

Agnete Leiseth
Yvonne Løseth

Psykososiale seneffekter etter livmorhalskreft og mestring

Antall ord: 8770

Bacheloroppgave i SY300215 Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Eva Walderhaug Sæther

Mai 2019

Agnete Leiseth
Yvonne Løseth

Psykososiale seneffekter etter livmorhalskreft og mestring

Antall ord: 8770

Bacheloroppgave i SY300215 Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Eva Walderhaug Sæther
Mai 2019

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

Sammendrag

Bakgrunn: Livmorhalskreft er på verdensbasis den tredje største kreftformen som rammer kvinner, og den vanligste kreftformen hos kvinner under 35 år. 316 kvinner i Norge ble diagnostisert med livmorhalskreft i 2017 (Kreftregisteret, 2018).

Hensikt: Hensikten med studien er å belyse hvordan kvinner opplever psykososiale seneffekter etter behandling av livmorhalskreft. Målet er å øke kunnskapen blant helsepersonell slik at det kan legges til rette for bedre mestring etter kreftbehandlingen.

Metode: Systematisk litteraturstudie, med et utvalg av 3 kvantitative og 5 kvalitative forskningsartikler. Analyse gjennomført ved bruk av Evans (2002) innholdsanalyse.

Resultat: Litteraturstudien viste at kvinnene generelt sliter med mange seneffekter etter gjennomgått behandling, og at det rapporteres om en rekke fysiske-, psykososiale- og seksuelle problemer i etterkant. Psykososiale seneffekter som depresjon, angst, problemer i parforholdet, nedsatt selvtillit og tap av arbeidsevne er blant hovedfunnene i denne litteraturstudien. Det kom også frem ulike mestringsstrategier blant kvinnene, og familie, venner og partner ble trukket frem som viktige støttespillere for å håndtere situasjonen.

Konklusjon: Fysiske- og seksuelle seneffekter viste seg å ha innvirkning på de psykososiale behovene. Sosial støtte fra venner og familie var en av de viktigste mestringsstrategiene. Sykepleier kan bidra med informasjon og støtte for å fremme pasientens mestring i situasjonen.

Abstract

Background: Cervical cancer is the third most common type of cancer that affects women worldwide, and the most common type of cancer affecting women under the age of 35. 316 women in Norway were diagnosed with cervical cancer in 2017.

Aim: The purpose of the study is to elucidate how women experience psychological late effects after cervical cancer treatment. The goal is to increase the knowledge among health care professionals so that it can facilitate for better coping after the cancer treatment.

Method: A systematic literature study with a selection of 3 quantitative and 5 qualitative research articles. Analysis performed using Evans (2002) content analysis.

Results: The literature study showed that women generally struggle with many late effects after undergoing treatment, and a number of physical, psychosocial and sexual problems were reported afterwards. Psychosocial late effects such as depression, anxiety, problems with their partners, impaired confidence and loss of ability to work are among the most important findings in this literature study. There were also different coping strategies among the women. Family, friends and partners were drawn as important supporters to handle the situation.

Conclusions: Physical and sexual late effects turned out to have an impact on the psychosocial needs. Social support from friends and family was one of the most important coping strategies. Nurses can provide information and support to promote the patients coping in the situation.

Innhold

1 Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Hensikt	7
1.3 Problemstilling	7
1.4 Avgrensing	7
1.5 Begrepsavklaring	7
1.6 Oppgavens oppbygging	7
2 Teoribakgrunn	8
2.1 Cervixcancer	8
2.1.1 Behandling	8
2.2 Seneffekter etter behandling for livmorhalskreft	9
2.3 Psykososiale behov	10
2.4 Stress og mestring	10
2.5 Sykepleieteori – Joyce Travelbee	11
3 Metode	12
3.1 Datainnsamling	12
3.2 Søkestrategi	12
3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
3.3 Kvalitetsvurdering	13
3.4 Ethiske vurderinger	14
3.5 Analyse	14
4 Resultat	16
4.1 Seneffekter av behandlingen	16
4.1.1 Fysiske seneffekter	16
4.1.2 Psykososiale seneffekter	17
4.1.3 Seksuelle seneffekter	18
5 Diskusjon	20
5.1 Metodediskusjon	20
5.2 Resultatdiskusjon	21
5.2.1 Å finne mening i en ny livssituasjon	21
5.2.2 Forberedt i møte med den nye hverdagen – informasjon, støtte og brukermedvirkning	23
5.3 Konklusjon	26
5.3.1 Anbefalinger for videre forskning	27
Referanser	28
Vedlegg	32
Vedlegg 1: Søkehistorikk	
Vedlegg 2: Analysetabell	
Vedlegg 3: Litteraturmatriser (8 stk)	

1 Innledning

Kapittelet presenterer bakgrunn for valg av tema og aktualitet ut ifra et sykepleiefaglig ståsted. Videre presenteres hensikten med oppgaven, den aktuelle problemstillingen, avgrensninger og begrepsavklaringer. Avslutningsvis blir det gitt en kort oversikt over oppgavens videre oppbygging.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

På verdensbasis er livmorhalskreft (cervixcancer) den tredje største kreftformen som rammer kvinner, og den vanligste kreftformen hos kvinner under 35 år. Livmorhalskreft er en aggressiv kreftform som ofte rammer yngre kvinner, og skyldes i de aller fleste tilfeller smitte av Humant Papillomavirus (HPV) (Kreftregisteret, 2018). Ifølge Kreftregisteret (2018) fikk 316 kvinner i Norge diagnosen livmorhalskreft i 2017. Forekomsten av denne kreftformen har blitt redusert med i underkant av 40% siden 1950-tallet, og man antar at dette skyldes screening-regime som tilbys alle kvinner mellom 25-69 år. Det kan avdekke forstadier som ville ha utviklet seg til kreft, men som ved tidlig behandling hindrer dette. I tillegg har innføring av HPV-vaksine på skolen hatt forebyggende effekt. I Norge (2008-2012) har livmorhalskreft en 5 års relativ overlevelse på 79,8%, men prognosen for de som diagnostiseres sent i sykdomsforløpet er fortsatt dårlig. Kun én av fire lever 5 år etter diagnosetidspunktet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2018, s. 30) skriver at nye behandlingsformer og mer intensiv kreftbehandling har ført til at andelen pasienter som overlever har økt, men at mange pasienter utvikler nye helseproblemer som skyldes sykdommen og/eller behandlingen. Dette vil føre til en økning av personer med, eller risiko for å utvikle seneffekter. Det vil være behov for økt kunnskap og kompetanse på alle nivåer i helsetjenesten, individuelt tilpasset informasjon om risiko for seneffekter til kreftpasienter og mer forskningsbasert kunnskap om seneffekter etter kreftbehandling. Helse- og omsorgsdepartementet (2017, s. 36) vektlegger i tillegg at med stadig flere mennesker som lever med helseutfordringer, tross god behandling, må pasienten være en aktiv og likeverdig deltaker, der en sentral oppgave for helse- og omsorgstjenesten er å bidra til at pasienter mestrer sine helseutfordringer bedre og får økt livskvalitet.

For mange kan det oppleves som en stor lettelse å være ferdigbehandlet, men å vende tilbake til hverdagen kan være svært utfordrende. Mange opplever psykisk stress, bivirkninger av behandlingen og mangel på informasjon og støtte fra behandlingsapparatet når behandlingen er avsluttet. Det kan være en stor overgang fra at livet en lang periode har dreid seg om sykdom og behandling, og at kontakt med behandlingsapparatet har vært hyppig (Lorentsen & Grov, 2016, 405).

1.2 Hensikt

Studiens hensikt er å belyse hvilke psykososiale seneffekter kvinner opplever etter behandling for livmorhalskreft, og om fysiske seneffekter påvirker de psykososiale behovene. Dette for å øke kunnskapen blant helsepersonell om hvordan legge til rette for at kvinner bedre kan mestre psykososiale utfordringer etter livmorhalskreft.

1.3 Problemstilling

Hvilke psykososiale seneffekter opplever kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft, og hvordan kan de bedre mestre disse?

1.4 Avgrensning

Oppgaven inkluderer kvinner over 18 år som har hatt livmorhalskreft, gjennomgått behandling og blitt kreftfrie. Problemstillingen avgrenses til psykososiale seneffekter etter behandling, og skal være i et pasientperspektiv.

1.5 Begrepsavklaring

Livmorhalskreft (Cervixcancer) er kreft i livmorhalsen som skyldes smitte av enkelte typer humant papillomavirus (HPV) (Kristensen, 2010, 532).

Psykososiale seneffekter omhandler problemer som helt eller delvis kan tilskrives det å ha hatt kreft knyttet til psykiske og sosiale aspekter (Johannsdottir & Loge, 2013, s. 72).

Mestring oppfattes som summen av intrapsyriske og handlingsorienterte forsøk på å beherske, tolerere og redusere de ytre eller indre belastninger en er utsatt for, eller som forsøk på å redusere eller unngå negative følelser av slike påkjenninger (Lazarus & Folkman 1984/1991, Benner og Wrubel 1989, Lazarus 1991, referert i Eide& Eide, 2016, s. 166).

Seneffekter er bivirkninger av kreftbehandlingen og kan fremtre under behandling, vedvare over tid eller dukke opp igjen et år eller senere etter behandlingen. Det kan også være snakk seneffekter som fremtrer først 10-30 år etter endt behandling (Hess m.fl., 2018).

1.6 Oppgavens oppbygging

Kapittel 2 presenterer teori som belyser problemstillingen. Metodebeskrivelse presenteres i kapittel 3, samt beskrivelse av søkestrategi, inklusjons- og eksklusjonskriterier, kvalitetsvurdering, etisk vurdering og analysen av forskningsartiklene. Resultatene blir presentert i kapittel 4, og er kategorisert i fysiske-, psykososiale- og seksuelle seneffekter. Kapittel 5 består av metodediskusjon og resultatdiskusjon. Avslutningsvis vil drøftingen kunne ut i en konklusjon og anbefaling for videre forskning.

2 Teoribakgrunn

Dette kapittelet inneholder generell teori om kreftdiagnosen livmorhalskreft, samt behandlingsmetoder og vanlige seneffekter av kreftbehandling. I tillegg inneholder kapitlet teori om stress og mestring, psykososiale behov og sykepleieteori.

2.1 Cervixcancer

Livmorhalskreft skyldes enkelte typer humant papillomavirus (HPV), som kan delta og føre til kreftutvikling (Kristensen, 2010, s. 532). De omtales da som onkogene. Smitte med et onkogen HPV-type gir en betennelsesreaksjon i slimhinnen som kan sees med kolposkop, men gir ingen symptomer. Kolposkopi er en undersøkelse av skjeden og livmortappen ved hjelp av et spesielt mikroskop (Nesheim, 2018). Vanligvis vil infeksjonen gå over av seg selv og leges etter noen måneder. I andre tilfeller kan infeksjonen bli kronisk, og det kan skje en neoplasmisk utvikling i slimhinnen. Det innebærer at cellene begynner å endre seg og kan utvikles til kreftceller som kan vokse inn i omliggende vev.

Som regel tar det mange år før det er snakk om fullt utviklet kreft, og i mange tilfeller av tidlig stadium av utviklingen kan prosessen reversere seg. Livmorhalskreft deles vanligvis inn i tre alvorlighetsgrader. I 85% av tilfellene oppstår livmorhalskreft fra plateepitelet i området på overgangen mellom livmorhalskanalen og ytre mormunn, som også kalles transformasjonssonen. Kreften kan også utgå fra sylinderepiteler i livmorhalskanalen eller i en kombinasjon av disse. Livmorhalskreft kan vokse gjennom livmorhalsveggen og videre til omgivende vev til bekkenveggene, ned i vagina, inn i blæren og/eller rektum. Svulstceller kan spres via lymfbaner til lymfeknuter i bekkenet og langs aorta. Spredning via blodbanen til lungene og leveren kan forekomme.

Normalt gir forstadier til livmorhalskreft, eller i tidlig stadium, ingen symptomer. Ved videreutviklet kreftsykdom, kan symptomer som uregelmessig menstruelle blødninger, blødninger ved samleie (kontaktblødning) og blodtilblandet utflod forekomme. Andre symptomer kan være smerter, anemi, vekttap, appetittløshet, tretthet eller uremi. Rutinemessig celleprøvetaking kan oppdage forstadier til livmorhalskreft (CIN), og blir cytologisk påvist med kolposkopi med biopsitaking (vevsprøve) (Kristensen, 2010, s. 533).

2.1.1 Behandling

Konisering ved celleforandringer som ikke har utviklet seg til kreft, men som potensielt kunne ha ført til kreftutvikling. Ved denne metoden fjernes den ytre delen av livmorhalsen (cervix) med laser, slynge eller kniv. Annen kreftbehandling er avhengig av stadieinndeling. Dersom det er lokalavansert kreft, er det nok å fjerne livmoren (uterus) med cervix. Ved innvokst i omliggende vev, blir det gjort en mer omfattende kirurgi med fjerning av uterus og cervix, eggstokkene (ovariene) og lymfeknuter i det lille bekkenet.

I etterkant av kirurgien gis det cytostatika og strålebehandling. Alternativt til kirurgi er kun strålebehandling. I tilfeller hvor det ikke er mulig å operere, gis det strålebehandling og cytostatika (Kristoff, 2016, s. 410).

