene og parforholdene negativt. Som sykepleier er det viktig å inkludere partnere gjennom prosessen for å kunne skape åpenhet og forståelse.

Som sykepleier vil man også kunne møte pasienter med en rekke ulike bakgrunner, da Norge i dag et multikulturelt land. Religion og kultur påvirker oppfatningen om sykdom og behandling, og dette vil være nyttig og nødvendig for sykepleiere å vite. I noen av studiene kunne en se kvinner som rapporterte misoppfatninger, både når det gjaldt sykdomsårsak og behandling. Det kom også frem at kvinnene var uforberedt på komplikasjonene etter behandlingen. Informasjon er grunnleggende for å styrke pasientenes følelse av mestring og kontroll over situasjonen, og for noen var manglende og utilstrekkelig informasjon en faktor som gjorde det vanskelig å takle den nye situasjonen.

Sammen med muntlig informasjon kan skriftlig informasjon være nyttig, da ikke alle får med seg alt som blir sagt under samtaler. Videre ser en at oppfølging og mot til å ta opp de vanskelige temaene, som seksualitet kan være avgjørende og ønskelig for pasientene.

5.3.1 Forslag til videre forskning

Etter å ha jobbet med litteraturstudien, så vi som sagt at det fantes mest kvantitative studier om emnet. Mer kvalitativ forskning, som ser på kvinners erfaringer vil derfor kunne være nyttig å forske mer på. Videre så vi at sykdommen ikke bare rammet kvinnen, men også partneren. Det kunne derfor vært interessant med forskning som så på partners erfaringer, altså pårørendeperspektiv.

Litteraturliste

Aleris, (u.d). *Livmorhalskreft*. [Internett] Tilgjengelig fra: <<https://www.aleris.no/vi-tilbyr/sykehus-medisinske-tjenester/gynekolog/underlivsplager/livmorhalskreft/>> [Lest 22 mai 2017].

Ashing-Giwa, K. T., Padilla, G. V., Bohorquez, D. E., Tejero, J. S., Garcia, M., og Meyers, E. A. (2006). Survivorship: A qualitative investigation of latinás diagnosed with cervical cancer. *Journal of psychosocial oncology* 24 (4), s. 53-88.

Bae, H., og Park, H. (2016). Sexual function, depression, and quality of life in patients with cervical cancer. *Supportive care in cancer* 24 (3), s. 1277-1283.

Borg, T. (2010). Seksualitet. I: Reitan, A. og Schjøberg, T. K. red., *Kreftsykepleie. Pasient - utfordring - handling*. Oslo: Akribes. (s. 121-130)

Burns, M., Costello, J., Ryan-Wooley, B., og Davidson, S. (2007). Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of woman's sexuality. *European Journal of Cancer Care* 16(4), s. 364-372.

Clemmens, D. A., Knafl, K., Lev, E. L., og McCorkle, R. (2008). Cervical cancer: Patterns of long-term survival. *Oncology nursing forum* 35 (6), s. 897-903.

Corrêa, C. S., Leite, I. C., Andrade, A. P., Ferreira, A. d., Carvalho, S. M., og Guerra, M. R. (2015). Sexual function of woman surviving cervical cancer. *Gynecologic oncology*, 293 (5) s. 1053-1063.

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

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

Førde, R. (2014). *De nasjonale forskningsetiske komiteene*. [Internett] Tilgjengelig fra: < <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/> > [Lest 8. mai 2017].

Greimel, E. R., Winter, R., Kapp, K. S., og Haas, J. (2009). Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study. *Psycho Oncology* 18 (5), s. 476-482.

Helsenorge. (2017). *Livmorhalskreft - symptomer og behandling*. [Internett] Tilgjengelig fra: < <https://helsenorge.no/sykdom/kreft/livmorhalskreft> > [Lest 9. mai 2017]

Hunter, J. (2011). The impact of cervical cancer treatment on sexual function and intimate relationships: a crying shame. *Society of gynecologic nurse oncologists* 21 (2), s. 22-32.

Jacobsen, A. L. (2010). Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorgan. I: Reitan, A. og Schjøberg, T. K. red., *Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling* Oslo: Akribe. (s. 542-550).

Jerpseth, H. (2013). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I: Almås, H. Stubberud, D.-G. og Grønseth, R. red., *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (s. 17-50).

Kiserud, C. E., Fosså, S. D., Dahl, A. A., og Loge, J. H. (2012). Seneffekter etter kreftbehandling. I: Kåresen, R. og Wist, E. red., *Kreftsykdommer - en basisbok for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (s. 130- 144).

Kreftforeningen. (2016). *Kreftforeningen*. [Internett] Tilgjengelig fra: < <https://kreftforeningen.no/sjekk-deg/om-sjekk-deg/> > [Lest 8. mai, 2017].

Kreftregisteret. (u.d.). *Livmorhalskreft, behandling og oppfølging*. [Internett] Tilgjengelig fra:< <https://www.kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/Kvinner/Provetaking-Celleforandring-og-Livmorhalskreft/Livmorhalskreft/> > [Lest 11. januar, 2017].

