



Seineffektane ein ikkje snakkar om

Gynekologisk kreftbehandling og seksuell helse

Kandidatnummer: 407

VID vitenskapelig høgskole

Campus Haraldsplass, Bergen

Fordypningsoppgave

Videreutdanning i kreftsykepleie

VUKS-BG5400 Vitenskapsteori, forskningsmetoder og forskningsetikk

Kull: 2019 deltid

Antall ord: 4078

Dato: 12.05.2021

Vi kjenner den gjennom hele livet. Kraften vi kaller seksualitet. Noen tror den seksuelle delen av oss sitter mellom beina. Men den sitter like mye mellom ørene. Jeg snakker ofte om at vi både har en fysisk og en psykisk helse. Vi har en seksuell helse også. Den er både fysisk og psykisk. God seksuell helse er med på å holde oss friske og i trivsel.

(Bent Høie. Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 3)

Samandrag

Introduksjon: For mange kreftpasientar vil seinskader som følgje av behandlinga eller sjukdommen påverke og endre livet inkludert den seksuelle helsa. Gynekologiske kreftpasientar er særleg utsette for at behandlingsmetodane kan få konsekvensar for seksualiteten. For å sikre god kompetanse i helsetenesta om seinskader etter kreftbehandling, er det difor nødvendig med kunnskap om korleis behandlinga påverkar den seksuelle helsa, slik at seksuell helse kan integrerast i helsefremjande og sjukdomsførebyggande arbeid. *Problemstilling:* Korleis påverkar gjennomgått kurativ kreftbehandling seksuell helse hos kvinner med gynekologisk kreft?

Metode: Litteraturstudie vart nytta som metode. Litteratursøka vart utført i databasane MEDLINE, CINAHL og PsykINFO. Følgjande søkeord vart nytta: «genital neoplasms», «uterine cervical neoplasms», «ovarian neoplasms», «vulvar neoplasms», «cancer survivors», «late adverse effects», «life experiences», «rehabilitation», «sexual behaviour», «psychosocial functioning», «health personnel», «sexual activity», «dialogue», «sexual health», «sexuality», «quality of life» og «sexual dysfunction».

Resultat: Resultat frå ni forskingsartiklar viste at kreftbehandlinga kan få negative konsekvensar for fysiske-, psykiske-, og sosiale aspekt ved seksualiteten. Fysiske endringar som følgje av behandlinga kunne føre til dårlegare kroppsbilete, endra identitetskjenne og endring i seksuallivet som igjen kunne verke negativt på relasjonen til partner.

Konklusjon: Kreftoverlevarane etterlyste informasjon då dei følte seg lite førebudde og hadde vanskar med å handtere biverknader etter behandlinga og konsekvensane desse fekk for den seksuelle helsa. Dette kan tyde på at det ikkje føreligg gode nok rutinar for korleis helsepersonell skal ta opp temaet. PLISSIT-modellen er eit allereie kjent og eigna verktøy å bruke i samtalar om seksuell helse, og kan med fordel nyttast. Vidare forskning der ein undersøker korleis slike samtalar best mogleg kan implementerast i praksis kan synast hensiktsmessig. Synleggjering av denne kunnskapen er nødvendig, slik at helsepersonell i størst mogleg grad kan førebygge at biverknader av behandlinga får negative konsekvensar for den seksuelle helsa.

Nøkkelord: Gynekologisk kreft, seineffektar etter behandling, seksuell dysfunksjon, seksuell helse

Abstract

Introduction: For many cancer patients, late adverse effects caused by the disease or the treatment will affect and change the patient's life, including the sexual health. Gynecological cancer patients are especially vulnerable to treatment-related effects on the sexuality. Knowledge of how cancer treatment affects sexual health is important to ensure high competence in healthcare services regarding the late adverse effects of cancer treatment, and to include sexual health in disease prevention and health-promoting work. *Research question:* How does curative cancer treatment affect sexual health in women with gynecological cancers?

Method: Literature review. Literature searches were performed in MEDLINE, CINAHL and PsycINFO. The following keywords were used: «genital neoplasms», «uterine cervical neoplasms», «ovarian neoplasms», «vulvar neoplasms», «cancer survivors», «late adverse effects», «life experiences», «rehabilitation», «sexual behavior», «psychosocial functioning», «health personnel», «sexual activity», «dialogue», «sexual health», «sexuality», «quality of life» and «sexual dysfunction».

Results: The results from 9 different research articles showed that cancer treatment can have negative effects on both physical-, psychological- and social aspects of sexuality. Physical changes as a result of treatment can cause poor body image, altered sense of identity and changes in sexual activity leading to negative effects on partner relationships.

Conclusion: The cancer survivors did not feel prepared for, and had difficulties coping with the side effects of the treatment and the consequences it had on their sexual health. More information regarding this was requested. This may indicate that routines on how health care workers should address the topic are not good enough. The PLISSIT model represents a well-known and accessible tool for use in conversations on sexual health and could be used to good advantage. Further research on this topic would seem necessary to explore how conversations on sexual health best could be implemented as part of the treatment. Making this knowledge visible is necessary so health care workers are better equipped to prevent treatment side effects having a negative impact on the patient's sexual health.

Key words: Genital neoplasms, late adverse effects, sexual dysfunction, sexual health

Innhald

1 Innleiing	1
1.1 Hensikt.....	2
1.2 Problemstilling.....	2
2 Metode	3
2.1 Litteratursøk.....	3
2.2 Utveljing av artiklar.....	4
2.3 Analyse av utvalde artiklar.....	5
3 Resultat	6
3.1 Fysiske endringar som følgje av behandlinga.....	6
3.2 Kroppsbilete og identitet.....	7
3.3 Konsekvensar for intime relasjonar.....	8
4 Drøfting	9
4.1 Styrker og svakheiter.....	11
5 Konklusjon	13
6 Formidling	14
Referansar	15

Vedlegg 1: PEO-skjema og Søkehistorikkskjema

Vedlegg 2: Sjekklister

Vedlegg 3: Resultattabell

Vedlegg 4: Likskap og skilnader mellom studiane

1 Innleiing

Ifølgje Helse- og Omsorgsdepartementet vert over 30 000 nye krefttilfelle diagnostisert årleg, og ein antek at 1 av 3 nordmenn vert ramma av ein kreftsjukdom før fylte 75 år. Kreftdiagnosar vert no stilt tidlegare, og kreftbehandlinga vert stadig betre, noko som fører til ei auking i overleving. I overkant av 70 % av kreftpasientane lever 5 år etter diagnose (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 8). Auka overleving, mellom anna grunna nye og meir intensive behandlingsmetodar, kan føre til at ein utviklar nye helseproblem som følgje av sjukdommen eller behandlinga (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 30). Seinskader kan definerast som biverknader og helseplager som anten varer lengre enn, eller oppstår eitt år eller meir etter avslutta behandling, og som sannsynlegvis skuldast kreftsjukdommen eller behandlinga (Kreftforeningen, 2018).

For mange kreftpasientar vil seinskader påverke og endre livet, inkludert den seksuelle helsa (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 37). I strategiplanen for seksuell helse vert begrepet seksuell helse definert som «fysisk, mental og sosial velvære relatert til seksualitet». Seksualiteten omfattar altså kjensler, tankar og handlingar i tillegg til det fysiske og fysiologiske. Seksualiteten og den generelle helsetilstanden kan påverke kvarande i positiv eller negativ retning, og god seksuell helse er ein ressurs som fremjar livskvalitet og meistringsferdigheiter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 7).

Kreftsvulstar lokalisert til kvinnelege kjønnsorgan og dei ulike behandlingsformene kan påverke og endre seksualiteten. Kirurgisk behandling omhandlar fjerning av heile eller delar av kjønnsorgan, og kan føre til skade på nerve og blodforsyning. Også cellegift kan gi nerve- og karskader som resulterer i nedsett funksjon og kjensle i desse organa. Strålebehandling kan redusere blodforsyninga og føre til stivheit og skrumping av kjønnsorgana. Av same grunn kan hormonbalansen og fertiliteten verte påverka, og saman med allmennsymptom etter behandlinga, ha ein negativ verknad på den seksuelle helsa (Gjessing & Dahl, 2019, s. 110).