2.2 Seneffekter etter behandling for livmorhalskreft

Komplikasjoner avhenger av behandlingen som er gitt. Omfattende kirurgi kan innebære fjerning av mye vev i bekkenet, med skade på nerver og redusert lymfedrenasje. Det kan gi lymfødem, problemer med blæretømming og seksuell dysfunksjon (Kristoff, 2016, s. 410). Ved strålebehandling har også tarmen blitt bestrålt, og pasientene kan få tarmproblemer med diare og hyppige tømminger. De kan også få trang og kort vagina, noe som gir samlivsproblemer. Fistler mellom vagina og urinblæra eller tarmen kan oppstå.

Ved fjerning av eller strålebehandling mot eggstokkene, kan menopausale symptomer oppstå og gi symptomer som hetetokter, nattesvette, hjertebank, søvnvansker, nedsatt kognitiv funksjon, tørre slimhinner i skjeden og nedsatt seksuell lyst. Symptomer kan forsterkes dersom personen allerede er i overgangsalder, men også av den psykiske påkjenningen av behandling og sykdom (Rannestad & Reidunsdatter, 2014, 151).

Fatigue er en subjektiv opplevelse av å være trøtt eller sliten, kjenne seg svak, eller mangle energi. Fatigue kan opptre i alle faser av kreftsykdommen, også som seneffekt. Det kan være en fysisk opplevelse av å være kroppslig sliten og mangle energi, eller en mental opplevelse av å være ukonsentrert, sviktende hukommelse og vansker med å fungere optimalt i situasjoner som krever konsentrasjon og oppmerksomhet. Fatigue kan være kronisk, og blir i liten eller ingen grad redusert av hvile. Høyt nivå av fatigue er forbundet med vesentlig redusert livsutfoldelse og livskvalitet hos kreftpasienter (Loge, 2013, s. 115).

Psykiske symptomer som engstelse, uro, bekymring, nedsatt stemningsleie eller følelse av lite glede i livet og frykt for tilbakefall, følelse av sårbarhet og manglende mestring og endret kroppsbilde er ikke uvanlige under og etter kreftbehandling, og dette kan også påvirke seksuallivet (Gjessing m.fl., 2013, s. 94). I tillegg til dette kan man oppleve sosiale seneffekter, som innebærer vansker med utdanning, arbeidsliv og partnerskap (Johannsdottir & Loge, 2013, s. 74). Sosioøkonomiske seneffekter kan relateres til tap av inntekt på grunn av langtidssykemelding eller uførhet og dårlig sosial fungering. Sammenlignet med den generelle befolkningen er kreftoverlevende oftere arbeidsløse (Rannestad & Reidunsdatter, 2014, s.152).

2.3 Psykososiale behov

Menneskers grunnleggende behov kan deles inn i fysiske, psykososiale, åndelige og seksuelle behov. Psykososiale behov innebærer menneskets psyke, det sjelelige eller mentale. Psykososiale behov ved sykdom har sitt utgangspunkt i sykdom som opplevd fenomen, det vil si hvordan pasienten opplever å være syk (Stubberud, 2013, s. 14).

Pasientens psykososiale behov kan deles inn i emosjonell og rasjonell del. Den emosjonelle delen omfatter pasientens forhold til seg selv, sin historie og sine omgivelser. Den omhandler sykdomsopplevelsen, som inkluderer pasientens sinnsstemning, reaksjoner, følelser og opplevelser som pasient. Her vil behovet for trygghet, tilfredshet og velvære være sentralt, men også behovet for å være orientert, oppleve kontroll over eget liv, og å få individuell og målrettet sykepleie.

Den rasjonelle delen omfatter behovet for fellesskap og kontakt med andre mennesker, som et sosialt nettverk eller relasjoner til mennesker rundt seg. Det omhandler behovet for sosial kontakt og støtte, i form av følelsesmessig støtte, gode relasjoner og meningsfylt sosialt engasjement (Ehrenberg, referert i Stubberud, 2013, s. 16).

2.4 Stress og mestring

Lazarus & Folkman (1984, s. 21) definerer begrepet "psykologisk stress" slik: "Psykologisk stress er et forhold mellom personen og omgivelsene som ut fra personens oppfatning tærer på eller overskrider hans ressurser og setter hans velbefinnende i fare". Hovedbudskapet i Lazarus & Folkmans definisjon (Referert i Kristoffersen, 2016, s. 247) innebærer at stressreaksjoner utløses når en person *opplever* situasjonen som farlig eller belastende. Opplevelsen av stress er sterkere jo mer sentrale behovene og verdiene som er truet er for personen.

Mestringsstrategier for å mestre stressende situasjoner kan ifølge Lazarus & Folkman deles inn i to hovedtyper strategier: problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring. Problemorientert mestring omfatter ulike typer aktive og direkte strategier for å løse et problem eller håndtere en vanskelig situasjon, for eksempel ved å søke informasjon fra ulike kilder for mulige handlingsalternativer. Ved emosjonelt orientert mestring tar personen utgangspunkt i å endre opplevelsen av en situasjon fremfor å endre selve situasjonen. Dette betyr at man prøver å redusere ubehaget i situasjonen ved å dempe de følelsene som gjør situasjonen stressende, eller ved å endre meningsinnholdet i situasjonen. I noen tilfeller kan det sees på som å unngå, unnvike eller flykte fra ubehag eller problemer. Hvilken strategi personen velger vil være avhengig av flere faktorer, blant annet personlighet, hvor usikker man er i situasjonen og om man fortsatt opplever å være truet. Det er også vanlig å velge en strategi man har lyktes med tidligere. Om en mestringsstrategi er hensiktsmessig eller ikke, bestemmes av hvordan utfallet blir i den aktuelle situasjonen (Kristoffersen, 2016, s. 249-252).

Faktorer som påvirker pasientens opplevelse og mestring av negativt stress er forutsigbarhet, kontroll over varighet, kognitiv evaluering og sosial støtte. Forutsigbarhet omhandler å vite når en utsettes for stressende opplevelser. Det kan redusere ubehaget og den følelsesmessige aktiveringen forbundet med stresset. Å ha kontroll over varigheten av en stressende opplevelse kan øke mestringen av stress over lengre tid. Kognitiv vurdering omhandler å ha forståelse av hensikt og mening med en stressende opplevelse, som kan øke evnen til å takle opplevelsen. Å få støtte og hjelp fra omgivelsene kan øke mestringsevnen til å takle stress (Stubberud, 2013, s. 35).

2.5 Sykepleieteori – Joyce Travelbee

Travelbee (2007, s. 54-57). forholder seg til ethvert menneske som et unikt individ. Som person tar mennesket del i en rekke fellesmenneskelige erfaringer. Selv om lidelse er en fellesmenneskelig erfaring, vil den enkeltes opplevelse av lidelsen være høyst personlig. Mennesket har en tilbøyelighet til og evne til å søke etter mening i møte med lidelse, sykdom og smerte. En slik mening er også individuell og personlig. Sykdom og lidelse gir en spesiell anledning til vekst og personlig utvikling, og familie vil stå sentralt for den syke. Opplevelse av god helse er subjektiv, og for mange vil det være å kunne utføre dagligdagse aktiviteter på en tilfredsstillende måte, men for andre vil det være å kunne arbeide. Travelbees sykepleiedefinisjon bygger på et eksistensialistisk menneskesyn og på det faktum at lidelse og smerte er en uunngåelig del av menneskelivet. Sykepleie består i å hjelpe den syke og lidende til å finne mening i den situasjonen han gjennomlever. Det skjer gjennom et menneske-til-menneske-forhold. Sykepleie er også knyttet til det å forebygge sykdom og å fremme god helse (Travelbee, referert i Kristoffersen, 2016, s. 29).

3 Metode

En systematisk litteraturstudie tar utgangspunkt i en tydelig formulert problemstilling som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2013, s. 26). Metodekapittelet presenterer en detaljert beskrivelse av datainnsamlingen til denne oppgaven, samt søkestrategi, inklusjons- og eksklusjonskriterier, kvalitetsvurdering, etisk vurdering og analyse av innsamlet data.

3.1 Datainnsamling

Forsberg & Wengström (2013, s. 26) hevder at en forutsetning for å kunne gjennomføre et systematisk litteratursøk er at det finnes et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet, som kan støtte opp under drøftinger og konklusjon. Videre hevder de at utvelgelsesprosessen av litteratur foregår i seks ulike steg, som også er utgangspunkt for denne systematiske litteraturstudien. *Steg 1* var å identifisere interesseområdet og definere søkeord. Høsten 2018 (november-desember) ble problemstillingen formulert, det ble lagt en plan for litteraturstudien og søkeordene definert. *Steg 2, 3 og 4* omhandler søkestrategien, som kriterier for søket, søk i databaser og manuelt søk. I *Steg 5* ble forskningsartikler med relevante titler plukket ut og sammenfatninger lest. Det siste steget i utvelgelsesprosessen innebar å lese de artiklene som var utgangspunkt for studien i sin helhet, gjennomføre en kvalitetsvurdering og etisk vurdering. Det systematiske litteratursøket resulterte i 8 forskningsartikler, hvor tre var kvantitative og fem var kvalitative studier.

3.2 Søkestrategi

Det er gjort endringer av problemstilling underveis, som har resultert i søk med flere ulike søkeord. Søkene ble utført med bruk av generelle søkeord, som «cervical cancer OR cervix neoplasm», «quality of life» og «Coping», for å få så bredt søkeresultat som mulig. I tillegg ble det gjort søk med kombinasjoner av ulike søkeord ved bruk av den boolske operatøren «AND» og «OR». Søkeord og kombinasjoner av søkeord som ga lite treff ble fjernet og byttet ut. Søkene ble gjennomført i databasene CINAHL Complete, Proquest og Svemed +, Medline og NCBI – PubMed. Utvalget av artikler som ble utgangspunktet for denne oppgaven ble funnet i databasene CINAHL complete og Pubmed. Viser til vedlegg 2 med systematisk oversikt over søkehistorikk. I tillegg til søk i databaser ble det gjort manuelle søk for å sikre alle tilgjengelige forskningsartikler om temaet. Dette innebærer blant annet å studere referanselisten til forskningsartikler som berører emnet (Forsberg & Wengström, 2013, s. 74).

3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">- Kvinner over 18 år- Påvist livmorhalskreft, blitt behandlet og var kreftfrie på tidspunktet forskningen ble gjort- Seneffekter etter behandling- Utgitt mellom 2008 og 2019- Engelsk, norsk, svensk eller dansk- Fagfellevurderte- IMRAD-struktur (introduksjon, metode, resultat og diskusjon)- Etisk vurderte- Pasientperspektiv	<ul style="list-style-type: none">- Eldre enn 10 år- Pasienter med kreft/under behandling- Artikler som ikke samsvarte med inklusjonskriteriene for øvrig

3.3 Kvalitetsvurdering

Ved kvalitetsvurdering av vitenskapelige artikler er reliabilitet (pålitelighet) og validitet (gyldighet) sentrale ord (Nortvedt m.fl., 2012, s. 198-199). I kvalitativ forskning vil ikke begrepene ha samme mening som i kvantitativ forskning. Derfor er det ønskelig å heller spørre seg selv om studien er godt gjennomført, og om gjennomføringen er beskrevet på en god måte. Det krever at en får et innblikk i datainnsamlingen, hvordan den reflekteres og tolkes. Det skal være mulig å følge forskningen fra start til slutt, og hvorfor det ble gjort (Nortvedt m.fl., 2012, s. 78). Vi vurderte de inkluderte artiklene som godt gjennomført, med en tydelig redegjørelse av datainnsamlingen.

Sjekklistene er et godt verktøy ved kritisk vurdering av forskningsartikler, hvor det vil være nødvendig å vurdere den metodiske kvaliteten, og om resultatene i forskningsartikkelen er til å stole på (Folkehelseinstituttet, 2019). I denne oppgaven er det tatt i bruk sjekkliste for vurdering av kvalitative- og kvantitative artikler, hentet fra Forsberg & Wengström (2013, s. 206).

Gjennom Norsk senter for forskningsdata sine nettsider er det mulig å undersøke om forskningsartiklene kommer fra godkjente publiseringskanaler og er fagfellevurderte (<https://nsd.no/om/>). Det ble gjort ved å søke på tidsskriftstittelen som artiklene var publisert i. Fem av artiklene kom fra godkjente publiseringskanaler og er fagfellevurderte, hvor en var på nivå 2 og tre på nivå 1. Nivå 2 regnes som høyest nivå (Helsebiblioteket, 2012). Tre av artiklene var ikke å finne, men skal være fagfellevurderte ifølge CINAHL complete.

3.4 Etiske vurderinger

Ifølge Forsberg & Wengström (2013, s. 69) er etikk et viktig aspekt i all vitenskapelig forskning. Interessen for å innhente ny kunnskap, skal alltid veies opp mot kravet om å skjerme personene som deltar i undersøkelsen. Før en studie starter skal det søkes om etisk godkjenning ved lokal eller regional etisk komité. Dette ble redegjort for i fem av artiklene som er brukt i denne oppgaven. Seks av studiene innhentet informert samtykke fra deltakerne i forskningsprosjektet. Dersom de ønsket å forlate studien, kunne de gjøre det når som helst. Alle deltakerne var over 18 år, og måtte kunne grunnleggende muntlig og skriftlig på det språket som studien var på. Av de to artiklene som ikke gjorde rede for etiske vurderinger, var den ene en systematisk litteraturstudie som tok utgangspunkt i tidligere studier. Den andre var en studie gjort i USA, hvor det ble sendt ut informasjon og forespørsel om de ønsket å delta i studien. Dersom de var interesserte, kunne de ta kontakt for mer informasjon.