Kristensen, G. (2010). Kreft i kvinnelige kjønnsorgan. I: Reitan, A. og Schjølberg, T. K. red., *Kreftsykepleie*. Oslo: Akribe. (s. 528-542).

Kunnskapssenteret. (2017). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*.

[Internett] Tilgjengelig fra: < <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar> > [Lest 9. mai 2017].

Laursen, B. S. (2011). Seksualitet. I: I. Holter, M. og Mekki, T. E. red., *Grunnleggjende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. Oslo: Akribe. (s. 704-720).

Mastekaasa, A., og Næss, S. (2011). Ekteskap og familie. I: Næss, S., Moum, T. og Eriksen, J. red., *Livskvalitet. Forskning om det gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget. (s. 170 - 183).

Nes, R. B. (2017). *Folkehelseinstituttet*. [Internett] Tilgjengelig fra:

< <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/> > [Lest 27. april, 2017].

Nes, R. B., og Tambs, K. (2011). Helse og livskvalitet. I: Næss, S., Moum, T. og Eriksen, J. red., *Livskvalitet. Forskning om det gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget. (s. 120-127).

Norsk senter for forskningsdata. (2017). *Norsk senter for forskningsdata*. [Internett] Tilgjengelig fra: < <http://www.nsd.uib.no> > [Lest 8. mai, 2017].

Næss, S., Mastekaasa, A., Moum, T., Sørensen, T. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære*. Oslo: NOVA.

Næss, S. (2011). Teorier. I: Næss, S., Moum, T. og Eriksen, J. red., *Livskvalitet. Forskning om det gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget. (s. 69-82).

Reitan, A. M. (2010). Krise og mestring. I: Reitan, A.M. og Schjølberg, T. K. red., *Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling*. Oslo: Akribe. (s. 72-101).

- Ribu, L. (2010). Livskvalitet. I: Reitan, A. og Schjølberg, T. K. red., *Kreftsykepleie. pasient - utfordring - handling*. Oslo: Akribe. (s. 48-59).
- Rustøen, T. (2010). Livskvalitet og velvære. I: Knutstad, U. red., *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe. (s. 29-55).
- Schjølberg, T. K. (2010). Endret kroppsbilde. I: Reitan, A. M. og Schjølberg, T. K. red., *Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling*. Oslo: Akribe. (s. 131-141).
- Siggerud, M. A. (2010). Sykepleieutfordringer ved strålebehandling. I: Reitan, A. og Schjølber, T. K. red., *Kreftsykepleie. Pasient - utfordring - handling*. Oslo: Akribe. (s. 150-160).
- Skorpen, T. (u.d). *Seneffekter*. [Internett] Tilgjengelig fra: < <https://kreftforeningen.no/om-kreft/seneffekt/> > [Lest 9. mai, 2017].
- Tellugen, I. (2017). *Kreftforeningen*. [Internett] Tilgjengelig fra: < <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/> > [Lest 26. april, 2017].
- Tellugen, I. (2017). *Livmorhalskreft*. [Internett] Tilgjengelig fra: < <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/> > [Lest 22. mars, 2017].
- Tønnesson, Ø. (2013). *Store Norske Leksikon*. [Internett] Tilgjengelig fra: < <https://snl.no/seksualitet> > [Lest 26. april, 2017].
- Utne, I. (2010). Pasienters opplevelser og reaksjoner på å få kreft. I: Knutstad, U. red., *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe. (s. 244-263).
- Varre, P. (2010). Sykepleieutfordringer ved kjemoterapi. I: Reitan, A. M. og Schjølberg, T. K. red., *Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling*. Oslo: Akribe. (s. 161-173).
- Wahl, A. K., og Rokne, B. (2011). Sykepleie. I: Næss, S., Moum, S. T & Eriksen J. red., *Livskvalitet. Forskning om det gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget. (s. 191-198).

World health organization. (2017). [Internett] Tilgjengelig fra:
< <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/> > [Lest 27. april, 2017].

Zeng, Y. C., Li, D., og Loke, A. Y. (2011). Life after cervical cancer: Quality of life among Chinese women. *Nursing & Health sciences* 13(3), s. 296-302.

Vedlegg 1: PIO-skjema

P – Patient/population (Hvem?)	I - Intervention (Hva?)	O - Outcome (Resultat)
Livmorhalskreft	Seksualitet Seksuell funksjon	Livskvalitet
Cervix Neoplasms Cervical neoplasm Cervical Cancer Cervix cancer	Sexuality Sexual function	Quality of life

Vedlegg 2: Søkehistorikk (CinahlComplete)

		Treff	Artikler
1	("Cervix neoplasms+")	11 326	
2	Cervical cancer	8 451	
3	"Cervix cancer"	156	
4	Cervical neoplasms	542	
5	1 OR 2 OR 3 OR 4	14 369	
6	("Sexuality+")	35 777	
7	Sexual function	2 195	
8	6 OR 7	37 181	
9	("Quality of life+")	78 675	
10	5 AND 8 AND 9	27	
	2006-2017. Engelsk, norsk, svensk, dansk. Fagfellevurdert og forskningsartikkel	13	<ul style="list-style-type: none"> • Life after cervical cancer: Quality of life among Chinese women. • Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study. • Sexual function, depression, and quality of life in patients with cervical cancer. • Sexual function of women surviving cervical cancer. • Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality.

