

Tittel norsk:

Eggstokkreft overleveres kamp mot god seksualitet og samliv.

Tittel engelsk:

Ovarian cancer survivors struggle against good sexuality and cohabitation.

Kandidatnummer: 17  
VID vitenskapelig høgskole  
Haraldsplass, Bergen

Fordypningsoppgave  
Videreutdanning i kreftsykepleie  
Kull: Heltid 2017-18

Antall ord: 8799  
Innleveringsfrist: 18/4 -2018

## Obligatorisk erklæring

Kandidatnummer: 17
Navn på studiet: Videreutdanning i kreftsykepleie
Navn på eksamen: Emne D – KS Forskningsetikk, vitenskapsteori og metode
Emnekode: 15EMNEA2 KSH
Innleveringsfrist: 18/4-18
Antall ord: 8800

### Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

### Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 12. desember 2016 nr. 1595 om opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høyskole § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høyskole fastsatt 18. desember 2015.

**Ved å signere med kandidatnummer erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høyskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.**

**Kandidatnummer:17**

### Fordypningsoppgaver med karakteren A:

Jeg samtykker i at min Fordypningsoppgave publiseres i VID vitenskapelig høyskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss      Ja:       Nei:

## Mestring av seksualitet og samliv hos eggstokkreft overlevende



Hentet 8/4-18 fra <https://www.revmatiker.no/nyhet/foredrag-seksualitet-til-glede-og-sorg/>

## Sammendrag

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan eggstokkreft overlevende kan mestre de fysiske og psykiske endringene kreftbehandlingen har på seksualitet og samlivet, og hvilken endring pasienter formidler som mest fremtredende. Målet er å undersøke hva som kan styrke pasientene til å mestre de fysiske og psykiske endringene i seksualitet og samliv.

I denne oppgaven er det brukt litteraturstudie som metode. Det ble søkt etter relevant litteratur i ulike databaser knyttet til helsefag, CINAHL og PubMed var de databasene med mest relevante treff. Ulike søkeord i forskjellige kombinasjoner ble brukt. Forskningsartiklene som ble valgt ut, sammen med relevant teori og erfaring fra praksis, blir benyttet for å forsøke å belyse problemstillingen på en best mulig måte.

Det som er gjennomgående er at eggstokkreft overlevende har behov for kunnskap igjennom informasjon fra helsepersonell for å mestre de seksuelle forandringene. Og få veiledning til å håndtere og forbedre plagene. Det som fremtrer er at helsevesenet ikke informerer eller sørger for at pasientene forstår eller får med seg informasjonen om de seksuelle endringene og plagene som kan oppstå. Informasjonsbehovet er stort og veiledning for å ha kunnskap til å mestre deres seksualitet og samliv. Det fremstår som om dagens praksis ikke dekker behovet godt nok. Med et godt samliv med god relasjon, kommunikasjon, intimitet og åpenhet, forsterker ofte sjansen til å mestre de seksuelle problemene sammen med partneren.

## Summary

The purpose of this paper is to explore how survivors of ovarian cancer can master the physical and mental changes in their sexual health caused by cancer treatment and which of the changes are found to be most prominent by the patients. The goal is to investigate which actions can empower the patients in mastering the physical and mental changes in their sexual health.

The method carried out in this paper is a literature study. Relevant literature was searched for in different databases, with CINAHL and PubMed providing the most successful hits. Different keywords in different combinations gave a range of hits in the databases. The selected research papers were combined with relevant theory and personal real life experience from the field, thus together they were used to enlighten the problem statement in the best way possible.

The most prominent finding throughout the paper is that survivors of ovarian cancer need knowledge which is provided to them through information from health personnel, in order to master the sexual changes. They also need guidance in order to deal with and need guidance in order to deal with and possibly improve their sexual issues. Secondly, another prominent finding is that the health services does not inform the patients well enough about this issue, and does not make sure that the patients understand or apprehend all the information about the changes in their sexual health. There is a large demand of information and guidance in order to master these changes in their sexual health, and it seems that today's routines are not covering these needs in a satisfiable manner. A healthy sexual life with a good relation, good communication, intimacy and honesty increases the chances of mastering sexual issues together with a partner.

## Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	5
2.0 Metode .....	6
3.0 Teori.....	8
3.1 Eggstokkreft.....	8
3.1.1 Konsekvenser av behandlingen for eggstokkreft.....	9
3.2 Seksualitet .....	10
3.2.1 PLISSIT – modellen .....	13
3.2.2 Selvbilde .....	13
3.3 Samliv .....	14
3.4 Mestring .....	15
4.0 Drøfting.....	18
4.1 Å leve med de fysiske konsekvensene av eggstokkreft behandling .....	18
4.2 Konsekvenser behandlingen har på seksualitet og samlivet .....	21
4.3 Å mestre konsekvensene av endret seksualitet og samliv .....	23
5.0 Konklusjon .....	28
6.0 Litteratur.....	29

## 1.0 Innledning

Hvert år rammes ca. 450 kvinner av eggstokkreft i Norge. Det er en kreftform som utvikler seg langsomt, oftest vanskelig å oppdage ettersom symptomene kommer seint i sykdomsforløpet når det har spredd seg til nær liggende organer, strukturer og symptomene er ofte diffuse (NHI, 2017). De vanligste behandlingsformene er operasjon, cellegift og i noen få tilfeller strålebehandling. Behandlingen fører til komplikasjoner og stor belastning for kvinnene og behandlingsløpet er ofte langvarig.

Jeg jobber på en gynekologisk kreftavdeling hvor utredning, operasjon og cellegift gjennomføres. Behandlingen av eggstokkreft kan gi komplikasjoner og senskader for kvinnene, som kan påvirke seksualiteten og samlivet (Reitan & Schjøllberg, 2017 s. 124). Min erfaring fra en gynekologisk kreftavdeling er at seksualitet og samliv ofte ikke blir åpnet for i samtaler og unngått. Det er fortsatt et tabulagt tema i samfunnet, som gjør det vanskelig å snakke om. Generelt sett er alderen høy for kvinner som får eggstokkreft, gjennomsnittsalderen er mellom 60-80 år hos pasientene som blir rammet, det gjør at helsepersonell ofte anslår at pasientene ikke har seksualliv lenger. Men eggstokkreft rammer også yngre kvinner som kan leve lengre med komplikasjonene. Seksualitet og samliv er viktig for pasienten sin helhetlig gode helse. Det er sjeldent at helsevesenet tar opp dette temaet med pasientene. Som helsepersonell vegrer jeg meg veldig til å ta opp dette temaet. Hovedgrunnen er nok mangel på kunnskap innen dette området, hvordan fremtre for å starte en samtale og min egen sjenanse. Fokuset for oss som jobber på sykehuset er ofte relatert til det akutte i behandlingen mot kreft. Helsepersonell glemmer ofte at de aller fleste skal leve i mange år etter behandlingen og konsekvensene de har på kroppen.

*Hvordan mestrer kvinner som er behandlet for eggstokkreft seksualitet og samliv etter kreftbehandlingen?*

Presisering og avgrensing: Fokuset er på kvinner som har gjennomgått kreftbehandling for eggstokkreft som for eksempel operasjon, kjemoterapi, og komplikasjoner behandlingen har for seksualiteten og samlivet til de overlevende. Oppgaven sentraliserer seg rundt konsekvensene behandlingen har for seksualitet og parforhold. Fokuset er på kvinner fra 40 års alderen og oppover som er behandlet for eggstokkreft.

## 2.0 Metode

Oppgaven vil bygge på en litteraturstudie, som innebærer at en søker etter litteratur om et bestemt tema. Ved innhenting av teori og litteratur til oppgaven fant jeg mye litteratur, noe som gjorde det vanskelig å velge hva som er mest relevant for oppgaven. Det å kritisk vurdere litteraturen opp mot valg av tema og problemstilling. Ut ifra dette har man et grunnlag for en litteraturstudie, hvor man kan ta utgangspunkt i egne erfaringer i praksis og øke kunnskapen rundt et bestemt tema (Dalland, 2017, s. 64). Hensikten med en litteraturstudie er å få en bred og god forståelse over bestemte fagområder (Forsberg & Wengstrøm, 2008).

Det er både ulemper og fordeler i en litteraturstudie. Fordelen med en litteraturstudie er at man kan samle inn både tidligere og nyere forskningslitteratur innen det valgte fagområdet. Det gir en helhetlig forståelse av temaet. Noe av det viktigste ved et litteraturstudie er å vurdere troverdigheten til kildene, altså utvise kildekritikk. Resultatet er allerede analysert, forstått og bearbeidet av en eller flere personer som er med å forme resultatet og konklusjonen av studiet. Ulempen ved dette er at utformingen og resultatene kan bli bias (Forsberg & Wengstrøm, 2008).

Ulempen er at en må ta i betraktning at resultatet av forskningen ikke alltid er til å stole på. Resultatet er allerede analysert, forstått og bearbeidet av en eller flere personer som er med å forme resultatet og konklusjonen av studiet. Dette gjør at det kan oppstå feil i utforming av studiet (Forsberg et al., 2008).