I Helse- og omsorgsdepartementet sin strategiplan for seksuell helse er eit av måla å sikre at seksuell helse vert integrert i helsefremjande og sjukdomsforebyggande arbeid i alle nivå av helse- og omsorgstenesta (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 26). I ei brukarundersøking kreftforeningen gjennomførte i 2014, rapporterte to tredjedelar om

seksuelle problem i ei eller anna form etter gjennomgått kreftbehandling. Mange rapporterte også at dei ikkje hadde fått informasjon om korleis kreftbehandlinga kunne påverke seksualiteten og seksuallivet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 37). Dette kan tyde på at det er behov for meir kunnskap om korleis kreftbehandling påverkar den seksuelle helsa, slik at ein betre kan imøtekomme pasientane sine behov.

1.1 Hensikt

Hensikta med litteraturstudiet er å samle og systematisere informasjon om korleis gjennomgått kreftbehandling påverkar den seksuelle helsa til kvinner med gynekologisk kreft. Seksuell helse er ein del av den totale helsetilstanden. For å sikre god kompetanse i helsetenesta om seinskader etter kreftbehandling, er det nødvendig med kunnskap om korleis behandlinga påverkar den seksuelle helsa, slik at ein kan imøtekomme behova til den enkelte pasient.

1.2 Problemstilling

Korleis påverkar gjennomgått kurativ kreftbehandling seksuell helse hos kvinner med gynekologisk kreft?

2 Metode

For å belyse problemstillinga i avsnitt 1.2, vart litteraturstudie nytta som metode. Ifølgje Aveyard kan ein litteraturstudie skildrast som ein grundig gjennomgang og tolking av litteraturen relatert til eit bestemt tema (Aveyard, 2014, s. 2). Ved å berre lese enkeltstudiar, kan ein gå glipp av informasjon og få eit bilete av temaet som ikkje er heilheitleg. Dersom ein kombinerer resultatane frå mange studiar, kan funna verte meir overtydande og nyttifulle. Litteraturstudiar er difor viktige innan helse- og sosialfag då det er vesentleg å holde seg oppdatert på ei aukande mengde litteratur for å kunne tilby oppdatert pleie (Aveyard, 2014, s. 4). Litteraturstudiar kan også avdekke gap i den eksisterande litteraturen, og på den måten gi ein peikepinn på kva felt ein treng å forske meir (Polit & Beck, 2021, s. 82).

2.1 Litteratursøk

Når forskingsspørsmålet er identifisert, er det ifølgje Polit og Beck essensielt å utføre eit grundig søk i litteraturen for å finne svar på problemstillinga (Polit & Beck, 2021, s. 82). For å gjere søket tydeleg og presist, starta eg med å sette problemstillinga inn i eit PEO-skjema (Vedlegg 1). P står for «population», E står for «exposition/issue/interest» og O står for «outcome» (Universitetet i Agder, 2021). Deretter nytta eg MeSH på norsk for å finne gode norske og engelske faguttrykk til søket mitt (Helsebiblioteket, 2016). Via Helsebiblioteket vart det utført søk i databasane MEDLINE, CINAHL og PsykINFO ved hjelp av tekstord og emneord. Tekstord er ord og tittel i samandrag eller heile teksten i ein artikkel, medan emneord er standardiserte ord som skildrar innhaldet i artikkelen. Søkeorda vart kombinert på ulike måtar ved å bruke dei boolske operatorane «AND» og «OR». «AND» avgrensar søket, medan «OR» utvidar søket (Helsebiblioteket, 2016). Søkeorda som vart nytta var: «genital neoplasms», «uterine cervical neoplasms», «ovarian neoplasms», «vulvar neoplasms», «cancer survivors», «late adverse effects», «life experiences», «rehabilitation», «sexual behaviour», «psychosocial functioning», «health personnel», «sexual activity», «dialogue», «sexual health», «sexuality», «quality of life» og «sexual dysfunction».

Hovudfunna vart gjort i CINAHL og MEDLINE (sjå søkehistorikkskjema frå CINAHL i Vedlegg 1). Det vart også utført referansesøk. Faglitteratur samt strategiplanar frå Helse- og

omsorgsdepartementet har vore viktig som grunnleggande kunnskap i arbeidet med litteraturstudien.

Bruk av inklusjons- og eksklusjonskriteriar er vesentleg for å sikre at litteraturen som vert funnen er relevant for problemstillinga (Aveyard, 2014, s. 97). Søket vart avgrensa til å gjelde vaksne kvinner der artiklane var engelskspråklege og fagfellevurdert. For å tilstrebe oppdatert forskning på eit fagfelt i stadig utvikling, søkte eg hovudsakleg etter litteratur frå 2010 og utover. Ulike søkekombinasjonar i databasane ga ei stor breidde av treff. Ved å ekskludere litteraturstudiar, studiar som fokuserte på behandling av seksuell dysfunksjon, studiar der kvinnene fortsatt fekk aktiv kreftbehandling samt ikkje-vestlege studiar, vart mengda relevant litteratur betydeleg mindre. Artiklar som i ulik grad tok føre seg korleis kreftbehandlinga hadde påverka den seksuelle helsa til kvinner med gynekologisk kreft vart inkludert for vidare gjennomlesing.

2.2 Utveljing av artiklar

I søkeprosessen vart artiklane vurdert ut frå tittel og samandrag. Aktuelle artiklar vart lese grundig, og gyldigheita av innhaldet vart vurdert ved å bruke sjekklister frå Helsebiblioteket (Vedlegg 2). Ni artiklar vart så inkludert i litteraturstudiet. Tre av desse var kvalitative studiar, fem var kvantitative studiar og ein nytta metodetriangulering. Ifølgje Aadland vert kvalitative metodar nytta for å vinne større forståing kring fenomen, til dømes sosiale relasjonar og opplevingar (Aadland, 2004, s. 209). Då problemstillinga undersøker korleis kreftbehandlinga påverkar den seksuelle helsa, vart det vurdert som hensiktsmessig å nytte studiar med både kvantitativt og kvalitativt design for å få eit meir nyansert bilete av temaet.

Totalt 678 kvinner i alderen 26-81 år var inkludert i studiane. Flesteparten av kvinnene hadde fått behandling for livmorhals-, eggstokk- eller livmorkreft, men kvinner med kreft i vagina og vulva var også representert. Behandlinga bestod av kirurgi, kjemoterapi eller stråreterapi i ulike kombinasjonar. Tid sidan behandling varierte frå nokre veker til meir enn 25 år.

Fleire av studiane tok også føre seg korleis kvinnene opplevde kommunikasjonen kring seksuell helse med helsepersonell. Dette temaet går ikkje direkte på problemstillinga. Årsaka til at desse artiklane likevel vart inkludert, er at mange av kvinnene opplevde at mangel på

informasjon kunne verke inn på korleis kreftbehandlinga påverka den seksuelle helsa. To av artiklane vart publisert før 2010, men har likevel vorte inkludert. Lindau et. al (2007) samanlikna seksualiteten hos langtidsoverlevarar med ei kontrollgruppe frå normalbefolkninga. Ein kunne då sjå om førekomsten av eventuelle seksuelle problem skilte seg frå utvalet frå normalbefolkninga. I studien til Rasmusson og Thome (2008) vart fleire aspekt ved den seksuelle helsa omtalt, og kunne difor belyse områder som ikkje kom like tydeleg fram i dei andre studiane. Eg har likevel vore bevisst at dette er relativt gamle studiar innan eit fagfelt som er i stadig utvikling. Forskingsetiske prinsipp bidreg til at forskingsprosessen vert gjennomført på ein forsvarleg og verdig måte (Befring, 2015, s. 28). Deltakarane i dei kvalitative studia ga informert samtykke, hadde moglegheit til å trekke seg og vart anonymiserte. Validerte spørjeskjema vart nytta i prevalensstudia. Alle hadde fått godkjenning frå etisk komité.

