

10038 og 10074

Seksualitet etter gynekologisk kreft

Hvordan opplever kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft sin seksualitet?

Antall ord: 8539

Bacheloroppgave i SY300215 Bachelor i sykepleie

Veileder: Marianne Kjelsvik

Mai 2021

10038 og 10074

Seksualitet etter gynekologisk kreft

Hvordan opplever kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft sin seksualitet?

Antall ord: 8539

Bacheloroppgave i SY300215 Bachelor i sykepleie
Veileder: Marianne Kjelsvik
Mai 2021

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



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Behandlingen for gynekologisk kreft kan være svært belastende for kvinnen, og vil påvirke flere aspekter av livet hennes, blant annet hennes seksualitet. I møte gynekreftrammede kvinner er det derfor viktig at sykepleier har god kunnskap om hvilke konsekvenser sykdommen og behandlingen kan ha for kvinnens seksualitet, samt hvordan sykepleier kan imøtekomme og legge til rette for utfordringer knyttet til temaet.

Hensikt: Hensikten bak litteraturstudien er å få dypere innblikk i kvinners opplevelse av sin seksualitet som følge av gynekologisk kreft og behandling. samt hvordan sykepleiere kan legge til rette for, og imøtekomme deres utfordringer relatert til sin seksualitet.

Metode: Vi har brukt metoden systematisk litteraturstudie basert på seks kvalitative og to kvantitative studier.

Resultat: Behandlingen av gynekologisk kreft medførte fysiske, psykiske og relasjonelle utfordringer. Det viser seg at disse var av stor betydning for kvinnens opplevelse av sin seksualitet. Det kom også frem at kvinnene fikk lite informasjon om konsekvensene av behandlingen, og at temaet seksualitet er svært underkommunisert i helsetjenesten.

Konklusjon: Behandlingen av gynekologisk kreft påvirket kvinnenes seksualitet i ulik grad. Flertallet av kvinnene opplevde en negativ påvirkning for deres seksualitet. Kvinnene hadde et stort behov for mer tilrettelagt informasjon, veiledning og kommunikasjon med helsepersonell.

Abstract

Background: Being treated for gynecological cancer can be stressful for the woman, and will impact several aspects of her life, including her sexuality. It is important that nurses have knowledge of the side effects the treatment can have for the women's sexuality, and how to handle them. The nurse should be able to meet and facilitate challenges related to this topic.

Aim: The aim of this study is to gain a deeper understanding of how gynecological cancer and its treatment can affect women's sexuality, and how nurses can meet and cope with these challenges.

Method: Systematic literature study, based on six qualitative and two quantitative articles.

Results: For several women the treatment of gynecological cancer had a negative affect on their sexuality. Physical, psychological and relational challenges post-treatment were identified, and were of great importance for women's experience of their sexuality. The majority of the women in the studies reported lack of information, counseling and communication from healthcare providers.

Conclusion: The majority of the women experienced that the treatment of gynecological cancer had a negative impact on their sexuality, to varying degrees.

Forord

Vi vil gjerne takke vår veileder Marianne Kjelsvik for god veiledning og et godt samarbeid gjennom arbeidet med denne bacheloroppgaven.

Innhold

1	Innledning	11
1.1	Bakgrunn for valg av tema	11
1.2	Litteraturstudiets hensikt.....	12
1.3	Presentasjon av problemstilling.....	12
1.4	Avgrensninger i oppgaven	12
1.5	Videre oppbygning av oppgaven.....	12
2	Teoribakgrunn	13
2.1	Gynekologisk kreft	13
2.1.1	Kreft i eggstokk og eggleder.....	13
2.1.2	Livmorkreft	13
2.1.3	Livmorhalskreft	14
2.1.4	Vulva og vaginalcancer	14
2.2	Seksualitet.....	14
2.3	Seksualitet og sykdom.....	15
2.4	PLISSIT-modellen	15
2.5	Informasjonsplikt.....	16
3	Metode.....	18
3.1	Datainnsamling.....	18
3.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	18
3.3	Søkeprosessen	18
3.4	Kvalitetssikring	19
3.5	Etiske vurderinger.....	19
3.6	Analyse	19
4	Resultater.....	21
4.1	Kroppslige forandringer påvirker seksuelle opplevelser	21
4.2	Seksuelle utfordringer påvirker intime relasjoner.....	22
4.3	Manglende kommunikasjon, informasjon og veiledning fra helsepersonell	23
5	Diskusjon	24
5.1	Metodediskusjon	24
5.2	Resultatdiskusjon.....	24
5.2.1	Kroppslige forandringer påvirker den seksuelle opplevelsen	25
5.2.1.1	Hjelpemidler	25
5.2.2	Seksuelle utfordringer påvirker intime relasjoner.....	26
5.2.3	Manglende kommunikasjon, informasjon og veiledning fra helsepersonell...27	
5.2.3.1	PLISSIT	27

5.2.3.2	GYNEA.....	28
5.2.3.3	Informasjonsplikt.....	29
6	Konklusjon.....	30
6.1	Konsekvenser for sykepleie	30
6.2	Forslag til videre forskning	30
	Referanser	32
	Vedlegg	34

1 Innledning

I dette kapitlet beskrives bakgrunn for valg av tema og hvorfor det er aktuelt å belyse temaet ut ifra et sykepleiefaglig ståsted. Videre presenteres litteraturstudiets hensikt, problemstilling og avgrensninger, samt studiens videre oppbygning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

God helse handler om mer enn fravær av sykdom. Det er et sammensatt begrep som handler om hvordan vi mestrer utfordringene livet gir oss, og dette vil påvirke hvordan vi opplever vår egen helse. Personlige ressurser som påvirker helsen vår, er blant annet seksualitet og vårt forhold til denne. Å ha en god seksuell helse fremmer livskvalitet og mestringsferdigheter, og det fungerer som en ressurs og beskyttelsesfaktor (Helsedirektoratet, 2016, s. 7).

Om lag 1500 kvinner blir diagnostisert med gynekologisk kreft i Norge hvert år. Ifølge gynkreftforeningen, basert på en spørreundersøkelse blant foreningens medlemmer, sier en fjerdedel av gynkreftrammede kvinner at de ikke lenger har noe seksualliv. Videre kommer det frem at halvparten av kvinnene opplyser om at de ikke har fått tilbud om hjelp knyttet til seksuell helse fra helsepersonell, etter at de ble syke (Gynkreftforeningen, 2017). Dette trekkes også frem i regjeringens strategiplan for seksuell helse, der undersøkelser viser at krefttrammedes seksualitet påvirkes i stor grad. Videre kommer det frem at temaene seksualitet og seksuell helse er underkommunisert, til tross for at det oppleves som svært viktig for pasientene. For lite oppmerksomhet rundt seksuell helse relatert til behandling, rehabilitering og oppfølging, samt manglende tilgang på veiledning og informasjon om seksuelle problemer og dysfunksjon som resultat av sykdom og behandling, er utfordringer som løftes frem i strategiplanen (Helsedirektoratet, 2016, s. 10).

Som helsepersonell er det viktig å ta dette alvorlig, og ta opp temaer knyttet til seksuell helse og seksualitet med de kreftrammede kvinnene. Seksualitet som en viktig del av livet, og det å få tilbake et godt seksualliv er en del av rehabiliteringen etter behandling av kreft. Dermed er det viktig at helsevesenet øker sin bevissthet rundt tematikken, og prioriterer gynkreftrammede kvinners seksualitet høyere (Gynkreftforeningen, 2017). Som Gamnes sier: «Som sykepleier har en ansvar for at pasientens seksuelle behov settes på dagsordenen på linje med andre grunnleggende behov» (Gamnes, 2017, s. 373). I tillegg til dette har vi gjennom studietiden svært sjeldent hørt forelesere eller sykepleiere nevne seksualitet som en del av pasientforløpet, og dette er også en av grunnene til at vi har valgt å skrive om dette tema.

Behandlingen for gynekologisk kreft kan være svært belastende for kvinnen, og vil påvirke flere aspekter av livet hennes, blant annet hennes seksualitet. I møte med gynkreftrammede kvinner er det derfor viktig at sykepleier har god kunnskap om hvilke konsekvenser sykdommen og behandlingen kan ha for kvinnens seksualitet, samt hvordan sykepleier kan imøtekomme og legge til rette for utfordringer knyttet til temaet.

1.2 Litteraturstudiens hensikt

Hensikten bak litteraturstudien er å få dypere innblikk i kvinners opplevelse av sin seksualitet som følge av gynekologisk kreft og behandling, samt hvordan sykepleiere kan legge til rette for, og imøtekomme deres utfordringer relatert til sin seksualitet. Oppgaven vår vil ha et pasientperspektiv, da vi ønsker å rette fokus mot kvinnenens opplevelser etter kreftbehandlingen. Vi vil også diskutere sykepleierens rolle i denne situasjonen.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Oppgavens problemstilling: Hvordan opplever kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft sin seksualitet?

1.4 Avgrensninger i oppgaven

Kvinnene skal være over 18 år, og erfaringene skal være basert på tiden etter behandlingen av gynekologisk kreft.

1.5 Videre oppbygning av oppgaven

I neste kapittel presenteres relevant teori om det aktuelle tema. I kapittel tre redegjøres det for datainnsamlingen og analysen av inkludert materiale. Kapittel fire presenterer sentrale funn som belyser problemstillingen. Siste kapittel omfatter metodediskusjon og resultatdiskusjon som munner ut i en konklusjon.

2 Teoribakgrunn

I dette kapittelet presenteres relevant teori om litteraturstudiets tema.

2.1 Gynekologisk kreft

“Underlivskreft er kreft utviklet primært i ett av de kvinnelige kjønnsorgan, eggstokk, eggleder, livmor, livmorhals, skjede eller kjønnslepper” (Klepp, 2019, Underlivskreft). Gynekologisk kreft er en fellesbetegnelse for kreft i kvinnelige kjønnsorganer, som deles inn ut ifra hvilket kjønnsorgan som er rammet. Nedenfor tar vi for oss de ulike formene for gynekologisk kreft.

2.1.1 Kreft i eggstokk og eggleder

Kreft i eggstokk, også kjent som ovarialcancer, er etter cancer mammae og cancer coli den tredje hyppigste dødsårsaken hos kreftrammede kvinner i Norge. Årsaken til sykdommen er ukjent. Hyppige ovulasjoner, få eller ingen fødsler og høy alder ved første fødsel, samt genetisk disposisjon med bakgrunn for denne typen cancer, er alle risikofaktorer for å utvikle ovarialcancer. Symptomene er gjerne sparsomme og diffuse, som ofte fører til sen diagnostisering, etter at kreften har spredd seg. Hos om lag 70% av kvinnene har kreften spredd seg utenfor det lille bekkenet innen diagnosepunktet. Behandlingen for ovarialcancer er kirurgisk fjerning av ovariene, uterus, omentet og lymfeknuter, etterfulgt av cytostatikabehandling. Hos kvinner i fertil alder der kun én eggstokk er lett rammet, vil det av og til være mulig å bevare den friske eggstokken (Kristoff, 2017, s.410-411; Jerpseth, 2016, s. 152).