Litteraturen som er blitt brukt ble kritisk vurderes utfra hvordan studiet er blitt gjennomført og fremviser resultatene. Kildekritikk er en kritisk gransking for å fastslå om kilden og bedømmingen er sann (Dalland, 2017, s. 64).

Jeg begynte ved å søke i ulike databaser som SveMed, PubMed, CINAHL, Cochrane og Medline. CINAHL og Pubmed var de databasene det kom mest relevante treff fra i forhold til problemstillingen. Søkeord som ble brukt var: seksualitet – sexuality, eggstokkreft – ovarian cancer, seksuell helse – sexual health, livskvalitet – quality of life, mestring – coping, overlevende – survivors. Ordene blir brukt i ulike kombinasjoner og hjelpeord som female, sexual, body image, intimacy og sexual function.



En kollega har forsket på dette feltet, gjorde at jeg søkte opp navnet hennes direkte og fant relevant forskning til denne oppgaven. Enkelte av forskningsartiklene ble også funnet i referansen til andre forskningsartikler (Vedlegg 1).

Det er en del forskning på seksualitet knyttet til gynekologisk kreft pasienter, men det er lite forskning som spesifikk rettes mot eggstokkreft pasienter. Forskingen på gynekologisk kreft og seksualitet har økt de siste årene, fokuset på seksualitet er blitt en viktigere del av helhetlig god helse. Forskingen baserer seg på ulike synsvinkler av gynekologisk kreft og seksualitet, som for eksempel fysiske endringer, psykiske endringer, hvordan de fysiske og psykiske bivirkningene kan håndteres og mestres.

## 3.0 Teori

### 3.1 Eggstokkreft

Eggstokkreft utvikler seg i ca. 90% av tilfellene fra epitelceller på eggstokkens overflate, 12% av disse er borderlinesvulster som er en svulst med bedre stadiuminndeling og prognose enn ellers. Resterende ca. 10% er ikke epiteliale og rammer flest yngre kvinner i fertil alder, men kan forekomme i hele kvinnens livsforløp (Dahl, Lehne, Baksaas, Kvaløy & Christoffersen, 2009, s. 419).

Årsaken til at eggstokkreft oppstår er stort sett ukjent. Men det vi vet og som kommer frem i Høberg – Vetti et al. (2015) er at ca. 22% har en arvelig disponert, med familiær påvist genfeil i BRCA 1 eller 2. Med flere familiære krefttilfeller med bryst, eggstokkreft og prostatakreft får folk tilbud om genetisk utredning. (Kåresen & Wist, 2013, s. 312 og s. 65) Eggstokkreft er den niende hyppigste kreftsykdommen hos kvinner i Norge med hele 488 nye tilfeller i 2016 (Kreftregistrering, 2017).

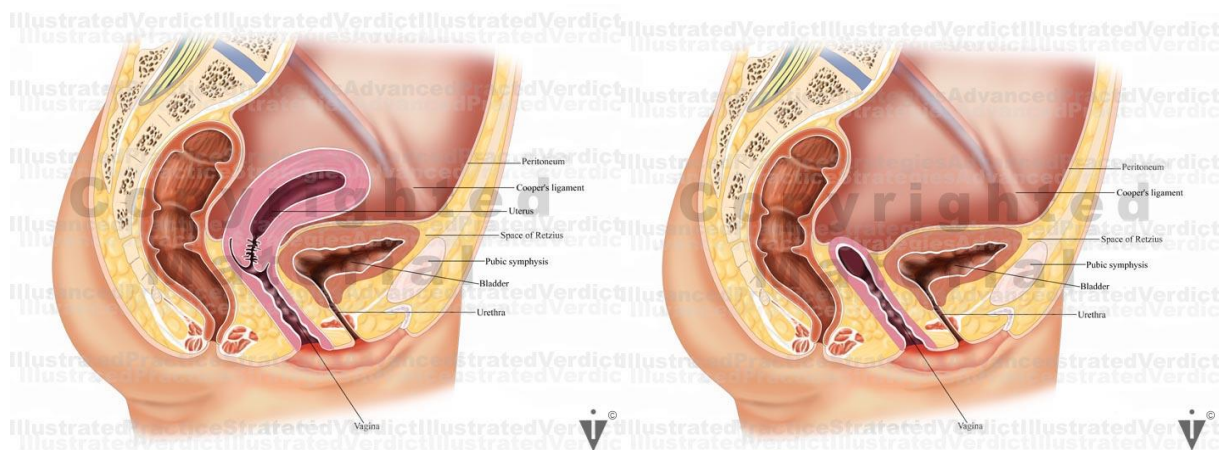
Eggstokkreft kan ramme kvinner i hele livsløpet, men blir hyppigst diagnostisert hos kvinner som har passert menopausen. I forhold til de andre gynekologiske kreftformene, er eggstokkreft den med høyest dødelighet med en 5 års overlevelse på 44% (Reitan & Schjølberg, 2017, s. 591). Grunnen til høy dødelighet er at symptomene fra sykdommen er få og symptomene som kommer fra abdomen er ofte ukarakteristiske. Hos 2/3 av tilfellene fremtrer ikke sykdommen før den har spredd seg til andre organer og fått muligheten til å bli stadium III – IV. Sykdommen deles inn i stadium I til IV etter alvorlighetsgrad og omfang av sykdommen og ABC inndeling som er knyttet til beliggenheten til svulsten (Kåresen & Wist, 2013, s. 312; Reitan & Schjølberg, 2017, s. 589).

Hjørnesteinen i behandling av eggstokkreft er kirurgi som har som mål å kartlegge sykdommens utbredelse og å få fjernet mest mulig av kreftsvulsten i abdomen. Deretter følger behandling med cytostatika (Dahl et al., 2009, s. 417). Behandlingen blir gjort i ulike rekkefølger. Denne beslutningen blir gjort på bakgrunn av sykdomsforløpet ved diagnosetidspunktet og hvilken type svulst det er. Operasjon blir gjort som laparotomi/åpen operasjon med lengdesnitt fra symfyen til epigastriet, lengden på snittet er avhengig av sykdommen. Under operasjonen fjernes eggstokkene, tube (eggledere), livmor, omentet (fettlag i abdomen og andre organer) og lymfeknuter i bekken og abdomen om det er

nødvendig. Ved mistanke eller påvist spredning blir det tilleggsbehandling med cytostatika med ulike kombinasjoner (Reitan og Schjøberg, 2014, s. 590).

### 3.1.1 Konsekvenser av behandlingen for eggstokkreft

Ved underlivskreft innebærer det kirurgi og i større eller mindre grad fjerning av eggstokker og livmor samt omliggende vev. Kirurgi kan medføre at skjeden blir forkortet og dette kan medføre utfordringer som støtmerter under samleie (Reitan & Schjøberg, 2014, s. 606), nerveskader eller fjerning av nervebaner, eller blodforsyningskader som kan føre til nedsatt følsomhet i det aktuelle området (Loge, Dahl, Fosså & Kiserud, 2013, s. 100). Reduksjon i hormonproduksjon oppstår etter kirurgi ved å fjerne en eller begge eggstokkene, og under cytostatikabehandling (Reitan & Schjøberg, 2014, s. 605). Eggstokkene produserer ca. halvparten av kroppens mannlige kjønnshormon testosteron, fjerning av en eller begge eggstokkene vil resultere i vesentlig senkning i testosteron. Redusert testosteron gir kliniske symptomer som nedsatt eller manglende seksuallyst, opphisselse, seksuelle drømmer og fantasier avtar betraktelig (Graugaard, Møhl & Hertolft, 2006, s. 317). I eggstokkene forgår også hovedproduksjonen av det kvinnelige kjønnshormonet østrogen og progesteron. Når eggstokkene fjernes medfører dette at pasienten kommer brått inn i overgangsalderen med hetetokter, humørsvingninger, tretthet, tristhet og tørre slimhinner (Reitan & Schjøberg, 2014, s. 543). Cellegift kan gi nerve- og karskader og endrer hormonproduksjonen som kan føre til nedsatt funksjon og følsomhet (Loge et al., 2013, s. 92).



Før operasjon

Etter operasjon

Hentet 7/4-18 fra <http://www.days-eye.com/best-idea-uterus-diagram-women-picture/fundus-fabulous-biology-study-medical-specialistbody-tube-fimbriae-uterus-diagram-myometrium-ovary-ovarian-ligament-labium/> bilder nr. 1.

<https://myrenaissanceblog.wordpress.com/2014/04/11/> bilde nr. 2.

## 3.2 Seksualitet

Seksualitet er sammensatt av fysisk, psykisk, sosiale og eksistensielle faktorer (Sorbe, Frankendal & Högberg, 2013, s. 484). Seksualitet består av et nettverk av følelser, som er enestående for hvert enkelt individ, og dette er formet av individuelle erfaringer og integrerte egenskaper. Man kan forholde seg til hvordan vi skal forvalte og gi rom for seksualitet i samfunnet vårt (Almås & Benestad, 2010, s. 43)

Verdens helseorganisasjon (WHO) definisjon av seksual helse fra 1986.