2.3 Analyse av utvalde artiklar

Ifølgje Aveyard (2014, s. 143) er første steget i prosessen å gjere seg kjend med artiklane for å kunne samanfatte innhaldet i kvar enkelt studie. Neste steg består av å identifisere tema ut frå resultatata i dei ulike studiane (Aveyard, 2014, s. 144). Etter å ha lese resultatdelen i kvar enkelt studie grundig, vart nøkkelfunn relatert til problemstillinga notert ned. Ved å analysere og samanfatte nøkkelfunna, vart det så utarbeida tre tema som danner grunnlaget for resultatdelen og drøftinga. I mykje av forskinga vart det lagt størst vekt på korleis kreftbehandlinga påverka dei fysiske aspekta ved seksualiteten. Då mentalt- og sosialt velvære også er viktig for den seksuelle helsa, er følgjande tema utarbeida: «fysiske endringar som følgje av behandlinga», «kroppsbilete og identitet» og «konsekvensar for intime relasjonar». Under desse tema har eg og valt å presentere funn som omhandlar kommunikasjon om seksualitet mellom pasientane og helsepersonell, då det viste seg at dette kunne verke inn på korleis behandlinga påverka den seksuelle helsa.

3 Resultat

Følgjande vert resultat frå dei ni inkluderte studiane presentert. Funn relevante for problemstillinga vert lagt fram ved hjelp av tre tema som vart presentert i avsnitt 2.4. Tabellar som viser resultatoversikt (Vedlegg 3) og likskap og skilnader mellom studiane (Vedlegg 4) er lagt ved oppgåva.

3.1 Fysiske endringar som følgje av behandlinga

Alle dei ni inkluderte studiane omtalte i ulik grad korleis fysiske endringar som følgje av kreftbehandlinga fekk negative konsekvensar for sexlivet til kvinnene (Vedlegg 4: Likskap og skilnader mellom studiane). Ordet seksuell dysfunksjon gjekk igjen i mange av studiane, og dette er eit begrep som omfattar ulike seksuelle problem. I ein studie med 75 deltakarar hadde så mange som 78,7 % ein FSFI-score (Psychometric Validation of the Female Sexual Function Index) som indikerte seksuell dysfunksjon (Chapman et al., 2019). Manglande sexlyst, smerter ved penetrering og redusert libido var dei seksuelle problema som oftast vart nemnt i studiane (Sekse et al., 2013; Reis et al., 2010; Lindau et al., 2007; Sekse et al., 2017). Total hysterektomi kunne også føre til utfordringar, då lengda på skjeden vart kortare, og dette vanskeleggjorde penetrering under samleie (Reis et al., 2010, s. 143). Den seksuelle responsyklusen er samansett og vert påverka av mange faktorar. Redusert libido og smerter under samleie påverka velværet og kunne difor stå i vegen for å oppnå orgasme (Reis et al., 2010, s. 143). Bevisstheit rundt endra fysisk utsjånad, frykt for smerter grunna tidlegare opplevingar samt plager med urininkontinens var alle faktorar som førte til at den psykiske helse kunne forstyrre den seksuelle aktiviteten (Lindau, et al., 2007).

Det vart ikkje avdekka klare og einstyddande skilnader i plager relatert til diagnose, FIGO-stadie eller behandlingsmetode i dei ulike studiane. Ein såg likevel ei antydning til at yngre kvinner rapporterte fleire menopauseale symptom, var meir seksuelt aktive, men hadde fleire seksuelle bekymringar (Mikkelsen et al., 2017, s. 829). Det kom også fram at overvektige kvinner og kvinner behandla med kirurgi kunne rapportere meir plager med lymfeødem, og at dei med lokalavansert sjukdom rapporterte fleire symptom (Mikkelsen et al., 2017, s. 829). På trass av kroppslege plager og endringar i seksuallivet, rapporterte mange kvinner relativt god livskvalitet (Sekse et al., 2017, s. 407).

3.2 Kroppsbilete og identitet

Sju av dei inkluderte studiane omtalte utfordringar knytta til kroppsbilete og identitet (Vedlegg 4: Likskap og skilnader mellom studiane). Kroppslege endringar som følgje av diagnosen og behandlinga fekk konsekvensar for korleis mange av kvinnene i studiane såg på seg sjølv. Ei kjensle av å leve i ein ukjend og uforutsigbar kropp vart skildra, og så lenge som 5 år etter behandlinga vart det fortsatt jobba med å få tilbake sjølvtilitt og kontroll over den endra kroppen (Sekse et al., 2013, s. 20). Kreftbehandlinga kan for mange føre til infertilitet. Særleg yngre kvinner som ikkje hadde fått skapt seg den familien dei hadde sett føre seg, opplevde manglane evne til å få barn som eit stort tap (Rasmusson & Thome, 2008). Infertilitet og fjerning av reproduktive organ framkalla også ei kjensle av å vere mindre kvinneleg hos mange av deltakarane, og dette fekk direkte konsekvensar for identiteten (Reis et al., 2010, s. 142). Vanskar med å akseptere slike kroppslege endringar som følgje av kreftbehandlinga, fekk konsekvensar for kroppsbilete og kjensla av feminitet, og dette påverka i sin tur den seksuelle sjølvtiliten. Slike utfordringar vart oppgitt som ein barriere for å oppnå god seksuell helse (McCallum et al., 2012, s. 137-138).

I fire av dei inkluderte studiane etterlyste deltakarane informasjon om kva konsekvensar behandlinga fekk for kroppen og den seksuelle helsa deira (Sekse et al., 2013; Reis et al., 2010; Chapman et al., 2019; Rasmusson & Thome, 2008; McCallum et al., 2012). Ynskje om korleis slik informasjonen skulle formidlast varierte, og ein såg at alder, sivilstatus og utdanning kunne verke inn på svara som vart gitt (Vedlegg 3: Resultattabell). Det kom fram at mangel på kunnskap om kroppslege endringar kunne føre til usikkerheit og vanskar med å handtere seksuelle problem. Usikkerheit knytta til symptom som smerter, bløding og endra anatomi kunne føre til at kvinner avstod frå seksuelle aktivitetar i frykt for å gjere skade (Reis et al., 2010, s. 142). I ein studie med 162 deltakarar kom det fram at to tredjedelar aldri hadde snakka med behandlar om kva konsekvensar behandlinga kunne få for den seksuelle helsa. Deltakarane som ikkje hadde fått slik informasjon hadde signifikant høgare risiko for å utvikle alvorlege seksuelle problem (Lindau et al., 2007, s. 5).

3.3 Konsekvensar for intime relasjonar

Åtte av dei inkluderte studiane omtalte konsekvensar kreftbehandlinga fekk for intime relasjonar (Vedlegg 4: Likskap og skilnader mellom studiane). Endring i sexlivet grunna fysiske og psykiske utfordringar var hovudårsaka til at relasjonen til partner vart påverka i desse studiane. Manglande evne til å få barn og kvinnene sitt endra syn på eiga rolle kunne også få konsekvensar for parforholdet (Reis et al., 2010, s. 142). Endra sexliv førte til ei grunnleggande endring i relasjonen, og dette leia til utfordringar med å akseptere at ein ikkje lenger kunne uttrykke kjærleik på same kroppslege og intime måte som før (Sekse et al., 2013, s. 23). Problemstillingar knytta til den seksuelle helsa var ikkje hovudfokuset ved diagnosetidspunktet, men undervegs i prosessen vart det klart at intimitet og seksualitet var viktig for å oppleve velvære. For å minimere risikoen for negativ påverknad av parforholdet, vart det etterlyst informasjon og kunnskap om kva konsekvensar diagnosen og behandlinga kunne få (Rasmusson & Thome, 2008).