Forsberg & Wengström (2013, s. 70) skriver også at forskeren skal være nøyaktig i sine konklusjoner og gi en velbegrunnet redegjørelse for resultatet. Det er uetisk å presentere resultatene på en sån måte at det kun støtter forskerens egne meninger. I Norge finnes helseforskningsloven (2008) som skal bidra til å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning, som også har blitt brukt som grunnlag for etisk vurdering av materialet i denne oppgaven.

3.5 Analyse

Analyse betyr å dele opp fenomenet i mindre deler, undersøke dem hver for seg, for så å sette dem sammen til en ny helhet, også kalt syntese. En analyse av forskningslitteratur skal bidra til at store mengder data og informasjon gjøres forståelig, minske volumet av informasjon og identifisere et mønster. På denne måten bygges et grunnlag for presentasjonen av kjernen i resultatene (Forsberg og Wengström, 2013, s. 166). Artiklene som er brukt i denne systematiske litteraturstudien er analysert ved hjelp av innholdsanalyse etter metoden presentert av Evans (2002).

Ifølge Evans (2002) kan analyse deles inn i fire faser. Første fase innebærer innhenting av data, i fase to identifiseres nøkkelfunnene i hver artikkel, i fase tre sammenlignes artiklene for å finne fellestrekk og felles tema og i fase fire beskrives funnene i forhold til problemstillingen.

I første fase av analysen foretok vi et systematisk litteratursøk som beskrevet i søkehistorikken under punkt 3.2. Det systematiske litteratursøket resulterte i 8 forskningsartikler, hvor tre var kvantitative studier og fem var kvalitative studier.

I fase to leste vi gjennom artiklene gjentatte ganger, for å sikre at de viktigste funnene (nøkkelfunnene) ble indentifisert. Artiklene ble nummerert og satt inn i en tabell. Blant nøkkelfunnene var: fatigue, obstipasjon, diare, urininkontinens, menopausale symptomer, lavt selvbilde/selvfølelse, lavere score på total livskvalitet, angst, depresjon,

seksuell bekymring, problemer med partner, vaginal tørrhet, vaginal korthet/tranghet, vaginal blødning, smertefullt samleie, nedsatt seksuell lyst og mestringsstrategier. Alle nøkkelfunn er presentert i vedlegg 2 (analysetabell).

I fase tre ble det sett på fellestrekk mellom artiklene, som igjen ble kategorisert i temaer. Etter å ha lest gjennom artiklene gjentatte ganger i fase to, kunne en finne likhetstrekk mellom seneffektene som ble identifisert i hver artikkel. På bakgrunn av dette ble nøkkelfunnene kategorisert i temaene fysiske, psykososiale, seksuelle og andre funn. Andre funn omfatter det sosiale og/eller mestringsstrategier. Deretter ble det laget en oversikt over hvilke artikler som hadde de samme funnene. På den måten var det enklere å finne tilbake til hvilke funn som var felles for de ulike artiklene, som igjen ville være til god hjelp under presentasjonen av funnene i resultatdelen. Fullstendig oversikt over sammenligningen kan sees i vedlegg 2 (analysetabell).

I fjerde og siste del av analysen presenteres funnene i lys av problemstillingen. Funnene i analysen er grunnlaget for resultatdelen som presenteres i kapittel 4. Resultatene presenteres i de samme temaene som ble brukte under analysen, og er dermed delt opp i fysiske-, psykososiale- og seksuelle seneffekter etter behandlingen.

4 Resultat

Resultatkapittelet presenterer de sentrale funnene som er gjort i sammenheng med analysen av forskningsartiklene.

4.1 Seneffekter av behandlingen

Analysen av forskningsartiklene ga ulike nøkkelfunn som kunne kategoriseres og deles opp i tre ulike temaer. Kapittelet er derfor delt inn i tre underkapitler, som vil ta for seg fysiske-, psykososiale- og seksuelle konsekvenser av kreftbehandlingen.

4.1.1 Fysiske seneffekter

I 7 av 8 forskningsartikler ble det rapportert om fysiske seneffekter etter behandlingen. I studien gjort av Lau m.fl. (2013) var urologiske symptomer de hyppigst forekommende bivirkningene av behandlingen. Problemer knyttet til urinveiene ble også rapportert i andre studier, hvor urininkontinens, blæredysfunksjon og dysuri er eksempler på symptomer som deltakerne opplevde (Hunter, 2011; Clemmens mfl., 2008; Lau mfl., 2013; Zeng mfl., 2011; Pfaendler mfl., 2015; Ntinga & Maree, 2015). Inkontinens kan være et problem som kan virke hemmende sosialt og fører til mye bekymring. I Ntinga & Maree (2015, s. 23) fortalte en av deltakerne i studien dette:

I am worried. I have to check all the time. Maybe it's wet on the trousers, or on your skirt. That is my main worry. When you sit, maybe at home or in the taxi, you just have to... Eish! Maybe I am wet.

Obstipasjon og andre mage- og tarmproblemer blir rapportert i 6 av 8 forskningsartikler (Hunter, 2011; Clemmens mfl., 2008; Li mfl., 2015; Zeng mfl., 2011; Pfaendler mfl., 2015; Ntinga & Maree, 2015). I studiene er det diarè, obstipasjon, hastverk med å nå toalettet og fekal inkontinens som er hyppigst forekommende. I en studie er også fistler rapportert (Hunter, 2011). En av deltakerne i studien gjort av Clemmens m.fl. (2008, s. 901) forteller følgende: "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..."

Tidlige menopausale symptomer ble rapportert i fem av åtte forskningsartikler (Hunter, 2011; Lau mfl., 2013; Zeng mfl., 2011; Pfaendler mfl., 2015; Ntinga & Maree, 2015). I studien gjort av Hunter (2011) hadde 11 av 12 deltakere blitt behandlet med stråling, og en med en kombinasjon av stråling og kirurgi. De unge deltakerne var klar over at behandlingen kunne føre til infertilitet eller perioder uten menstruasjon. De va derimot ikke klar over at de også ville oppleve tidlig menopausale symptomer. Det ble rapportert tilfeller av menopausale symptomer som hetetokter og vektøkning under ett år etter behandling. Hos to deltakere etter 2-3 år og så sent som 8 år etter behandling ved ett tilfelle.

Fatigue blir nevnt i fire ulike forskningsartikler (Lau m.fl., 2013; Zeng m.fl., 2011; Pfaendler m.fl., 2015; Ntinga & Maree, 2015). I studien gjort av Ntinga & Maree (2015, s. 22) var kronisk fatigue et stort problem og hadde negativ innvirkning på deltakernes liv, da det begrenset deres mulighet til daglige aktiviteter. En av deltakerne la det frem slik:

During the day I feel dizzy. My heart pumps very fast as if something wrong is going to happen. When I am cleaning, cooking or fetching water, I feel something bad, I cannot go out of the house. I have to stay in.

4.1.2 Psykososiale seneffekter

Livmorhalskreft og gjennomgått behandling hadde ifølge alle forskningsartiklene innvirkning på det psykososiale hos kvinnene i etterkant (Hunter, 2011; Clemmens m.fl., 2008; Tornatta m.fl., 2009; Li m.fl., 2015; Lau m.fl., 2013; Zeng m.fl., 2011; Pfaendler m.fl., 2015; Ntinga & Maree, 2015).

Angst og depresjon ble rapportert i 5 av studiene (Clemmens m.fl., 2008; Lau m.fl., 2013; Zeng m.fl., 2011; Pfaendler m.fl., 2015; Ntinga & Maree, 2015). I studien foretatt av Lau m.fl. (2013) hadde 80% av deltakerne i studien utviklet psykiske lidelser i forbindelse med kreftdiagnosen og behandlingen, hvor de mest vanlige var depresjon og angst. Kvinnene som led av psykiske problemer viste seg også å ha fått kreftdiagnosen før overgangsalderen, og de hadde opplevd senskader som urologiske forandringer, seksuelle problemer og menopause-symptomer i etterkant av behandlingen. En av deltakerne i studien gjort av Zeng m.fl. (2011, s. 299) sier følgende: «Sometimes, I felt very anxious and worried about the possible recurrence of cancer, resulting in sleeplessness, feeling dirty, and having no sense of self». Sorg knyttet til infertilitet og barnløshet ble rapportert i studiene gjort av Hunter (2011) og Pfaendler m.fl. (2015).

Dårlig selvbilde/selvfølelse og/eller følelsen av å være mindre feminin ble rapportert i 3 av forskningsartiklene (Tornatta m.fl., 2009; Pfaendler m.fl., 2015; Ntinga & Maree, 2015). Ifølge Li m.fl. (2015) er selvtillit avgjørende for god livskvalitet, og selvtillit henger sammen med sosial støtte. Clemmens m.fl. (2008) og Pfaendler m.fl. (2015) beskriver at familie og venner har vært viktige støttespillere gjennom prosessen. I følge Zeng m.fl. (2011) føler kvinnene seg som en byrde for familien, og de hadde et mindre sosialt nettverk etter behandling enn før. Samtidig har støtte fra familien vært svært viktig gjennom prosessen, og de verdsetter også familien mer i etterkant. Sosiale problemer ble også rapportert i studien av Ntinga & Maree (2015).

Ifølge Hunter (2011) opplevde kvinnene ensomhet, følelsen av å være annerledes, seksuell bekymring, skyldfølelse, sorg, sinne, skuffelse og problemer i parforholdet. Problemer med partner ble også funnet blant kvinnene i studien til Li m.fl. (2015) og Ntinga & Maree (2015). Opphavet til problemene i parforholdet var i alle studiene hovedsakelig begrunnet med seksuelle problemer. Seksuell bekymring i etterkant av behandling blir også rapportert i tre studier (Hunter, 2011; Pfaendler m.fl., 2015; Ntinga & Maree, 2015). En av kvinnene i studien gjort av Ntinga & Maree (2015, s. 23)

beskriver forholdet til sin ektemann slik: "Eish, my husband, nay. He is not feeling alright with me. He has changed, complaining. He is saying (I) am sick".

Kvinnene i studien gjort av Zeng m.fl. (2011) og Ntinga & Maree (2015) rapporterte at de slet med økonomiske problemer. I begge studiene fortalte kvinnene at de ikke klarte å være i jobb som tidligere, i tillegg til at kostnadene for behandlingen var dyr, og at familiene deres ble påvirket på grunn av dette. I tillegg forteller kvinnene at nettverket deres ble mindre som følge av dette. En av deltakerne i studien gjort av Zeng m.fl. (2011, s. 299) sier følgende: «. . . I lost my job due to my disease. My social networks were narrowed as a consequence . . .»

Clemmens m.fl. (2008) beskriver tre forskjellige responsmønstre blant overlevende etter livmorhalskreft. Det første responsmønsteret som blir beskrevet er "moving on", hvor kvinnene hadde lagt kreftdiagnosen bak seg, og la ingen dypere mening i opplevelsen. De hadde også lav score på depressive symptomer. Det andre responsmønsteret som ble oppdaget var en ny verdsettelse av livet. Disse kvinnene så på kreftdiagnosen som en ny sjanse i livet, et "wake up call" eller en gjenfødelse. Det tredje og siste responsmønsteret som ble rapportert var en pågående kamp, hvor kvinnene hadde problemer med å akseptere diagnosen, hadde mange senskader, problemer med å gjennomføre daglige gjøremål, i tillegg til at de fokuserte på hva de gikk glipp av eller mister som følge av dette.

4.1.3 Seksuelle seneffekter

Seksuelle problemer ble rapportert i 7 av 8 forskningsartikler (Hunter, 2011; Clemmens m.fl., 2008; Tornatta m.fl., 2009; Lau m.fl., 2013; Zeng m.fl., 2011; Pfaendler m.fl., 2015; Ntinga & Maree, 2015). Studien gjort av Zeng m.fl. (2011) oppdaget at kinesiske kvinner som hadde gjennomgått behandling av livmorhalskreft identifiserte deres seksualitet som en av de viktigste indikatorene på livskvalitet.

Smerter ved samleie var den seneffekten som ble rapportert i flest studier, og blir beskrevet i 6 av 8 artikler (Hunter, 2011; Clemmens m.fl., 2008; Tornhatta m.fl., 2009; Zeng m.fl., 2011; Pfaendler m.fl., 2015; Ntinga & Maree, 2015). I studiene gjort av Tornatta m.fl. (2009), Zeng m.fl. (2011) og Pfaendler m.fl. (2015) ble det også rapportert om sjeldnere samleie enn tidligere. I tillegg blir det i studiene gjort av Hunter (2011), Pfaendler m.fl. (2015) og Ntinga & Maree (2015) rapportert om vaginal blødning. En av kvinnene i studien gjort av Hunter (2011, s. 485) sier følgende: "Once he tries to go in, it hurts so bad. And every time we have sex, I bleed. I bleed for 24 hours and it is pretty heavy and I don't know why."