«Seksualitet er en integrert del av det å være mann, kvinne eller barn. Det er et grunnleggende behov og et aspekt ved menneskelig væren som ikke kan skilles fra andre deler av livet. Seksualitet er ikke synonymt med samleie, det handler ikke om å ha orgasme eller ikke, og det er heller ikke summen av våre erotiske liv. Seksualitet er mye mer: Det er en energi som motiverer oss til å søke kjærlighet, kontakt, varme og intimitet. Seksualitet uttrykkes i hvordan man føler, beveger oss, berører og blir berørt. Det handler om å være sensuell så vel som seksuell. Seksualitet påvirker tanker, følelser, handlinger og samspill, og derigjennom også mental og fysisk helse» (Almås & Benestad, 2010, s. 44).

Kvinner med underlivskreft møter mange ulike utfordringer, det er avhengig av hver enkelt sin personlighet, hvor i livet hun er når hun blir syk, prognosen til å bli frisk, og vedkommende sine ressurser og ressursene i deres sosiale nettverk (Reitan & Schjølberg, 2017, s. 607). De fleste kvinnene som blir opererte for eggstokkreft får fjernet eggstokkene og livmoren, dette fører til endret følsomhet og manglende eller ingen seksuallyst. Samleie vil føles annerledes på grunn av endringer i nerver, blodkar og mangel på hormoner (Loge et al., 2013, s. 100).

Cleary, V. & Hegarty, J.: gjorde en oversiktsartikkel fra 2011 som tar for seg alle forskningsartiklene fra 1998 – 2009 som omhandler effekten gynekologisk kreft har på kvinnenes seksualitet. 66 forskningsartikler ble innhentet som relevant. Resultatet av forskningen kom frem til at seksualitet kan deles i tre deler, den seksuelle funksjonen, seksuell tillit og seksuelt forhold. Seksuell funksjon: studiene viser til endring av funksjon

som lyst, orgasme, fuktighet og smerte av de ulike behandlingene og kreftformene. Seksuell selvtillit: selvbildet blir påvirket av sykdommen og behandlingen på en negativ måte. Seksuelt forhold: kommer det frem at dårlig kommunikasjon mellom partnere og mangel på informasjon om endret seksualitet skaper ofte misforståelser i forholdet. I tillegg redselen for smerter og mangel på initiativ til seksuell aktivitet. Intimitet mellom partene blir redusert som følge av dette, noe pasientene gir uttrykk for å savne.

Bal, M. D., Yilmaz, S. D. & Beji, N. K.: publiserte en kvalitativ forskningsartikkel fra 2012. Det var 23 kvinner som ble tilfeldig utvalgt og invitert, 11 av disse kvinnene ble med i studien. Hensikten er å se hvordan seksuell helse er hos kvinner med gynekologisk kreft. Det de kom frem til var at kvinnene hadde fått en negativ påvirkning på selvbildet, seksuell funksjon, reproduksjonsmuligheten og femininiteten. Spesielt formidlet deltageren en reduksjon i sexlyst, opphisselse, orgasme og hyppigheten av samleie. Samt de ønsket at helsepersonell hadde informert dem om seksualiteten og endringene i kroppen og mulighet til å snakke om seksuelle problemer.

Wilmoth, M. C., Hatmaker-Flanigan, E. & LaLoggia, V.: gjorde en kvalitativ forskningsartikkel fra 2011. 18 deltagerne ble invitert, 13 av deltagerne deltok i forskningen. 8 av dem var dybdeintervju og 5 deltagere i fokusgruppe. Hensikten med studien er å forstå behandlingens innvirkning og endring på seksualitet fra pasientenes perspektiv og identifisere hvilken informasjon de ønsker å få tildelt fra sykepleiere. Resultatet av forskningen er at uansett alder rapporterte deltagerne at behandlinger hadde skadelig påvirkning på seksualitet og at forandringen fikk dem til å føle seg ufullstendig og tom. De fysiske endringene etter operasjon samt kombinasjon med hormonreduksjonen øker symptomenes intensitet.

Hopkins, T. G., Stavvaka, C., Gabra, H., Fallowfield, L., Hood, C. & Blagden, C.: gjorde en kvantitativ forskning fra 2014. 102 kvinner deltok i studien. Deltagerne fylte ut et spørreskjema på internett samt informasjon om alder, når de fikk det og hvilken behandling de fikk. Hensikten er å se nærmere på den seksuelle funksjonen og aktivitet hos eggstokkreft overlevende. Resultatet av undersøkelsen viser at ca. 63% av deltagerne hadde rapportert at eggstokkreftdiagnosen og behandlingen hadde en negativ effekt på deres seksualliv. Den

vanligste hovedårsaken var mangel på sexlyst og fysiske problemer. Av deltagerne som var seksuell aktive, rapporterte 77% av dem ubehag eller smerter under samleie.

Sekse, R. J. T., Hufthammer, K. O. & Vika, M. E.: gjorde en kvantitativ forskning fra 2016. Deltagerne ble kontaktet per mail, med totalt 129 deltagere som deltok i forskningen. Målet med forskningsartikkelen er å beskrive og sammenligne deltagerne seksuelle aktivitet og funksjon i forhold til varierende gynekologisk kreftdiagnosen, behandlingsformer, alder, psykologisk stress og helserelatert livskvalitet. Det kom fram at 2/3 av deltagerne er seksuell aktive, og over 50% av dem rapporterte at de ikke var fornøyd med samleie. Over 1/2 opplyste om tørr skjede og 40% formidlet smerte og ubehag under samleie.

Harter, P., Schrof, I., Karl, L. M., Hils, R., Kullmann, V., Trut, A., Scheller, H. & Bois, A. gjorde en kvantitativ forskning fra 2013. Det var 727 kvinner som ble invitert i studien, 79 kvinner hadde eggstokkreft og endometrikreft og 87 kvinner i kontrollgruppen gjennomførte et spørreskjema. Hensikten var å se på seksuell funksjon, seksuell aktivitet og livskvalitet hos kvinner med eggstokkreft og endometrikreft i forhold til friske mennesker. Resultat viser at under halvparten av deltagerne var seksuelt aktive i begge gruppene, hovedgrunnen var mangel på partner, mangel på sexlyst, fysiske problemer eller fysiske problemer hos partner.

Kim, S. I., Lee, Y., Lim, M. C., Joo, J., Park, K., Lee, D. O. & Park, S. Y. utførte en lignende kvantitativ studie i 2014. 524 ble invitert til forskningen. 146 deltok i forskningen, 73 hadde overlevd eggstokkreft og 73 var friske kvinner. Hensikten var å se forskjellen i seksuell funksjon og livskvalitet mellom eggstokkreft overlevende og friske mennesker. De ble rapporterte betydelig forskjell i negativ sosial funksjon og økonomiske vansker hos eggstokkreft overlevende enn friske mennesker. Men liten forskjell mellom gruppene når det gjelder sexlyst, orgasme, smerte og tilfredstillning. Det eneste som skilte seg spesielt ut var vaginal tørrhet som var et vesentlig større problem hos eggstokkreft overlevende.

Reis, N., Beji, N. K. & Coskum, A. gjorde både en kvalitativ og kvantitativ forskning i 2010. 100 deltagere i studie, 30 av deltagerne ble tilfeldig valgt til dybde intervju om seksuell funksjon og helse. Hensikten med forskningen er å se på nivået i livskvaliteten hos pasienter

rammet av gynekologisk kreft og finne ut hvilke problem som påvirker livskvaliteten og den seksuelle funksjon. Det som kom fram var at kvinner med gynekologisk kreft hadde en lav livskvalitet og at behandlingen hadde en negativ påvirkning på kvinnenes seksuelle helse, selvbilde, kjønnsrolle funksjon, seksuell funksjon og fruktbarhet.

### 3.2.1 PLISSIT – modellen

PLISSIT – er en forkortning for P- permission, LI – limited information, SS – specific suggestions, IT – Intensive Therapy. PLISSIT - modellen er et verktøy for sykepleiere til å kommunisere og veiledningsarbeidet med pasienter (Almås & Benestad, 2010, s. 67). Denne kommunikasjonsmodellen er med å beskrive i ulike nivåer for behandling av seksuelle problemer (Almås, 2004, s. 135). Målet med modellen er at pasienten skal få muligheten til å sette ord på tankene rundt seksualitet. Modellen består av 4 trinn som egner seg for seksuell veiledning. Trinn 1 som er P. – skal gi og få tillatelse til å åpne en samtale om det å være seksuell, det å spørre om deres seksuelle funksjon og til å gi spesifikke råd. Dette er grunnleggende for å gå videre til neste trinn i problemene. Trinn 2 L.I. er å gi begrenset informasjonen, men nok informasjon til at det er tilstrekkelig for personen. Trinn 3 S.S. er spesifikke eller konkrete forslag for å avhjelpe problemet og ivareta forslag om endringer, trinn 4 I.T. problemer som krever intensiv eller spesialisert behandling som for eksempel seksualterapi, familie- og parterapi (Almås & Benestad, 2010, s. 68- 69). Hvert trinn krever mer kunnskap, ferdigheter og spesialisering for dem som gir informasjon (Vedlegg 2).