Kreft i eggleder er sjeldent, og kan være vanskelig å skille fra ovarialcancer. Både symptomene og behandlingen er lik som for ovarialcancer (Kristoff, 2017, s. 411).

2.1.2 Livmorkreft

Livmoren består av både slimhinne og muskulatur. Maligne forandringer kan oppstå i begge komponentene, men det vanligste utgangspunktet er i slimhinnen, også kalt endometriet (Kristoff, 2017, s. 410).

Den vanligste formen for gynekologisk kreft er utviklet i livmorens slimhinne, også kalt endometriecancer. Årsaken for sykdommen er ukjent, men det antas at østrogenpåvirkning av slimhinnen kan føre til overstimulering og hyperplasi. Sen menopause, langvarig østrogenbehandling og barnløshet er eksempler på risikofaktorer som kan føre til økt østrogenpåvirkning på endometriet og dermed hyperplasier. Dersom hyperplasien ikke behandles, kan de videreutvikles til maligne former (Kristoff, 2017, s. 410).

Om lag 75% av tilfellene debuterer etter overgangsalderen, med symptomene postmenopausale blødninger. Kvinner i fertil alder vil oppleve symptomene i form av blødningsforstyrrelser. Vevsprøve av endometriet vil gi en sikker diagnose. Ultralydundersøkelser, CT og MR blir brukt til videre utredning, stadieinndeling og behandlingsplan (Kristoff, 2017, s.410).

Behandlingen av livmorkreft varierer ut ifra hvor langtkommen sykdommen er. Behandlingen kan bestå av kirurgisk fjerning av uterus, ovariene og eventuelt omkringliggende vev og kjertler. Et annet behandlingsalternativ er strålebehandling (Kristoff, 2017, s. 410).

Maligne tumorer i livmorens muskulatur eller bindevev er sjeldent. Behandlingen innebærer kirurgisk fjerning av uterus og ovariene, eventuelt etterfulgt av cytostatikabehandling (Kristoff, 2017, s.410).

2.1.3 Livmorhalskreft

Livmorhalskreft, også kjent som cervixcancer, er kreft som utgår fra livmormunnen eller livmorhalsen. Humant papillomviruset (HPV) regnes som en viktig faktor for utviklingen av cervixcancer. En persisterende infeksjon med HPV kan føre til celleforandringer på cervix. Celleforandringene kan gå tilbake av seg selv, eller fortsette å utvikle seg og etter hvert videre til forstadier av kreft og kreft. Krefttypen utvikler seg som regel svært langsomt (Kristoff, 2017, s.409-410; Gynkreforeningen, u.å.)

Symptomer tidlig i sykdomsforløpet er sjelden, men blødningsforstyrrelser, blødning ved fysisk aktivitet og samleie, utflod, smerter i korsrygg, underliv og mage, samt postmenopausale blødninger er alle symptomer på livmorhalskreft (Kristoff, 2017, s.409-410; Gynkreforeningen, u.å.).

I Norge får alle kvinner i alderen 25-69 år tilbud om screening inkludert celleprøve av cervix hvert tredje år. Dersom prøvene er mistenkelige, vil histologiske prøver bli tatt hos gynekolog. Ved verifiserte forandringer som kan være forstadier til kreft vil kvinnen bli behandlet med konisering, der den ytre delen av cervix fjernes med kniv, slynge eller laser. Ved cancerutvikling vil behandlingsformen avhenge av stadielinndeling. Omfattende kirurgi med fjerning av cervix, uterus, ovariene og lymfeknuter i det lille bekkenet, etterfulgt av cytostatika- og strålebehandling kan bli aktuelt. Dette kan føre til komplikasjoner, avhengig av inngrep som er gjort, og kan føre til blant annet seksuell dysfunksjon, eliminasjonsproblemer, samt trangere og kortere vagina (Kristoff, 2017, s. 409-410).

2.1.4 Vulva og vaginalcancer

Kreft i vulva og vagina er sjeldne former for gynekologisk kreft. For begge kreftformene ser en forandring knyttet til humant papillomaviruset. Vaginalcancer kan også være et resultat av spredning fra cervixcancer eller andre kreftformer. Behandlingen av vulvakreft er kirurgisk fjerning av labia, og i noen tilfeller lymfeknuter i lysken. Strålebehandling kan være aktuelt dersom forandringene er store. Behandling ved vaginalcancer omfatter kirurgi, kjemoterapi, strålebehandling, en kombinasjon av ulike behandlingsformer kan i tillegg være aktuelt (Kristoff, 2017, s.409-411).

2.2 Seksualitet

Seksualitet er noe som angår alle mennesker gjennom hele livet og i alle livssituasjoner. Seksualitet omfatter sex, kjønnsroller og identiteter, erotikk, intimitet og relasjoner, samt som den uttrykkes og oppleves gjennom tanker, ønsker, tro, fantasier, verdier, atferd, roller og relasjoner. Videre påvirkes seksualiteten av samspill mellom blant annet sosiale, psykologiske og biologiske faktorer (WHO, u.å.).

Seksualitet kan anses som en helsefremmende ressurs i alle livsfaser, og god ivaretagelse av seksuell helse kan bidra til god helse og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2016, s. 7). I dagligtalen blir seksualitet brukt om alle aspekter ved det å være en seksuell person, og er ikke kun knyttet til menneskets erotiske aktiviteter. Noen mener at seksuell aktivitet i form av samleie er nødvendig for å ha det godt både fysisk og psykisk, og at det er nødvendig for god helse og velvære. Andre mener at man kan ha et godt liv til tross for fravær av dette i kortere eller lengre perioder i livet (Gamnes, 2017, s. 374).

Seksualitet trenger ikke alltid å være relatert til en partner. Den kommer til uttrykk på flere måter og kan endre seg gjennom livsløpet (Romsland et. al., 2015, s. 119). Et velfungerende seksualliv kan være med på å fremme helse, velvære og livskvalitet. Sykepleier kan være med på å styrke pasientens identitet ved å ta pasientens seksualitet på alvor. Det blir sagt at seksualitet sitter mer mellom ørene, enn i kjønnsorganene. Det er flere forhold som kan være med på å påvirke den seksuelle aktiviteten, og utfordringene kan være både psykiske, fysiske eller relasjonelle. Det kan være fysiske årsaker som gjør at det ikke er mulig å gjennomføre seksuell aktivitet, psykiske årsaker som skaper barrierer hos personen, eller relasjonelle utfordringer med partner. Noen par opplever at spontaniteten blir borte dersom de må planlegge mer (Romsland et. al, 2015, s. 120).

2.3 Seksualitet og sykdom

Ved sykdom kan det bli nødvendig å finne nye måter å ha et tilfredsstillende seksuelt liv på, og seksualitet bør ses på som en naturlig del av rehabiliteringsarbeidet. Om pasienten våger eller har mulighet til å ta opp problemer rundt dette, avhenger av fagpersoners kunnskap og trygghet rundt tema (Romsland et. al., 2015, s. 120). PLISSIT-modellen kan brukes som et verktøy i dette arbeidet, som vi skal snakke mer om senere i oppgaven.

Kreft i kjønnsorganer vil ha en direkte betydning for seksuallivet, da de kirurgiske inngrepene kan føre til store fysiske forandringer. Nerver som har betydning for seksuallivet kan bli skadet ved kirurgiske inngrep i bekkenet. Hos kvinner kan dette føre til manglende orgasmer og smerter ved samleie. Dersom kvinnen må fjerne begge eggstokkene, vil dette føre til nedsatt østrogennivå. Konsekvensen av dette er tørre slimhinner og vanskeligheter med lyst og orgasme (Gamnes, 2017, s. 396-397).

Hos kvinner vil strålebehandling mot bekkenet påvirke slimhinnene i skjeden, urinveiene og deler av tarmen. Det vil gjøre de tynnere, tørre og mindre elastiske enn før. Skjeden vil oppleves som tørr og trang, og arrdannelse, sammenvoksinger i skjeden, hyppig vannlating og eventuelt lekkasje og forsnevring av tarmen som kan føre til smerter og diaré kan være langvarige plager hos kvinnen (Gamnes, 2017, s. 397).

2.4 PLISSIT-modellen

«PLISSIT-modellen er en modell som beskriver ulike nivåer en kan forholde seg til og behandle seksuelle problemer på» (Gamnes, 2017, s. 399). Den ble for første gang presentert i 1976 av J. Annon, og senere bearbeidet med Robinson i 1978. PLISSIT står for Permission (tillatelse), Limited Information (begrenset informasjon), Specific Suggestions (spesifikke forslag) og Intensive Therapy (intensiv terapi). Denne modellen symboliserer at de fleste som trenger informasjon eller hjelp med seksuelle problemer befinner seg på nivå 1 (P), altså det laveste nivået. Deretter finner vi noen færre på nivå

2 (LI), enda færre på nivå 3 (SS), og kun noen få på nivå 4, det øverste nivået (IT). Den viser dermed at det er få personer som trenger eksperthjelp. De fleste (nivå 1,2 og 3) kan få hjelp av ulike profesjoner med en viss grad av kunnskap om sexologi og samlivsrådgivning i utdanningen sin (Gamnes, 2017, s.399).

P-nivået (permission/tillatelse):

Dette er et nivå for alle, hvor det gis rom for å snakke om seksualitet. Det behøves ingen utdanning eller noe spesielt behandlingssted, kun trygghet med hensyn til å snakke om seksualitet. På steder der folk flest kommer i kontakt med profesjonelle fagpersoner, bør det legges til rette for at de vet at det er tillatt å snakke om seksualitet, for eksempel gjennom bilder eller litteratur (Gamnes, 2017, s. 400).

LI-nivået (limited information/ begrenset informasjon):

Dette er et nivå for mange, som trenger enkel og saklig informasjon om seksualitet på generell basis. Informasjonen kan være både skriftlig og muntlig. Eksempel på slik informasjon kan være seksuelle hjelpemidler. Det er viktig å forsikre seg om at informasjonen som blir gitt, blir forstått, og det kan være lettere å avdekke misforståelser dersom en gir muntlig informasjon. Dette nivået finner en for eksempel på legekontorer, hos helsesøster eller på rådgivningsklinikker (Gamnes, 2017, s. 400).

SS- nivået (specific suggestions/ spesifikke forslag):

Dette er et nivå for noen, som trenger å stille spørsmål om sin situasjon og få spesifikke forslag til løsninger. Dette kan for eksempel handle om hensiktsmessige samleiestillinger etter skade eller alternative samlivsformer. Dette nivået krever kunnskap om rådgivning, og en oversikt over løsninger. Det er få utdanninger som dekker dette nivået, og den som skal ivareta personer på dette nivået, må tilegne seg mer kunnskap enn det grunnutdanningen har gitt dem. Dette nivået finnes for eksempel i sykehus, rådgivningsklinikker og poliklinikker (Gamnes, 2017, s. 400).

IT-nivået (intensive therapy/ intensiv terapi):

Dette er et nivå for få, som trenger et spesialisert behandlingstilbud. Dette kan for eksempel omhandle spesielle seksuelle dysfunksjoner eller kirurgi. Her kreves det spesialkompetanse i sexologi og psykoterapi, og denne behandlingen vil foregå på sentrale og regionale sexologiske kompetansesentre (Gamnes, 2017, s. 400).