Trang, smal eller følelsen av kortere vagina ble rapportert i 4 av forskningsartiklene (Hunter, 2011; Tornatta m.fl., 2008; Pfaendler m.fl., 2015; Ntinga & Maree, 2015). I tillegg til dette rapporterte kvinnene i samme studier at de slet med vaginal tørrhet som seneffekt etter behandlingen. Vaginal tørrhet ble også rapportert i studien gjort av Zeng m.fl. (2011). En av kvinnene i studien gjort av Ntinga & Maree (2015, s. 23) sier

følgende: "Yeah, eish. This thing is affecting my life. The vagina. If you want to make love, sometimes my vagina is tight, tight, tight. He is complaining. It's worrying me a lot. He has to push and push and push".

I studien gjort av Zeng m.fl. (2011) ble det oppdaget at sykdom og behandling hadde hatt negativ innvirkning på kvinnenens seksuelle liv. Studien viste at 13 av 35 deltakerne i studien ikke hadde gjenopptatt seksuelle aktiviteter. 8 av deltakerne rapporterte betydelige endringer i hyppighet og kvaliteten på samleiet. I tillegg til vaginale symptomer var nedsatt lyst og nedsatt seksuell nytelse noen av årsakene. Nedsatt lyst ble også funnet i studier gjort av Hunter (2011); Tornatta mfl. (2009); Ntinga & Maree, (2015). Nedsatt nytelse ble også rapportert i Hunter (2011); Tornatta mfl. (2009); Pfaendler mfl. (2015).

5 Diskusjon

Diskusjonskapittelet innledes med metodediskusjon. Deretter drøftes resultatet i lys av teoribakgrunnen som ligger til grunn i oppgaven. Konsekvenser for sykepleie belyses underveis. Diskusjonen avsluttes med en kort konklusjon som inneholder en oppsummering av hovedfunn, konsekvenser for praksis samt anbefalinger for videre forskning.

5.1 Metodediskusjon

Ved innsamling av materiale til oppgaven, ble det først tatt utgangspunkt i en problemstilling som omhandlet alle seneffekter etter livmorhalskreft og livskvalitet. Dette kan gjenspeiles i utvalget av forskningsartikler som er brukt til å svare på nåværende problemstilling. Årsaken til at problemstillingen ble forandret, var for å spesifisere oppgaven og at livskvalitet var et lite definerbart begrep. Under analysen av forskningsartiklene ble det også lagt merke til at kvinnene brukte ulike mestringsstrategier for å håndtere seneffektene, noe som var ønskelig å se nærmere på. Det ble valgt å fokusere på psykososiale seneffekter, da studiene viste at fysiske seneffekter også påvirker kvinnene psykisk.

De nye søkene i databasene ga begrenset med resultater, og det var lite eller ingen nyere forskning som inneholdt søkeordene livmorhalskreft, psykososiale seneffekter og mestring. Det ble derfor valgt å ta utgangspunkt i forskningsartikler fra tidligere søk, da de inneholdt seneffekter fra et pasientperspektiv og mestringsstrategier. Det var likevel begrenset med mestringsstrategier som ble funnet i de valgte forskningsartiklene, noe som kan ha hatt innvirkning på vår tolkning av funnene. Studien kan være preget av mye bruk av pensumlitteratur i forhold til funn i forskningsartiklene.

Det var ønskelig å bruke kun kvalitativ forskning, som er mest gunstig for å undersøke personers opplevelse av ett fenomen (Forsberg & Wengström, 2014, s. 61). Det ble likevel problematisk å finne kun nyere, gode vitenskapelige artikler med kvalitativ metode. På grunn av dette ble det derfor valgt en kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ forskning. Dette blir i noen tilfeller brukt for å få ulike typer informasjon om et fenomen. Fordelen er da at det spesifikke fenomenet kan belyses fra forskjellige synsvinkler (Forsberg & Wengström, 2014, s. 58). Vi ser etter å ha arbeidet med artiklene at vi med fordel kunne hatt enda flere kvalitative artikler, da målet med litteraturstudien var å belyse pasienterfaringer, noe som kommer bedre frem i kvalitative studier enn kvantitative.

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med oppgaven var å belyse hvordan kvinner opplever psykososiale seneffekter etter behandling av livmorhalskreft, og hvordan de bedre kan mestre disse. Dette for å bidra til å øke kunnskapen blant helsepersonell om temaet. Resultatdiskusjonen tar utgangspunkt i funnene i resultatkapittelet, samt relevant faglitteratur, og er delt inn i to underkapitler. Det første handler om å finne mening i en ny livssituasjon, og det andre handler om å møte forberedt til den nye hverdagen ved hjelp av informasjon, støtte og brukermedvirkning.

5.2.1 Å finne mening i en ny livssituasjon

Personer som opplever krise prøver ofte å finne en mening med noe som oppleves meningsløst eller urettferdig (Eide & Eide, 2016, s. 188). Dersom livet skal ha mening, er det viktig å finne de verdiene som er viktige for den enkelte, og arbeide aktivt for å realisere dem (Knutstad, 2011, s. 81). Moderne forskning viser at det i vår tid som oftest er psykososiale belastninger som er årsak til stressreaksjoner hos mennesket, og i mindre grad fysisk stimuli (Kristoffersen, 2016, s. 239). Begrepet mening står sentralt i nyorienteringsfasen, og kan bety å gjenopprette opplevelsen av verdi, innhold, sammenheng og betydning. I et mestringersperspektiv er gjenoppretelse av mening viktig, fordi dette er grunnleggende for motivasjon, og dermed også for valg og handling (Eide & Eide, 2016, s. 193-194).

Menneskets mestringsevne omfatter både indre og ytre ressurser. De indre ressursene omhandler selvstendighet, myndighet, kognitive ferdigheter, kunnskaper, livserfaringer, motivasjon og troen på egne krefter (Knutstad, 2011, s. 83-84). Lazarus & Folkman (Referert i Kristoffersen, 2016, s. 249) beskriver revurderingsfasen i mestringprosessen, hvor de forklarer at selvtillit og tiltro til egne ressurser er viktig for å klare å mestre situasjonen man står i. Dette er også i tråd med både Travelbees- og Virginia Hendersons sykepleierteori. Virginia Henderson beskriver pasientens indre ressurser som krefter, kunnskaper og vilje. Krefter er knyttet til det å ha mental styrke, ha tro på egne muligheter og visjoner (Knutstad, 2011, s. 84). Travelbee (referert i Kristoffersen, 2016, s. 29) beskriver at opplevelsen av god helse er subjektivt, og det er varierende hva den enkelte ser på som tilfredsstillende, men at arbeid og hverdagslige aktiviteter blir sett på som sentrale verdier. Et av hovedfunnene i denne litteraturstudien var at mange overlevende sliter med psykiske plager etter behandlingen, hvor angst og depresjon kommer frem som de vanligste lidelsene. Etter behandling av kreft kan man oppleve tap av arbeidsevne, tap av partner eller komplikasjoner i forholdet og tap av organer som kan ha innvirkning på utvikling av depresjon (Kiserud m.fl., 2018, s. 160). I studien til Zeng m.fl. (2011) kom det også frem at det sosiale nettverket ble mindre som en konsekvens av dette. Undersøkelser viser at overlevende kan oppleve et forbigående tap av arbeidsevne, men at 70% kommer tilbake i normal jobb. Derimot er det kun 20% av kreftpasientene som ber om tilrettelegging på arbeidsplassen (Kiserud m.fl., 2018, s. 161). Ifølge Ingstad (2014, s. 126-128) er utdanningen og yrket vårt en del av identiteten vår, og det kan være utfordrende å akseptere at oppgaver man tidligere mestret blir vanskeligere å håndtere. At så få kreftoverlevende ber om tilrettelegging på arbeidsplassen kan forklares av bruk av forsvarsmekanismer, blant annet undertrykkelse (Eide & Eide, 2016, s. 191). Undertrykkelse av følelser blir også beskrevet i emosjonelt

orientert mestring (Lazarus & Folkman, 1984, referert i Kristoffersen, 2016, s. 251). Dette innebærer å skyve bort ubehagelige tanker og følelser, blant annet ved å fokusere på andre ting som arbeid og sosialt samvær. Dette kan være en hensiktsmessig mestringsstrategi for mange, men det kan også oppstå et behov for å åpne opp for tanker og følelser som er vanskelige å bearbeide, og mange synes det er lettere å åpne seg for en utenforstående, for eksempel sykepleier, enn de nærmeste (Eide & Eide, 2016, s. 191).

Ytre ressurser omhandler familien og sosialt nettverk, utdanning, arbeid, økonomi, tilgjengelighet i helse- og omsorgstilbud og sosiale støtte- og trygdeordninger (Knutstad, 2011, s. 83-84). Støtte fra familie, partner og venner ble beskrevet som en viktig del av bearbeidingen i flere av de inkluderte artiklene i denne litteraturstudien. Behandling av kreftsykdom kan påvirke kroppsbildet negativt, og for pasienter som er i parforhold kan forandringen som skjer med kroppen og selvbildet endre balansen i forholdet. For kvinnene som ikke har er i et forhold kan det bli vanskelig å finne seg en partner, fordi usikkerheten rundt egen kropp og seksualitet kan by på store utfordringer (Gjessing m.fl., 2013, s. 94). Problemer knyttet til parforholdet ble rapportert i flere av de inkluderte studiene. Kvinnene forteller at de ikke kan være i et normalt forhold på grunn av forandringer i underlivet, og at de har store problemer med å gjennomføre et normalt samleie. Dette resulterte i at forholdet til partner ble komplisert, og skapte en stor frykt for å bli forlatt. Noen hadde også opplevd at parforholdet tok slutt på grunn av problemene. Det kom også frem at kvinnene som ikke var i et forhold valgte å avvise eventuelle nye partnere, for å slippe å ta den vanskelige samtalen og møte problemene de hadde seksuelt. I studien gjort av Pfaendler m.fl. (2015) ble støtte fra partner trukket frem som en av de viktigste momentene for å håndtere situasjonen. Det kan derfor tenkes at frykt for å miste partneren som støttespiller fører til store bekymringer for kvinnen, og oppleves som en stor belastning i hverdagen, som videre truer den både den emosjonelle og rasjonelle delen av de psykososiale behovene (Ehrenberg m.fl., referert i Stubberud, 2013, s. 16).

Hvis man sammenligner Lazarus og Folkmans (referert i Kristoffersen, 2016, s. 249-252) inndeling i to hovedkategorier mestringsstrategier og responsmønstrene til Clemmens m.fl. (2008), kan det tenkes at kvinnene som hadde lagt kreftdiagnosen bak seg og ikke lagt noen dypere mening i opplevelsen har benyttet seg av problemorientert mestring, fordi de aksepterte utfordringen de sto ovenfor og klarte å komme seg videre i livet. Kvinnene som hadde problemer med å akseptere den nye tilværelsen sin kan ha benyttet seg av emosjonelt orientert mestring, da de fokuserte mer på hva de mistet i forhold til å finne mening i situasjonen. I tillegg til dette fortalte kvinnene med dette responsmønsteret at de isolerte seg fra omverdenen for å slippe å stå ovenfor ubehagelige spørsmål eller situasjoner, og de hadde også høyere score på angst og depresjon. Dette kan tyde på at de fortsatt føler seg truet i situasjonen de står i, og at de ikke har klart å bearbeide følelsene sine knyttet til kreftdiagnosen.

I senere tid har det også blitt skrevet om flere mestringsstrategier i tillegg til problemorientert- og emosjonell orientert mestring, blant annet meningsorientert mestring (Knutstad, 2011, s. 81). Viktor Frankl (referert i Knutstad, 2011, s. 81) presenterer tre verdikategorier han mener er viktig for å oppnå mestring, hvor alle

handler om å skape verdier som gir livet mening. Den første kategorien går ut på å handle, yte og å være aktiv, for eksempel gjennom arbeid og aktiviteter. Den andre kategorien handler om opplevelsesverdier og det å nyte, oppleve og ta imot gjennom naturen, kunsten og kjærligheten. Den tredje kategorien handler om innstillinger, og å gi situasjonen mening ut ifra å endre egne holdninger. Dette kan for eksempel innebære å omformulere en problematisk situasjon til en utfordring. Kvinnene som opplevde kreftsykdommen som en ny sjanse og opplevde større verdsettelse av livet i etterkant kan tenkes å ha funnet mening i den nye livssituasjonen sin, og akseptert tilstanden slik den er. En av deltakerne med dette responsmønsteret fortalte at hun slet med mange senskader og hadde problemer med seksuallivet med ektemannen sin, men at de etter flere år sammen hadde fått forholdet til å fungere på tross av dette, og funnet andre områder å fokusere på i forholdet (Clemmens m.fl., 2008).

I studien gjort av Zeng m.fl (2011) prøvde noe av deltakerne å finne mening med deres sykdom og gjorde seg noen tanker om meningen med livet. Enkelte mente at det var skjebnen, andre ønsket å se positivt på erfaringen med kreftsykdom. De var mer positive til livet, verdsatte det mer, satte mer pris på sine relasjoner og levde et mer harmonisk familieliv. Dette støttes av Travelbees teori om at mennesker har en tilbøyelighet til og evne til å søke etter mening i møte med lidelse, sykdom og smerte. En slik mening er individuell og personlig. Sykdom og lidelse gir derfor en spesiell anledning til vekst og personlig utvikling (Kristoffersen, 2016, s. 28-29). Mening i livet er en grunnleggende motivasjonskraft for mennesket, og en drivkraft til å leve. Her vil styrking av selvbilde, egenverd og identitet være sentralt. Å søke annerkjennelse og bekreftelse på at «jeg er god nok» er viktig for selvfølelsen (Solvoll, 2016, s. 128).