### 3.2.2 Selvbilde

Selvbilde er et indre mentalt bilde en person har av seg selv til enhver tid. Hvordan hver enkelt opplever seg selv i sitt eget miljø, individets personlige oppfatning av sin egen kropp og hvordan selvbilde utvikler seg over tid som en del av personlighet (Reitan & Schjølberg, 2017, s. 133). Selvbilde er et komplekst begrep, det innebærer alt fra hvordan mennesker ser på seg selv, deres kroppslige funksjon og personligheten som å føle seg verdt (Sorbe et al., 2013, s. 489).

Kreftsykdom endrer kroppsbildet. Mange pasienter kan oppleve kroppen sin som mer sårbar og fremmed. En følelse av distansering og objektivisering av kroppen er også vanlig. Fjerning av organer og tap av funksjoner kan oppleves som veldig traumatisk. I utgangspunktet blir

livmor og eggstokkene forbundet med fruktbarhet, men samtidig blir det forbundet med helhet, friskhet og kvinnelighet. Viktigheten av å føle seg som en hel kvinne. Å fungerer i sosiale sammenhenger i de forskjellige rollene og mestre den endrede livssituasjonen er viktig for å kunne opprettholde et godt selvbilde. Et godt selvbilde er veldig viktig for seksualiteten. Det å føle seg attraktiv, være tilfredsstilt og aksepterer kroppen sin er vesentlig del av det. Etter kreftbehandling er det ofte vanskelig å akseptere den nye kroppen, som er avmagret og har arr etter operasjon (Reitan & Schjølberg, 2017, s. 607).

Bukovic´, D., Silovski, H., Silovski, T. M., Hojsak, I., Sakic, K. & Hrgovic´, Z.: gjorde en kvantitativ forskning fra 2008, med pasienter som er behandlet for eggstokkreft mellom 1995 og 2005. 569 ble behandlet for eggstokkreft i denne tidsperiode, men 483 deltok i studien. Fokuset for forskningen er å fastslå forskjeller i seksuell funksjon og selvbilde etter eggstokkreftbehandling. Utfra hvilken type behandling ble de fordelt i grupper om de har gjennomført operasjon, operasjon og cellegift eller bare cellegift. Resultatet av spørreskjema var at seksuallivet var betydelig redusert etter behandlingen enn før. I tillegg fremkommer det at over 50% formidler et endret selvbilde.

Sekse, R. J. T., Gjengedal, E. & Råheim, M. gjorde en kvalitativ forskning i 2012. Det ble sendt ut 32 invitasjoner til studien, og 16 kvinner deltok i forskningen. Det ble gjennomført to dybdeintervjuer per deltager med ett års mellomrom. Hensikten var å se hvordan kvinnene lever med forandringen av den kvinnelige kroppen etter gynekologiskkreft. Resultatet av forskningen viser at kvinnene opplever en kroppslig tomhet og de følte seg ufullstendig. De registrerte endringer i den kroppslige temperatursvingninger og fysiske konsekvenser som behandlingen har hatt på deres og partnerens seksualliv. Samt en sårbarhet og usikkerhet som sykdommen og behandlingen bringer med seg, spesielt redselen for tilbakefall.

### 3.3 Samliv

Samliv er alt som skjer mellom mennesker som lever sammen. Det å kunne vær åpen om private og personlig aspekter, intimitet og god kommuniserer er viktig for å ha et godt samliv (Sørensen, 1999, s. 105). Samliv er noe vi får integrert gjennom hele oppveksten og livet, måten man blir holdt rundt, trøstet og kommuniserer med andre. Ordet samliv brukes ofte om



et kjærlighetsforhold. Et kjærlighetsforhold er å leve sammen med en person, for eksempel en ektefelle, samboer eller partner (Evensen, 1997, s. 19).

Ved utfordringer i livet kan samlivet påvirkes med at kommunikasjon, intimitet og ærligheten mellom parter blir vanskelig og dårligere. Mange kan oppleve at det er prekært å snakke om vanskelige følelser fordi de ønsker å skåne eller beskytte sine nærmeste. Det er ofte vanskelig å velge de rette ordene for å formidle hva man tenker og føler. Det kan være en utfordring å sette ord på følelser og tanker og formidle det på en god måte. Spesielt når man er usikker og sårbar, tolker man ofte ting mer negativt. I samlivet kommuniserer vi både med ord eller ikke-verbalt som er største delen av kommunikasjon og tilsvarer omlag 70% av kommunikasjonen. Denne formidles med kroppen via øyekontakt, ansiktsuttrykk, kroppsholdning, berøring, avstand, stemmebruken og atferd. Å føle seg trygg er en forutsetning for å kunne være åpen og ærlig, da mange kan føle seg spesielt sårbare dersom de velger å dele sine indre tanker og følelser. Det er også viktig i et samliv å lytte til hverandres tanker og følelser, samt respekterer hverandre ønsker og verdier (Elstad, 2001, s. 7- 35).

### 3.4 Mestring

Hvert enkelt individ har personlige ressurser, som kalles mestring som kommer til nytte i den psykologiske tilpasningen til ulike belastninger som inntreffer i livet, som for eksempel en kreftsykdom og kreftbehandlingen (Dahl, 2016, s. 64). Folkmann og Lazarus (1984) definerer *mestring* som «et kontinuerlig skifte av kognitive og atferdsmessig anstrengelse for å klare spesifikke ytre og/eller indre krav som vurderes til å beslaglegge eller utarme ressursene til personene» (Dahl, 2016, oversatt s.141). Mestring handler både om personens evne til å tilpasse seg en ny situasjon og deres evne til å påvirke og endre situasjonen som har oppstått. Hvordan personer mestrer den aktuelle belastningen som oppstår er avhengig av personlighetsbaserte forhold som pasienten har før belastningen inntreffer. Mestring utvikles i løpet av hele livsløpet og er en viktig ressurs for mennesker til å takle situasjon (Dahl, 2016, s. 64).

Mestringsstrategier innledes etter hvordan individet oppfatter og tolker en handling eller en hendelse som kalles primærvurdering, mens hvordan individet oppfatter sine egne ressurser og muligheter til å håndtere hendelsen kalles sekundærvurdering (Carlsson, 2007, s. 40). Den norske psykologen Arnstein Finset mener at mestringsstrategi kan deles i to: tilnærming og

unntvikelse. Tilnærming handler om å prøve aktivt og åpent å skaffe informasjon eller råd for å gjøre noe med belastningen. Unntvikelse handler om å benekte eller flykte fra belastningen ved å være passiv (Dahl, 2016, s. 64). Kreftpasienter som unntviker belastningen som oppstår, er ofte mer sårbare og har mer problemer og dårligere livskvalitet, enn de som bruker tilnærming (Loge et al., 2013 s. 130).

Sekse, R. J. T., Råheim, M. & Gjengedal, E. gjorde en kvalitativ forskning i 2014. 32 kvinner ble invitert til deltagelse, 16 av disse aksepterte invitasjonen. Fokuset med forskningen er å se på åpenheten og blyghet om seksualitet og intimitet mellom helsepersonell og overlevere av gynekologisk kreft. Det som kom frem er at deltagerne opplever at det er vanskelig å ta opp sin egen seksualitet og intimitet. Kvinnene uttrykker et ønske om at helsepersonell tok initiativet til samtale om seksualitet og informasjon om kroppslige endringer etter gynekologisk kreft.

Matzo, M., Graham, C., Troup, C. L. & Ferrell, B. gjorde en kvalitativ forskning med dybdeintervju og fokusgruppe i 2013. 16 deltagere deltok i studien, hvor 8 var dybdeintervju og 8 var i fokusgruppen. Målet var å undersøke hvilken informasjon kvinnene hadde fått om seksuell helse, vurdere om det var store forskjeller i informasjonen som ble gitt og når det var mest ideelt å få tildelt denne informasjonen. Kvinnene rapporterte mangel på informasjon om muligheten for endringer i seksuell helse, slik at de kunne vært mer forberedt på det.

Bober, S., Recklitis, C. J., Michaud, A. L. & Wright, A.A. gjorde en kvantitativ undersøkelse i 2017. Det var invitert 99 kvinner til studien, 72 var kvalifisert innen studiens kriterier og 53 meldt seg på studien. Hensikten med artikkelen var å se om undervisning og rehabilitering kunne forbedre den seksuelle funksjon etter behandling av eggstokkreft. Spørreundersøkelser ble gjennomført på fire ulike tidspunkt: før, under og etter undervisningen. Undervisningen varte i 3.5t, hvor fokuset var på fire ulike punkter. Punkt 1. gi informasjon om seksuell helse, hvordan behandle seksuelle problemer, og hvordan kommunisere om seksuelle problemer. Punkt 2. fokuset på avslapning, trening og kroppslig bevissthet. Punkt 3. i veiledning var *mindfulness* og kognitiv terapi, spesifikt om samspillet mellom tanker, følelser og atferd. Punkt 4. handlet om individuell planlegging, spesifisering av problemer, personlige mål og hvordan nå dem, hva som er problemet og hvordan ende det. Resultatet var lite/ingen forbedring fra første undersøkelse ca. fire uker etter undervisningen. Men spørreskjema to - seks måneder etter undervisningen rapporterer deltagerne en betydelig forbedring i deres

seksuelle helse. Dette gjelder spesielt opphisselse, orgasme, tørr skjede, generell tilfredshet og depresjon.