Tilfredsheita med sexlivet vart betydeleg redusert etter kreftbehandlinga (Hubbs et al., 2019, s. 4). Det vart rapportert varierende tal kva gjaldt hyppigheita av den seksuelle aktiviteten samanlikna med før behandlinga. I ein studie med 129 kvinner svarte to tredjedelar at dei var seksuelt aktive etter behandlinga, og av desse rapporterte halvparten at hyppigheita var lik som før (Sekse et al., 2017, s. 404). På trass av signifikant fleire komplekse seksuelle problem, deltok likevel langtidsoverlevarar i seksuelle relasjonar og aktivitetar på lik linje med ei kontrollgruppe frå normalbefolkninga (Lindau et al., 2007, s. 5).

4 Drøfting

I denne studien har eg undersøkt korleis kurativ kreftbehandling har påverka den seksuelle helsa til kvinner med ulike gynekologiske kreftdiagnosar. I resultatdelen vart det presentert funn som viste at både fysiske-, og men også mentale- og sosiale aspekt ved seksualiteten, vart påverka i etterkant av behandlinga. Då desse områda påverkar kvarandre og heng tett saman, vil resultatane no verte drøfta samla.

Seksuell dysfunksjon vart i ulik grad rapportert i samtlige inkluderte studiar. Innleiingsvis vart det presentert teori om korleis dei ulike behandlingsmetodane kan føre til fysiske skader og endringar i kroppen til gynekologiske kreftpasientar, og resultatane i denne studien viser at slike seinskader er utbreidde blant overlevarane. Redusert seksuell lyst og nedsett vaginal libido er vanlege symptom ved overgangsalderen, og det kan difor tenkjast at nokre av plagene rapportert i studiane var aldersbetinga. Signifikant høgare forekomst av seksuell dysfunksjon blant kreftoverlevarar samanlikna med friske kontrollgrupper, tyder derimot på at dei seksuelle utfordringane i stor grad skuldast kreftbehandlinga (Lindau et al., 2008, s. 5).

Den seksuelle helsa er ein viktig del av den totale helsa. Korleis kan det då ha seg at mange overlevarar rapporterte god livskvalitet, på trass av store utfordringar knytta til den seksuelle helsa (Sekse et al., 2017, s. 407)? Ei mogleg forklaring kan vere eit såkalla responskifte (Rannestad et al., 2008, s. 476). Det kan tenkjast at kvinner som har overlevd ein alvorleg kreftsjukdom, får eit nytt perspektiv på livet, og at andre områder vert tillagt større verdi og merksemd. Gleda over å få fortsetje livet saman med familie og vener kan for eksempel overskygge plagsame biverknader etter behandlinga. God seksuell helse er likevel ein ressurs som kan fremje livskvalitet og meistring. Sjølv om slik forskning kan gi håp om eit godt og meningsfullt liv, så vert ikkje nødvendigvis seksuelle utfordringar avdekka. Som del av den totale helsa er det difor viktig at også den seksuelle helsa vert kartlagt og ivareteken.

Dårleg kroppsbilete, redusert sexlyst, nedsett libido og smerter ved samleie fekk negative konsekvensar for sexlivet og påverka relasjonen til partner (Vedlegg 3: Resultatoversikt). Likevel såg ein at kreftoverlevarane deltok i partnerskap og seksuelle aktivitetar på lik linje med normalbefolkninga (Lindau et al., 2007, s. 5). Kva kan ligge bak slike funn? Sterke intime relasjonar vart trekt fram som viktig for å oppnå god seksuell helse (McMallum et al., 2012, s. 137). Det kan då vere nærliggjande å tenke at nokre kvinner, på trass av ubehag,

oppretheldt den seksuelle aktiviteten hovudsakleg for å tilfredsstille partnaren. Men kvinnene skildra også utfordringar med å akseptere kroppslege endringar som førte til at dei ikkje kunne vere intime med og uttrykke kjærleik til partnar på same måte som før (Sekse et al., 2013, s. 23). Behovet for intimitet og kropps nærheit vil vere til stades sjølv om kreftbehandlinga har ført til kroppslege endringar. Det kan difor tenkjast at den seksuelle aktiviteten vart oppretthalden i like stor grad for kvinnene si skuld, for på den måten å bevare intimiteten og parforholdet slik det var før kreftdiagnosen.

I strategiplanen for seksuelle helse er eit av hovudmåla å sikre at seksuell helse vert integrert i helsefremjande og sjukdomsførebyggande arbeid i helse- og omsorgstenesta (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 26). Kunnskap om kroppslege endringar som følgje av kreftbehandlinga og konsekvensar slike endringar kan få for den seksuelle helsa føreligg. Kvifor rapporterte då så mange kreftpasientar at dei aldri har snakka med helsepersonell om temaet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 37)? Seksualitet kan vere vanskeleg for helsepersonell å snakke om då det er eit intimt og privat tema. Ein kan likevel ikkje forvente at kreftpasientane sjølv tek opp problemstillingar knytta til den seksuelle helsa i behandlingsforløpet. Å bli diagnostisert med kreft er ei stor påkjenning som kan utløyse ulike reaksjonar, og den seksuelle helsa er kanskje ikkje det første ein tenkjer på når livet vert sett på spel. Resultat frå dei ulike studiane viste tydeleg at kvinnene ikkje var førebudde og difor hadde vanskar med å handtere dei kroppslege endringane etter behandlinga, og dette fekk store konsekvensar for kroppsbilete, identiteten, sexlivet og relasjonen til partnar (Vedlegg 3: Resultattabell). Overlevarane måtte sjølv erfare slike utfordringar før dei skjønnte at det fekk konsekvensar for den seksuelle helsa deira. Utan kunnskap om kva som er normalt å oppleve, er det då lett å førestille seg at det kan vera utfordrande å ta opp slike sårbare tema, særleg dersom helsepersonell tidlegare ikkje har opna opp for samtalar om seksuell helse.

Kva kan så vere årsaka til at helsepersonell ikkje informera om slike biverknader og snakkar om seksuell helse? På trass av stor einigheit om viktigheita av å snakke om seksuelle problem, vart mangel på tid, usikkerheit rundt framgangsmåte, flauheit og ansvarsfråskrivning trekt fram som nokre av årsakene til at helsepersonell ikkje tok opp temaet (Stead et al., 2003, s. 668). På bakgrunn av dette, kan det verke som at det ikkje føreligg gode nok rutinar som gir helsepersonell rom og tryggleik nok til å snakke om den seksuelle helsa med

pasientane. I strategiplanen for seksuell helse vert PLISSIT-modellen trekt fram som eit eigna verktøy å bruke i silke samtalar. Denne skildrar ulike nivå av behov for informasjon og hjelp. Alle helsepersonell bør vere i stand til å ivareta dei to nedste nivåa i denne modellen, det vil seie å kunne gi grunnleggande informasjon om biverknader av behandlinga og gi rom for at pasienten kan ta opp spørsmål knytta til seksualitet og helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 26). I resultatkapittelet kom det fram at kvinnene hadde ulike behov når det kom til korleis dei ynskte helsepersonell skulle ta opp temaet, og dette viser at informasjonen og tilnærminga bør tilpassast den enkelte (Vedlegg 3: Resultattabell). Kunnskap om biverknader føreligg, og PLISSIT-modellen er eit etablert og godt eigna verktøy å bruke. Likevel kan det verke som at det i liten grad vert opna opp for samtalar om seksuell helse. På bakgrunn av dette kan det synast nødvendig med vidare forskning der ein undersøker korleis slike samtalar best mogleg kan gjennomførast, slik at samtalar om seksuell helse vert implementert i praksis.