Vedlegg 3: Analysetabell

Artikkel	kode	Nøkkelfunn	Tema	Likhet/ ulikt	Hovedtema
1	A	Dårlig matlyst, dårlig søvnkvalitet, hårtap, vektendringer, menopause, forstoppelse, smertefull vannlating, dårligere immunforsvar	Fysiske faktorer	A: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	Behandlingens innvirkning på det fysiske - Kode A
	B	angst, depresjon, irritabilitet, skyldfølelse, fatigue, bekymringer, frykt for tilbakefall, sårbarhet, redusert selvtillit og selvfølelse, Prøvde å finne meningen i sykdommen. Noen opplevde positive gevinster fra erfaringen: mer positivt syn på livet, verdsatte livet mer, verdsatte forholdene med andre, så på kreften som en gjenfødelse,	Psykiske faktorer	B: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8	Behandlingens innvirkning på det psykososiale - Kode B, C, D, E, I,
	C	Begrenset sosialt nettverk, følelse av isolasjon. ukomfortabel med endret rolle hjemme, ukomfortabel med endret ansvar hjemme, gjort dem avhengige og ute av stand til å utføre oppgaver, familielivet ble mer harmonisk	Sosiale faktorer	C: 1, 2, 4, 5, 8	Behandlingens innvirkning på det seksuelle - Kode F, G
	D	Byrde for familien	Økonomiske faktorer	D: 1, 5	
	E	Omsorgsfull og psykologisk og/eller sosial støtte fra familien, noen følte de fikk for mye støtte fra familien, fikk støtte fra slekt, venner og kollega	Mestre situasjonen	E: 1, 2, 5	
	F	13 av 35 hadde ikke gjenopptatt seksuell aktivitet - hadde ikke partner, for trøtt for sex, redd for at seksuell aktivitet reduserte behandlingsresultatet.	Seksuelle faktorer	F: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	

		Noen var aktive, men med redusert frekvens og/eller kvalitet på samlivet: vaginal tørrhet, smerter knyttet til sex, bekymringer for sykdommen			
	G	Ektemenn redd for sykdommen - ønsket ikke å ta initiativ til samleie, forholdet til mannen ble mer intimt, emosjonell byrde for ektemann	Innvirkning på parforholdet	G: 1,5,6	
2	B	Depresjon, uforberedt på langtidskomplikasjonene, “gå videre”, “fornyet verdisetting av livet”, “pågående utfordringer”, bekymring om tilbakefall, fornyet verdsettelse av livet, “wake-up call”, nytt perspektiv på livet, depresjon, emosjonelle bekymringer,	Psykiske faktorer	H: 3,4,5	
	C	Støtte fra familie og venner, behov for positivitet/positiv energi rundt seg,	Sosiale faktorer	I: 5	
	A	Gastrointestinale komplikasjoner, urogenitale komplikasjoner, lymfødeme i underekstremitetene,	Fysiske faktorer		
	F	Redusert lyst, seksuelle plager.	Seksuelle faktorer		
	E	Meditasjon, trening, humor, informasjon, bønn, støttegrupper, trekke seg unna sosial kontakt, holde alt for seg selv	Mestringsstrategier		
3	A	urininkontinens, tarmdysfunksjon,	Fysiske faktorer		
	F	seksuell dysfunksjon, angst knyttet til seksuell aktivitet, manglende interesse, endret kroppsbilde, smerter ved samleie,	Seksuelle faktorer		

	B	Frykt for tilbakefall, angst, negativ innvirkning på kroppsbildet	Psykiske faktorer		
	H	Misnøye knyttet til informasjon, og utilstrekkelig informasjon	Informasjon		
4	A	Diare, inkontinens for avføring, fistler, obstruksjon, urinlekkasje, urininkontinens, redusert sensitivitet, økt smerter, UVI, øvre UVI-er, uretrale hindringer, stenter, nyresvikt, nerveskade, smerter i rygg, smerter i bein, vaginale forandringer, vaginal krymping, vaginale arrdannelser, sirkulasjonstap, vaginal tørrhet, smerter knyttet til undersøkelser i vagina, infertilitet, menopause, fatigue, kvalme	Fysiske faktorer		
	B	Ensomhet, føler seg annerledes, sorg, frustrasjon, frykt, sorg, sinne, skyld	Psykiske faktorer		
	C	Problemer og tap av forhold, støtte fra partner	Sosiale faktorer		
	F	Problem med seksuell sensitivitet, smerter knyttet til samleie, endring i seksuell lyst, endring i seksuell opphisselse, endring i forekomst av orgasmer, blødning etter samleie	Seksuelle faktorer		
	H	Dårlig tilgang på informasjon, utilstrekkelig informasjon, dårlig kunnskap blant helsepersonell	Informasjon og kunnskap		
5	A	Hårtap, vektøkning, smerter, vaginal tørrhet, blære- og tarmdysfunksjon	Fysiske faktorer		