Whicker, M., Black, J., Altwerger, G., Menderes, G., Feinberg J. & Ratner, E. gjorde en oversiktsartikkel som tok for seg 33 artikler i 2017. Hensikten er å se på hvordan overlevende av eggstokkreft kan mestre seksualitet, intimitet og menopause. Resultatet viser disse tre faktorene at seksualitet, intimitet og menopause kan forbedres ved å kombinere flere tiltak som hormoner, psykoterapi, psykologisk og kommunikasjon.

## 4.0 Drøfting

### 4.1 Å leve med de fysiske konsekvensene av eggstokkreft behandling

Over 60% av alle kvinner som er seksuelt aktive er ikke fornøyd med deres samleie etter eggstokkreftbehandling, dette er uavhengig av alder og om de er pre-menopause eller postmenopause (Kim, 2014; Sekse, 2016; Wilmoth, 2011;). Det kommer også frem i Whicker et al. (2017) at dette tallet er mye høyere enn hos de friske jevnaldrende. Det er naturlig å tenke at seksualiteten vil endres etter direkte behandling mot kjønnsorganet som er forbundet med seksualiteten og samlivet til mennesker. 8/13 kvinner i Wilmoth et al. (2011) sin studie beskrev at kvaliteten på sexlivet deres etter diagnosen har vært ufullstendig og aseksuell. En deltager uttalte følgende "jeg føler med ikke veldig seksuell".

Kvinner som har hatt eggstokkreft er ikke forberedt på de seksuelle påvirkningene og komplikasjonene som følge av behandlingen. Å gjennomføre kirurgisk behandling ved å fjerne eggstokkene, egglederne, livmor og resterende tumormasse er en sentral del av behandlingen, omfanget av operasjonen er avhengig av alvorlighetsgraden av sykdommen (Reitan og Schjølberg, 2014, s. 529). Både Wilmoth et al. (2011) og Sekse et al. (2016) belyser at det er en del bivirkninger som forekommer hos overlevende av eggstokkreft, men det kvinnene fremhever som mest plagsomt, ubehagelig og smertefullt i studiene er vaginal tørrhet som hindrer dem i å være seksuell aktive. Over 75% av deltagerne beskriver det som en stor plage i samlivet deres. I Kim et al. (2014) kommer det også frem at kvinner som har fått kreftbehandling rapporterte betydelig mer problemer med vaginal tørrhet enn friske kvinner. Ingen av kvinnene som identifiserte vaginal tørrhet som et problem i seksuallivet sitt hadde fått anbefalt eller informasjon om noen form for hjelpemidler som glidemiddel og/eller østrogen for å forbedre tørrheten (Wilmoth, 2011). Slimhinnen i skjeden er østrogenavhengig, ved fall av østrogennivået ved fjerning av eggstokkene hvor hovedproduksjonen av østrogen skjer i kroppen blir skjeden tynnere og mer sårbar, dermed smerter ved samleie (Almås, 2010, s. 107). Uten kunnskap eller informasjon har vedkommende liten mulighet til å være forberedt på og håndtere plagene. Som sykepleier på en gynekologisk kreftavdeling skal jeg innrømme at jeg kommer under den statistikken om å ikke gi anbefalinger, hovedgrunnen er mangel på kunnskap, og redselen for hvilke spørsmål som pasientene kan stille. I tillegg er fokuset oftest på det akutte i situasjonen og det pasientene formidler som er viktig når de er på sykehuset.

Wilmoth et al. (2011) beskriver at fire av tretten formidler smerter under samleie etter operasjon som følge av at skjeden hadde blitt forkortet og/eller smerter på grunn av sårhet. Ved penetrering kan dermed smerter oppstå når penis støter mot enden av skjeden (Reitan & Schjøberg, 2017, s. 542). I Cleary et al. (2011) formidler en av kvinnene at hun ikke hadde fått tildelt informasjon om at skjeden var forkortet eller om hvordan dette kunne virke inn på seksuallivet, og heller ikke om hvordan hun skulle takle de potensielle problemene. Mange av kvinnene er ikke forberedt på smertene som kommer under penetrering og tror at det er slik kroppen og seksuallivet kommer til å være (Bal, 2012).

Det ble også rapportert i Hopkins et al. (2014) at 70% av kvinnene har en grad av smerte og ubehag under samleie, mens i Sekse et al. (2016) viser til 50%. I denne studien kommer det frem til at middelaldrende kvinner mellom 50-65 år er mer plaget med smerte og ubehag under samleie enn de yngre og eldre. Det er naturlig å tenke at når kvinnene opplever smerter under samleie, klarer de ikke å nyte det og unngår samleie mest mulig eller totalt. Smertene kan reduseres ved hjelp av sexstillinger som ikke er så dype at det støtes mot enden av skjeden, eventuelt at kvinnen tar kontrollen (Reitan & Schjøberg, 2014, s. 542). På grunn av lite eller ingen kunnskap, som manglende informasjon om den forkortede skjeden etter operasjon, og konsekvensene av endringen får ikke pasienten muligheten til å forstå endringene eller mestre det.

I Bal et al. (2012) forskning formidler en pasient at hun sjeldnere klarer å nå orgasme i forhold til før behandlingen. Dette gjør det vanskelig for resten av samlivet deres. Skader eller fjerning av nerver, spesielt nervene pudendal eller pelvis, gjør at muligheten for å få orgasme er hemmet og redusert (Loge et al., 2013, s. 100). Grunnen til dette er at disse nervene er med på å sende følelser og berøring fra det eksterne kjønnsorganet til hjernen. Dermed øker behovet for stimulering for å koble inn resterende nervesansene. Samtidig tror man at ved fjerning av livmoren kan følelsen av orgasmen endres og reduseres, for ved en orgasme trekkes livmoren sammen. Men i Kim et al. (2014) rapporteres det ingen spesielle forskjeller med orgasmemuligheter mellom friske og overlevende av eggstokkreft. Grunnen til dette kan være avhengig av hvor mye skader som er blitt gjort under operasjonen og kjemoterapi eller eventuelt muligheten individene hadde for orgasme før kreftbehandlingen. De psykiske belastningene til individene kan også være en betingelse. I motsetning kan dette vær en sjelden konsekvens siden det er få som uttaler det som et problem, eller at det er andre konsekvenser som kommer mer i søkelyset. I tillegg kan blodforsyningen til skjeden,

ytrekjønnslepper og klitoris være redusert ytterligere, noe som kan forsterke vanskene med å få orgasme (Loge et al., 2013, s.100).

Ved fjerning av eggstokkene hos kvinner som ikke enda er kommet i menopause blir det en brå omveltning etter operasjonen med hetetokter, humørsvingninger, trøtthet og reduksjon av slimhinnene i skjeden (Reitan & Schjølberg, 2014, s. 543). Disse endringene skjer plutselig hos de ny opererte pasientene i forhold til kvinner som kommer naturlig i menopause. Derimot opplever også kvinner som var i menopause før behandlingen en forandring i kroppstemperatur etter operasjon (Sekse, 2012). Denne endringen skjer ikke hos alle individer, da dette er individuelt. Det kan hevdes at overlevende av eggstokkreft ikke var forberedt på den plutselige overgangsalderen. Kvinnene i Sekse et al. (2012) og Wilmoth et al. (2011) sine studier formidlet at de hadde mistet kontrollen på regulering av kroppstemperaturen. Individene måtte regulere svingningene i kroppstemperaturen med smarte og gjennomtenkte klesvalg. Min erfaring er ofte at kvinnene ikke har forståelse for hvorfor de plutselige kroppstemperatur endringene oppstår. Generelt sett har folk lite kunnskap om kroppens funksjoner, dette gjelder også hormonfunksjonen i kroppen og kvinnene er som oftest ikke forberedt på en plutselig menopause eller endringene. På den ene siden forventes det samtidig at kvinnene forstår at de kommer i overgangsalderen, på grunn av allmenn snakk om overgangsalderen og plagene som kommer når eggstokkene reduserer hormonproduksjonen. Andre faktorer som er årsaken til at pasientene ikke får informasjon om østrogenmangel er at det ikke er avklart mellom lege og sykepleier. Hvem har ansvar for hva? Kvinnene lider og opplever unødvendig psykisk stress på grunn av at de tror det skal være sånn. Dette grunnet i en uavklar oppgavefordeling mellom lege og sykepleier. Sykepleieren har ansvar for å behandle hele mennesket og seksuelle problemer en stor del av samliv og seksualitet. Utydeligheter mellom lege og sykepleiers informasjonsansvar kan være årsaken til at helsepersonell ikke informerer om de hormonelle endringene i kroppen.