Sykepleier kan bidra med aktiv lytting og være støttende og til stede når pasienten åpner seg. At noen lytter uten å blande seg inn, forsøker å berolige eller dempe følelsene, kan være tilstrekkelig til at noe av intensiteten i følelser og tanker slipper taket og stimulerer til bearbeidelse og nytt perspektiv på situasjonen. Det kan bidra til aksept av situasjonen, som igjen kan føre til at brikkene faller på plass og mening og sammenheng kan oppstå. Sykepleier bør ikke presse eller overtale pasienten til å åpne seg, men gi mulighet til å snakke. Pasienten har likevel rett til å ikke benytte seg av denne muligheten. Det handler om å respektere den andres integritet. Sykepleierens oppgave er å skape en så trygg og åpen situasjon som mulig. Det viktigste er at pasienten får mulighet til å dele noen av de spontane tankene og følelsene han har og at sykepleieren forholder seg nøytralt og aksepterende til dette (Eide & Eide, 2016, s. 193-194). Dette støttes også av Travelbees (2007, s. 171) teori om at mening oppstår i et menneske-til-menneske-forhold.

5.2.2 Forberedt i møte med den nye hverdagen – informasjon, støtte og brukervedvirkning

Når behandlingen er avsluttet og livet skal fortsette hjemme, møter pasienten og deres pårørende nye utfordringer som må mestres. Det er endringer i hverdagen som skal bearbeides, og en skal tilpasse seg den nye tilværelsen (Eide & Eide, 2016, s.16). Vi ønsker å belyse hvordan informasjon, støtte og brukervedvirkning kan bidra til at kvinnene bedre kan mestre den nye hverdagen etter behandling for livmorhalskreft.

Som nevnt tidligere har psykososiale behov ved sykdom utgangspunkt i hvordan pasienten opplever å være syk (Stubberud, 2013, s. 14). Den emosjonelle delen omfatter pasientens sykdomsopplevelse, som sinnsstemning, reaksjoner, følelser og opplevelser som pasient, mens den rasjonelle delen omfatter behovet for fellesskap og kontakt med andre mennesker (Ehrenberg, referert i Stubberud, 2013, s. 16). Vi har sett at behandling for livmorhalskreft ofte følges av seneffekter som virker belastende på kvinnen både psykisk og fysisk. I studien gjort av Hunter (2014), fortalte kvinnene at de ikke ble gitt tilstrekkelig informasjon som forberedte dem og deres partner på mulige konsekvenser av behandlingen. De ble også overrasket over manglende kunnskap blant helsepersonell om seneffekter av behandlingen, hvor det var et problem at symptomer de opplevde ikke ble gjenkjent som seneffekter som følge av gitt behandling. De ønsket blant annet at det ble gitt informasjon om hva som kunne forventes etter behandling av livmorhalskreft. For mange kan det handle om forutsigbarhet og kontroll over situasjonen, som spiller en sentral rolle i utvikling av mestring. Dette støttes av Tveiten (referert i Harris & Ursin, 2012, s. 232), som skriver at utvikling av mestring kun er mulig om vi opplever at vi styrer eller kontrollerer noe. I tillegg til informasjon, kan også brukermedvirkning og sosial støtte påvirke menneskers opplevelse av å styre eller kontrollere en situasjon. I pasient- og brukerrettighetsloven (1991, § 3) står det også at pasienter har rett til å medvirkning og informasjon.

Sykepleiers pedagogiske rolle vil være sentral, og omhandler å tilrettelegge for informasjon, veiledning og undervisning på en sånn måte at pasienter og pårørende utvikler optimal kompetanse til å ta mest mulig kontroll over faktorer som påvirker helse og mestring. Det kan innebære informasjon om sykdommen og behandling, men også om det å være pasient og pårørende, eller praktiske sider ved å være syk. På denne måten blir pasient og deres pårørende aktiv i egen helseprosess. Ved brukermedvirkning vil det i tillegg være enklere å tilpasse informasjonen til pasientens behov og situasjon. (Tveiten, 2012, s. 246).

Selv om det er tydelig at tilpasset informasjon spiller en viktig rolle i pasientens mestringsprosess, ser en i studien gjort av Pfaendler m.fl. (2015) at bekymring knyttet til tilbakefall av sykdommen økte jo lenger tid det hadde gått siden behandlingslutt, og at 28% av deltakerne slet med alvorlig angstlidelse som følge av sykdommen og behandlingen. Etterhvert som tiden går øker sjansen for helbredelse, og angst for tilbakefall burde normalt avta. Likevel viser undersøkelser at mange langtidsoverlevende sliter med tilbakefallsangst (Kiserud m.fl., 2018, s. 160). Dette kan ha flere forklaringer, men en ser at frykt for tilbakefall er vanligere hos yngre pasienter og hos pasienter som har høyere nivå av fysiske seneffekter, psykiske problemer og lav livskvalitet. Spesielt høyt nivå av nervøsitet, fatigue og dårlig selvfølelse har innvirkning på tilbakefallsangst (Dahl, 2013, s. 137-138). I enkelte tilfeller kan det skyldes feilaktige forestillinger om sine utfordringer, hvor det vil være viktig å få frem pasientens tanker og følelser om situasjonen. I den sammenheng kan det gi en mulighet til å korrigere feilaktige forestillinger og misforståelser med korrekt informasjon, som igjen kan redusere unødvendige bekymringer (Eide & Eide, 2016, s. 188).

I tillegg til tilbakefallsangst, er seksuelle utfordringer i etterkant av behandlingen et viktig tema. I studien gjort av Zeng m.fl. (2011) viste det seg at seksuelle utfordringer ofte er tabu og noe som ikke snakkes om, men at det for mange kvinner regnes som svært viktig. De oppdaget at seksualitet og intimitet til partneren var en av de viktigste indikatorene på livskvalitet. Seksuelle behov kan fortrenses i situasjoner hvor en er redd for at ens behov ikke vil bli tatt imot. Dette kan være som følge av sykdom, store belastninger eller inngrep som har påvirket ens kroppsoppfatning og selvfølelse. Det kan da oppstå kommunikasjonsproblemer og konflikter knyttet til fortrenge følelser, lengsler og behov. Det er vanlig med skamfølelse for egen kropp, angst for avvísning og skyldfølelse fordi noe ved en selv er forandret. Det oppstår følelser som er vanskelig å forstå og som må bearbeides (Eide & Eide, 2016, s. 187).

Bearbeiding innebærer å gi slipp på forsvaret og gi plass til det som virker truende og ubehagelig. Det er en aksepterings- og forsoningsprosess, hvor en godtar det «nye» som en del av en selv. Det kan oppleves belastende, men er en del av en prosess mot bedre mestring. Et lyttende øre kan være til god hjelp og støtte i bearbeidingsfasen (Eide & Eide, 2016, s.186). Tiltak fra et sykepleierperspektiv kan være aktiv lytting og åpen dialog, som kan bidra til avklaring. Indre konflikter kan komplisere åpen dialog, og aktiv lytting er en måte å møte disse menneskene. Det gjøres ved hjelp av små bekræftende og oppmuntrende utsagn som «ja», «hm», «jeg skjønner», eller nonverbalt ved å nikke forstående. Ved å gjenta den andres utsagn, kan man styre samtalen i ønsket retning. Det gir rom for at den andre kan gå videre på noe som i utgangspunktet ikke var innenfor bevissthetens rekkevidde, og dermed åpne for bearbeidelse (Eide & Eide, 2016, s. 190-191).

Den rasjonelle delen ved psykososiale behov omfatter behovet for fellesskap, kontakt med andre mennesker, sosial kontakt og støtte. Det innebærer behovet for følelsesmessig støtte, behov for gode relasjoner og meningsfylt sosialt engasjement (Ehrenberg, referert i Stubberud, 2013, s. 16). Forskning viser at sosial støtte og deltakelse har gunstig effekt på psykisk helse, mestring og livskvalitet. Tiltak som fremmer sosiale nettverk kan på den måten være helsefremmende og sykdomsforebyggende (Forskningsinstituttet, referert i Helgesen, 2016, s. 142). Det konkluderes også med at sosial støtte styrker mestringsevnen når en står ovenfor påkjenninger og belastende livshendelser. Det kan ha positiv effekt på den psykiske helsa og ha sammenheng med opplevelsen av glede, vitalitet og livskvalitet. Lav sosial støtte gir derimot mangedoblet risiko for psykiske problemer.

For deltakerne i studien gjort av Clemmens m.fl. (2008), kommer støttegrupper og støtte fra familie og/eller venner frem som viktig for opplevelsen av mestring. Å være sammen med andre mennesker gjennom felles verdier, interesser og aktiviteter gir en følelse av tilhørighet og fellesskap. Å bli verdsatt og få bekræftelse på seg selv er viktig for opplevelsen av identitet, anerkjennelse, verdighet og selvfølelse, samt for å kjenne velvære. Det gir også en følelse av trygghet å vite at noen er der i vanskelige perioder (Helgesen, 2016, s. 142). Ifølge Ingstad (2014, s. 126-127) er identiteten vår viktig for å vite hvem vi er som person. Li mfl. (2015) konkluderer med at høy sosial støtte fra nær familie eller venner kan påvirke selvfølelsen, som igjen påvirker livskvaliteten i positive

retning. Spesielt utsatt er eldre kvinner med lav selvfølelse og liten sosial omgangskrets. Å søke sosial støtte fra helsepersonell, mestringsgrupper eller andre bekjente kan da være en måte å mestre dårlig selvfølelse og ensomhet.

Sosial støtte fra vårt sosiale nettverk fremmer mestring ved at individet mottar ressurser i form av konkret hjelp, emosjonell støtte, hjelp til å finne løsninger på problemer og hjelp til å endre måten å mestre på (Stewart m.fl, referert i Dragset, 2014, s. 78). En kan dele informasjon, holde kontakt og hjelpe hverandre. Det er ofte relasjoner til familie, venner, slektninger og kollegaer som utgjør det sosiale nettverket. Mye tyder på at å dele erfaringer eller opplevelser med andre kan virke helsefremmende, og at personer som opplever høy grad av sosial støtte, vil være bedre i stand til å mestre forandringer i livssituasjonen enn de med lav grad av sosial støtte. Personer med lite sosial støtte vil være mer sårbar for stress og ha større risiko for utvikling av sykdom (Dragset, 2014, s. 78)

Det kan være utfordrende for helsepersonell å hjelpe pasienter å ivareta eller forbedre den sosiale støtten. Det er viktig at pasientens autonomi og integritet blir respektert, og utgangspunktet må derfor være basert på menneskes behov. Strategier for å ivareta det sosiale behovet kan være å kartlegge det sosiale nettverket for hver enkelt, spørre om nærmeste pårørende eller andre fortrolige, eller å motivere pasienten til å ta initiativ og delta i sosiale sammenhenger som pasientforeninger eller selvhjelpsgrupper (Dragset, 2014, s. 83). I studien gjort av Li mfl. (2015) konkluderes det med at helsepersonell kan bidra med å vurdere kreftoverlevernes sosiale støtte, som nær familie og venner. De kan også snakke med familien og venner om støtte og hvordan oppmuntre kreftoverleverne til å fortelle om sine behov. Dette for å hindre at følelser blir holdt tilbake, som kan skade deres selvfølelse. I studien kommer det også frem at sykepleier kan vise sin støtte på en profesjonell måte, ved å bygge tillitsfulle sykepleier-pasient-relasjoner. Sykepleier kan også ha et åpent sinn og en holdning som åpner opp for at pasienten kan ytre sine tanker og følelser.

5.3 Konklusjon

Studiens hensikt var å belyse hvilke psykososiale seneffekter kvinner opplever etter behandling for livmorhalskreft, og hvordan de bedre kan mestre disse. En kunne se at seneffekter var nært knyttet til hvilken behandling som var gitt, hvor strålebehandling var den behandlingsmetoden som ga flest seneffekter som var utfordrende å håndtere i hverdagen, både fysisk og psykososialt. Andre sentrale funn var at både fysiske og seksuelle seneffekter hadde påvirkning på de psykososiale behovene. De mest sentrale psykososiale seneffektene som ble rapportert var depresjon, angst, problemer i parforholdet, nedsatt selvtillit, nedsatt arbeidsevne og mindre sosialt nettverk.

Det kom frem av de inkluderte forskningsartiklene at støtte fra familie og venner var svært viktig for å kunne håndtere sine utfordringer. De opplevde mangelfull informasjon om vanlige seneffekter, samt manglende kunnskap blant helsepersonell som utfordrende for mestringsopplevelsen.

Som sykepleier kan man bidra med informasjon, støtte og brukermedvirkning. For mange er det enklere å åpne seg for en utenforstående enn for sine nærmeste. At man føler seg inkludert i egen behandling og får tilstrekkelig informasjon vil også kunne bidra til økt følelse av kontroll over situasjonen, som igjen vil bidra til mestring. Et annet viktig moment i mestringsprosessen er at kvinnene opplever å finne mening i hverdagen, slik at de har noe verdifullt å holde fast ved.