	B	Bekymring, frykt, tristhet, følelse av flauhet og skam, negativt kroppsbilde, ydmyket av ektefeller, mistillit til helsevesenet	Psykiske faktorer		
	F	Utfordringer knyttet til seksualfunksjonen, nedsatt lyst	Seksuelle faktorer		
	G	kvinne uten livmor - ikke en komplett og ønskelig kvinne.	Innvirkning på parforholdet		
	C	Støtte fra familie, partner, venner og religion, manglende støtte fra familie.	Sosiale faktorer		
	I	Kreft - straff, dødsdom.	Tro og kultur		
	H	utilstrekkelig informasjon	Informasjon		
	D	Økonomi - kilde til stress	Økonomiske faktorer		
	E	Tro på Gud, aktivitet, lese, spise sunt, husarbeid	Mestringsstrategier		
6	G	dårligere forhold til partner	Innvirkning på parforholdet		
	A	menopause, inkontinens, urinretensjon, diare, inkontinens for avføring, anale smerter, analt slim, intestinal blødning, lymfødeme i bena.	Fysiske faktorer		
	F	blødning under og etter samleie, seksuell dysfunksjon	Seksuelle faktorer		

7	A	kvalme, oppkast, smerter, appetittløshet, hyppig vannlating, urinlekkasje, krympet vagina, diare, fatigue, søvnløshet	Fysiske faktorer		
	B	psykiske vansker	Psykiske faktorer		
	F	nedsatt seksuell aktivitet, seksuell dysfunksjon	Seksuelle faktorer		
8	F	Seksuell dysfunksjon (lyst, tilfredsstillelse, opphisselse, smerter, orgasme, smøring)	Seksuelle faktorer		
	B	depresjon	Psykiske faktorer		
	A	smerter	Fysiske faktorer		
	C	grad av sosialt velvære	Sosiale faktorer		

Vedlegg 4 - Litteratormatrisene

1. Life after cervical cancer: Quality of life among Chinese women

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/funn	Relevans
<p>Zeng, YC., Li, D. og Loke, AY.</p> <p>Life after cervical cancer: Quality of life among chinese woman.</p> <p><i>Nursing & Health sciences,</i></p> <p>2011; 13(3): 296-302.</p>	<p>Denne studien utforsket betydningen av "livskvalitet" blant kinesiske livmorhalskreft-overlevende, og virkningen av livmorhalskreft-overlevelsen på livskvaliteten til disse kvinnene.</p>	<p>cancer survivor, cervical cancer, Chinese women, nursing, quality of life, sexuality</p>	<p>En kvalitativ studie som foregikk på et sykehus i Kina. 35 livmorhalskreftoverlevende kvinner deltok i studien. De fleste var i 30-40 årene og alle hadde gjennomført primær kreftbehandling og var erklært kreftfrie.</p> <p>Deltakerne svarte på åpne spørsmål om deres oppfatning av livskvalitet. Utformingen av responsarket ble innrammet av livskvalitetsmodellen av Ferrell et al. (1997). Kvalitativ innholdsanalyse ble benyttet for analyse av de skriftlige svarene. Svarene ble lest gjennom av ulike forfattere som uthevet deler av teksten og laget til slutt fem hovedoverskrifter av svarene til deltakerne.</p> <p>Etikk: godkjent av etisk komite, informasjonsark utlevert, samtykke innhentet, anonymitet ivaretatt.</p>	<p>1. Fysisk velvære: Tap av matlyst, dårlig søvnkvalitet, tap av hår, vektendringer, tidlig overgangsalder, forstoppelse og dysuri.</p> <p>2. Psykisk velvære: Angst, depresjon, lettere irritabel, dårlig samvittighet for belastning på familien, fatigue, bekymringer i forhold til sykdommen - frykt for tilbakefall. Redusert selvfølelse og selvtillit.</p> <p>3. Sosial velvære: Mer begrenset sosialt nettverk og følelse av isolasjon.</p> <p>4. Åndelig velvære: Flere fikk også et mer positivt syn på livet. De verdsatt livet og relasjonene med andre mer etter behandling. Forholdene til familie og mann ble også bedre.</p> <p>5. Seksualitet: Mange hadde ikke gjenopptatt den seksuelle aktiviteten etter diagnose og behandling. Årsaken var at de fryktet den seksuelle aktiviteten ville svekke effekten av behandlingen, de hadde ikke partner, var for trøtt til samleie eller/og at ektemannen ikke tok initiativ til samleie pga. frykt for sykdommen. De som var seksuelt aktiv rapporterte redusert frekvens og kvalitet på grunn av vaginal tørrhet, dyspareuni og bekymring for sykdommen.</p>	<p>Studien har relevans for oppgaven, da det kommer frem en rekke fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og seksuelle komplikasjoner som følge av behandlingen. Videre blir komplikasjonene vurdert opp mot effekten dette har på kvinnenes livskvalitet.</p>