2.5 Informasjonsplikt

Sykepleieren har informasjonsplikt, som innebærer at pasienten har en lovfestet rett til å få informasjon om hva slags konsekvenser behandlingen vil få for det videre livet. Dette gjelder også konsekvenser for seksuallivet. Dette vil si at pasienten skal få informasjon uten at hun selv må ta initiativet eller kreve å få dette. Denne plikten er lovfestet i både helsepersonelloven i 2 kapittel, §10, og i pasient- og brukerrettighetsloven §§3-2- til 3-4 (Gamnes, 2017, s.401), og innebærer samtidig en forpliktelse for helsearbeideren å gi god, tilpasset informasjon (Nortvedt, 2016, s.139).

Dersom pasienten ikke har fått tilstrekkelig informasjon, eller dersom hun ikke har fått bearbeidet eller forstått det som blir sagt, er det poenngløst å snakke om pasientautonomi.

«Informasjon er antakelig et av de områdene i helsetjenesten der det syndes mest» (Nortvedt, 2016, s.139). Sykepleier spiller en viktig rolle i arbeidet med å tilrettelegge for og følge opp medisinsk informasjon. En skal også veilede pasienten i eventuelle helsespørsmål (Nortvedt, 2016, s.139).

3 Metode

Metodekapitlet gjør rede for litteraturstudiets datainnsamling og analysen av inkluderte artikler.

3.1 Datainnsamling

Denne oppgaven er basert på en systematisk litteraturstudie. Ifølge Forsberg og Wengström utgår en systematisk litteraturstudie fra en velformulert problemstilling som systematisk besvares ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. For å finne frem til den aktuelle forskningen må det utføres et systematisk litteratursøk. Et systematisk litteratursøk kjennetegnes ved å gjøre omfattende søk i ulike databaser ved hjelp av søkeord knyttet til problemstillingen. Søket skal bygges på inklusjon og eksklusjon av kriterier, samt bruk av et systematisk valg av ulike termer og søkeord (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26-28; Solhaug, 2017). Vi begynte søkeprosessen i november 2020, og fortsatte i mars-april 2021.

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Videre ble søket avgrenset av en tidsperiode fra 2010 til 2020, samt satt til språkene engelsk, norsk, dansk og svensk, og at artiklene var fagfellevurdert. Videre gjorde vi en geografisk avgrensning der vi inkluderte Europa, USA, Australia, New Zealand, UK, Irland og Canada, ettersom vi ønsket studier med bakgrunn i vestlige land. Vi ønsket dette for å finne studier med høyere relevans til norske helse- og omsorgstjenester. Vi inkluderte tre studier fra Norge (Sekse et al., 2013; Sekse et al., 2014; Sekse et al., 2015), en fra Australia (Gilbert et al., 2011), en fra Canada (McCallum et al., 2012) og tre fra USA (Abbot-Anderson & Kwekkeboom, 2012; Abbot-Anderson et al., 2020; Wilson et al., 2020).

Studiene skulle ha fokus på kvinnenes erfaringer etter behandling for gynekologisk kreft, og skulle derfor ha et pasientperspektiv. Hvis artiklene ikke hadde IMRAD-struktur ble de ekskludert. Det samme ble de dersom de hadde sykepleierens perspektiv.

3.3 Søkeprosessen

PICO er en strukturert måte å sette sammen en søkestrategi når man søker i databasene, ut i fra den aktuelle problemstillingen man har valgt. PICO er en forkortelse for Patient/population (hvem), Intervention (hva), Control (Kontrollgruppe, dersom det er aktuelt) og Outcome (utfall/resultat) (Forsberg & Wengström, 2015, s.60). Kontrollgruppe er ikke aktuelt for problemstillingen, og det er derfor brukt PIO-skjema.

P: Kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft

I: Opplevelse av sin seksualitet

O: Kroppslige forandringer, endring i selvbilde/femininitet/kvinnelighet (psykiske forandringer), sivilstatus (sosiale forandringer) og mangel på informasjon fra helsepersonell

Litteratursøket inneholdt søkeordene *gynecological cancer, sexuality og phenomenology*. Deretter ble søkeordene kombinert ved å bruke den boolske operatoren "AND", ved å velge "search with AND". Dette gjøres for å begrense søket (Forsberg & Wengström, 2015, s.69).

For å få en bred oversikt over tilgjengelig forskning søkte vi i universitetsbiblioteket til NTNU, gjennom databasene CINAHL-complete, Google Scholar, Pubmed, Medline, Psychinfo og Swemed+. Disse databasene er alle, med unntak av Google Scholar, medisinske databaser, med innhold som dekker de fleste emner innen medisin og helse. De endelige artiklene ble funnet på CINAHL-complete, Google Scholar og PubMed. Vi leste overskrifter og abstrakter for å finne ut om artiklene kunne ha relevans for vår problemstilling, og gikk grundig gjennom hele artikkelen dersom det tydet på at den kunne ha det. Da ble de også vurdert opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriene, som er beskrevet tidligere i oppgaven.

3.4 Kvalitetssikring

Ved vurderingene og utvalget av artiklene tok vi i bruk sjekklister for ulike typer studiedesign, spesifisert til typen artikkel som skulle vurderes. Vi tok i bruk sjekklister for å evaluere kvalitative og kvantitative studier. Ved hjelp av sjekklisene kunne vi kritisk vurdere de vitenskapelige artiklene vi fant, og var en godt verktøy for å vurdere om vi skulle inkludere eller ekskludere artiklene for vår oppgave (Helsebiblioteket, 2016). Vi forkastet blant annet noen artikler da de ikke hadde strukturen vi var ute etter, eller hadde et utvalg som overgikk vår problemstilling. Artiklenes publiseringskanal ble også vurdert i Register over vitenskapelige publiseringskanaler, der vi kun inkluderte artikler fra en publiseringskanal i nivå en eller to (NSD, 2021).

3.5 Ethiske vurderinger

Det er viktig å ta hensyn til etiske vurderinger i arbeidet med litteraturstudier. En skal velge studier som har fått tillatelse av etiske komiteer, eller som har tatt nøye etiske vurderinger i sitt arbeid. Det er også viktig å velge studier der alle resultater blir presentert, ikke kun de som støtter forfatterens hypotese (Forsberg & Wengström, 2015, s. 59). Ved at artiklene er godkjent gjennom forskningsetiske komiteer sikrer en at forskningen er gjort i henhold til forskningsetiske normer, og vil dermed styrke forskningens troverdighet (Kunnskapsdepartementet, 2020). Seks av åtte artikler oppgir at de er etisk godkjent. Vi valgte å inkludere de to siste artiklene ettersom de var utgitt av en publiseringskanal i nivå en eller to (Gilbert et al., 2011; Abbot-Anderson & Kwekkeboom, 2012).

3.6 Analyse

For å analysere de utvalgte artiklene har vi tatt utgangspunkt i Evans analysemodell som deles inn i fire trinn.

Det første trinnet i analysen bestod av å samle inn relevante artikler som belyste vår problemstilling. Søket ble gjort i ulike databaser, og artiklene ble valgt på bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriterier, samt kvalitetsvurderinger (Evans, 2002).

Trinn to, som Evans kaller identifisering av nøkkelfunn, bestod av å lese artiklene nøye og flere ganger. Ved å lese artiklene flere ganger vil en kunne se studien som en helhet, og sikre at en får med studiens viktige funn (Evans, 2002). Vi leste artiklene hver for oss og identifiserte artiklenes nøkkelfunn: kroppslige forandringer, håndtering av kroppslige

forandringer, psykiske påkjenninger, utfordringer relatert til seksuell aktivitet i relasjon med partner og manglende kommunikasjon, informasjon og veiledning fra helsepersonell. Deretter sammenlignet resultatene våre for å forsikre oss at det viktigste i hver artikkel ble identifisert.

Neste trinn i prosessen var å identifisere ulike tema på tvers av studiene. Ved å sammenligne artiklenes nøkkelfunn fant vi fellestrekk og kom fram til tre temaer som gikk igjen: kroppslige forandringer påvirker seksuelle opplevelser, seksuelle utfordringer påvirker intime forhold og manglende kommunikasjon, informasjon og veiledning fra helsepersonell. Deretter gikk vi gjennom resultatene på nytt og kategoriserte nøkkelfunnene under de aktuelle temaene (Evans, 2002).

Det siste trinnet består ifølge Evans av å beskrive fenomenet. I dette trinnet ble temaene presentert og gjort rede for, med bakgrunn i artiklenes viktigste funn (Evans, 2002).

4 Resultater

I dette kapitlet presenteres analysens sentrale funn.

4.1 Kroppslige forandringer påvirker seksuelle opplevelser

For svært mange av kvinnene førte behandlingen av kreften til kroppslige forandringer. Dette gjorde at de måtte lære å kjenne kroppen sin på nytt. Seksualiteten deres ble påvirket av dette i stor grad. De fysiske konsekvensene av dette var ofte tørre og såre slimhinner, problemer med å oppnå orgasme eller fullstendig fravær av dette og problemer med å bli seksuelt opphisset (Gilbert et. al., 2011; Abbot-Anderson & Kwekkeboom, 2012; McCallum et. al., 2012; Sekse et. al., 2013; Sekse et. al. 2014; Sekse et. al. 2015; Abbot-Anderson et. al., 2020; Wilson et. al., 2020).

Andre rapporterte om bekymringer rundt hvordan de så ut «der nede», og hvordan de seksuelle organene fungerte etter behandlingen, og at dette også påvirket deres seksualitet negativt. Kvinner som hadde gjennomgått eggstokkreft opplevde sterke smerter under samleie i tiden etter behandlingen, men at det bedret seg etterhvert (Abbot-Anderson & Kwekkeboom, 2012).

Mange av kvinnene mente at de kroppslige forandringene sto i veien for å opprettholde en sunn seksualitet etter behandlingen. De sa også at de trodde dette ville bli lettere når de klarte å takle disse forandringene (McCallum et. al., 2012).

Svært mange av kvinnene rapporterte om at de kroppslige forandringene førte til nedsatt sexlyst (Gilbert et. al., 2011; Abbot-Anderson & Kwekkeboom, 2012; McCallum et. al., 2012; Sekse et. al., 2013; Abbot-Anderson et. al., 2020; Wilson et. al., 2020). Det ble likevel rapportert om kvinner som taklet disse forandringene fint, som ved hjelp av sexhjelpemidler klarte å opprettholde et tilfredsstillende sexliv, som gjorde at seksualiteten ikke ble like truet av den gynekologiske kreften og behandlingen av denne i like stor grad (Sekse et. al., 2013).

Behandlingen av gynekologisk kreft fører med seg flere kroppslige forandringer, og en av disse er tap av fertilitet. For yngre kvinner førte dette med seg følelser av tap og sorg. Mange av disse kvinnene assosierte evnen til å bære frem barn som et viktig aspekt av femininitet og det å være kvinne. De opplevde angst og uro i forbindelse med å miste dette (Gilbert et. al., 2011; Abbot-Anderson & Kwekkeboom, 2012; Sekse et al, 2013). Flere påpekte at de skulle ønske at de fikk mer informasjon om effekten behandlingen ville ha i forhold til dette (McCallum et. al., 2012). Å fjerne de reproduktive organene førte til sorg og fremmedgjøring for flere av kvinnene, men denne følelsen var ekstra sterk hos de som fremdeles ønsket å bære frem barn (Gilbert et. al., 2011; Abbot-Anderson & Kwekkeboom, 2012; Sekse et. al., 2013).