I artikkelen til Bal et al. (2012) sier en av pasientene følgende `Jeg har nesten aldri lyst på samleie. Jeg føler min sexlyst ikke bare er redusert, men tapt`. Sexlyst er den første fasen for å bli opphisset. Om man ikke har sexlyst er det vanskelig å være intim og å være seksuelt aktiv. Primær produksjon av testosteron er i eggstokkene, å mangel på testosteron forårsaker redusert seksuelt behov eller totalt tap av det (Graugaard et al., 2006, s. 317). I Harter et al. (2013) sin studie kommer det frem at pasientene har betydelig redusert sexlyst og at det er hovedårsaken til at 40% av deltagerne er seksuelt inaktive. Over 50% av pasientene i Whicker

et al. (2017) rapporterte redusert sexlyst, i motsetning til 25% av kontrollgruppen som er friske. Dette er dobbelt så mange i forhold til kontrollgruppen. I denne sammenhengen kan man tenke at fall eller reduksjon av hormonnivå av østrogen og testosteron virker inn på sexlysten. Mens i kontrollgruppen har hormonproduksjon fra eggstokkene som holdet sexlysten oppe. I Whicker et al. (2017) sin studie kommer det frem at hormonerstatning, hovedsakelig østrogen, kan være et ledd i å hjelpe pasientene mot enkelte plager som tørr skjede, manglende sexlyst og hetetokter. Helsevesenet er dårlig til å informere om forbedring av østrogen mangel og ordinerer ikke østrogen til overlevende av eggstokkreft selv om det ikke er noe som tyder på at det påvirker progresjon eller overlevelse av eggstokkreft. Lite forskning på feltet kan være årsaken til at leger er forsiktig med å erstatte østrogen i kroppen. I tillegg kan det hevdes en sammenheng mellom redusert sexlyst og tretthet, for tretthet er en konsekvens av redusert testosterondannelse hos kvinnene (Reitan & Schjøberg, 2014, s. 543). Samtidig kan kreften og kreftbehandlingen gi en ekstrem tretthet som er kalt *fatigue*, den reduserer energinivået i kroppen i ulike grad og kan dermed føre til at kvinnene ikke ønsker eller har energi til samleie med deres partner.

#### 4.2 Konsekvenser behandlingen har på seksualitet og samlivet

I motsetning til kvinner som mister et bryst eller bein, mister ikke kvinner som blir operert for eggstokkreft, en synlig kroppsdel. Eggstokkene og livmoren er det organet som skiller oss mennesker i kjønnsfordelingen kvinner og menn. I Bal et al. (2013) identifiserer kvinnene reproduksjonsorganet i et sosialt aspekt som et symbol på femininitet, seksualitet, fertilitet, morskap og samlivspartner. Femininiteten er en viktig del av seksuell identitet og har en viktig innvirkning på selvbilde som også kommer frem i Cleary et al. (2011) sin forskning. I Reis et al. (2010) uttalte en av deltageren at når reproduksjonsorganet vårt ble fjernet, «she turns into an empty sack». I tillegg formulerer en annen deltager i Bal et al. (2013) at fjerning av reproduksjonsorganet vil omgjøre henne til en mann og sier videre at en kvinne uten eggstokker og livmor er ikke en kvinne lenger. Når det blir endringer i et individs kroppslige funksjon og deres utseende endrer dette selvbildet til vedkommende og blir en belastning (Sorbe et al., 2013, s. 489).

Ved fjerning av eggstokker føler kvinnene seg tomme i magen og forandret, det blir mer plass til resterende organene som skaper endret følelse i abdomen. I Sekse et al. (2012) uttrykker deltagerne seg veldig variert om hva det å fjerne eggstokkene gjorde med dem. Noen

formidlet at det var bare et organ som var fjernet, mens andre måtte tilpasse seg etter de følelsesmessige og kroppslige endringene (Dahl, 2016, s. 64). De følelsesmessige endringene kvinnene føler er tomme, ufullstendig, defekt og ødelagte. Dette er noe kvinnene må tilpasse seg og lære å kjenne på de nye endringene i kroppen som sykdommen og kreftbehandlingen har gjort (Reitan & Schjølberg, 2017, s. 607). I Sekse et al. (2012) og Bal et al. (2013) kommer det frem at kvinner som ønsker barn opplever fjerningen og tomrommet som en mer dramatisk og omfattende forandring. Tomheten kvinnene føler og forandringene i kroppen er en konstant påminnelse av tapt fertilitet og morskap. Kvinnen må akseptere denne endringen for at selvbildet til vedkommende skal bli bra. I Bukovic et al. (2008) kom det frem av statistikk at over 51% av alle overlevende av eggstokkreft opplever et forandret selvbilde. Det kan fremstå at det har en negativ innvirkning på selvbilde hos mange, på grunn av de personlige endringene og at de føler seg mindre verdt, ufullstendig, mistet fertiliteten og morskap (Sorbe et al., 2013, s. 489).

I Wilmoth et al. (2011) sin studie kommer det frem at flertallet har økt i vekt med 3-7 kg etter behandlingen. Det blir en fysiologisk og psykisk faktor som hadde en veldig negativ innvirkning på seksualitet. Kvinnene kan føle seg mindre attraktive som en konsekvens av vektoppgang, redusert selvbilde, selvtillit og atferd. En av kvinne i Reis et al. (2010) studie formidler at «I have put on weight! My husband says it does not matter for him, and that I am beautiful anyway. But who knows how he really feels. I don't even like myself. Why would he?» Kvinnes eget selvbilde og følelse, på grunn av endringen av kroppen, hadde en psykisk innvirkning på kvinnens følelse (Reitan & Schjølberg, 2017, s. 607). Dette er følelser som kan skape rom og avstand i samlivet mellom partnere og fører til seksuell inaktivitet.

Ved kirurgi får vedkommende lange tverrsnittsar som går horisontal over abdomen, som er en synlig og en konstant påminnelse om hva de har vært igjennom. I Kim et al. (2014) studie kommer det frem at psykisk stress kan virke negativt inn på vedkommende sin seksualitet og kan skape et forvrengt syn på individets selvbilde. Psykisk stress kan være forbundet med risiko for tilbakefall, usikkerhet om fremtiden, alle endret av kroppsbilde og økonomiske problemer. Og alt kan være med å påvirke pasientens måte å mestre og takle alle endringer behandlingen har hatt på kroppens seksualitet og selvbilde. Endret selvbilde i og etter en kreftbehandling kan gjøre at mange opplever kroppen som fremmed og sårbar (Reitan &



Schjølberg, 2017, s. 607). I Reis et al. (2010) sin studie er det flere kvinner som beskriver at de blir triste av tanken på at deres ektefelle ikke ser på dem som vakre eller attraktive lenger, hovedsakelig på grunn av det store arret på magen etter operasjonen og økt kroppsvekt. Dette kommer også frem i Bal et al. (2013) og Cleary et al. (2011) sine forskinger. Alle disse kroppslige endringene kan ha en negativ effekt på kvinnens selvbilde.

#### 4.3 Å mestre konsekvensene av endret seksualitet og samliv

De alle fleste deltagerne i Reis et al. (2010) sin studie hadde problemer forbundet med seksuell funksjon, men selv om deltagerne hadde ubehag, smerter eller ingen/liten sexlyst gjennomførte kvinnene samleie med partneren sin. Deltagerne uttrykte at de gjør dette for ikke å såre ektemannen og for å beskytte ekteskap sitt. Dette kan tyde på manglende kommunikasjonen mellom partene på dette område. Kvinnen er ikke åpen eller ærlig om situasjonen sin, og dette kan skape en usikkerhet og avstand mellom partene (Sørensen, 1999, s. 105; Elstad, 2001, s. 19). Mange av kvinnene følte de ikke kunne snakke med deres ektemann eller helsepersonell om deres seksuelle problem. Årsakene er ofte mange og komplekse. For eksempel kan det vanskelig for kvinnen å ta opp problemet med helsepersonellet grunnet egen sjenanse til sin egen seksualitet. En annen mulighet er at de tror det er slik det skal være. En tredje mulighet er dårlig kommunikasjon og relasjon mellom kvinnen og deres partner. Alle disse faktorene er med på å hindre at deltageren kan mestre deres seksuelle problemer. Mange kvinner har ikke resurser nok til å klare å påvirke situasjonen uten kunnskap og informasjon fra helsepersonell, dermed klarer de ikke å mestre situasjonen (Dahl, 2016, s. 64). Som sykepleier kan man åpne for samtale om seksualitet og samliv, eventuelt invitere partneren til samtale for å ta opp problemene og gi råd om hvordan pasienten kan takle de ulike konsekvensene. På denne måten kan begge partene få en forståelse for at dette er naturlig endringer i seksualiteten etter fjerning av eggstokkene og gode råd om hva begge kan gjøre. Det kan i noen tilfeller være nødvendig at partneren får informasjon om endringer i seksualitet og samlivet fra helsepersonell som er de profesjonelle i feltet slik at kvinnene slipper å stå alene i situasjonen.