2. Cervical Cancer: Patterns of Long-Term Survival

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/funn	Relevans
<p>Clemmens, DA. Knafl, K. Lev, EL. McCorkle, R.</p> <p>Cervical cancer: patterns of long-term survival,</p> <p><i>The College of Nursing New York University,</i></p> <p>2008; 35(6): 897-903.</p>	<p>Studiens hensikt var å beskrive opplevelsen av livskvalitet blant langsiktig overlevende av livmorhalskreft og se på hvilke faktorer som fremmet bearbeidelsen.</p>	<p>Cancer Survivors, Psychosocial Factors, Cervix Neoplasms, Quality of Life, Survival</p>	<p>En kvalitativ studie gjennomført i New York, USA. 19 kvinner diagnostisert med livmorhalskreft, deltok i studien. De hadde vært behandlet med kirurgi, strålebehandling og/eller kjemoterapi.</p> <p>Det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer som ble tatt opp, og nøyaktig transkribert.</p> <p>For analyse av intervjuene ble det benyttet kvalitativ innholdsanalyse.</p> <p>Etikk: Alle som deltok i studien ga samtykke, både i den kvantitative og kvalitative delen. Godkjent av forskningsetisk komite.</p>	<p>Langtidsbivirkninger av behandlingen som ble rapportert var; gastrointestinale forstyrrelser, vanskeligheter med mat, fatigue, depresjon, seksuelle problemer og fertilitetsproblemer.</p> <p>Flere hadde forventet at de kunne vende tilbake til sine normale liv og rapporterte at de var uforberedt på de langsiktige effektene av sykdommen.</p> <p>Alle deltakerne nevnte familie eller venner som viktige støttespillere i prosessen med å komme seg gjennom den tøffe perioden. Det ble brukt ulike mestringsstrategier som meditasjon, mosjon, guidet billedspråk, humor, informasjon og støttegrupper, mens andre holdt alt for seg selv. Behovet for å holde et positivt perspektiv og energi rundt seg ble uttrykt av flere.</p> <p>Når det gjaldt påvirkningen av livet til kvinnene ved intervjutidspunktet, fortalte fire kvinner at de hadde gått videre fra opplevelsen av livmorhalskreft. Tre av de sa de likevel var litt bekymret for potensiell gjentakelse. Ni kvinner uttrykte en fornyet forståelse for livet som et resultat av kreften (uavhengig av nærvær eller fravær av komplikasjoner), og som en ny sjanse. Seks deltagere beskrev en negativ betydning av deres erfaring med livmorhalskreft, for deres livskvalitet. De slet med komplikasjoner, og mente kreften hadde ødelagt livet deres.</p> <p>Når det var snakk om komplikasjoner som påvirket de fleste kvinnene ble, depresjon, gastrointestinale og urogenitale problemer, seksuelle problemer, smerter og hevelse i nedre ekstremiteter, og emosjonelle bekymringer nevnt</p>	<p>Studien viser til ulike måter å håndtere tiden etter behandling på. Den viser at noen sliter, mens andre kommer seg videre, og andre igjen føler opplevelsen ga de en ny sjanse i livet som førte til verdsettelse.</p>

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

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/funn	Relevans
<p>Burns, M. Costello, J. Ryan-Woolley, B. og Davidson, S.</p> <p>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>, 2007; 16(4): 364-372.</p>	<p>Formålet med denne studien var å undersøke kvinners seksualitet 2-3 år etter behandling av livmorhalskreft .</p>	<p>cervical cancer, treatment effects, sexuality, survival.</p>	<p>En kvalitativ studie, gjennomført i England, der 13 pasienter som tidligere hadde blitt behandlet for livmorhalskreft 2-3 år før studien deltok.</p> <p>Semistrukturerte dybdeintervju ble benyttet for å veilede de grundige intervjuene. Dette omfattet en undersøkelse av seksualitet og informasjonsbehov. Ved å bruke åpne spørsmål ble pasientene oppfordret til å fortelle om sine erfaringer, noe som gjorde det mulig for nye perspektiver å komme frem. Intervjuer ble gjennomført ansikt til ansikt, og intervjuene ble tatt opp på tape. Intervjuene varierte fra 25 til 55 minutter. Intervjuene ble transkribert ordrett og analysert utfra arbeidet av Miles og Huberman (1994) og Colaizzi (1978).</p> <p>Etikk: Godkjent av etisk komite. Informasjon gitt både muntlig og via brev. Verbal og skriftlig samtykke ble gitt av deltakerne.</p>	<p>Som et resultat av dataanalysen oppstod tre sentrale temaer som deltakerne opplevde etter behandling:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fysisk; urininkontinens og tarmdysfunksjon. - I alle tilfeller ble pasientens normale dagliglivsaktiviteter og livskvalitet negativt påvirket av behandlingen. For en rekke kvinner, hadde alvorlighetsgraden av blære- og tarmsymptomer også en innvirkning på deres seksualitet og relasjoner. 2. Behandlingens innvirkning på seksualiteten. Negativ effekt på seksualiteten. - Blære- og tarmfunksjonen, angst over seksuell aktivitet, redusert lyst og kroppsbilde hadde noe å si for seksualiteten. 3. Informasjon <p>Flertallet av deltakerne klaget over utilstrekkelig Informasjon om behandlingen og dens effekter.</p>	<p>I studien kommer det frem en rekke fysiske, psykiske og seksuelle komplikasjoner. Det blir videre knytt opp mot livskvalitet, og sett på kvinnenes erfaring med informasjon.</p>