Mange kvinner beskrev også tap av identitet og forandret selvilde relatert til de kroppslige forandringene. Kreften og behandlingen hadde hatt en negativ effekt på hvordan de følte seg som kvinner. Dette påvirket deres seksualitet negativt. Flere beskrev en betydelig endring i deres syn på seg selv som et seksuelt vesen, og at dette førte til mindre seksuell interesse (Abbot-Anderson og Kwekkeboom, 2012; Abbot-Anderson et. al., 2020). Mange av kvinnene beskrev at å føle seg attraktiv og selvsikker i

sine seksuelle relasjoner var viktig for å ha en sunn seksualitet, men at flere av dem slet med å ha et positivt kroppslig selvbylde. Flere av kvinnene knytter også dette opp mot evnen til å bli seksuelt opphisset og evnen til å ønske seksuell kontakt (McCallum et al., 2012).

Flere bekymret seg over følelsen av en uforutsigbar kropp som de ikke lenger kunne stole på (Sekse et al, 2013). En av studiene beskrev at den vanskeligste utfordringen med å ha overlevd gynekologisk kreft var å takle de kroppslige forandringene (Abbot-Anderson og Kwekkeboom, 2012).

Flere av kvinnene kjente på en følelse av tomhet i etterkant av kirurgisk behandling. Samtlige sa at denne følelsen kom uforberedt på dem. De beskrev det som en «åpen og tom følelse», som om de ikke var «hele» (Abbot-Anderson og Kwekkeboom, 2012; Sekse et. al. 2013; Abbot-Anderson et. al., 2020).

«I´ve lost all my sexual emotions and I feel as if everything here (points to her womb) is a big black hole. Just empty. It´s as if they have ripped out all my sexual feelings» (Sekse et al, 2013, s. 24).

Flere av kvinnene rapporterte også om emosjonelle bekymringer relatert til seksualitet etter behandlingen av gynekologisk kreft. Mange av studiene rapporterte om kvinner som opplevde frykt og angst i forbindelse med seksuell aktivitet etter behandlingen. Tre av studiene Abbot-Anderson og Kwekkeboom analyserte skrev at flere av kvinnene nøt sex mindre etter diagnosen og behandlingen enn de hadde gjort før. Noen skrev at frykten for smerter var nok til at kvinnene ikke ønsket å være seksuelt aktive. Mange uttrykte også usikkerhet relatert til fremtidige seksuelle interaksjoner, samt en generell frykt rundt sexlivet og mangel på seksuell aktivitet (Abbot-Anderson og Kwekkeboom, 2012). Noen opplevde depresjon relatert til et negativt kroppsbilde (Gilbert et. al., 2011).

4.2 Seksuelle utfordringer påvirker intime relasjoner

For flere av kvinnene førte de kroppslige forandringene til negative konsekvenser for kvinnenens sexliv og intime relasjoner. Sorgen over tapet, samt å akseptere endringene dette hadde for kvinnenens intime forhold, opplevdes for flere av kvinnene som en stor prosess, spesielt i relasjon med partner. De følte de ikke lenger kunne uttrykke kjærlighet på samme kroppslige og intime måte som før. Til tross for personlige intime utfordringer, følte kvinnene et ansvar om å imøtekomme partnerens seksuelle behov i frykt for å miste partneren. Dette førte til at seksuelle aktiviteter ble mindre personlig tilfredsstillende for kvinnene (Gilbert et al., 2011; Sekse et al., 2013; Sekse et al., 2015).

En sunn seksualitet var for flere av kvinnene knyttet til å ha en gjensidig emosjonell relasjon til partner, med gjensidig kjærlighet og omsorg. Tillit og god kommunikasjon om tanker og følelser var trukket frem som viktige faktorer for å oppnå et sunt seksuelt/intimt forhold med partner (McCallum et al., 2012).

Noen av kvinnene oppfattet endringer i partnerens interesse for seksuell aktivitet. Videre rapporterte de om bekymringer knyttet til partnerens seksuelle interesse for kvinnen og deres seksuelle forhold. Kvinnene var bekymret over partnerens reaksjon på de kroppslige forandringene sykdommen førte med seg, og deres oppfatning av kvinnen som en seksuell skapning, og fryktet at dette kunne påvirke forholdets stabilitet (Abbot-Anderson & Kwekkeboom, 2012).

Manglende sexlyst og dyspareuni (smerter ved samleie) var faktorer som førte til endte seksuelle forhold eller seksuell liv hos noen av kvinnene (Abbot-Anderson & Kwekkeboom, 2012). Andre identifiserte faktorer var utfordringer i kommunikasjonen om temaer relatert til seksualitet og seksuell helse, der de følte seg misforstått, isolert og/eller avvist av sin partner (Gilbert et al., 2011; Abbot-Anderson & Kwekkeboom, 2012; McCallum et al., 2012; Abbot-Anderson et al., 2020). Gilbert et al. mener dette kan ha sammenheng med manglende informasjon og støtte fra helsepersonell relatert til seksualitet og seksuell velvære (Gilbert et al., 2011). For å sikre en gjensidig forståelse av informasjonen, foreslo flere kvinner å inkludere partneren i samtale med helsepersonell (Abbot-Anderson et al., 2020). Noen rapporterte derimot at de lyktes med å jobbe med deres seksuelle og intime forhold, der de skapte en gjensidig forståelse med sine partnere (Abbot-Anderson & Kwekkeboom, 2012; Sekse et al., 2013; Abbot-Anderson et al., 2020)

4.3 Manglende kommunikasjon, informasjon og veiledning fra helsepersonell

Det kommer tydelig frem at det er manglende kommunikasjon, informasjon og veiledning relatert til seksualitet, seksuell helse og velvære mellom helsepersonell og kreftoverlevende etter gynekologisk kreft (Sekse et al., 2013; Sekse et al., 2014; Sekse et al., 2015; Abbot-Anderson et al., 2020; Wilson et al., 2020). Kvinnene uttrykte et større behov for dypere og mer tilgjengelige informasjonstjenester, for økt kunnskap og forståelse om hvordan sykdommen og behandlingen ville påvirke livet deres i ettertid. Noen kvinner mente skriftlig informasjon var nok, mens andre uttrykte et ønske om en-til-en interaksjoner med helsepersonell med mulighet for en dypere samtale rundt vanskelige temaer. Det kommer frem at flere kvinner hadde behov for å snakke dypere om temaer relatert til seksualitet og seksuell helse, ettersom temaene kunne oppleves som sårbare og utfordrende. Flere var skuffet over helsepersonellets manglende initiativ til samtale om temaene (McCallum et al., 2012; Sekse et al., 2013; Sekse et al., 2014; Sekse et al., 2015). I forbindelse med Wilson et al. sin studie rapporterte fler av kvinnene at de satt pris på å bli spurt om disse temaene etter behandling:

«...I'm so glad someone asked me about this...» (Wilson et al., 2020, s. 394).

Det å ikke ha noen å betro seg til om sjenanse og sårbarhet, viste seg å ha en livsbegrensende effekt for flere av kvinnenes prosess etter kreften. Flere av kvinnene opplevde prosessen med å finne ut av ting, blant annet om seksualitet og seksuell helse, som en ensom reise (Sekse et al., 2015). Kvinnene i Sekse et al. sin studie reflekterte rundt om opplevelsen av å føle seg fremmed i egen kropp ville vært annerledes, eventuelt redusert, dersom helsepersonell hadde tatt opp disse sensitive temaene gjennom hele sykdomsforløpet (Sekse et al., 2013). Andre kvinner mente alle med underlivskreft burde få tilbud om undervisning og veiledning, der to av kvinnene ønsket dette tilbudet hadde kommet tidligere i sykdomsforløpet, helst rett etter behandling (Sekse et al., 2014).

5 Diskusjon

I dette kapittelet presenteres metodediskusjon og resultatdiskusjon som munner ut i en konklusjon. Metodediskusjonen drøfter fremgangsmåten som ble brukt for å belyse problemstillingen. Videre drøftes resultatene i lys av teoribakgrunn, samt som konsekvenser for utøvelse av sykepleie belyses.

5.1 Metodediskusjon

I vår systematiske litteraturstudie har Forsberg og Wengström, samt Evans spilt en sentral rolle. Med god hjelp fra Forsberg og Wengström fant vi åtte forskningsartikler som belyste vår problemstilling (Forsberg & Wenström, 2015). Vi inkluderte to kvantitative og seks kvalitative studier. Analysen av studiene er gjort med bakgrunn i Evans analysemodell (Evans, 2002). Gjennom arbeidet har vi samarbeidet godt, også med andre medstudenter og veileder der vi har hatt god nytte av deres tilbakemeldinger og konstruktive kritikk.

Søket ble gjort i databasene CINAHL-complete, Google Scholar, Pubmed, Medline, Psychinfo og Swemed+. Funnene ble gjort i CINAHL-complete, Google Scholar og Pubmed, men ved å ta i bruk ulike databaser økte vi mulighetene for flere funn, og kan ses på som en styrke i vår oppgave. Som nevnt tidligere har vi valgt en geografisk avgrensning til vestlige land for å inkludere studier med bakgrunn i helse- og omsorgstjenester som er mest mulig lik de vi har i Norge. Vi ser på dette som en styrke i vår litteraturstudie, ettersom disse studiene vil ha en høyere relevans for norske helse- og omsorgstjenester. En annen styrke i oppgaven er at alle artiklene er kvalitetssikret gjennom ulike sjekklister og register over vitenskapelige publiseringskanaler der vi kun inkluderte artikler fra nivå en eller to.

De seks første artiklene vi inkluderte var fra 2011-2015. Vi så på dette som en svakhet og ønsket nyere forskning etter år 2015 i vår studie. Dermed gjorde vi et nytt søk med avgrensning fra 2017-2021, der vi fant to artikler fra 2020 (Abbot-Anderson et al., 2020; Wilson et al., 2020).

Vi valgte blant annet å inkludere tre artikler av Sekse (Sekse et al., 2013; Sekse et al., 2014; Sekse et al., 2015), det kan ses på som en svakhet ettersom artiklene er av samme forfatter. Vi ser derimot på dette som en styrke ettersom studiene er gjennomført i Norge og av Sekse som anerkjent sykepleier, sexologisk rådgiver og spesialist innen fagfeltet.

5.2 Resultatdiskusjon

Gjennom studiene kommer det frem at kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft opplever både fysiske, psykiske og relasjonelle utfordringer, som alle kan knyttes til seksualitet. Det viser seg at utfordringene ofte henger tett sammen, og påvirker hverandre i stor grad. Ofte rapporterte fysiske utfordringer var dyspareuni, tørre slimhinner, manglende eller redusert sexlyst og orgasme, samt problemer med å bli seksuelt opphisset. De fysiske forandringene påvirket måten kvinnene så på seg selv som kvinne og et seksuelt vesen, og svært mange opplevde et tap av identitet og et endret

selvbilde. Videre rapporterte flere kvinner om bekymringer og frykt relatert til seksualitet, seksuell aktivitet og sin relasjon med partner, som følge av forandringene.