Kvinner i alle aldre med gynekologisk kreft har et behov for informasjon, i Reist (2010) studie kommer det tydelig frem at deltagerne med gynekologisk kreft ikke var forberedt på de seksuelle forandringene etterfulgt av kreftbehandlingen. Både forskningen i Matzo et al. (2013) og Cleary et al. (2011) underbygger at kvinnene ønsker mer informasjon om hva de

kan forvente seg av seksuelle endringer, så deltagerne aktivt kan være med på å håndtere deres egne seksuelle utfordringer. Pasientene ønsker kunnskap til å både være forberedt og håndtere de seksuelle utfordringene.

Over 62 % av deltagerne i Lindau et al. (2007) sin studie rapporterte at lege eller sykepleier aldri hadde tatt opp bivirkningene som kreftbehandlingen har på seksualiteten. Dette er i utgangspunktet et veldig høyt tall, noe som gir oss muligheten til å spørre oss selv om det er en mulighet for at noen av disse pasientene har fått informasjon, men av ulike årsaker ikke oppfattet dette. Kanskje pasientene ikke har fått med seg informasjonen eller at sykepleiere og leger har brukt for avansert fagspråk at kvinnene ikke har forstått det som ble formidlet. Pasientene får generelt mye informasjon før og etter operasjon. Men på grunn av mengden informasjon de får tildelt og selve situasjonen med kreftdiagnose og kreftbehandlingen med operasjon og kjemoterapi, får pasientene ofte ikke med seg all informasjon som blir gitt. Det er naturlig å tenke at pasientene bare får med seg en brøkdel av informasjonen, for de aller fleste er i en krisesituasjon, men ikke nødvendigvis alle og hodene deres er fullt av tanker og bekymringer. På grunn av dette bør informasjon bli gjentatt flere ganger for å sikre at pasienten faktisk får det med seg. Tidspress på avdelingen kan føre til forglemmelser eller nedprioritering, i tillegg til at deler av helsepersonellet kanskje har en forestilling om at dersom kvinnene ønsker informasjon, etterlyser de den selv.

Flertallet av helsepersonell rapporterer i Whicker et al. (2017) sin studie at de er komfortable med å snakke om seksuell helse, men at de forventer at pasienten tar opp om de har et seksuelt problem og dermed ikke selv tar det opp. Som helsepersonell er vi ansvarlige for å tildele informasjon til pasientene, men helsevesenet har tidspress og sjenanse for temaet. I Whickerr et al. (2017) studie åpner eller tillater ikke sykepleierne muligheten for en samtale om seksualitet som er det første trinnet i PLISSIT modellen, som også er det første steget for å kunne løse eventuelle seksuelle problemer (Almás & Benestad, 2010, s. 67). Kvinnene får ikke tildelt den nødvendige informasjonen og rådgivningen som er nødvendig for å ha et godt grunnlag for å mestre og forstå at de naturlige endringene som skjer i kroppen er forårsaket av kreften og kreftbehandlingen. I Matzo et al. (2013) sin forskning uttrykker deltagerne at den informasjonen som er tilgjengelig for dem på en kreftavdeling, ikke møter deres læringsbehov og den blir gitt for seint etter diagnosen. På min avdeling er det en del av rutinene å dele ut en brosjyre om seksualitet og kreft, men ofte kan det bli for mye brosjyrer og ark. I tillegg er

innholdet i brosjyren er relatert generelt til kreft og seksualitet, så innholdet er nok ikke tilfredsstillende til hver enkelt kreftform.

Mangel på informasjon skaper usikkerhet og redsel mellom kvinnen og deres partner. Dette kommer frem i de aller fleste undersøkelsene. En deltager i Reis et al. (2010) hadde ikke hatt samleie det siste året, grunnet redsel for å overføre sykdommen eller skade ektemannen sin. Vedkommende fant opp unnskyldninger for å unngå samleie med sin partner. Mangel på kunnskap skaper usikkerhet som igjen gjør kvinnene som i dette tilfelle usikker. Dette skaper avstand og dårlig kommunikasjon mellom kvinnene og deres partner (Sørensen, 1999, s. 105). En annen deltager uttrykte i samme studie at ektemannen har ikke latt sæden komme inni henne etter operasjonen, for de var redd for at sæden kunne gi tilbakefall. Redselen for tilbakefall under samleie kommer også frem i Bal et al. (2013). Uten informasjon om endringene i kroppen skaper personene sine egne tanker om hvordan kroppen er og hvordan den kan eksponeres, disse tankene er oftest verre enn virkeligheten. I Wilmoth et al. (2011) sin studie opplyser deltagerne det samme, 2 deltagere formidler at første gang de hadde samleie etter operasjon var deltagerne i tårer, for kvinnen trodde at det alltid ville være slik og at det var slutt på seksualiteten, intimitet og den fysiske kontakten. Intimiteten i et forhold er viktig for et godt samliv, uten intimitet kan det utvikle seg avstand mellom partene (Sørensen, 1999, s. 105) Min erfaring er at kvinner generelt har lite kunnskap om hvordan deres kvinnelige kjønnsorgan ser ut anatomisk. Før operasjon pleier jeg å vise kvinnene hvordan deres kjønnsorgan ser ut før operasjon og etter operasjon ved å bruke et ark med bilde av begge utfall. Flertallet av kvinnene blir overrasket over hvordan kjønnsorganet ser ut anatomisk og uttrykker at det fikk en mye bedre forståelse og kunnskap av hvordan det vil se ut etter operasjon. Dette kan også være en inngangsport til å ta opp samtalen om endringer i kroppen som hormonreduksjon, tørr vaginal, forkortet vaginal, opp eller nedgang i vekt, arr og deres forhold til partneren deres.

I Wilmoth et al. (2011) sin studie var deltagerne enstemmige om at de ønsket at helsepersonell hadde tatt initiativ til å diskutere seksualitet. Grunnlaget for dette var at det krevde for mye mot å ta opp temaet seksualitet selv. Det kvinnene ønsket å vite i tillegg til om de kan ha samleie eller ikke, er om de trengte å ta noen hensyn eller om det er noe spesielt de må være bekymret for. Ved å ha en innledende samtale, som for eksempel operasjon og kjemoterapi behandling kan påvirke seksuallivet. Er dette noe du ønsker å høre mer om? Her åpnes det for en samtale om seksualitet og samtidig spør vedkommende om tillatelse til å

snakke om seksualitet som i PLISSIT modellen for å ha en god samtale om seksualitet (Almås og Benestad, 2010, s. 68). Informasjon ble aldri gitt til deltagerne i Wilmoth et al. (2011) eller de fikk ikke muligheten til å åpne for en samtale. Noen deltagere fikk aldri mottatt informasjon om endring i seksualitet som de bør kunne forvente seg å kunne oppleve etter operasjon og kjemoterapi. Min erfaring er at pasienter ikke har nok kunnskap til å vite hvilket spørsmål de skal stille. Dermed er de usikre på hvordan de skal tre frem for å snakke med helsepersonell om seksualitet og samleie.

En deltager i studien til Wilmoth et al. (2011) formidlet at ektemannen hennes ønsket å ta opp når paret kunne ha seksuelt samleie. Ektemannen hadde forsiktig tatt opp med helsepersonell når de kunne ha samleie, under kontrolltiden etter operasjon. Sykepleieren hadde snudd seg til ektemannen og sa at kona var ikke klar enda. Svaret paret fikk av sykepleieren satt de helt ut på det tidspunktet og samtalen ble ikke tatt opp igjen under den timen. Gjennom en rask og kort respons viser sykepleier tydelig at hun ikke er åpen eller tillater for samtale om temaet seksualitet og samliv (Almås og Benestad, 2010, s. 67). I Sekses (2014) studie formidler deltagere den samme opplevelsen, at måten kvinnene ble møtt på av helsepersonell angående intimitet og seksualitet gjorde at det ble mer skambelagt å snakke som seksualitet og samliv. Dersom helsepersonellet ikke lytter til hva kvinnene formidler, eller dårlig kommunikasjon mellom partene, kan det skape store avstander mellom helsepersonell og pasientene (Elstad, 2001, s. 25). Det er rapportert i Cleary et al. (2011) at det å hente inn informasjon er en måte kreftpasienter mestrer på. Det er den måten de kan håndtere og mestre den nye livsendringen på og gjøre endringer de har evne og kapasitet til (Dahl, 2016, s. 64). Enkelte av deltagerne i studien til Sekse et al. (2015) uttrykker at de spurte om hjelp på Kondomeriet. Kvinnen prøvde aktivt å tilnærme seg sine seksuelle problemer, men på kondomeriet har ikke de helsefaglig bakgrunn (Dahl, 2016, s. 64). Det kommer også frem i Sekse et al. (2014) at det er vanskelig for både kvinnene og helsepersonell å ta opp kroppslige forandringer og seksualitet. Dette kan handler om ulike faktorer som for eksempel begge parters sjenanse på feltet, lite kunnskap hos helsepersonell, helsepersonell tar utgangspunkt i at kvinnene tar opp temaet, det er et dårlig tidspunkt for pasienten er dårlig, tidsmangel og nedprioritert i følge Matzo et al. (2013). Min opplevelse er at dette også skjer andre veien også, når sykepleier tar initiativet til å snakke om seksualitet så avviser eller motsier kvinnene informasjonen, at de ikke ønsker informasjon for de er ikke seksuelt aktive akkurat nå og det er ikke i deres tanker eller at de er enker eller single. Samtalen blir brått avsluttet, og kvinnene formidler at dette er ikke noe de vil snakke om.