4. The impact of cervical cancer treatment on sexual function and intimate relationships: a crying shame

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/funn	Relevans
<p>Hunter, J.</p> <p>The impact of cervical cancer treatment on sexual function and intimate relationships: a crying shame,</p> <p><i>Journal of Gynecologic Oncology Nursing,</i></p> <p>2011; 21(2): 22-32.</p>	<p>Studiens hensikt var å undersøke komplikasjoner som oppstod i ettertid av behandling for livmorhalskreft, da spesielt komplikasjoners påvirkning på deres seksuelle funksjon og intime forhold til partner. I tillegg ville de se på hvilke faktorer som er viktige for å fremme livskvaliteten og relasjonene hos disse kvinnene.</p>	<p>Cervix Neoplasms, Psychosocial Factors Sexuality</p>	<p>Kvalitativ studie gjennomført i USA. 13 kvinner behandlet for livmorhalskreft deltok i semistrukturerte dybdeintervjuer. De var mellom 27 og 59 år og det var mellom 6 måneder og over 20 år siden behandling for livmorhalskreft. Under intervjuene ble kvinnene invitert til å spørre en intim partner om å delta i et eget intervju, og 5 menn deltok. Intervjuene ble tatt opp og videre analysert ved hjelp av tematisk innholdsanalyse.</p> <p>Etikk: Godkjent av etisk komite (<i>Institutional Review Board</i>), informasjon mottatt, skriftlig samtykke.</p>	<p>Gjennom intervjuene var det en rekke fysiske komplikasjoner/plager som kom frem. Kvinnene rapporterte om tarmproblemer, inkludert diare, inkontinens, fistler og hindringer. Blæreproblemer, som lekkasje og inkontinens, nedsatt følsomhet eller økt smerte, fistler fra blære til skjede eller tarm til blære og urinveisinfeksjoner. Øvre urinveisinfeksjoner og nyresvikt. Nerveskade som førte til rygg og bein-smerter. Vaginale forandringer, krymping, arrdannelse, tørrhet og betydelige smerter relatert til samleie, nedsatt seksuell lyst og vanskeligheter med orgasmeopnåelse.</p> <p>Av psykososiale aspekter rapporterte kvinnene at de følte seg alene og annerledes fra andre kvinner. De kunne kjenne på infertilitets sorg, tap av tidligere forhold, frustrasjon i nåværende forhold, frykt for nye relasjoner, sex og avsløring av deres fysiske endringer. Også partners frustrasjon ble trukket frem.</p> <p>Flere av kvinnene snakket om mangel på informasjon og mangel på noen å snakke åpent om problemene sine med. De savnet oppfølging der de kunne spørre og snakke åpent om plagene sine.</p>	<p>Studien er relevant for oppgaven da den presenterer en rekke fysiske, psykososiale og seksuelle erfaringer i etterkant av behandling. Videre blir det rapportert om manglende informasjon og oppfølging.</p>