Funna i denne studien viser at kreftbehandlinga kan få negative konsekvensar for fysiske-mentale- og sosiale aspekt ved seksualiteten til kvinner med gynekologisk kreft. Mangel på informasjon om biverknader av behandlinga kan i tillegg føre til at førekkomsten av seksuelle problem aukar (Lindau et al., 2007, s. 5). Alder, diagnose og behandlingsmetode kan også verke inn på kva utfordringar som oppstår, men felles for alle kvinnene er at dei har ei seksuell helse som må ivaretakast. Informasjonen bør tilpassast den enkelte då seksualitet er eit ømfintleg tema som fordrar varsam og respektfull tilnærming. Synleggjering av denne kunnskapen er difor viktig, slik at helsepersonell gjennom systematiske samtalar i størst mogleg grad kan forebygge at behandlinga får negative konsekvensar for kvinnene si seksuelle helse.

4.1 Styrker og svakheiter

Lite erfaring med søk kan ha ført til at aktuelle artiklar ikkje har vorte oppdaga i søkeprosessen. Feiltolking av engelskspråklege artiklar kan også ha ført til at relevant forskning har vorte ekskludert, eller at inkluderte artiklar ikkje har vorte korrekt oversett. Tverrsnittstudie vart nytta som metode i dei kvantitative studia. Her føreligg ikkje data om korleis den seksuelle helsa var før kreftbehandlinga, og ein kan difor ikkje vite sikkert at

behandlinga var årsaka til utfordringane. Data vart henta frå eitt bestemt tidspunkt, og forskarane hadde liten moglegheit til å kontrollere opplysningane som vart gitt. Dei kvalitative studiane har få deltakarar, men då slike metodar har som føremål å vinne større forståing kring eit fenomen, har dei tilført oppgåva varierte skildringar av temaet. Seksuell helse er eit ømfintleg tema, og det kan tenkast at respondentane skilde seg frå dei som ikkje responderte utan at slike data føreligg. Ulike kreftdiagnosar er representert i studiane, og tid sidan behandling strekte seg frå nokre veker til svært mange år, noko som ga eit breitt spekter av erfaringar. Omfanget av oppgåva førte til at resultatane er basert på relativt få studiar. Likevel vart dei same utfordringane i varierende grad avdekka i alle inkluderte studiar, noko som styrkar overføringsverdien.

5 Konklusjon

I denne litteraturstudien har eg undersøkt korleis kurativ kreftbehandling påverkar den seksuelle helsa til kvinner ferdigbehandla for gynekologisk kreft. Resultata frå dei ni inkluderte studiane viste at behandlinga kan få negative konsekvensar for fysiske-, psykiske- og sosiale aspekt ved seksualiteten. Seinskader etter kirurgi-, kjemoterapi- og stråleterapi kan føre til redusert seksuell lyst, nedsett vaginal libido og smerter ved penetrering, noko som igjen kan påverke seksuallivet negativt. Kroppslege endringar som følgje av behandlinga kan føre til dårlegare kroppsbilete og endring i kvinnene si identitetskjenle. Infertilitet og endra seksualliv kan i sin tur påverke relasjonen til partner. Fåtalet av kvinnene hadde fått informasjon frå helsepersonell om biverknader av behandlinga, og mange følte seg difor lite førebudde og hadde vanskar med å handtere dei kroppslege endringane og konsekvensane dette fekk for den seksuelle helsa deira. Dette kan tyde på at det ikkje føreligg gode nok rutinar for korleis samtalar om seksuell helse skal gjennomførast i praksis, og vidare forskning på området kan synast hensiktsmessig. PLISSIT-modellen er ein allereie kjent og veileigna metode å bruke i samtalar om seksuell helse, og burde i større grad integrerast i praksis. Synleggjering av denne kunnskapen er difor nødvendig slik at helsepersonell i størst mogleg grad kan bidra til å førebygge at behandlinga får negative konsekvensar for den seksuelle helsa til desse kvinnene.

6 Formidling

Resultatet frå litteraturstudien vil verte presentert munnleg til studentar og lærarar ved kreftutdanninga på VID. Det vil også verte gjennomført internundervisning til kollegar på medisinsk avdelinga for å synleggjere denne kunnskapen, slik at auka fokus på den seksuelle helsa kan føre til betre ivaretaking av pasientane sine behov.

Referansar

- Aadland, E. (2004). «Og eg ser på deg...» *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Aveyard, H. (2014). *Doing a Literature Review in Health and Sosial Care: a practical guide* (3. utg.). [Doing a Literature Review in Health and Social Care : A Practical Guide \(vid.no\)](#)
- Befring, E. (2015). *Forskningsmetoder i utdanningsvitenskap* (1. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Chapman, C. H., Heath, G., Fairchild, P., Berger, M. B., Wittmann, D., Uppal, S., Tolpadi, A., Maturen, K. & Jolly, S. (2019). Gynecologic radiation oncology patients report unmet needs regarding sexual health communication with providers. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 145, 495-502. <https://dx-doi-org.ezproxy.vid.no/10.1007/s0043...>
- Gjessing, R. & Dahl, A. A. (2019). Problemer med seksualitet. I C. E. Kiserud, A. A. Dahl & S. D. Fosså (red.), *KREFTOVERLEVERE Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (3. utg., s. 110). Gyldendal Akademisk.
- Helsebiblioteket. (2016). *Kunnskapsbasert praksis*. Henta frå: [Kunnskapsbasert praksis - Helsebiblioteket.no](#)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Snakk om det! Strategiplan for seksuell helse*. Henta frå: [Snakk om det! Strategi for seksuell helse \(2017–2022\) \(regjeringen.no\)](#)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve med kreft*. Henta frå: [Leve med kreft. Nasjonal kreftstrategi \(2018–2022\) \(regjeringen.no\)](#)
- Hubbs, J. L., Michelson, E. L. D., Vogel, R. I., Rivard, C. L., Teoh, D. G. K., Geller, M. A. (2019). Sexual quality of life after treatment of gynecological cancer: what women want. *Support Care Cancer*, 27, 4649–4654. [Sexual quality of life after the treatment of gynecologic cancer: what wome...: EBSCOhost \(vid.no\)](#)
- Kreftforeningen. (2018). *Senskader*. Henta frå: [Senskader - Kreftforeningen](#)

- Lindau, S. T., Anderson, D. & Gacrilove, N. (2007). Sexual Morbidity in Very long-term Survivors of Vaginal and Cervical Cancer: A Comparison to National Norms. *Gynecol Oncol*, 106(2), 413-418. [10.1016/j.ygyno.2007.05.017](https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2007.05.017)
- 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 and gynaecology*, 33(3), 135-142. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.3109/0167482X.2012.709291>
- Mikkelsen, T. B., Sørensen, B. & Dieperink, K. B. (2017). Prediction of rehabilitation needs after treatment of cervical cancer: What do late adverse effects tell us? *Supportive care in cancer*, 25(3), 823-831. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1007/s00520-016-3466-x>
- Polit, D. & Beck, C. T. (2021). *NURSING RESEARCH Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11. utg). Wolters Kluwer.
- Rannestad, T., Skjeldestad, F. E., Platou, T. F. & Hagen, B. (2008). Quality of life among long-term gynaecological cancer survivors. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(3), 472-477. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00557.x>
- Rasmusson, E. -M. & Thome, B. (2008). Women's Wishes and Need for Knowledge Concerning Sexuality and Relationships in Connection with Gynecological Cancer Disease. *Sexuality and Disability*, 26(4), 207-218. <https://doi.org/10.1007/s11195-008-9097-5>
- Reis, N., Beji, N. K. & Coskun, A. (2010). Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: Results from quantitative and qualitative data. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(2), 137-146. <http://dx.doi.org.ezproxy.vid.no:2048/10.1016/j.ejon...>
- Sekse, R. J. T., Gjengedal, E. & Råheim, M. (2013). Living in a Changed Female Body After Gynecological Cancer. *Health Care for Women International*, 33, 14-33. [10.1080/07399332.2011.645965](https://doi.org/10.1080/07399332.2011.645965)