5.2.1 Kroppslige forandringer påvirker den seksuelle opplevelsen

Gjennom Abbott-Anderson og Kwekkeboom sin studie kommer det frem at kvinnene opplevde tap av identitet og et forandret selvbilde som resultat av de kroppslige endringene. Videre ble det rapportert at behandlingen hadde negativ effekt på hvordan kvinnene følte og så på seg selv som kvinne og som et seksuelt vesen. Dette medførte redusert seksuell interesse og sexlyst hos kvinnene (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2012). Verdens helseorganisasjon trekker frem identitet, erotikk og sex i deres definisjon av seksualitet. Et tap av identitet, forandret selvbilde med følgene redusert sexlyst vil dermed kunne påvirke kvinnens seksualitet i negativ retning (WHO, u.å).

Mange kvinner assosierer de kvinnelige kjønnsorganene og evnen til å bære frem barn som en svært viktig del av femininitet og det å være kvinne (Gilbert et. al., 2011; Anderson & Kwekkeboom, 2012; Sekse et. al, 2013). Behandlingen av gynekologisk kreft kan medføre tap av de reproduktive organene hos kvinnene. I flere av studiene kommer det frem at yngre kvinner i fertil alder naturlig nok hadde større vanskeligheter med å håndtere tapet av de reproduktive organene enn kvinner som ikke var i fertil alder (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2011; Gilbert et. al., 2011; McCallum et. al., 2012; Sekse et. al, 2013). Følelsen av tomhet i livmoren var en større påkjenning for kvinnene som ønsket flere barn, der følelsen av tomheten var en påminnelse om tap av fertilitet samt at de følte seg mindre kvinnelige (Sekse et. al., 2013). At slike følelser kommer opp er naturlig, da samfunnet knytter femininitet, morskap og kvinnelig seksualitet med disse organene (Gilbert et. al, 2011). Kommunikasjon, informasjon og veiledning om behandlingens konsekvenser for fertilitet vil være svært viktig for disse kvinnene, både før, under og etter behandlingen. Dette understøttes av McCallum et al. sin studie der de yngre kvinnene ønsket mer informasjon relatert til behandlingens bivirkninger for fertilitet og deres mulighet for å bevare den, for eksempel mulighetene for å ta ut egg (McCallum et. al., 2012). Det er viktig at sykepleier har dette i bakhodet i arbeidet med yngre kvinner som gjennomgår gynekologisk kreft. I etterkant av behandlingen kan det være for sent, og det er derfor et tema som må komme opp tidligere i forløpet.

5.2.1.1 Hjelpemidler

Studien til Sekse et al. skriver at noen kvinner opplevde utfordringer i seksuallivet i etterkant av behandlingen, men ikke så store at de ikke kunne kompenseres med blant annet seksualtekniske hjelpemidler (Sekse et al., 2013). Dette er en nyttig erfaring for sykepleiere å ta med seg i arbeidet med kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft, da de kan informere og komme med forslag til hjelpemidler som kan hjelpe kvinnene til et bedre seksualliv.

Noen kvinner oppga at en av de kroppslige forandringene de opplevde etter kreftbehandlingen var nedsatt følsomhet i underlivet (Abbott-Anderson og Kwekkeboom, 2011). Mange hadde problemer med å oppnå orgasme, eller slet med fullstendig fravær av dette (Abbott-Anderson og Kwekkeboom, 2011; Gilbert et. al, 2011). Dette vet vi er vanlig, da behandlingen av gynekologisk kreft ofte innebærer kirurgi, som igjen kan skade nerver som er viktige for seksuallivet (Gamnes, 2017, s. 396).

Det finnes vibratorer i ulike størrelser, fasonger og med ulike frekvenser. Noen kan for eksempel brukes til å gi kraftige stimuleringer hos de som har nedsatt nervefunksjon. Det er også vanlig å bruke vibratorer som hjelpemiddel ved orgasmeproblematikk

(Gamnes, 2017, s.404). Kvinnen burde også få utdelt et dilatatorsett, som skal hjelpe med å unngå sammenvoksinger i skjeden etter strålebehandling. Dette er gratis for pasienten og kan bestilles gjennom NAV (Gjessing, 2018). Glidemiddel er et annet nyttig hjelpemiddel, som kan brukes ved nedsatt fuktighet i skjeden og andre problemer med friksjon (Gamnes, 2017, s. 404). Veldig mange av kvinnene opplevde slike plager, som gjorde at de kviet seg for å delta i seksuelle aktiviteter (Abbott-Anderson og Kwekkeboom, 2011; Sekse et. al., 2013). Dersom sykepleier informerer og veileder om seksuelle hjelpemidler, kan dette være et tiltak som kan bidra til å bedre seksualfunksjonen hos kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft.

5.2.2 Seksuelle utfordringer påvirker intime relasjoner

Seksualitet er mer enn bare sex, og trenger ikke alltid å være relatert til en partner. Et godt og velfungerende seksualliv kan likevel ha en helsefremmende rolle i menneskers liv (Romsland et.al., 2015, s.119). Å opprettholde et godt og velfungerende seksualliv er ikke alltid like lett. Endringer i livssituasjon, som for eksempel gynekologisk kreft, kan gi store konsekvenser og utfordringer for kvinnenes seksualitet og seksuelle helse.

Frykten for dyspareuni var blant flere av kvinnene en avgjørende faktor som resulterte i at de ikke lenger ønsket å delta i seksuelle aktiviteter (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2012). Men dette var ikke tilfellet hos alle kvinnene. Til tross for de personlige intime utfordringene kvinnene opplevde, følte de et ansvar for å imøtekomme og tilfredsstillende partneren sine seksuelle behov. Dette resulterte i at de seksuelle aktivitetene opplevdes mindre personlig tilfredsstillende for kvinnene (Gilbert et al., 2011; Sekse et al., 2013; Sekse et al., 2015). Ettersom seksualitet omfatter seksuelle aktiviteter i relasjon med en partner, vil kvinnens evne og deltagelse i dette ha innvirkning på kvinnens opplevelse av sin seksualitet. Å være redd for, eller å ikke nyte seksuelle aktiviteter med partner vil derfor kunne påvirke kvinnens seksualitet negativt.

Sunn seksualitet var for flere av kvinnene assosiert/forbundet med en gjensidig relasjon til partner. De trakk frem gjensidig tillit, kjærlighet og omsorg, samt god kommunikasjon om tanker og følelser som viktige faktorer til et sunt seksuelt og intimt forhold med partner (McCallum et al., 2012). Verdens helseorganisasjon trekker også frem relasjoner i deres definisjon på seksualitet, der seksualitet uttrykkes og oppleves gjennom blant annet relasjoner (WHO, u.å.). For noen av kvinnene var nettopp dette nøkkelfaktoren for å opprettholde et trygt, godt og velfungerende seksualliv med partner. Gjennom god relasjon og kommunikasjon lyktes parene å jobbe med deres utfordringer relatert til deres seksuelle og intime forhold, der de skapte en gjensidig forståelse (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2012; Sekse et al., 2013). På en annen side opplevde andre kvinner utfordringer i kommunikasjonen om temaer relatert til seksualitet og seksuell helse, med sin partner. I møte med partner følte flere av kvinnene seg misforstått, isolert og/eller avvist av partneren sin, som i noen tilfeller resulterte i et endt seksualliv (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2011; Gilbert et al., 2011; McCallum et al., 2012). Gilbert et al. hevder at dårlig kommunikasjon var en sentral faktor for de seksuelle problemene parene møtte på, og at utfordringene ofte hadde en sammenheng med manglende informasjon om seksuell helse fra helsepersonell (Gilbert et al., 2011). Dette støttes i flere studier der flere av kvinnene og partnere rapporterte om manglende informasjon, veiledning og kommunikasjon relatert til temaene seksualitet, seksuell helse og velvære fra helsepersonell (McCallum et al., 2012; Sekse et al., 2013; Sekse et al., 2014).

Utfordringene kvinnen alene og i relasjon med partner møter på som følge av behandlingen, og deres håndtering av disse kan være av stor betydning for kvinnens

opplevelse av sin seksualitet. God relasjon og støtte fra partner viser seg å ha positiv virkning for kvinnens seksualitet og hennes bedringsprosess, samt evnen til å håndtere kreftdiagnosen og diagnosens konsekvenser for kvinnens seksuelle velvære, både alene og med partner (Gilbert et. al., 2011). Dette understreker viktigheten av at sykepleier legger til rette for god og tilgjengelig informasjon og veiledning relatert til behandlingens konsekvenser for kvinnens seksualitet og seksuelle helse, både alene og i relasjon til partner. God informasjonsformidling kan dermed bidra til at kvinnen og partneren tilegner seg mer kunnskap om følgene behandlingen vil ha for livet i ettertid og for deres intime forhold. Dette kan være av stor betydning for hvordan paret mestrer håndteringen av utfordringene, og kan redusere risikoen for misforståelser og hjelpe partnerne å imøtekomme og akseptere utfordringene de møter på. Dette støttes av Abbot-Anderson sin studie der flere av kvinnene foreslo å inkludere partneren i samtale med helsepersonell, for å sørge for en gjensidig forståelse av informasjonen (Abbot-Anderson et. al., 2020). Sykepleier bør motivere til god kommunikasjon og åpenhet mellom partnerne, da dette kan føre til en større opplevelse av fellesskap og nærhet. Å være åpen om egne følelser kan også hjelpe partneren med å snakke (Kreftforeningen, u.å.). Ethersom relasjoner er en del av menneskets seksualitet, vil en god relasjon til partner kunne ha en positiv innvirkning i kvinnenes opplevelse av sin seksualitet.

Både psykiske, fysiske og relasjonelle utfordringer henger ofte tett sammen, og er alle faktorer som kan påvirke kvinnenes seksualitet og seksuelle aktivitet (Romsland et al., 2015, s.120). Dette kommer tydelig frem gjennom studiene i oppgaven, der en ser tydelige sammenhenger mellom de kroppslige endringene og endringer i kvinnenes selvbilde, og hvordan dette påvirker deres relasjon til partner (Gilbert et. al., 2011; Abbot-Anderson & Kwekkeboom, 2012; McCallum et al., 2012; Sekse et al., 2013; Sekse et al., 2015; Abbot-Anderson et. al., 2020; Wilson et al., 2020).

5.2.3 Manglende kommunikasjon, informasjon og veiledning fra helsepersonell

Gjennom flere av litteraturstudiens studier kommer det tydelig frem at temaer knyttet til seksualitet og seksuell helse er svært underkommunisert i samråd med helsepersonell. Flere av kvinnene uttrykte et større behov for dypere og tilgjengelig kommunikasjon, informasjon og veiledning om temaer relatert til sykdom, behandling og konsekvenser av disse i møte med helsepersonell (McCallum et al., 2012; Sekse et al., 2013; Sekse et al., 2014; Sekse et al., 2015; Wilson et al., 2020).