5. Survivorship: A Qualitative Investigation of Latinas Diagnosed with Cervical Cancer

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/funn	Relevans
<p>Ashing-Giwa, KT. Padilla, GV. Bohórquez, DE. Tejero, JS. Garcia, M. og Meyers, EA.</p> <p>Survivorship: A Qualitative Investigation of Latinas Diagnosed with Cervical Cancer,</p> <p><i>Journal of psychosocial oncology,</i></p> <p>2006; 24(4): 53-88.</p>	<p>Studiens hensikt var å undersøke hvilke problemer latinske livmorhalskreftrammede kvinner opplever i etterkant av behandling.</p>	<p>Cervical cancer, Latina women, psychosocial oncology, HRQOL</p>	<p>Kvalitativ studie gjennomført i USA, der 20 latinske livmorhalskreftoverlevede kvinner og 6 helsepersonell deltok. Semistrukturerte intervjuer ble gjennomført, der alle intervjuene varte i minst 1 time og ble tatt opp på tape.</p> <p>En omfattende innholdsanalyse ble utført ved hjelp av en matrise og identifisering av hovedtemaene.</p> <p>Etikk: Informasjon om studien ble gitt muntlig, og samtykke innsamlet.</p>	<p>I studien kom det frem at kvinnene slet med vedvarende bekymringer. Av fysiske utfordringer opplevde de problemer knyttet til smerter, blærefunksjon, tarmfunksjon og seksualfunksjon.</p> <p>Flere av kvinnene uttrykte viktigheten av familien og støtten de fikk ifra dem. Andre hadde det vanskeligere og skammet seg over sykdommen, som var årsak til avstand fra resten av familien.</p> <p>Under intervjuene kom det frem at tre av kvinnenes forhold endte på grunn av kreftdiagnosen. Halvparten av kvinnene fortalte at kreftdiagnosen ikke hadde effekt på deres ekteskap eller forhold. Halvparten av kvinnene fortalte at livmorhalskreften i sterk grad har påvirket livene deres. En kvinne fortalte at hun følte seg sliten og ikke kunne gjøre det hun vanligvis pleide. Følelsene holdt hun for seg selv, og hun ønsket ikke at familien skulle få vite hvordan hun virkelig hadde det.</p> <p>Generelt rapporterte kvinnene moderat HRQOL. Negativ effekt på kroppsbildet, følelse av kvinnelighet og seksuell helse, da inkludert fruktbarhet, ble rapportert som byrdefulle problemer hos kvinnene.</p>	<p>Studien viser til kvinnenes grundige beskrivelser av deres erfaringer. De går innom mange ulike temaer, og viser også til erfaringer under og før behandling, noe som vi har valgt å utelukke i det fokuset vårt ligger i etterkant av behandling.</p> <p>Spesielt for denne studien var at den viste sider av en minoritet i USA, og det kom frem at det hos noen forelå annen oppfatning av sykdom og behandling, og at dette med livmor, seksualitet, infertilitet m.m. var av stor betydning.</p>

6. Sexual function of women surviving cervical cancer

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/funn	Relevans
<p>Corrêa, C. Leite, I. Andrade, A. Souza Sérgio Ferreira, A. Carvalho, S. Guerra, M. Corrêa, Camila Soares L. Leite, Isabel Cristina G. Andrade, PS. de Souza Sérgio Ferreira, A. Carvalho, Simone M. og Guerra, MR.</p> <p>Sexual function of woman surviving cervical cancer,</p> <p><i>Archives of Gynecology and Obstetrics,</i></p> <p>2016; 293(5): 1053-1063.</p>	<p>Målet med denne studien var å evaluere den seksuelle funksjonen til overlevende av livmorhalskreft (CC) i forhold til kontrollgruppen av kvinner uten en historie med kreft.</p>	<p>Cervical cancer Survivors Quality of life Psychological sexual dysfunctions</p>	<p>En kvantitativ studie utført i Brasil. Studiegruppen var sammensatt av kvinner utsatt for behandling av invasiv livmorhalskreft (kirurgi, strålebehandling, cellegift-isolert eller kombinert), innenfor perioden mellom 2005 og 2013. For hver deltaker, ble et tilfeldig utvalg fra befolkningen brukt som kontrollgruppe av kvinner uten en historie med kreft. De hadde tilsvarende sosioøkonomiske og demografiske kjennetegn.</p> <p>Datainnsamling foregikk ved ansikt til ansikt-intervju og spørreskjema. For å evaluere den seksuelle funksjonen av seksuelt aktive deltakere brukte de spørreskjema FSFI. Kvinner som presenterte skår mindre enn eller lik 26 ble ansett å ha seksuell dysfunksjon. SPSS-programvare, versjon 15.0 ble benyttet for analyse av dataen.</p> <p>Etikk: Deltakerne ble informert om studien. De som aksepterte å delta skrev under et informert samtykkedokument. Godkjent av etisk komite.</p>	<p>59,5% av livmorhalskreft- overlevende rapporterte at diagnose og/eller behandlingen forstyrret deres seksuelle funksjon. Forhold til partner, var dårligere i kreftgruppen enn i kontrollgruppen. 80% av kvinnene opplevde seksuell dysfunksjon, mot bare 7,1% av kontroll-gruppen.</p> <p>kreftgruppen observeres å være statistisk dårligere enn kontrollgruppen i alle FSFI-kriteriene, og også i totale poengsum. Den totale FSFI poengsum ble 21,72 i kreftgruppen, klassifisert som seksuell dysfunksjon.</p> <p>Kreftgruppen rapporterte negative effekter som blant annet økt frekvens av blødning under eller etter seksuell omgang, inkontinens, økning av diaré, inkontinens for avføring, anale smerter og slim, intestinal blødning og lymfeødem i nedre lemmer. Majoriteten av kvinnene i kreftgruppen (64,9%) rapporterte menopause som relatert til behandlingen.</p>	<p>Studien viser tydelig til behandlingens innvirkning på seksualfunksjon hos kvinnene.</p>

7. Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/funn	Relevans
<p>Greimel, ER., Winter, R., Kapp, KS., og Haas, J.</p> <p>Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study.</p> <p><i>Psycho-Oncology</i>, 2009; 18(5): 476-482.</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke langtidsbivirkningene på livskvalitet (QoL) og seksuell funksjon av livmorhalskreftoverlevende som gjennomgikk ulike behandlingsregimer.</p>	<p>quality of life, sexual functionin g, cervical cancer, gynaecologic oncology, survivorship</p>	<p>En kvantitativ studie som foregikk i Australia.</p> <p>121 kvinner deltok i studien. De var behandlet med kirurgi alene, kirurgi og kjemoterapi eller med kirurgi og strålebehandling. EORTC QLQ-C30 og QLQ-CX24 – spørreskjema ble benyttet for å kartlegge livskvaliteten hos deltakerne. SAQ-spørreskjema ble benyttet for å vurdere deltakernes seksuelle funksjon. For alt statistisk analysearbeid ble SPSS 13 og StatXact 5 benyttet.</p> <p>Etikk: Godkjenning ble innhentet fra institusjonen Review Board of Medical university Graz. Pasientene ble informert om studien over telefon samt sendt et brev som forklarte studien. Deltakerne skrev under et informert samtykkedokument.</p>	<p>Pasienter i kirurgi/RT- gruppen rapporterte betydelig dårligere livskvalitetsutfall (lavere score på fysisk, rolle, kognitivt og sosial fungering) sammenlignet med pasienter i kirurgi gruppen eller pasienter i kirurgi/CT gruppen. Nivået av symptomer som kvalme, smerter, tap av appetitt, hyppig vannlating, lekkasje av urin, og følelsen av en stram skjede var signifikant høyere i bestrålte pasienter. Når det gjelder seksuell funksjon, pasienter i kirurgi/RT- gruppen rapporterte en betydelig lavere seksuell aktivitet hastighet sammenlignet med kvinner i kirurgi gruppen eller kvinner i kirurgi/CT gruppen. Men det var ingen statistisk signifikante forskjeller vedrørende seksuell nytelse og seksuelt ubehag blant de tre behandlingsgruppene</p> <p>Livmorhalskreftoverlevende som ble behandlet med adjuvant strålebehandling er mer sannsynlig utsatt for nedsatt livskvalitet etter kreftdiagnose, mens de som var behandlet med kirurgi eller adjuvant kjemoterapi kom tilbake til et tilsvarende nivå av livskvalitet som kvinner uten en historie med kreft. Selv om den seksuelle aktiviteten er lavere hos pasienter som hadde gjennomgått strålebehandling, er de i stand til å nyte seksualiteten som ligner på pasientene etter kirurgi og kjemoterapi.</p>	<p>Studien er relevant i det at den viser klare tall på hvordan ulike faktorer for livskvalitet og seksualitet oppleves i etterkant av behandling. Den viser også til forskjeller mellom de ulike behandlingsmetodene som oftest er benyttet ved behandling for livmorhalskreft og det blir dermed belyst hvilken behandlingsmetode som får dårligst utfall.</p>

8. Sexual function, depression, and quality of life in patients with cervical cancer

Referanse	Studiens hensikt	Nøkkelbegrep	Metode	Resultat/funn	Relevans
<p>Bae, H. og Park, H.</p> <p>Sexual function, depression, and quality of life in patients with cervical cancer,</p> <p><i>Supportive Care in Cancer,</i></p> <p>2016; 24(3): 1277-1283.</p>	<p>Studiens hensikt var å undersøke nivå av seksuell funksjon, depresjon og livskvalitet hos livmorhalskreftpasienter.</p>	<p>Depression, Sexuality, Quality of life, Cervical neoplasm, Nursing</p>	<p>En kvantitativ tverrsnittstudie, gjennomført i Sør-Korea. 137 kvinner deltok, som hadde blitt behandlet med kirurgi og/eller strålebehandling og/eller kjemoterapi.</p> <p>For å måle den seksuelle funksjonen ble spørreskjemaet FSFI benyttet. For å kartlegge nivået av depresjon ble spørreskjemaet HADS benyttet. Livskvaliteten ble målt ved hjelp av FACT-G, spørreskjema.</p> <p>Datainnsamlingen ble videre analysert ved hjelp av SPSS WIN, versjon 21.0.</p> <p>Forskjellen mellom seksuell funksjon, depresjon og livskvalitet avhengig av demografi og sykdomsrelaterte karakteristika ble videre analysert med t-test og ANOVA</p> <p>Til slutt ble korrelasjon mellom seksuell funksjon, depresjon og livskvalitet analysert gjennom bruk av Pearson correlation coefficient, r.</p> <p>Etikk: Denne studien innhentet godkjenning fra Institutional Review Board (ETC 14-01A-02) fra E University Hospital. Skriftlig samtykke ble mottatt fra alle deltakerne i studien.</p>	<p>Økt alder var relatert til seksuell dysfunksjon. De med høyere utdanning hadde bedre score på seksuell funksjon.</p> <p>Depresjon var signifikant høyere hos de som ikke var i arbeid. 45,4% av kvinnene opplevde moderate nivå av depresjon.</p> <p>Livskvaliteten blant de yngre i studien var bedre enn blant de eldre deltakerne. De som hadde høy grad av seksuell funksjon, viste seg å også ha lavere nivå av depresjon og høyere grad av livskvalitet.</p>	<p>Studien er relevant da den viser til at seksualfunksjonen og depresjonen har en sammenheng med livskvaliteten til kvinnene.</p>