- Sekse, R. J. T., Hufthammer, K. O. & Vika, M. E. (2017). Sexual activity and functioning in women treated for gynaecological cancers. *Journal of Clinical Nursing*, 26(3-4), 400-410. [10.1111/jocn.13407](https://doi.org/10.1111/jocn.13407)
- Stead, M. L., Brown, J. M., Fallowfield, L. & Selby, P. (2003). Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *British Journal of Cancer*, 88, 666-671. [Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues | British Journal of Cancer \(nature.com\)](https://doi.org/10.1053/bjoc.2003.4511)
- Universitetet i Agder. (2021, 16. april). *PICO, PICO, PEO og lignende rammeverk for kliniske spørsmål*. Henta frå: [PICO PICO PEO og lignende rammeverk for kliniske spørsmål - Helse - Library subject guides. Fagsider at University of Agder \(uia.no\)](https://uia.no/helse-og-sundhet/tema/pico-pico-peo-og-lignende-rammeverk-for-kliniske-sporsmaal)

Vedlegg 1: PEO-skjema og Søkehistorikkskjema

PEO-skjema

	AND			
		P	E	O
OR	Norske tekstord	Kvinner med gynekologisk kreft	Seksuell helse etter behandling	Seksuell dysfunksjon Seksuell identitet Seksuell relasjon
	Engelske tekstord	Gynecological cancer Cervical cancer Uterine cancer Ovarian cancer	Late adverse effects Sexual activity Dialogue	Sexual dysfunction Sexual health
	Engelske emneord	Genital Neoplasms, Female Uterine Cervical Neoplasms Ovarian Neoplasms Vulvar Neoplasms	Cancer Survivors Life Experiences Rehabilitation Psychosocial Functioning Sexual Behaviour Health Personnel	Sexual Health Sexuality Quality of life Female Sexual Dysfunction Sexual Dysfunction, Physiological Sexual Dysfunctions, Psychological

Søkehistorikkskjema

Database/ Søkemotor/ nettstad	Søke nr	Søkeord/ Emneord/ søkekombinasjonar	Antall treff	Kommentarar til søket/treffliste
MEDLINE 25/2-21	1	Genital Neoplasms, Female/	14102	Inntasting av søkeord
	2	Uterine Cervical Neoplasms/	76526	Inntasting av søkeord
	3	Ovarian Neoplasms/	82081	Inntasting av søkeord
	4	Sexual activity. Mp or Sexual Behavior/	64981	Inntasting av søkeord
	5	Psychosocial Functioning/	70	Inntasting av søkeord
	6	Sexual Health/	1294	Inntasting av søkeord
	7	«Quality of Life»/	206287	Inntasting av søkeord
	8	Sexual Dysfunction, Physiological/ or Sexual Dysfunctions, Psychological/	14014	Inntasting av søkeord
	9	1 OR 2 OR 3	167752	Kombinering av søkeord
	10	4 OR 5	65051	Kombinering av søkeord
	11	6 OR 7 OR 8	219679	Kombinering av søkeord
	12	9 AND 10 AND 11	165	For mange
	13	Limit 12 to (english language and female and yr=2008- current and all adult (19 plus years))	91	Inklusjons-og eksklusjonskriteriar vart nytta for å finne fram til relevante studiar. 2 studiar frå dette søket vart brukt.

Vedlegg 2: Sjekklister

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

- Kan vi stole på resultatene?
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL: [http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

Artikkel som er vurdert:

Mikkelsen, T. B., Sørensen, B. & Dieperink, K. B. (2017). Prediction of rehabilitation needs after treatment of cervical cancer: What do late adverse effects tell us? *Supportive care in cancer*, 25(3), 823-831.

<https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1007/s00520-016-3466-x>

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja x	Uklart	Nei
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja x	Uklart	Nei

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<p>3. Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? TIPS: - Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold? - Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien?</p>	<p>Ja x</p> <p>Uklart</p> <p>Nei</p> <p>85 kreftfrie kvinner med gjennomsnittsalder 55 år behandla for livmorhalskreft. Alle var behandla på eit stort universitetssjukehus i Danmark mellom 2010 og 2013. Kvinner som fekk palliativ behandling, hadde metastasar, var behandla på andre sjukehus eller ikkje snakka dansk vart ekskludert.</p>
<p>4. Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? TIPS: - En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika - Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe?</p>	<p>Ja x</p> <p>Uklart</p> <p>Nei</p> <p>Utvalget var tilsynelatande representativt for kvinner i Danmark med livmorhalskreft. Noko skildnad i røykevaner og alkoholinntak samanlikna med normalbefolkninga.</p>
<p>5. Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert? TIPS: Ikke-respondenter er frafall i utvalget.</p>	<p>Ja x</p> <p>Uklart</p> <p>Nei</p>
<p>6. Er svarprosenten høy nok? TIPS: I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på >70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</p>	<p>Ja x</p> <p>Uklart</p> <p>Nei</p> <p>79 %</p>
<p>7. Bruker studien målemetoder som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle? TIPS: Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</p>	<p>Ja x</p> <p>Uklart</p> <p>Nei</p> <p>Validerte spørreskjema vart nytta.</p>
<p>8. Er datainnsamlingen standardisert? TIPS: Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn.(F.eks intervjuetoder og personer) Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc) Standardiserte og valide målemetoder ved tester</p>	<p>Ja x</p> <p>Uklart</p> <p>Nei</p>
<p>9. Er dataanalysen standardisert? TIPS: Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige. Se på hvordan "åpne spørsmål" er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</p>	<p>Ja x</p> <p>Uklart</p> <p>Nei</p>

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>10. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> Hva er hovedkonklusjonen? Kan du oppsummere resultatene i én setning?</p> <p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater? Er det oppgitt p-verdier?</p>	<p>Studien viste at yngre, overvektige overlevarar med lokalavansert livmorhalskreft og overlevarar som har fått kjemoterapi kan ha ein alvorleg risiko for å utvikle seineffektar.</p> <p>Relativt lite utval der svara var sjølvrapporterte med liten moglegheit til å kontrollere svara. Svarprosenten var høg (79%), og deltakarane vart rekrutert frå eit stort universitetssjukehus. P-verdiar er oppgitt.</p>
--	--

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p>	<p>Ja x</p> <p>Uklart</p> <p>Nei</p>
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</p> <p><i>TIPS:</i> Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</p>	<p>Ja x</p> <p>Uklart</p> <p>Nei</p>

Kritisk vurdering av:

Sekse, R. J. T., Gjengedal, E. & Råheim, M. (2013). Living in a Changed Female Body After Gynecological Cancer. *Health Care for Woman International*, 33, 14-33. [10.1080/07399332.2011.645965](https://doi.org/10.1080/07399332.2011.645965)

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

Kommentar: Utforske korleis kvinner opplever det å leve i ein endra kropp 5 og 6 år etter behandling for gynekologisk kreft.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

Kommentar: Studien har til hensikt å utforske kvinnene sine opplevingar, fenomenologisk perspektiv. Kvalitativ metode er hensiktsmessig.

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kommentar: Med utgangspunkt i ei tidlegare kvantitativ studie av samme forfattar, ynskte dei å gå djupare inn i eit tema som hadde komme fram. Djupneintervju var då passende for å få fram opplevingar kring tema.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Kommentar: Kreftfrie kvinner 5 og 6 år etter behandling. Alder 30-70 år, alle levde med partner og var ferdige med å få barn. Ulike diagnoser og stadium. Valt ut av gynekolog og sjukepleiar på avdelinga. Deltakarane var behandla på samme sjukehus, hadde lik etnisitet og kulturell bakgrunn, dette kan vere ei begrensing ved studien.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

Kommentar: Dei fleste intervjuar føregjekk i rolege omgivnader på sjukehuset, eitt i heimen til deltakaren. Deltakarane fekk fortelje historia si fritt, deretter vart intervjuguide nytta. Intervjua vart tatt opp på minidisc, transkribert og lytta til fleire gonger av alle forskarane og deretter tematisert.

Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- 5 Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
 - c. analyse og hvilke funn som presenteres

- 6 På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Kommentar: Problemstillinga vart formulert på bakgrunn av funn i tidlegare gjennomført forskning. Hovudfokuset var å presentere kvinnene si eiga historie om livet etter kreftdiagnosen. Alle forfatarane var med på å høyre og lese kvart enkelt intervju fleire gonger for deretter å tematisere funna.

6. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- 7 Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
8 Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
9 Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Kommentar: Studien vart godkjent av Regional Committees for Medical and Health Research Ethics. Kvinnene gav skriftleg samtykke til intervju og opptak, dei kunne trekke seg til ei kvar tid og vart anonymisert.

7. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar: Intervjua vart grundig gått gjennom og kategorisert i tema og undertema. Kvart tema vert presentert med sitat frå kvinnene som eksempel.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Vedlegg 3: Resultattabell

Artikkel (forfatter, år)	Hensikt	Metode og datasamling	Utval	Resultat og konklusjon
Living in a Changed Female Body After Gynecological Cancer. Sekse, R. J. T., Gjengedal, E. & Råheim, M. (2013).	Utforske korleis kvinner opplever det å leve i ein endra kropp 5 og 6 år etter behandling for gynekologisk kreft.	Norge. 32 kvalitative djupneintervju vart gjennomført på 5- og 6-årskontroll. Deltakarar rekruterte frå poliklinikk.	16 kvinner mellom 39-66 år. Alle var ferdigbehandla for ulike typar gynekologisk kreft. Alle var kreftfrie, ferdige med å få barn og levde saman med partner.	Langtidsoverlevarane skildra eit endra forhold til eigen kropp. Kvinnene opplevde ei kjensle av å leve i ein ukjend og uforutsigbar kropp, noko som førte til ei kjensle av kroppslig tomheit og sårbarheit. Kvinnene jobba fortsatt med å få tilbake sjølvtilitt og kontroll over kroppen 5 år etter. Usikkerheit og mistillit til kroppen, frykt for tilbakefall. Det vart rapportert om endringar i kroppstemperaturen etter behandlinga. Kvinnene opplevde endring i sexlivet grunna manglande lyst, tørre og såre slimhinner samt frykt for smerte ved penetrering. Dette påverka relasjonen til partner. Kvinnene etterlyste kunnskap om konsekvensane behandlinga fekk for kroppen deira.
Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: Results from quantitative and qualitative data. Reis, N., Beji, N. K. & Coskun, A. (2010).	Kartlegge livskvaliteten hos pasientar som har overlevd gynekologisk kreft. Finne ut kva problem som påverkar livskvaliteten, seksuell helse og seksuell funksjon.	Tyrkia, gynekologisk kreftavdeling ved Istanbul Universitetssjukehus. Kvantitativ tverrsnittstudie og kvalitative djupneintervju.	100 kvinner. Av desse vart 30 tilfeldig utplukka til djupneintervju. Alle var over 39 år, hadde avslutta behandling for minst 6 månader sidan og hadde diagnosen endometrie-, eggstokk-, vulva- eller livmorhalskreft.	Behandlinga fekk negative konsekvensar for kvinnene sitt kroppsbilete. Vektoppgang, hårtap og fjerning av livmora vart særleg trekt fram. Tap av fertilitet var eit stort traume, særleg for dei yngre som ikkje hadde barn. Fjerning av reproduktive organ fekk konsekvensar for kvinnene sin identitet og rolle. Depresjon og angst for tilbakefall påverka den psykiske helse. Utmattelse og endring i menstruasjon/fertilitet påverka det fysiske velværet. Behandlinga påverka kvinnene sitt sexliv og relasjon til partner. Behandlinga påverka sexlivet negativt i form av frykt/engstelse, redusert lyst, smerter, redusert evne til å oppnå orgasme og redusert lengde på vagina. Kvinnene med endometriekreft rapporterte betre generell livskvalitet enn dei andre gruppene. Kvinnene behandla med kirurgi, kjemoterapi og stråleterapi rapporterte dårlegare generell livskvalitet enn dei som fekk meir begrensa behandling. Tid sidan diagnose hadde liten innverknad på livskvaliteten.
Sexual Morbidity in Very long-term Survivors of Vaginal and Cervical Cancer: A Comparison to National Norms. Lindau, S. T., Anderson, D. & Gacrilove, N. (2007).	Samanlikne seksualitet hos langtidsoverlevarar av vaginal- og livmorhalskreft med kontrollgruppe frå normalbefolkninga, og vurdere kvaliteten på behandlingstilbod for seksuelle problem.	USA. Tverrsnittstudie. Deltakarane vart valt ut frå kreftregister.	162 kvinner, langtidsoverlevarar etter vaginal- og livmorhalskreft. Gjennomsnittsalder 49 år. Median overleving var 26,8 år. Kontrollgruppa bestod av 320 kvinner valt ut på bakgrunn av alder og rase.	Kreftoverlevarane rapporterte fleire seksuelle problem, mellom anna smerte ved samleie og tørre slimhinner. 1/3 følte seg lite attraktive under samleie grunna fysisk utsjånad, blæreinfeksjon og inkontinens. På trass av dette deltok overlevarane i seksuelle relasjonar og aktivitetar på lik linje med kontrollgruppa. Ein signifikant høgare andel av kreftoverlevarane rapporterte at psykisk helse mesteparten av tida forstyrta det å ha sex. Tilfredsheit med omsorg knytta til seksuelle behov var lågare enn for den generelle kreftomsorgen. 2/3 hadde aldri snakka med behandlar om potensielle konsekvensar for seksuell helse. Kvinnene som ikkje hadde snakka med lege om slike bivirkningar hadde 3 gonger større sjans for å utvikle alvorlege seksuelle problem.
Prediction of rehabilitation needs after treatment of cervical cancer: What do late adverse effects tell us? Mikkelsen, T. B., Sørensen, B. & Diepernik, K. B. (2017).	Beskrive seieffektar, helserelatert livskvalitet og meistringsevne hos kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft for å	Danmark. Alle kvinner behandla for livmorhalskreft på eit universitetssjukehus mellom 2010-2013 vart identifisert. Tverrsnittstudie, spørjeskjema via mail.	85 kreftfrie kvinner med gjennomsnittsalder 55 år behandla for livmorhalskreft.	Deltakarane under 45 år hadde signifikant fleire menopausale symptom, dårlegare kroppsbilete, var meir seksuelt aktive og hadde ein tendens til å ha fleire seksuelle bekymringar enn dei eldre deltakarane. Dei menopausale symptoma vart mindre med tida.