5.3.1 Anbefalinger for videre forskning

Under arbeidet med denne litteraturstudien viste deg seg å være lite forskning som er knyttet direkte til livmorhalskreft og mestring. Det hadde derfor vært interessant om dette hadde blitt forsket videre på i fremtiden.

Referanser

- Clemmens, D. A., Knafelz, K., Lev, E. L. & McCorkle, R. (2008). Cervical Cancer: Patterns of Long-Term Survival. *Oncology. Nursing Forum*, 35 (6), s. 897-903. DOI: 10.1188/08.ONF.897-903
- Dahl, A. A. (2013) Psykiske symptomer og lidelser. I J. H. Loge, A. A. Dahl, S. D. Fosså & C. E. Kiserud (Red.) *Kreftoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (s. 127-148). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dragset, J. (2014). Sosial støtte – et salutogent begrep og forskningsfelt. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 76-84). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Eide, H. & Eide T (2016) *Kommunikasjoner i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20 (2), s. 22-26. Hentet fra <http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2019, 23. april). Sjekklistene for vurdering av forskningsartikler. Hentet 05.05.19 fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklistene-for-vurdering-av-forskningsartikler/>
- Forström, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (3. utg.) Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur.
- Gjessing, R., Borg, T. & Dahl, A. (2013) Problemer med seksualitet. I J. H. Loge, A. A. Dahl, S. D. Fosså & C. E. Kiserud (Red.) *Kreftoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (s. 87-107). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Harden, A. (2010). Mixed-Methods Systematic Review: Integrating Quantitative and Qualitative Findings. *Focus – Technical brief* (25). Hentet fra https://ktdrr.org/ktlibrary/articles_pubs/ncddrwork/focus/focus25/Focus25.pdf
- Harris, A. & Ursin, H. (2012). Stress og mestring i et helsefremmende perspektiv. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - I teori og praksis* (s. 221-236). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helgesen, A. K. (2016). Sosial kontakt. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (s. 141-168). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsebiblioteket. (2012, 20. Juni). Hva betyr "publiseringsnivåer?". Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/144363/hva-betyr-publiseringsniv%C3%A5er>

- Helseforskningsloven (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_1
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018). *Leve med kreft. Nasjonal kreftstrategi* (Strategi (2018-2022)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Kvalitet og pasientsikkerhet* (Meld. St. nr 11 (2018-2019)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d7c5775978234d4f932e341b4e1850e1/no/pdfs/stm201820190011000dddpdfs.pdf>
- Hess, S. L., Dahl, A. A. & Kiserud, C. E. (2018). Seneffekter etter kreftbehandling. *Sykepleien*, 2018, 11, s. 1-11. DOI-nummer [10.4220/Sykepleiens.2018.72626](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.72626)
- Hunter, J. (2011) The impact of cervical cancer treatment on sexual function and intimate relationships: a crying shame, *Journal of Gynecologic Oncology Nursing*, 21 (2), s. 22-32. Hentet fra: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.831.2188&rep=rep1&type=pdf>
- Ingstad, K. (2016). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Johannsdottir, I. M. R. & Loge, J. H. (2013) Voksne overlevende etter kreft i barndom og ungdom. I J. H. Loge, A. A. Dahl, S. D. Fosså & C. E. Kiserud (Red.), *Kreftoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (s. 59-79). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirserud, C. E., Dahl, A. A. & Fosså, S. D. (2018) Seneffekter etter kreftbehandling. I E. Schilchting & E. Wist (Red.), *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell* (s. 148-161). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Knutstad, U. (2011) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2.* (3. utg.) Oslo: Akribe.
- Kreftregisteret. (2018, 29. oktober). Livmorhalskreft. Hentet 28. november fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Livmorhalskreft/>
- Kristensen, G. (2010). Kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling* (s. 528-550). Oslo: Arkibe AS.
- Kristoff, A. (2016) Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. I S. Ørn & E. Bach-Gransmo. (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 400-418). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J (2016). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3* (s. 237-294). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. En historisk reise. I N. J.

- Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (s. 15-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lau, K.-L., Yim, P. H. W., Cheung, E.Y.W. (2013) Psychiatric Morbidity in Chinese Women after Cervical Cancer Treatment in a Regional Gynaecology Clinic. *East Asian Arch Psychiatry*, (23), s. 144-153. Hentet fra <http://www.easap.asia/index.php/component/k2/item/204-v23n4-p144-153>
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Li, C.-C., Chen, M.-L., Chang T.-C., Chou, H.-H. & Chen, M.-Y. (2015) Social support buffers the effect of self-esteem on quality of life of early-stage cervical cancer survivors in Taiwan. *European journal of oncology Nursing*. (19), s. 486-494. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.02.008>
- Loge, J. H. (2013) Fatigue (trøtthetsfølelse) og depresjon. I J. H. Loge, A. A. Dahl, S. D. Fosså & C. E. Kiserud (Red) *Kreftoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (s. 109-126). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016) Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (s. 397-436). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nesheim (2018). Kolposkopi. *Store medisinske leksikon*. Hentet 18.05.19 fra <https://sml.snl.no/kolposkopi>
- Ntinga, S. N. & Maree, J. E. (2015). Living with the late effects of cervical cancer treatment: a descriptive qualitative study at an academic hospital in Guatemala (2015). *South Africa J. Gynaecol Oncol*, 7 (1), s. 21-26. Hentet fra <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/20742835.2015.1030890>
- Notvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert* (2. utg.). Oslo: Capellen Damm Akademisk.
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Pfaendler, K. S., Wenzel, L., Mechanic, M. B. & Penner K. R. (2015) Cervical cancer survivorship: Long-term quality of life and social support (2015) *Clinical Therapeutics*, 37(1): 39-48. DOI: 10.1016/j.clinthera.2014.11.013
- Rannestad, T. & Reidunsdatter, R. (2014). Helsefremming hos overlevende etter brystkreft og underlivskreft. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 148-160). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Solvoll, B.-A. (2016). Identitet og egenverd. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3* (s.105-140). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Strømme, H. (2017). Litteratursøking i kunnskapsbasert praksis og forskning. *Sykepleien*

forskning. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2017/02/litteratursokning-i-kunnskapsbasert-praksis-og-forskning>

Stubberud, D.-G. (2013) Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 13-41). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Søk og skriv. (2015, 13. oktober). Oppbygging av en oppgave. Hentet fra <https://sokogskriv.no/skriving/struktur-og-argumentasjon/oppbygning-av-en-oppgave/>

Tornatta, J. M., Carpenter, J. S., Schilder, J. & Cardenes H. R. (2009) Representation of Vaginal Symptoms in Cervical Cancer Survivors. *Cancer Nursing*, 32 (5), s. 378-384. DOI: [10.1097/NCC.0b013e3181a54c39](https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181a54c39)

Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning. Sykepleiers pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s. 237-258). Bergen: Fagbokforlaget

Zeng, Y.C., Li, D. & Loke, A. Y. (2011). Life after Cervical Cancer: Quality of life among Chinese women. *Nursing and Health Sciences*, (13), S. 296-302. Hentet fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1442-2018.2011.00616.x>

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Vedlegg 2: Analysetabell

Vedlegg 3: Litteraturmatriser (8 stk.)

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
1. women OR young adult	28.11.18	CINAHL complete	15 358	0	0	0
2. Cervical cancer OR cervix neoplasms	28.11.18	Cinahl complete	1 189	0	0	0
3. Quality of life	28.11.18	Cinahl complete	11 826	0	0	0
4. 1 AND 2	28.11.18	Cinahl complete	111	0	0	0
5. 4 AND 3	28.11.18	Cinahl complete	5	2	0	0
6. 2 AND 3	28.11.18	Cinahl complete	41	5	3	1
7. Life experiences+	29.11.18	Cinahl complete	3 530	0	0	0
8. 2 AND 7	29.11.18	Cinahl complete	10	4	0	0
9. Cancer survivors	29.11.18	Cinahl complete	982	0	0	0
10. 2 AND 9	29.11.18	Cinahl complete	21	16	5	5
11. Cervical cancer AND Cancer survivors AND quality of life	15.12.18	ProQuest	34	5	2	0

12. Cervical cancer AND Cancer survivors	16.12.18	Medline	11	0	0	0
13. 2 AND 3 AND side effects OR late effects	17.12.18	CINAHL complete	22	2	0	0
14. Cervical cancer AND Survivor	17.12.18	Svemed+	0	0	0	0
15. Cervical cancer AND survivors	26.03.19	NCBI - pubmed	39	2	2	2
16. Empowerment OR handle with OR living with	09.04.19	CINAHL complete	950	0	0	0
17. 2 AND 16	09.04.19	CINAHL complete	5	5	0	0
18. Coping	09.04.19	CINAHL complete	10839	0	0	0
19. 2 AND 18	09.04.19	CINAHL complete	17	5	3	0

Vedlegg 2: Analysetabell

Artikkel:	Nøkkelfunn:	Tema	Sammenligning
1	<p>Diare, fekal inkontinens, fistler, obstipasjon, urininkontinens, urinlekkasje, fistler fra tarm til vagina eller blære til vagina, urinveisinfeksjoner, nyresvikt, nerveskade som resulterte i smerter i bein og rygg, trang vagina, vaginal tørrhet, smerter ved samleie, nedsatt seksuell lyst, nedsatt seksuell opphisselse, vanskelig å oppnå orgasme, manglende informasjon etter behandling, vaginal blødning, menopause-symptomer, ensomhet, følelse av å være annerledes, problemer i parforhold, seksuell bekymring, skyldfølelse av å ikke prestere seksuelt, skuffelse, sorg, sinne, manglende kunnskap blant helsepersonell</p>	<p><u>Fysiske funn:</u> Diare, fekal inkontinens, fistler, obstipasjon, urininkontinens, urinveisinfeksjoner, nyresvikt, nerveskade som resulterte i smerter i bein og rygg, menopause-symptomer,</p> <p><u>Psykososiale funn:</u> Ensomhet, følelse av å være annerledes, problemer i parforhold, seksuell bekymring, skyldfølelse, sorg, sinne, skuffelse, sorg over barnløshet</p> <p><u>Seksuelle funn:</u> Trang vagina, vaginal tørrhet, smerter ved samleie, nedsatt seksuell lyst, nedsatt seksuell opphisselse, vanskelig å oppnå orgasme, vaginal blødning</p> <p><u>Andre funn:</u> Manglende informasjon og kunnskap blant helsepersonell</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ikke gitt informasjon som forberedte kvinnene og deres partner på mulige konsekvenser av behandlingen ○ Seksuelle problemer før og etter behandling ble ikke vurdert ○ Symptomer ble ikke gjenkjent som seneffekter av behandlingen 	<p>Fysiske funn: Mage- og tarmproblemer: 1, 2, 4, 6, 7, 8 Problemer knyttet til urinveiene: 1, 2, 5, 6, 7, 8 Smerter: 1, 5, 7, 8 Menopausale-symptomer: 1, 5, 6, 7, 8 Nedsatt matlyst: 2, 6, 7 Fatigue: 5, 6, 7, 8 Lymfødem: 7, 8</p> <p>Psykososiale funn: Angst: 5, 6, 7, 8 Depresjon: 2, 5, 6, 7 Endret selvilde: 3, 7, 8 Emosjonelle bekymringer: 2, 8 Skyldfølelse: 1, 6 Sykdomsbekymring: 6 Ensomhet/annerledeshet/: 1 Seksuell bekymring: 1, 7, 8 Problemer i parforholdet: 1, 8 Sorg over barnløshet: 1, 7 Sosiale problemer: 6, 8 Humørsvingninger: 6,7</p> <p>Lavere score på total livskvalitet: 3, 5, 7</p> <p>Seksuelle funn: Trang/kort/smalt vagina: 1, 3, 7, 8 Vaginal tørrhet: 1, 3, 6, 7, 8</p>

			<p>Smerter ved samleie: 1, 2, 3, 6, 7, 8</p> <p>Nedsatt seksuell lyst: 1, 3, 6, 8</p> <p>Vaginal blødning: 1, 7, 8</p> <p>Nedsatt seksuell opphisselse/nyttelse/orgasme: 1, 3, 6, 7</p> <p>Sjeldnere samleie: 3, 6, 7</p>
2	<p>Likheter funnet blant kvinnene som deltok: sjokk å få beskjed om diagnosen, helsepersonell viktig i prosessen, forventet å returnere til sine normale liv – ikke forberedt på senskadene (urindysfunksjon og tarmdysfunksjon), mestringsstrategier for å håndtere situasjonen: meditasjon, trening, humor, informasjon, støttegrupper, trekke seg tilbake for seg selv, snakke med familie og venner.</p> <p>Responsmønstre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Moving on:</u> lagt kreftopplevelsen bak seg, legger ingen dypere mening i opplevelsen selv om det var forferdelig, lav score på depressive symptomer, linket ikke nåværende livskvalitet opp mot sykdommen sin • <u>Ny verdsettelse av livet:</u> så på kreftopplevelsen som en "gjenfødelse", et "wake-up-call" eller en ny sjanse i livet • <u>Pågående kamp:</u> problemer med å akseptere diagnosen, mange senskader, funksjonssvikt på grunn av senskader, problemer med å gjennomføre dagligdagse gjøremål, stort fokus på hva de går glipp av/mister 	<p><u>Fysiske funn:</u> Tarmdysfunksjon, blæredysfunksjon, nedsatt matlyst,</p> <p><u>Psykososiale funn:</u> Emosjonelle bekymringer, depresjon</p> <p><u>Seksuelle funn:</u> Seksuelle problemer, smerter eller hevelse i underlivet,</p> <p><u>Andre funn:</u> Responsmønstre, familie og venner viktig, mestringsstrategier</p> <p>Behov om å bli møtt av medfølende helsepersonell, og tilbydd mer informasjon for å kunne takle sykdommen og seneffekter av behandlingen.</p>	<p>Andre funn: Støtte fra familie og venner: 2,6 Økonomiske problemer: 6, 8 Manglende informasjon: 1, 2, 8</p>