5.2.3.1 PLISSIT

Det er svært viktig at sykepleieren gir rom for at sensitive tema som seksualitet blir tatt opp. Sykepleieren vil i mange tilfeller kunne gi råd og tilstrekkelig hjelp, men en bør også være forberedt på at mer komplekse seksuelle behov kan komme til overflaten. Det er derfor viktig at en har kunnskap om spesialister innen seksuell helse, da noen pasienter kan ha behov for dette (Gamnes, 2017, s.399).

Det er mye sykepleiere kan gjøre for å hjelpe kvinnene med bekymringene og plagene, og dermed bidra til bedre seksualitet hos kvinnene som har gjennomgått gynekologisk kreft. Et nyttig verktøy er PLISSIT-modellen, som er skapt for å hjelpe til med å ta opp problemer rundt seksualitet.

Kvinnene i studien til Sekse et. al. fortalte om et behov for å snakke med helsepersonell om problemene relatert til seksualitet og intimitet som kreften og behandlingen førte med seg, men de ønsket at helsepersonellet skulle ta det opp. Dette skjedde sjeldent,

ifølge kvinnene i denne studien (Sekse et. al., 2015). Hvorfor helsepersonell sjeldent tok opp dette tema vet man ikke. Det kan skyldes flere faktorer som sjenanse hos helsepersonellet selv, at de har dårlig tid, eller at de var redde for at de ikke hadde nok kunnskap. Dette førte til at kvinnene følte seg alene om problemene, som så vidt ble nevnt (Sekse et. al., 2015).

Kreftbehandlingen førte til drastiske endringer, både relatert til kroppen og intime forhold. Kvinnene beskrev følelser som skam og sinne over mangelen på informasjon de hadde fått om dette både i for- og etterkant av behandlingen, og hvordan dette ville påvirke deres seksualliv (Sekse et. al., 2015). Følelsen av skam blir også beskrevet av kvinner i studien til McCallum et. al., som beskrev at tanken på å ta opp problemstillinger som omhandlet seksualitet vekket følelser som sjenanse og ubehag (McCallum et. al., 2012).

Som en ser ut ifra PLISSIT-modellen, er det ikke nødvendig å være sexolog for å kunne gi rådgivning og veiledning rundt seksualitet. En kan gi god hjelp ved å være lyttende og gi tillatelse til å snakke om slike tema, og ved å ha kunnskap og empatiske evner. Det er viktig at sykepleieren har evne til empati for å forstå og sette seg inn i den enkeltes situasjon, men at den samtidig opprettholder en viss avstand, så en kan observere og vurdere problemene og målet med behandlingen. Modellen kan også brukes i grupper til samtale, informasjon og veiledning som gjelder flere, for eksempel personer med likt sykdomsbilde (Gamnes, 2017, s. 400).

Sykepleier kan hjelpe ved å formidle kunnskap og informasjon om seksuell helse, og på denne måten være med på å normalisere dette, og gjøre det lettere å prate om. Ved å invitere til en slik samtale får pasienten samtidig vite at hun ikke er alene om utfordringene, og at det er vanlig at slike tema kommer opp i sykdomsforløpet. På denne måten vil også bekymringene hennes normaliseres (Langhelle et. al., 2021).

Et eksempel på hvordan sykepleier kan ta i bruk Plissitmodellen: Sykepleier kan gi tillatelse (nivå 1) til å snakke om seksualitet ved å gi begrenset informasjon (nivå 2) om seksuelle temaer. Her kan en også komme med spesifikke forslag (nivå 3), for eksempel om å bruke glidekrem ved samleie, dersom kvinnen opplever tørre slimhinner (Gamnes, 2017, s. 400).

Med det sagt vil det også være viktig å være forberedt på at ikke alle kvinner har et ønske om å snakke om problemer med seksuallivet med fremmede. Ikke alle vil ha behov for samtale, men alle bør få muligheten.

5.2.3.2 GYNEA

Et annet verdifullt verktøy som sykepleier kan engasjere denne pasientgruppen i er Gynea - et nytt digitalt kurs som er skapt for å informere og hjelpe kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft. Nettstedet er utviklet fordi pasientgruppen har etterspurt en mer helhetlig oppfølging i etterkant av kreftbehandlingen. Ragnhild Johanne Tveit Sekse er ansatt ved den gynekologiske avdelingen på Haukeland sykehus, der hun jobber som sykepleier og sexologisk rådgiver. Hun har ledet utviklingen av Gynea, i tillegg til å ha skrevet tre av studiene som er inkludert i denne litteraturstudien. Deltakere i dette kurset vil gjennomgå seks moduler over seks uker. Disse modulene vil lære kvinnene om andres erfaringer med kreftbehandling og tiden etter, og de vil trene på oppmerksomt nærvær og egenomsorg. I tillegg vil deltakere følges opp ukentlig av en sykepleier (Gynea, 2020).

Modul 3 av Gynea handler spesielt om seksuell helse etter kreftbehandlingen. Her skal kursdeltakerne lære om hvordan diagnosen og behandlingen kan virke inn på seksualiteten til kvinnen. Dette er veldig aktuelt for den pasientgruppen vi skriver om. Alle studiene brukt i denne litteraturstudien fant at flertallet av kvinner som gjennomgår gynekologisk kreft har problemer med seksualiteten sin i etterkant, i varierende grad (Abbott-Anderson og Kwekkeboom, 2011; McCallum et. al., 2012; Sekse et. al. 2013; Sekse et. al. 2015). Å lære mer om konsekvensene diagnosen og behandlingen har for seksualitet, kan være med på å hjelpe kvinnene med å takle de forskjellige forandringene bedre, slik at de har en bedre opplevelse i etterkant.

Det er også en egen modul som handler om kroppslige endringer. Dette vil lære kvinnene om vanlige endringer som følge av diagnosen og behandling (Gynea, 2020). Alle studiene som er brukt i denne litteraturstudien (Gilbert et. al., 2011; Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2012; McCallum et. al., 2012; Sekse et. al., 2013; Sekse et. al. 2014; Sekse et. al. 2015; Abbott-Anderson et. al., 2020; Wilson et. al., 2020) omtaler kroppslige endringer som en av de største utfordringene kvinnene opplever relatert til seksualitet etter kreftbehandlingen. Tørre slimhinner, forkortet skjede og problemer med å bli seksuelt opphisset og å oppnå orgasme var vanlige opplevelser for kvinnene etter behandlingen. Dette ligner symptomene Gamnes beskriver som vanlige bivirkninger relatert til kreftbehandlingen (Gamnes, 2017, s. 396-397).

Mer informasjon og kunnskap om at dette er vanlige bivirkninger, kan være med på å hjelpe kvinnene å takle slike utfordringer. Studiene fant at de kroppslige forandringene påvirket seksualiteten til kvinnene negativt (Gilbert et. al., 2011; Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2012; McCallum et al., 2012; Sekse et al., 2013; Sekse et al., 2015; Abbott-Anderson et. al., 2020; Wilson et al., 2020) og det kan tyde på at mer informasjon og tettere oppfølging av sykepleier i etterkant kan være med på å begrense dette. Det kan være til stor hjelp for kvinnen dersom sykepleier henviser pasientene til Gynea, et digitalt kurs de kan delta i etter endt behandling. Fordelen med et digitalt kurs er at kvinnene kan delta uansett hvor i landet de bor. Dermed vil en kunne ha mulighet til å hjelpe flere kvinner.

5.2.3.3 Informasjonsplikt

Til slutt kan en spørre seg om det er etisk riktig av sykepleier å ignorere seksualitet som tema ved samtale om bivirkninger av kreftbehandlingen. Av informasjonsplikten fremgår det at sykepleier ikke bare burde, men også har plikt til å legge til rette for informasjon og svare på eventuelle spørsmål kvinnene har om konsekvenser behandlingen kan ha for henne i etterkant (Nortvedt, 2016, s.139). Som studiene viser, vil konsekvenser for seksuallivet være svært relevant. Dette er ikke et tema som kan legges til side pga ubehag, sjenanse eller liknende. Det vil ikke være etisk riktig å ignorere dette «glemte primærbehovet».

6 Konklusjon

Hensikten bak litteraturstudien er å få et dypere innblikk i kvinners opplevelse av sin seksualitet etter gjennomgått gynekologisk kreft. Gjennom vår studie kommer det frem at mange kvinner etter gjennomgått gynekologisk kreft opplever kroppslige, psykiske og relasjonelle utfordringer som følge av behandling. Det viser seg at utfordringene ofte er knyttet tett sammen, og er alle viktige faktorer som kan påvirke kvinnens seksualitet i ulik grad.

Kroppslige endringer som tørre og såre slimhinner, forkortet skjede og problemer med seksuell opphisselse og orgasme var vanlige etter behandlingen. Det var vanlig at kvinnene opplevde redusert sexlyst og dyspareuni, og flere kviet seg for å delta i seksuelle aktiviteter. Flere av kvinnene følte at de hadde mistet en del av sin identitet som kvinne, som igjen påvirket hennes relasjon med partner. Behandlingen har hos flere kvinner hatt negativ påvirkning for hennes identitet, relasjoner og seksuelle aktivitet. Ettersom seksualitet omfatter disse begrepene, vil negativ påvirkning av disse ha negative følger for kvinnens opplevelse av sin seksualitet.

Manglende informasjon, kommunikasjon og veiledning fra helsepersonell var et gjennomgående tema i forskningsartiklene brukt i denne litteraturstudien. Det blir stilt spørsmål ved om dypere og mer tilgjengelig informasjon fra sykepleiere og annet helsepersonell hadde begrenset de negative konsekvensene for kvinnens opplevelse av sin seksualitet, både alene og i relasjon med partner.

6.1 Konsekvenser for sykepleie

Det viste seg at flere av kvinnene ikke var forberedt på de kroppslige endringene som følge av behandlingen, ofte grunnet manglende informasjon og veiledning fra helsepersonell. Det ble tydelig gjennom vår studie at det viktigste tiltaket sykepleier kan gjøre for å hjelpe kvinnen til bedre opplevelse av sin seksualitet er å gi bedre og mer informasjon om følgene av behandlingen og eventuelle konsekvenser disse kan ha for seksualiteten. Det er viktig at både kvinnen og en eventuell partner får nødvendig informasjon. Det er viktig å understreke at slik informasjon er lovpålagt å gi. Både PLISSIT-modellen og Gynea er gode verktøy sykepleier kan ta i bruk for å gjennomføre dette.

6.2 Forslag til videre forskning

Litteraturstudien identifiserer utfordringer relatert til manglende kommunikasjon, informasjon og veiledning fra helsepersonell til kvinner med gynekologisk kreft. På bakgrunn av dette hadde det vært interessant å se hvordan kvinner som har deltatt i kurs som Gynea opplever sin seksualitet etter gjennomgått gynekologisk kreft. Er det store forskjeller? Hvor stor påvirkning vil egentlig en god og mer tilgjengelig informasjonskilde ha for kvinnens opplevelse av sin seksualitet?