	kunne skildre rehabiliteringsbehov.			Overvektige kvinner rapporterte meir plager med lymfødem og dårleg kroppsbilete. Behandling med kirurgi auka sjansen for lymfødem. Adjuvant kjemoterapi resulterte i dårlegare livskvalitet. Dei med lokalavansert sjukdom rapporterte fleire symptom samt dårlegare meistringssevne enn dei med lokalisert sjukdom.
Sexual quality of life after the treatment of gynecologic cancer: what women want. Hubbs, J. L., Michelson, E. L. D., Vogel, R. I., Rivard, C. L., Teoh, D. G. K. & Geller, M. A. (2019).	Evaluer endringar i seksuell funksjon og beskrive korleis pasientar ynskjer at helsepersonell skal adressere og behandle seksuell dysfunksjon hos gynekologiske kreftoverlevarar.	USA. Rekrutert frå poliklinikk i forbindelse med oppfølgingstide. Tverrsnittstudie, spørjeskjema på klinikken.	85 kvinner med gjennomsnittsalder 52,2 år. Flesteparten var behandla for livmor- og eggstokkreft (30,6% og 44,7%) der behandlinga bestod av kirurgi (91,8%), kjemoterapi (63,5%) og stråleterapi (23,8%).	64,7% av kvinnene rapporterte at dei var nøgde med sexlivet 1 år før kreftbehandlinga, medan kun 27,4% var tilfreds etter kreftbehandlinga. Hyppigheita av seksuell aktivitet vart også redusert etter behandlinga. 33,3% rapporterte at dei sjeldan utførte seksuelle aktivitetar, og 52,2% sa at dei aldri eller sjeldan hadde adekvat vaginal lubrikasjon under samleie. Likevel ville fåtalet at helsepersonell skulle ta opp problemstillingar knytta til seksuell helse. Hovudgrunnen var at pasientane meinte det var viktigare tema som måtte diskuteras med helsepersonell. Ingen signifikant skilnad mellom dei ulike behandlingstypene.
Sexual activity and functioning in women treated for gynaecological cancers. Sekse, R. J. T., Hufthammer, K. O. & Vika, M. E. (2017).	Skildrar og samanliknar seksuell funksjon, psykisk stress og helserelatert livskvalitet hos kvinner med ulike gynekologiske kreftdiagnosar og behandlingmetodar.	Norge. Del av ein større randomisert kontrollert studie med to testgrupper. Rekrutert frå tre sjukehus, kontakta via brev. Tverrsnittstudie.	129 kvinner mellom 28-81 år som har gjennomgått kurativ kreftbehandling for ulike gynekologiske kreftdiagnosar (livmor-45%, eggstokk-28%, cervix-24%, vulva-3%). 94% var behandla med kirurgi, 49% fekk også adjuvant kjemoterapi og 15% var behandla med stråleterapi.	2/3 av kvinnene var seksuelt aktive. Ein såg ingen samanheng mellom diagnose, figo-stadie, tid sidan diagnose eller behandlingstype når det kom til kor seksuelt aktive kvinnene var. 54% rapporterte at dei av ulik grad var misnøgde med den seksuelle aktiviteten. Halvparten av dei seksuelt aktive rapporterte tørre slimhinner i skjeden. 41% rapporterte smerte og ubehag ved penetrering. Kvinnene rapporterte relativt god livskvalitet på trass av kropplege plager og endring i seksuallivet. Liten skilnad i livskvalitet hos dei som var seksuelt aktive og dei som ikkje var det.
Gynecologic radiation oncology patients report unmet needs regarding sexual health communication with providers. Chapman, C. H., Heath, G., Fairchild, P., Berger, M. B., Wittmann, D., Uppal, S., Tolpadi, A., Maturen, K. & Jolly, S. (2019).	Mange kvinner med gynekologiske kreftdiagnosar opplever seksuell dysfunksjon etter behandling med stråleterapi. Studien tek føre seg kvinnene sine tankar om samtalar kring seksuell helse med helsepersonell.	USA. Tverrsnittstudie gjennomført i forbindelse med oppfølgingstide på kreftpoliklinikk.	75 vaksne kvinner behandla med stråleterapi for gynekologisk kreft (endometrie 28%, livmor 18,7%, cervix 20%, vagina 1,3%, vulva 2,7%).	89,8% hadde FSFI-score som indikerte seksuell dysfunksjon. Dei fleste (78,7%) rapporterte at god seksuell funksjon er viktig for den totale helsa. 62,8% meinte helsepersonell burde snakke jamnleg om seksuell helse. Kun 12% ga uttrykk for flauheit over å snakke om tema med helsepersonell. 62,7% føretrekte å snakke med kvinneleg helsepersonell om temaet, særleg dei som var gift. 53,4% meinte seksuelle problem var ein del av aldringsprosessen, særleg dei med lågare utdanning. Variasjon i svara når det kom til utdanning, sivilstatus og FSFI-score.
Women's Wishes and Need for Knowledge Concerning Sexuality and Relationships in Connection with Gynecological Cancer Disease. Rasmusson, E. -M. & Thome, B. (2008).	Undersøke kvinner behandla for gynekologisk kreft sine ønsker og behov for kunnskap vedrørende seksualitet og forhold.	Sverige. Kvalitative djupneintervju 6-8 veker etter avslutta behandling. Utført på poliklinikk og i heimen. Kvinnene vart rekruterte etter siste behandling.	11 kvinner i alderen 36-60 år behandla for cervix-, corpus- og eggstokkreft. Alle hadde gjennomgått kirurgi, kjemoterapi og/eller stråleterapi.	Kvinnene opplevde ei negativ endring i oppfatninga av eigen kropp og følte seg mindre kvinnelege etter den kirurgiske behandlinga. Yngre kvinner opplevde infertilitet som eit stort tap. Seksualitet og intimitet var viktig for å oppleve velvære. Kvinnene uttrykte eit ynskje om informasjon om kropplege endringar som følge av behandlinga og korleis desse skulle handterast. Det varierte når kvinnene ynskte slik informasjon ettersom prioriteringar og behov endra seg gjennom prosessen. Ynskje om å inkludere partner i slike samtalar for å hindre at behandlinga får negative konsekvensar for relasjonen.
Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services.	Beskrive kvinner behandla for gynekologisk kreft sin definisjon av god seksuell helse, kva tenester som er ønskelege for å imøtekomme behov	Canada. Pasientane som oppfylte kriteriane for studien vart valt ut av helsepersonell på ein kreftklinikk. Kvalitativ studie, semistrukturerte	15 kvinner behandla for ulike typar gynekologisk kreft. 26-71 år, både pre- og postmenopauseale. Ulik behandling, inkludert stråleterapi.	Deltakarane peikte på sterke intime relasjonar, positivt kroppsbilete, seksuell sjølvtilitt og evna til å bli seksuelt opphissa og tilfredsstillt då dei skulle definere god seksuell helse. Nokre av kvinnene hadde vanskar med å akseptere dei fysiske endringane i kroppen etter behandlinga, noko som var ein barriere for å oppnå god seksuell helse. Kvinnene skildra ei endring i korleis dei såg på seg

<p>McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C. & Lebel, S. (2012).</p>	<p>og eventuelle barrierar for å delta på tilbod relatert til seksuell helse.</p>	<p>intervju utført på oppfølgingstime eller i heimen.</p>		<p>sjølv, særleg kva gjaldt feminitet og seksuell sjølvttillit. Fleirtalet uttrykte eit behov for både skriftleg og munnleg informasjon om konsekvensane av behandlinga og korleis dei kunne handtere desse. Dei yngre deltakarane etterlyste informasjon om korleis behandlinga påverka fertiliteten. Yngre kvinner oppga praktiske årsaker og emosjonell unngåing som barrierar for å delta på tilbod. Eldre kvinner rapporterte blygheit og stigma som barrierar for å diskutere seksuell helse.</p>
---	---	---	--	---

Vedlegg 4: Likskap og skilnader mellom studiane

Grøne felt = temaet er identifisert i artikkelen

Forfatter (år)	Land	Metode	Fysiske endringar som følgje av behandlinga	Kroppsbilete og identitet	Konsekvensar for intime relasjonar
Sekse et al. (2013)	Norge	Kvalitativ			
Reis et al. (2010)	Tyrkia	Kvantitativ tverrsnittstudie og kvalitative intervju			
Lindau et al. (2007)	USA	Tverrsnittstudie			
Mikkelsen et al. (2017)	Danmark	Tverrsnittstudie			
Sekse et al. (2017)	Norge	Tverrsnittstudie			
Chapman et al. (2019)	USA	Tverrsnittstudie			
Rasmusson & Thome (2008)	Sverige	Kvalitativ			
McCallum et al. (2012)	Canada	Kvalitativ			
Hubbs et al. (2019)	USA	Tverrsnittstudie			