	Depresjon, tarmdysfunksjon, blæredysfunksjon, seksuelle problemer, smerter eller hevelse i underlivet, emosjonelle bekymringer, nedsatt matlyst	
3	Følelse av trang/smål vagina, mindre seksuell lyst, vaginaen føles for kort/for liten, samleie sjeldnere enn før, tørr skjede, nedsatt seksuell tilfredsstillelse, smertefullt samleie, nedsatt orgasme, føler seg mindre feminin, nedsatt fysisk velvære, nedsatt emosjonelt velvære, nedsatt funksjonelt velvære, økt sosialt velvære, lavere score på total livskvalitet enn gjennomsnittsbefolkningen	<p><u>Psykososiale funn:</u> Føler seg mindre feminin, nedsatt fysisk velvære, nedsatt emosjonelt velvære, nedsatt funksjonelt velvære, økt sosialt velvære, lavere score på total livskvalitet</p> <p><u>Seksuelle funn:</u> Trang/smål vagina, mindre seksuell lyst, vaginaen føles for kort/for liten, samleie sjeldnere enn før, tørr skjede, nedsatt seksuell tilfredsstillelse, smertefullt samleie, nedsatt orgasme</p>
4	Alder, selvfølelse og sosial støtte virker inn på opplevelsen av livskvalitet. Overlevende med lavere alder, høy sosial støtte hadde bedre selvtillit og dermed bedre livskvalitet, score på total livskvalitet avhenger av selvtillit.	<p><u>Psykososiale funn:</u> Høy sosial støtte = bedre selvtillit = bedre livskvalitet</p> <p>Mestring: støtte fra nære venner og familie, fortelle om sine tanker og behov, unngå isolering av følelser</p>
5	Fatigue, smerter, menopausale symptomer, urologiske symptomer, seksuelle problemer, nummenhet, angst, depresjon, lavere score på total livskvalitet	<p><u>Fysiske funn:</u> Fatigue, smerter, menopausale symptomer, urologiske symptomer, nummenhet</p> <p><u>Psykososiale funn:</u> Angst, depresjon, lavere score på total livskvalitet</p> <p><u>Seksuelle funn:</u> Seksuelle problemer</p>
6	23 av 34 hadde vært arbeidsledige siden de fikk kreftdiagnosen, 9 skilte seg etter kreftdiagnosen. Livskvalitet ble beskrevet som: <ul style="list-style-type: none"> • God helse og frisk fra sykdom 	<p><u>Fysiske funn:</u> Nedsatt matlyst, dårlig søvnkvalitet, hårtap, vektendring, menopause-symptomer, obstipasjon, dysuri, fatigue,</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Å kunne leve normalt • Ha god levestandard • Ha gode sosiale relasjoner • Ha god økonomi • Ha muligheten til å arbeide • Ha et godt sexliv <p>Nedsatt matlyst, dårlig søvnkvalitet, hårtap, vektendring, menopause-symptomer, obstipasjon, dysuri, angst, depresjon, humørsvingninger, skyldfølelse, fatigue, sykdomsbekymring, mindre sosialt nettverk, isolasjon, arbeidsledighet, problemer med daglige gjøremål, byrde for familien, byrde for ektefelle, økonomiske problemer, støtte fra familien har vært viktig, verdsetter livet mer, verdsetter familien og ektefelle mer, manglende seksuelt samliv etter behandling, for sliten/trøtt til å ha sex, lite initiativ fra ektefelle til samleie, frykt for å ødelegge behandling ved å ha samleie, nedsatt seksuell opphisselse, sjeldnere samleie enn før, vaginal tørrhet, manglende seksuell lyst, smerter ved samleie</p>	<p><u>Psykososiale funn:</u> Angst, depresjon, skyldfølelse, sykdomsbekymring, mindre sosialt nettverk, isolasjon, byrde for familien, byrde for ektefelle, støtte fra familien viktig, verdsetter livet (familie, ektefelle), humørsvingninger</p> <p><u>Seksuelle funn:</u> Manglende seksuelt samliv etter behandling, for sliten/trøtt til å ha sex, lite initiativ til samleie fra ektefelle, frykt for å ødelegge behandling ved samleie, nedsatt seksuell opphisselse, sjeldnere samleie enn før, vaginal tørrhet, manglende seksuell lyst, smerter ved samleie</p> <p><u>Andre funn:</u> Arbeidsledighet, problemer med daglige gjøremål, økonomiske problemer, sosial avvisning</p> <p><u>Viktigste mestringsstrategi:</u> Støtte fra familien.</p> <p>Ønsker økt bevissthet rundt kvinners seksuelle bekymringer. Helsepersonell bør gi støttende omsorg for å kunne imøtekomme målgruppens psykiske og fysiske behov.</p> <p>Livskvalitet i følge kvinnene som deltok:</p> <ul style="list-style-type: none"> • God helse og frisk fra sykdom • Å kunne leve normalt • Ha god levestandard • Ha gode sosiale relasjoner • Ha god økonomi • Ha muligheten til å arbeide • Ha et godt sexliv
7	Blæredysfunksjon, tarmdysfunksjon, seksuell dysfunksjon, lymfeødem, psykososiale	<u>Fysiske funn:</u>

	<p>problemer, fatigue, depresjon, angst, dårlig selvbilde, seksuell bekymring, menopause-symptomer, lavere livskvalitet, smerter, nedsatt matlyst, inkontinens, diare, slim fra endetarmen, hastverk med å nå toalettet, fekal inkontinens, rektal blødning, fett i avføring, hetetokter, tørrhet i skjede, vaginal blødning, bekymringer ift. barnløshet, nedsatt seksuell nytelse, smerte ved samleie, sjeldnere samleie enn tidligere, vaginal korthet, humørsvingninger</p>	<p>Blæredysfunksjon, tarmdysfunksjon, lymfødem, fatigue, menopause-symptomer, smerter, nedsatt matlyst, fekal inkontinens, diare, slim fra endetarmen, urininkontinens, hastverk med å nå toalettet, rektal blødning, fett i avføringen, hetetokter</p> <p><u>Psykososiale funn:</u> Psykososiale problemer, depresjon, angst, dårlig selvbilde, seksuell bekymring, lavere livskvalitet, bekymringer ift. barnløshet, Humørsvingninger</p> <p><u>Seksuelle funn:</u> Seksuell dysfunksjon, vaginal tørrhet, vaginal blødning, nedsatt seksuell nytelse, smerte ved samleie, sjeldnere samleie enn før, vaginal korthet</p>
8	<p>Fatigue, smerte i abdomen og ryggen, vaginal stenose, vaginal smerte, vaginal tørrhet, vaginal blødning, urininkontinens, diare, forstoppelse, hastverk med å nå toalettet, lymfødem, menopause-symptomer, økonomiske problemer, sosiale problemer, dårlig selvbilde, problemer i parforholdet, smertefullt samleie, kort vagina, trang vagina, nedsatt seksuell lyst, seksuell bekymring, tro på Gud har hjulpet, generell bekymring i livet, angst, manglende behandling, manglende informasjon, bruk av rusmidler</p>	<p><u>Fysiske funn:</u> Fatigue, smerter i abdomen og ryggen, urininkontinens, diare, obstipasjon, hastverk med å nå toalettet, lymfødem, menopause-symptomer,</p> <p><u>Psykososiale funn:</u> Angst, sosiale problemer, dårlig selvbilde, problemer i parforholdet, seksuell bekymring, religiøs tro har hjulpet, generell bekymring i livet</p> <p><u>Seksuelle funn:</u> Vaginal smerte, vaginal tørrhet, vaginal blødning, smertefullt samleie, kort vagina, trang vagina, nedsatt seksuell lyst,</p> <p><u>Andre funn:</u> Økonomiske problemer, manglende behandling, manglende informasjon</p>

Vedlegg 3: Litteratormatriser (8 stk.)

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

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/ konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Hunter, J. (2011) The impact of cervical cancer treatment on sexual function and intimate relationships: a crying shame, <i>Journal of Gynecologic Oncology Nursing</i> , 21 (2), s. 22-32. Hentet fra: http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.831.2188&rep=rep1&type=pdf	Formålet med studien var kartlegge hvordan senskader etter livmorhalskreft påvirker kvinners seksuelle funksjon og intime forhold. I tillegg ville de se på hvordan man kan forbedre livskvaliteten til disse kvinnene i etterkant.	Cervical cancer survivorship, pelvic radiotherapy, sexual dysfunction, vaginal stenosis, patient-provider communication	Kvalitativ studie gjennomført i USA med 13 kvinner som har hatt livmorhalskreft. Det ble gjennomført semistrukturerte dybdeintervju. Deltakerne var mellom 27 og 59 år, og det var varierende fra 6 måneder til 20 år siden de mottok behandling for livmorhalskreft. Kvinnene kunne velge å ha med seg seksuell partner under intervjuene, og 5 menn deltok. Intervjuene ble analysert ved hjelp av tematisk innholdsanalyse. Etikk: Godkjent av etisk komite. Skriftlig samtykke etter mottatt informasjon.	Under intervjuene fortalte kvinnene om både fysiske, psykososiale og seksuelle problemer. Det ble blant annet rapportert om diare, fekal inkontinens, blæreforandringer, fistler, trang og tørr vagina, manglende seksuell lyst, problemer i parforhold og følelsen av å være annerledes og ikke prestere seksuelt. Det ble også rapportert om manglende informasjon og kunnskap blant helsepersonell.	Artikkelen er relevant fordi den inneholder en rekke senskader etter livmorhalskreft, og forklarer hvordan dette påvirker livet i etterkant hos kvinnene, både fysisk og psykososialt. I tillegg tar den opp manglende informasjon og kunnskap blant helsepersonell.

2. Cervical cancer: Patterns of Long-Term Survival

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Clemmens, D. A., Knafl, K., Lev, E. L. & McCorkle, R. (2008). Cervical Cancer: Patterns of Long-Term Survival. <i>Oncology Nursing Forum</i>, 35 (6), s. 897-903. DOI: 10.1188/08.ONF.897-903</p>	<p>Å beskrive livskvalitet opplevd av langtidsoverlevende etter livmorhalskreft, og ulike faktorer som fremmer deres tilpasning.</p>	<p>Ingen</p>	<p>En kvalitativ studie med et utvalg av 19 kvinner diagnostisert med livmorhalskreft mellom 1975-1995. Semistrukturerte intervjuer tatt opp med båndopptaker. Det ble stilt spørsmål om deres kreftopplevelse, restitusjonsfasen og i tiden etter.</p>	<p>Det ble oppdaget tre ulike "responsmønstre" hos deltakerne. Kvinner i "moving on"-mønsteret beskrev sin opplevelse av kreften som en vanskelig periode tidligere i livet deres. Kvinner i "fornytt takknemlighet for livet"-mønsteret fokuserte på det positive resultatet av kreften. Kvinner i "en pågående kamp"-mønsteret understreket de stadig negative resultatene av kreften. Til tross for noen forskjeller, dukket det opp noen felles mønstre, inkludert sjokket ved å få diagnosen, helsepersonells sentrale rolle og betydningen av støtte fra familie og venner</p>	<p>Studien er relevant fordi den beskriver forskjellige måter å håndtere seneffekter og hverdagen på, som kan knyttes direkte opp til problemstillingen vår. Den inkluderer også mestringsstrategier kvinnene har brukt for å håndtere situasjonen sin. Responsmønstrene kan også knyttes opp mot mestringssteorier.</p>