Referanser

Anderson, K. A., Kwekkeboom, K. L. (2012) A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecologic Oncology*, 124 (3), 477-489. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.11.030>

Abbott-Anderson, K., Young, K. P. & Eggenberger, K. S. (2020). Adjusting to sex and intimacy: Gynecological cancer survivors share about their partner relationships. *Journal of women & aging*, 32(3), 329–348.

DOI:<https://doi.org/10.1080/08952841.2019.1591888>

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of advanced nursing*, 20(2), 22-26. <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier - värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (utgave 4). Natur & Kultur.

Gamnes, S (2017) Seksualitet og helse. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2- Grunnleggende behov* (3 utgave., s.373-407). Gyldendal akademisk

Gjessing, R. (2018). Seksualitet etter kreften. *Sykepleien* (8) 63-68. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2018.72373

Gilbert, E., Ussher, J. M. & Perz, J. (2011). Sexuality after gynaecological cancer: A review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. *Mauritas*, 70(1), 42-57. DOI: 10.1016/j.maturitas.2011.06.013

Gynea. (u.å.). *Hva er Gynea?*. <https://gynea.no/om-gynea/>

Gynea. (u.å.). *Om oss*. <https://gynea.no/om-oss/>

Gynkreftforeningen. (2017, 19 desember). *Betydelig redusert seksualliv*. <https://www.gynkreftforeningen.no/2017/12/betydelig-reduisert-seksualliv/>

Gynkreftforeningen. (u.å.). *Livmorhalskreft*. <https://www.gynkreftforeningen.no/livmorhalskreft/>

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet. (2016). *Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017-2022)*. https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/seksuell-helse/strategi_seksuell_helse.pdf/_/attachment/inline/01bc8489-37c0-4c9e-aa22-4051f97c7a9f:04ca3e5bda5b236bac070c93cdc455d004cdd61c/strategi_seksuell_helse.pdf

Jerpseth, H. (2016). Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I D.G, Stubberud, R, Grønseth & H, Almås (red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utgave., s. 133-168). Gyldendal akademisk.

Klepp, O. (2019, 2. september). *Underlivskreft*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/underlivskreft>

- Kreftforeningen. (u.å.). *Til deg som partner*. <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/kreft-og-seksualitet/til-deg-som-partner/>
- Kunnskapsdepartementet. (2020, 12.oktober). *Etikk i forskning*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/tema/forskning/innsiktsartikler/etikk-i-forskningen/id2000710/>
- Kristoff, A (2017) Sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer. I S, Ørn & Gansmo, E. B (red.). *Sykdom og behandling* (2.utgave., s. 400-418). Gyldendal akademisk.
- Langhelle, T. H., Paulsen, A., Fredly, K. & Sekse, R. J. H. (2021). Seksuell helse på alvor 1:2- Sykepleiere kan hjelpe pasientene til bedre seksuell helse. *Sykepleien*. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2021.83207
- McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C. & Lebel, S. (2012). Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, (33), s.135-142. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.709291>
- Norsk senter for forskningsdata. (2019). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action?xs=dansk+sygepljer%C3%A5d&__checkbox_bibsys=true&tv=true
- Nortvedt, P. (2017). *Omtanke- en innføring i sykepleiers etikk*. (2 utgave). Gyldendal akademisk
- Romsland, G. I., Dahl, B. & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og Rehabilitering*. Gyldendal Akademisk.
- Sekse, R. J. T., Gjengedal, E. & Råheim, M. (2013). Living in a Changed Female Body After Gynecological Cancer. *Health care for women international*, 34(1), 14-33. DOI: 10.1080/07399332.2011.645965
- Sekse, R. J. T., Buestad, I. & Vika, M. E. (2014). Undervisning og veiledning i gruppe for kvinner behandlet for underlivskreft. En hjelp i rehabiliteringen?. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies*, 34(114), 10-14. <https://doi.org/10.1177/010740831403400403>
- Sekse, R. J. T., Råheim, M. & Gjengedal, E. (2015). Shyness and Openness- Common Ground for Dialouge Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer. *Health care for women international*, 36: 1225-1269. DOI: 10.1080/07399332.2014.989436
- Solhaug, S. (2017, 27.juni). *Trenger du hjelp med systematisk litteratursøk? Vi hjelper deg*. NTNU. <https://www.ntnu.no/blogger/ub-samfunn/2017/06/>
- Verdens helseorganisasjon. (u.å.). *Sexual health*. https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
- Wilson, C. M., McGuire, D. B., Rodgers, B. L., Elswick, R. K., Menendez, S. & Temkin, S. M. (2020). Body image, sexuality, and sexual functioning in cervical and endometrial cancer: interrelationships and women's experiences. *Springer*, 38, 389-403. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09641-4>

Vedlegg

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Gilbert, E., Ussher, J. M. & Perz, J. (2011). Sexuality after gynaecological cancer: A review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. <i>Mauritas</i>, 70(1), 42-57</p> <p>DOI: 10.1016/j.maturitas.2011.06.013</p>	<p>Målet med denne artikkelen er å gå igjennom forskning på gynekologisk kreft og seksualitet i årene 1990-2011.</p>	<p>Gynecological cancer, treatment, sexuality, material-discursive, intrapsychic, review</p>	<p>De gjorde et omfattende litteratursøk i databasene Medline, Psycinfo, Scopus, Sage, Wiley og Cinahl. I tillegg gjorde de et håndstøk på alle referansene på de valgte publikasjonene. De brukte følgende søkeord; gynaecological</p>	<p>Studien fant at gynekologisk kreft og behandlingen av dette kan ha betydelige konsekvenser for kvinnenes seksualitet. De fant også at helsepersonell kan hjelpe kvinnene til bedre seksuell helse i etterkant av behandlingen.</p>	<p>Denne artikkelen tar for seg kvinners opplevelse av sin seksualitet etter gjennomgått gynekologisk kreft, og er derfor svært relevant for vår oppgave.</p>

			<p>cancer <i>and</i> sexuality, sexual functioning, intimacy, sexual identity, and gynecological cancer <i>and</i> chemotherapy, oophorectomy, vulvectomy, radiotherapy, hysterectomy. De avgrenset årstall fra 1990-2011. Både kvalitative, kvantitative og mixed methods-studier som undersøkte effekten gynekologisk kreft og behandlingen hadde på kvinnenes seksuelle velvære, seksuelle identitet og relasjon med partner ble inkludert.</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>Publikasjonene ble ekskludert dersom det var litterære omtaler, eller dersom hovedfokuset ikke var effekten gynekologisk kreft hadde på seksualiteten til kvinnen (for eksempel hvis de fokuserte bredt på livskvalitet). Deretter kategoriserte de studiene i tre forskjellige, brede kategorier.</p>		
--	--	--	---	--	--

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Anderson, K. A., Kwekkeboom, K. L. (2012) A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. <i>Gynecologic Oncology, Vol 124 (3) 477-489.</i> https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2011.11.030</p>	<p>Hensikten med denne studien var å få mer kunnskap om de seksuelle bekymringene kvinner som har overlevd gynekologisk kreft har; både når det kommer til det fysiske, psykologiske og sosiale</p>	<p>Gynecologic Neoplasms, Sexuality, Psychosocial Factors, Sexual Function, Interpersonal Relations</p>	<p>Forfatterne av studien søkte i databasene Cinahl, Pubmed, Google Scholar og Psycinfo for å finne informasjon om problemstillingen. De brukte søkeordene GYN, sex, cancer, concerns, psychosexual, function, health, survivorship, education, information, counseling, intervention, nursing, and nursing intervention i ulike</p>	<p>Vanlige bekymringer i det forfatterne omtaler som den fysiske dimensjonen er dyspareuni, endringer i skjeden og nedsatt seksuell aktivitet. I den psykologiske dimensjonen var redusert seksuell lyst, endringer i kroppsbildet og angst relatert til seksuell ytelse vanlige bekymringer. I den sosiale dimensjonen var bekymringene relatert til tidligere seksuelle roller, emosjonell avstand til partneren og</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for vår oppgave fordi den omhandler bekymringer kvinner som har overlevd gynekologisk kreft har i forhold til seksualitet.</p>

		<p>kombinasjoner. De satt ingen datobegrensning. Kun artikler som var peer-reviwed ble inkludert. De ønsket litteratur fra flere områder i helsevesenet. Begrensningene ble satt til engelsk språk, voksne og kvinner. Forskning utenfor USA ble inkludert så lenge artiklene var publisert på engelsk. Det ble ikke satt noen begrensning på hvilken type gynekologisk kreftdiagnose eller hvilken behandling kvinnene hadde fått.</p> <p>Artikler som hadde som hovedmål å</p>	<p>opplevde endringer i nivå av seksuell interesse fra partner.</p> <p>Gynkreftoverlevende opplever et bredt spekter av bekymringer når det kommer til seksualitet etter diagnose og behandling. Forfatterne av studien fant at de fleste studier fokuserer mest på de fysiske bekymringene ved seksualitet etter gynekologisk kreft, og kanskje ikke nok på de psykologiske og sosiale. Helsepersonell bør være oppmerksom på bekymringer knyttet til psykologiske og sosiale bekymringer knyttet til</p>	
--	--	--	--	--

			identifisere eller utforske seksuelle bivirkninger, seksuell helse og funksjon eller seksuelle bekymringer ble inkludert. Artikler som omhandlet livskvalitet ble inkludert dersom de seksuelle bekymringer ble spesifikt identifisert.	seksualitet, i tillegg til de fysiske, i møte med kvinner som har overlevd gynekologisk kreft.	
--	--	--	---	--	--

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C. & Lebel, S. (2012).</p> <p>Department of Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. <i>Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology</i> Volume (33), s.135-142. https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.709291</p>	<p>Studiens hensikt var å utforske de subjektive opplevelsene til kvinner behandlet for gynekologisk kreft, med fokus på å fylle hull i dagens litteratur. Temaene var: kvinners egne definisjoner av sunn seksualitet, tjenester</p>	<p>Cancer, cancer survivors, gynecological, psycho-oncology, qualitative, sexual health needs</p>	<p>Femten kvinner behandlet for gynekologisk kreft deltok i et en-til-en semistrukturert intervju. Intervjuet bestod av fire hovedspørsmål: 1: påvirket kreftopplevelsen og behandlingen din seksuelle helse? Om ja, hvordan taklet du dette?, 2: Hvordan vil du beskrive sunn seksualitet? 3: hvilke typer psykologiske eller informasjonstjenester ville du ha likt for å møte dine behov?, og 4:</p>	<p>Kvinnenes definisjoner av sunn seksualitet inkluderte blant annet følelsesmessig intimitet, kroppsbilde og seksuell respons. Når kvinnenes nåværende seksuelle opplevelser ikke samsvarte med deres oppfatning av sunn seksuell helse, ble det rapportert uoppfylte seksuelle behov.</p>	<p>Artikkelen er relevant for vår oppgave ettersom den tar for seg kvinners opplevelse av hvordan kreft og kreftbehandling har påvirket deres seksuelle helse, og deres oppfattelse av sunn seksualitet, og hvordan helsetjenesten kan imøtekomme deres ønsker og behov for hjelp.</p>