3. Representation of vaginal Symptoms in Cervical Cancer Survivors

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/ konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Tornatta, J. M., Carpenter, J. S., Schilder, J. & Cardenes H. R. (2009) Representation of Vaginal Symptoms in Cervical Cancer Survivors. <i>Cancer Nursing</i>, 32 (5), s. 378-384. DOI: 10.1097/NCC.0b013e3181a54c39</p>	<p>Formålet med studien var å utforske og beskrive dimensjonene av vaginale symptomer og undersøke sammenhengen mellom disse symptomene og livskvalitet hos kvinner behandlet for livmorhalskreft.</p>	<p>Cervical cancer, Commonsense model, Quality of life, Symptoms, Vagina</p>	<p>Studien ble gjennomført som en beskrivende, tverrsnittundersøkelse. Overlevende fra livmorhalskreft ble rekruttert fra 2007-2008. Alle kvinner ga skriftlig og muntlig bekreftelse på frigivelse av journalen. Totalt 26 kvinner med stadium I, II eller III livmorhalskreft deltok i studien. Kvinnene hadde fått cellegiftbehandling og stråling, kun cellegift eller kun kirurgisk behandling.</p>	<p>23% av kvinnene som deltok rapporterte om smertefullt samleie, 15% rapporterte om mindre seksuell lyst og 12% rapporterte om tørr skjede. I tillegg ble det rapportert om smerter i rygg og diffuse smerter i underlivet, hårvekst i ansiktet og at de følte seg mindre feminine/ønsket.</p> <p>Livskvaliteten hos kvinnene i studien ble sammenlignet med gjennomsnittskvinnen, og det viste seg at overlevende etter livmorhalskreft hadde en score på under gjennomsnittet.</p>	<p>Studien er relevant for oppgaven fordi den tar for seg vaginale seneffekter kvinner opplever etter gjennomgått kreftbehandling, og hvordan disse seneffektene påvirker livskvaliteten.</p>

4. Social support buffers the effect of self-esteem on quality of life of early-stage cervical cancer survivors in Taiwan

Referanse	Studiens hensikt/ mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Li, C.-C., Chen, M.-L., Chang T.-C., Chou, H.-H. & Chen, M.-Y. (2015) Social support buffers the effect of self-esteem on quality of life of early-stage cervical cancer survivors in Taiwan. <i>European journal of oncology Nursing</i>. 19, s. 486-494. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.02.008</p>	<p>Formålet med studien var å undersøke hvilken effekt selvtillit og sosial støtte hadde på livskvaliteten (QoL) hos overlevende etter stadium I og II livmorhalskreft.</p>	<p>Survivors Cervical cancer Self-esteem Social support Quality of life</p>	<p>Utvalg: 110 deltakere diagnostisert med stadium I-II livmorhalskreft og hadde fullført behandlingen fem år eller mer før datainnsamling.</p> <p>Alle deltakerne fullførte fire strukturerte spørreskjemaer; en demografisk sykdomsundersøkelse, The Rosenberg Social Self-Esteem Scale, Medical Outcomes Study Sosial Support Survey og European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire 30.</p> <p>Data ble analysert ved å bruke beskrivende statistikk, uavhengig sample t-test, one-way ANOVA og hierarkisk multiple lineær regresjon analyser.</p>	<p>Studien viste at selvtillit og sosial støtte hadde en stor betydning for livskvaliteten hos kvinnene som deltok. Bedre livskvalitet ble assosiert med yngre alder, høyere selvtillit og sterkere sosial støtte.</p> <p>Konklusjonen viser at kvinner med høyere selvtillit rapporterer om generelt bedre livskvalitet enn de med lav selvtillit, og at selvtillit er den største faktoren for god livskvalitet.</p>	<p>Studien er relevant for oppgaven fordi den viser aspekter av hvordan selvtillit og selvfølelse påvirker livskvaliteten hos kvinner som har gjennomgått livmorhalskreft. Dette kan knyttes direkte opp mot vår problemstilling. Dette kan blant annet brukes i diskusjonsdelen, fordi det kan diskuteres hva som kan øke selvtilliten hos kreftoverlevende som igjen vil bidra til økt livskvalitet.</p>

5. Psychiatric Morbidity in Chinese Women after Cervical Cancer Treatment in a Regional Gynaecology Clinic

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Lau, K.-L., Yim, P. H. W, Cheung, E.Y.W (2013) Psychiatric Morbidity in Chinese Women after Cervical Cancer Treatment in a Regional Gynaecology Clinic. <i>East Asian Arch Psychiatry</i>, 23, S. 144-153. Hentet fra http://www.easap.asia/index.php/component/k2/item/204-v23n4-p144-153</p>	<p>Hensikten med studien var å identifisere forekomsten og faktorer forbundet med psykiatriske lidelser hos kinesiske kvinner som hadde overlevd livmorhalskreft.</p>	<p>Anxiety, Depression, Quality of life, Uterine cervical neoplasms</p>	<p>Studien ble gjennomført som en tverrsnittstudie fra mai 2011 til april 2012 i Hong Kong med et utvalg av 113 deltakere. 57% hadde gjennomført kirurgisk behandling, 15% fikk bare stråling, 20% fikk stråle- og cellegiftbehandling, og de resterende 15% fikk en kombinasjon av kirurgi, strålebehandling og/eller cellegiftbehandling. Inkluderingkriterier: Alle pasienter som hadde avsluttet behandling for livmorhalskreft og som hadde gitt skriftlig samtykke til å delta i studien. Ekskluderingkriterier: Pasienter under 18 år, ute av stand til å kommunisere og pasienter med kognitive utfordringer. Studien baserer seg på intervju, i tillegg til at det ble brukt medisinske journaler. Studien ble godkjent av etikkomiteen før oppstart.</p>	<p>42 av deltakerne hadde nåværende psykiske lidelser, hvor depresjon og angst var hyppigst forekommende. En høyere andel av denne gruppen opplevde urologiske symptomer, smerter seksuelle problemer, menopausale symptomer (alvorlighetsgrad knyttet til opplevelse av livskvalitet), prikking eller nummenhet, fatigue, samt dårligere score ved helserelatert livskvalitet enn gruppen forøvrig. <1/4 av problemene ble behandlet.</p> <p>Fatigue: 40-50% av kvinnene behandlet med kirurgi eller strålebehandling i tidlig stadium av kreften opplevde kronisk tretthet (fatigue) selv 2 år etter behandling. Fatigue var mye mer utbredt hos Cervix cancer overlevende enn den generelle befolkningen (p=0,001). Kunne også knyttes opp mot depresjon..</p> <p>Resultatene i studien understreker behovet for økt bevissthet rundt psykiske lidelser blant cervix cancer - overlevende</p>	<p>Studien belyser at en større andel av pasientene med en, eller flere, psykiske lidelser opplevde fremtredende seneffekter av cervix cancer enn gruppen forøvrig, og at de som opplever seneffekter ofte scorer lavere på livskvalitet. Funnene i artikkelen kan være nyttige i resultat- og diskusjonsdelen i vår oppgave.</p>

6. Life after Cervical Cancer: Quality of life among Chinese women

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Zeng, Y.C., Li, D. & Loke, A. Y. (2011). Life after Cervical Cancer: Quality of life among Chinese women. <i>Nursing and Health Sciences</i>, 13, S. 296-302. Hentet fra https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1442-2018.2011.00616.x</p>	<p>Formålet med denne studien var å undersøke betydningen av livskvalitet blant kinesiske overlevende av livmorhalskreft og implikasjoner av livmorhalskreftoverlevelse på disse kvinnenens livskvalitet</p>	<p>Cancer survivor, cervical cancer, Chinese women, nursing, quality of life, sexuality</p>	<p>QOL-modellen til Ferreller al. (1997) Deltakere rekruttert fra et svulstsykehus i Kina Kvalitativ studie med et utvalg av 35 kinesiske kvinner. Skriftlige svar ble brukt som datainnsamlingsmetode, som ble analysert ved å bruke en kvalitativ innholdsanalyse. Inkluderingskriterier: Minst 18 år gamle overlevende etter livmorhalskreft, definert som et individ som har fullført primær kreftbehandling og for tiden er kreftfri Ekskluderingskriterier: Tilbakefall eller metastase. Diagnostisert med sekundær kreft, eller mangler grunnleggende lese- og skriveferdigheter på kinesisk, samt ikke forstår språket. Etiske vurderinger: Etisk godkjenning, informasjon, frivillig deltakelse, skriftlig samtykke, kodennummer brukt for å sikre anonymitet.</p>	<p>Påvirkningen av livmorhalskreft på den kinesiske kvinners livskvalitet inkluderte fysiske og psykologiske konsekvenser, familieløshet, økonomisk byrde og forstyrrelser i deres sosiale funksjonsevne og seksuelle liv. Positive gevinster: endring i deres syn på livet, verdsetter livet sitt og bedre familieforhold. Funn viste at kinesiske overlevende etter livmorhalskreft identifiserte sitt seksuelle liv som en av de viktigste indikatorene på livskvalitet. Nødvendig å øke sykepleieres oppmerksomhet slik at kvinners seksualitetsrelaterte bekymringer tas opp. Helseprofessorer bør også tilby relevant støttehjelp for å møte denne målgruppens fysiske og psykososiale behov. Livskvalitet = fri for sykdom, god levestandard, harmonisk familieatmosfære og et harmonisk sexliv.</p>	<p>Vise til hvordan livmorhalskreft og behandling av den påvirker kvinners livskvalitet i tiden etter kreftdiagnosen. Vise til hva som påvirker kvinnes opplevelse av livskvalitet for å øke helsepersonells oppmerksomhet rundt dette.</p>

7. Cervical cancer survivorship: Long-term quality of life and social support

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Pfaendler, K. S., Wenzel, L., Mechanic, M. B. & Penner K. R. (2015) Cervical cancer survivorship: Long-term quality of life and social support. Clinical Therapeutics, 37(1): 39–48. DOI: 10.1016/j.clinthera.2014.11.013</p>	<p>Hensikten med denne studien var å gjennomgå nøkkel-litteraturen om livskvalitet blant langtidsoverlevende etter livmorhalskreft. Det var ønskelig å avdekke de vanligste seneffektene og behandlinger som kan bidra til økt livskvalitet på lang sikt.</p>	<p>Cervical cancer, quality of life, long-term effects, survivorship</p>	<p>Systematisk litteraturstudie i databasen PubMed, med en gjennomgang av relevante artikler publisert mellom 1993 og 2014. Studien oppsummerer livskvalitetsdata fra langsiktige oppfølgingsstudier av overlevende etter livmorhalskreft. I tillegg gid det en oppsummering fra små gruppeintervjuer fra spanske og ikke-spanske overlevende etter livmorhalskreft med fokus på sosial støtte og håndtering.</p>	<p>Livmorhalskreftoverlevende rapporterte seneffekter som blæredysfunksjon, tarmdysfunksjon, seksuell dysfunksjon, lymfødem og sosiale problemer.</p> <p>Stråling: vanligste årsaken til tarmsymptomer hos overlevende etter livmorhalskreft. 90% kan ha permanente endringer i tarmvaner etter bekkenstråling. 50% sier det har negativ påvirkning på livskvaliteten. 20-40% forteller symptomene påvirker livskvaliteten moderat eller alvorlig</p> <p>Kirurgi og stråling: kan ha middels og langsiktig innvirkning på seksuell funksjon. Hos relativt unge pasienter har seksuell funksjon en signifikant større påvirkning på livskvaliteten enn hos eldre.</p>	<p>Studien er relevant for oppgaven fordi den skildrer pasienterfaringer knyttet til seneffekter. Den har også med sammenhengen mellom seneffekter og livskvalitet.</p>

8. Cervical cancer survivorship: Long-term quality of life and social support

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Ntinga, S. N. & Maree, J. E. (2015). Living with the late effects of cervical cancer treatment: a descriptive qualitative study at an academic hospital in Guateng. <i>South Africa J. Gynaecol Oncol</i>, 7 (1), s. 21-26. Hentet fra https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/20742835.2015.1030890</p>	<p>Hensikten med studien var å beskrive hvordan kvinner opplever seneffekter av livmorhalskreft-behandling.</p>	<p>Cervical cancer, cervical cancer treatment, late effects, experiences, South Africa</p>	<p>En kvalitativ beskrivende struktur ble brukt.</p> <p>16 dybdeintervjuer ble gjennomført bestående av kvinner som var til rutineundersøkelse ved kreftklinikken på et akademisk sykehus i Guateng, 12 måneder etter avsluttet kurativ behandling. Tematisk analyse ble brukt til å analysere data. Deltakerne hadde en gjennomsnittsalder på 44,1 år og halvparten hadde hatt stadium IIB-kreft. De fleste hadde vært behandlet med ekstern strålingbehandling i kombinasjon med brakyterapi.</p> <p>Inkluderingskriterier: 18 år eller eldre, behandlet kurativt og kunne snakke grunnleggende engelsk.</p> <p>Ekskluderingskriterier:</p> <p>Etiske vurderinger: Fagfellevurdert. Frivillig deltakelse og skriftlig samtykke var gitt før dybdeintervju. De ble informert om studien av kreftsykepleier.</p>	<p>Fem temaer kom frem av dataene som en konsekvens av behandlingen:</p> <p>Fysiske, sosioøkonomiske, seksuelle, åndelige problemer knyttet til livmorhalskreft og det å møte på utfordringer i helesystemet.</p> <p>Seneffektene av behandlingen forandret livet deres, og gjorde det problematisk å leve det livet de hadde gjort før. De fysiske endringene gjorde det vanskelig å arbeide, og forverret deres allerede vanskelige økonomiske situasjon. Helsetjenestene var uoversiktlige. Seksuell dysfunksjon forandret deres intime relasjoner, noe som førte til angst for at livspartner skulle forlate dem. Troen holdt dem positive, tross for alle problemene.</p>	<p>Studien er relevant fordi den skildrer kvinners erfaringer med seneffekter etter kreftbehandling. Den inkluderer også innvirkningen disse har i hverdagen hos kvinnene, og beskriver blant annet forholdet til partner.</p> <p>Selv om studien er foretatt i Sør-Afrika anses denne som relevant også i Norge.</p>