	<p>kvinnene ønsker for å dekke deres behov, og ulike barrierer for deltagelse i seksuelle helserelaterte tjenester.</p>		<p>hvilke typer barrierer ville hindret deg i å delta på nødvendige seksuelle helserelaterte tjenester?</p>	<p>De fleste av kvinnene ønsket informasjonstjenest er gjennom en-til-en møter, eller skriftlig.</p> <p>Det viste seg at de yngre kvinnene ofte ikke benyttet seg av seksuelle helserelaterte tjenester på grunn av praktiske barrierer, samt følelsesmessig unngåelse. De eldre kvinnene rapporterte derimot at sjenanse og stigma gjorde dem motløse til å diskutere seksualitet med helsevesenet.</p> <p>Helsevesenet bør vurdere dagens seksuelle helse og pasienters</p>	
--	---	--	---	---	--

				oppfatning av sunn seksualitet, for å kunne forstå pasientenes behov og ønske om hjelp, samt bryte barrierer knyttet til tema.	
--	--	--	--	--	--

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Sekse, R. J. T., Gjengedal, E., Råheim, M. (2013)</p> <p>Living in a Changed Female Body After Gynecological Cancer. <i>Health care for women international</i>, 34(1), 14-33.</p> <p>DOI: 10.1080/07399332.2011.645965</p>	<p>Studien ble gjort for å finne ut av hvordan det er å leve i en forandret kvinnekropp fem til seks år etter behandling av gynekologisk kreft.</p>		<p>De hadde 32 kvalitative intervjuer med 16 kvinner ved bruk av den fenomenologiske-hermeneutiske tilnærmingen. Kvinnene i studien var mellom 39 og 66 år. Inklusjonskriteriene var at de hadde fullført behandling av gynekologisk kreft, at de ikke hadde opplevd tilbakefall eller metastaser, at de var mellom 30 og 70 år, at de hadde fått fem års oppfølging og at de enda ikke hadde</p>	<p>Studien fant at kvinnene fortsatt, etter fem år, jobbet med å godta at kroppen var forandret. De jobbet også for å gjenvinne tillitten til og selvtilliten over egen kropp. De største utfordringene var knyttet til en følelse av tomrom i livmoren, endringer i temperaturreguleringen, endringer i sexlivet og frykten for en sårbar og uforutsigbar kropp.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for vår oppgave da den går i dybden på hva kvinner føler i årene etter behandling av gynekologisk kreft. De identifiserer behov som helsepersonell burde ta hensyn til.</p>

			vært på siste kontroll.		
--	--	--	-------------------------	--	--

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Sekse, R. J. T., Buestad, I. & Vika, M. E. (2014). Undervisning og veiledning i gruppe for kvinner behandlet for underlivskreft. En hjelp i rehabiliteringen?. <i>Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies</i>. PUBL. NO. 114 (VOL. 34) PP 10–14.</p> <p>https://doi.org/10.1177/010740831403400403</p>	<p>Målet med studiet var å beskrive en sykepleierledet intervensjon for kvinner behandlet for underlivskreft, basert på salutogenetisk tenkning og klientsentrert terapi, samt å evaluere i hvilken grad dette var nyttig for deltagerne i deres behandling for underlivskreft. Intervensjonen var basert på</p>	<p>Cancer, gynecology, rehabilitation, education, counselling</p>	<p>Studiet var en intervensjonsstudie der hovedmålet var å sammenlikne og måle effekt av veiledning- og undervisningsgrupper, fysiske treningsgrupper og kontrollgrupper. Dette ble målt som endringer i selvrappoteringen av mestring og livskvalitet både pre-, post- og ved ett års kontroll etter behandling. Deltagerne bestod av 45 kvinner som var ferdigbehandlet for underlivskreft innen 3 år tilbake. Intervensjonen ble gjort i seks grupper, med fem</p>	<p>Kvinnene var fornøyde med intervensjonen. Det ga de økt kunnskap og informasjon om temaer relatert til et liv etter gjennomgått kreftbehandling. Ved å være i dialog med eksperter og mentorer, samt dele erfaringer med andre kvinner i samme situasjon, følte kvinnene seg anerkjente, og de fikk svar på spørsmål knyttet til livssituasjonen sin. Den sykepleierledet intervensjonen virket til å være betydningsfull for kvinner behandlet for underlivskreft. Samtidig kan den</p>	<p>Artikkelen er relevant for vår oppgave da det handler om sykepleieres rolle i møte med kvinner behandlet for underlivskreft.</p>

			til åtte deltagere per gruppe.	være viktig i forbedringen av oppfølgingen etter kreftbehandlingen, og dermed kvinnenes rehabiliteringsprosess og mestringsressurser.	
--	--	--	--------------------------------	---	--

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Sekse, R. J. T., Råheim, M., Gjengedal, E. (2015) Shyness and Openness- Common Ground for Dialouge Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer. <i>Health care for women international</i>, 36: 1225-1269.</p> <p>DOI: 10.1080/07399332.2014.989436</p>	<p>I denne studien undersøkte de sjenanse og åpenhet knyttet til seksualitet og intimitet hos kvinner som har overlevd gynekologisk kreft, og hvordan de opplevde å kommunisere med helsepersonell om disse temaene.</p>		<p>Forfatterne av studien har brukt en fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming. De dybdeintervjuet 16 kvinner to ganger hver; fem og seks år etter kreftbehandlingen. Inklusjonskriteriene var kvinner som var behandlet for ulike typer gynekologiske kreftformer fem år tidligere, at de var mellom 30 og 70 år og at de ikke hadde opplevd tilbakefall eller metastaser etter behandlingen. Det første intervjuet var mer generelt, mens det andre ble individuelt tilpasset og knyttet opp mot det første.</p>	<p>Selv om kvinnene hadde et stort behov for informasjon og forståelse av endringene i sine egne kropper, var dette et tema som ofte ikke fikk oppmerksomhet i møte med helsepersonell. Kvinnene synes det var vanskelig å uttrykke sine bekymringer og utfordringer knyttet til dette tema. Selv i møte med helsepersonell under den femårige oppfølgingen, gjorde ensomhet og sjenanse at problemene ikke ble tatt opp.</p>	<p>Dette er relevant i forhold til vår oppgave fordi den tar opp en av de største utfordringene kvinner har etter gjennomgått gynekologisk kreft; nemlig seksualitet og intimitet. Dybdeintervjuene gir oss som helsepersonell et unikt innblikk i hvordan vi kan kommunisere og arbeide bedre i møte med disse kvinnene.</p>

--	--	--	--	--	--

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Abbott-Anderson, K., Young, P. K., & Eggenberger S. K. (2020) Adjusting to sex and intimacy: Gynecological cancer survivors share about their partner relationships. <i>Journal of Women & Aging, 32(3), 329-348</i>. DOI: https://doi.org/10.1080/08952841.2019.1591888</p>	<p>Studien beskriver hvordan kvinner som har overlevd gynekologisk kreft forholder seg til partner, og om tilpasninger i seksuallivet etter diagnose og behandling</p>	<p>Gynecologic cancer, intimate partner relationships, sexuality</p>	<p>De brukte metoden konvensjonell beskrivende innholdsanalyse for å analysere svarene til kvinnene.</p>	<p>Studien fant at kvinner som har overlevd gynekologisk kreft opplever svært mange seksuelle bekymringer i etterkant av behandlingen. De delte inn funnene i «forandringer i seksuell aktivitet» «ikke-modifiserbare faktorer som påvirker seksuell aktivitet» og «modifiserbare faktorer som påvirker seksuell aktivitet». Disse beskriver forskjellige bekymringer og</p>	<p>Denne artikkelen er svært relevant for vår studie, da relasjon til partner og endringer i seksuallivet er en viktig del av seksualiteten til kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft.</p>

				<p>problemer kvinnene sliter med i etterkant, og skal virke som en pekepinn for helsepersonell i arbeidet med par i denne situasjonen, og hvordan en kan adressere seksuelle bekymringer. Deltakere i studien understrekte at de ønsker at helsepersonell skal være den som tar opp temaet.</p>	
--	--	--	--	---	--

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg/vi bruke denne artikkelen i min/vår oppgave?
<p>Wilson, C. M., McGuire, D. B., Rodgers, B. L., Elswick, R. K., Menendez, S. & Temkin, S. M. (2020). Body image, sexuality, and sexual functioning in cervical and endometrial cancer: interrelationships and women's experiences. Springer, 2020/38, s. 389-403. DOI: https://doi.org/10.1007/s11195-020-09641-4</p>	<p>Studiens hensikt var å studere/utforske forhold mellom kroppsbilde, seksualitet og seksuell fungering, samt å forstå kvinnes syn på disse temaene.</p>	<p>Body image, sexuality, sexual functioning, cervical cancer, endometrial cancer, United States.</p>	<p>Kvinnene i studien deltok på ulike spørreundersøkelser for å identifisere tilstedeværelsen, grad og retning av forholdene mellom kroppsbilde, seksualitet og seksuell fungering, samt kvinnes opplevelser av disse. Kvalitative data ble samlet inn ved åpne spørsmål for å få frem kvinnes erfaringer og opplevelser relatert til temaene. 736 undersøkelser ble vurdert, der 27 av disse ble kvalifisert til studien, der 20 av</p>	<p>Ofte rapporterte utfordringer etter behandlingen av gynekologisk kreft var utfordringer med kroppsbilde, seksualitet, seksuell fungering, psykososiale områder, reproduksjon og kommunikasjon med helsepersonell. Forholdene mellom kroppsbilde og seksualitet, og seksuell fungering var betydelige.</p>	<p>Artikkelen var av stor relevans for vår oppgave da den belyser kvinnes utfordringer relatert til sin seksualitet etter gjennomgått behandling av gynekologisk kreft.</p>

			disse kvinnene ble inkludert i studien.		
--	--	--	---	--	--

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
gynecological cancer, sexuality, phenomenology	16.12.2020	CINAHL-complete	475	25	9	<p>Sekse, R. J. T., Buestad, I. & Vika, M. E. (2014). Undervisning og veiledning i gruppe for kvinner behandlet for underlivskreft. En hjelp i rehabiliteringen?.</p> <p>Sekse, R. J. T., Gjengedal, E., Råheim, M. (2013) Living in a Changed Female Body</p> <p>Sekse, R. J. T., Råheim, M., Gjengedal, E. (2015) Shyness and Openness- Common Ground for Dialouge Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer.</p>
						<p>McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C. & Lebel, S. (2012). Department of Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services.</p>

Gynecological cancer, sexuality	16.12.2020	Google Scholar	17600	5	2	Anderson, K. A., Kwekkeboom, K. L. (2012) A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors.
Gynecological cancer, sexuality	26.04.2021	PubMed	310	6	3	Gilbert, E., Ussher, J. M. & Perz, J. (2011). Sexuality after gynaecological cancer: A review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing.
Gynecological cancer, sexuaity	01.05.2021	Google Scholar	966	16	6	Abbott-Anderson, K., Young, P. K., & Eggenberger S. K. (2020) Adjusting to sex and intimacy: Gynecological cancer survivors share about their partner relationships. Wilson, C. M., McGuire, D. B., Rodgers, B. L., Elswick, R. K., Menendez, S. & Temkin, S. M. (2020). Body image, sexuality, and sexual functioning in cervical and endometrial cancer: interrelationships and women's experiences.