Bober et al. (2017) sin forskning rapporterer betydelig forbedring av deltageres seksuelle funksjon over en tidsperiode på åtte måneder etter 3,5t med undervisning om god seksuell helse og behandling relatert til seksuelle problemer. Undervisning om kommunikasjon om seksuelle problemer, avslapping, trening og bevissthet av kroppen. Den generelle seksuelle helsen ble forbedret når kvinnene fikk den kunnskapen som var nødvendig for å selv aktiv å gjøre noe med den seksuelle belastningen kvinnene hadde (Dahl, 2016, s. 64). Over 98% av deltagerne i Bober et al. (2017) var enige om at undervisningen gav nyttig informasjon som er relatert til de seksuelle problemene.

I Sekse et al. (2012) sin forskning kommer det frem at enkelte av kvinnene klarte å forstå de seksuelle utfordringene sammen med partneren sin, og lyktes sammen i å mestre de seksuelle utfordringene. Et godt samliv med kommunikasjon, intimitet og respekt har som oftest større mulighet for å lykkes i å mestre problemer sammen (Elvenes, 2001, s. 33). Mens andre deltagere opplevde for mye ubehag og redusert sexlyst som mer eller mindre gjorde slutt på deltageres seksuelle forhold. Tredje var at kvinnene selv er ressurssterk nok alene til å finne en løsning på hvorfor dette skjer og hvordan løse problemet (Dahl, 2016, s. 64). Som noen deltagere i Sekses et al. (2014) sin studie uttalte at problemet ble løst i stillhet. Som i Bukovic et al. (2008) viser at ca. 1/3 av deltagerne ikke har diskutert deres seksuelle liv med deres partner. Hvor god sosial støtte og hvor god relasjon kvinnene har til partneren deres, er viktige faktorer som er med på å takle og mestre belastning i livssituasjonen (Elstad, 2001, s. 7- 35). Det kommer også frem i Sekses et al. (2012) studie at kvinnene som klarer å snakke med partneren sin om de seksuelle problemene, klarer ofte sammen å utarbeid en måte å takle og mestre de seksuelle problemene på. Kvinnene hadde utarbeidet måter å unngå ubehag og kompensere så de ikke overser eller flykter fra de seksuelle problemene sine. Enkelte kvinner har ikke mot til å snakke med sin partner om seksuelle problemer, noe som kan være tegn på dårlig relasjon og skaper dårlig samliv. Dette kan føre til avhold fra samleie eller at kvinnene har samleie til tross for ubehag med et ønske om å gjøre partneren fornøyd og redde ekteskapet (Bal, 2013). Ingen av de to sistnevnte utfallende er foretrukket, for dette kan skape mer avstand og et anspent forhold mellom partnerne (Elvenes, 200, s. 105). En sterk relasjon, god kommunikasjon og nødvendig informasjon kan gjøre at kvinner med seksuelle problemer kan mestre deres problem bedre, enn kvinner med svakere relasjoner med deres partner.

## 5.0 Konklusjon

Kvinnene som har gått gjennom kreftbehandling for eggstokkreft som operasjon og kjemoterapi, kan oppleve vaginal tørrhet, menopause, smerter, samlivsproblemer og endret selvbilde. Det fremtrer at de pasientene med godt samliv med sin partner, ofte lykkes med å mestre de seksuelle problemene. Informasjon og veiledning om de seksuelle endringene og problemene er med å styrke pasientenes mulighet til å forberede seg på endringene og hvordan håndtere og mestre. Informasjonen burde formidles før og etter operasjon og gjentakelse ved polikliniske timer. Det kommer tydelig frem at helsepersonell er for dårlig til å ta initiativet til samtale om seksualitet og samliv. Pasientene ønsker at helsepersonell åpner en samtale for de kroppslige endringene behandlingen medfører ved å tilrettelegge informasjonen.

Det er tydelig at seksualitet er et sårbart tema for mange. Dermed er det ekstra viktig at sykepleiere tar initiativet til samtale, slik kvinnene ønsker. En bør med ømfintlighet spørre pasienten om tillatelse med PLISSIT- modellen og kan på denne måten gi pasientene mulighet til å snakke om seksualitet og samliv. Å tilrettelegge informasjon og gi råd til kvinnene kan føre til at de er mer forberedt på de kroppslige endringer og kvinnene har større mulighet til å mestre de seksuelle forandringene.

Seksualitet og samliv er en del av den helhetlige behandlingen av mennesker. Dermed må det bli behandlet på samme nivå som annen medisinsk informasjon. Kunnskap er nøkkelord for hvordan kvinnen kan mestre de seksuelle utfordringene og samlivsproblemene som kan oppstå, men også hvordan informasjonen blir gitt.

## 6.0 Litteratur

Almås, E. & Benestad, E. E. P. (2010). *Sexologi i praksis* (2. utg.). Universitetsforlaget AS

Bal, M. D., Yilmaz, S. D. & Beji, N. K. (2012). Sexual Health in Patients With Gynecological Cancer: A Qualitative Study. *Spring Science & Business Media*, 31(1), 83-92. doi: 10.1007/s11195-012-9263-7

Bober, S. L., Recklitis, C. J., Michaud A. L. & Wright, A. A. (2017). Improvement in Sexual Function After Ovarian Cancer: Effects of Sexual Therapy and Rehabilitation After Treatment for Ovarian Cancer. *American Cancer Society*, 124(1), 176-182. doi: 10.1002/cncr.30976.

Bukovic´, D., Silovski, H., Silovski, T., Hojsak, I., Sakic´, K., & Hrgovic´, Z. (2008). Sexual Functioning and body Image of Patients Treated for Ovarian Cancer. *Spring Science & Business Media*, 26(2), 63-73. doi: 10.1007/s11195-008-9074-z

Carlsson, M. (2007). Psykosocial encervård. *Studentlitteratur*

Cleary, V. & Hegarty, J. (2010). Understanding sexuality in women with gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(1), 38-45. doi: 10.1016/j.ejon.2010.05.008

Dahl, A. A. (2016). *Kreftsykdom – Psykologiske og sosiale perspektiver* (1.utg.). Cappelen Damm AS.

Dahl, O., Lehne, G., Baksaas, I., Kvaløy, S. & Christoffersen, T (2009). *Medikamentell Kreftbehandling – Cytostatikaboken* (7. utg.). Farmakologisk institutt, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

Elstad, G. (2001). *Samliv og samspill – nærhet og avstand, forholdet til de nærmeste, konflikter*. Lunde Forlag

Evensen, M. A. R. (1997). *Samliv og seksualitet* (1. utg.). NKI Forlaget

Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier- Vardering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Bokforlaget: Natur och Kultur

Graugaard, C., Møhl, B. & Hertoft, P. (2006). *Kropp, Sykdom & Seksualitet* (1. utg.). Hans Reizels Forlag.

Hart, P., Schrof, I., Karl, L. M., Hils, R., Kullmann, V., Traut, A. Scheller, A. & du Bois, A. (2013). Sexual Function, Sexual Activity and Quality of Life in Woman with Ovarian and Cancer. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 73(5), 428-432. doi: 10.1055/s-0032-1328602

Hopkins, T. G., Stacraga, C., Gabra, H., Fallowfield L., Hood, C. & Blagden, S. (2014). Sexual activity and functioning in ovarian cancer survivors: an internet based evaluation. *Climacteric*. 18(1), 94-98. doi: 10.3109/13697137.2014.929104

Høberg-Vetti, B., Bjorvatn, C., Fiane, B. E. Aase, T., Woie, K., Espelid, H., Rusken, T., Eikesdal, H. P., Listøl, W., Haavind, M. T., Knappskog, P. M., Haukanes, B. I., Steen, V. M. & Hoogerbrugge, N. (2015) BRCA ½ testing in newly diagnosed breast and ovarian cancer patients without prior genetic counselling: the DNA-BONus study. *European Journal of Human Genetics*, 24(6), 881-888. doi: 10.1038/ejhg.2015.196

Kim, S. I., Lee, Y., Lim, M. C., Joo, J., Lee, D. O. & Park, S. (2015). Quality of life and sexuality comparison between sexually active ovarian cancer survivors and healthy woman. *Journal of Gynecologic Oncology*, 26(2), 148-154. doi: 10.3802/jgo.2015.26.2.148

Kreftregistrering (2017). 32 827 nye krefttilfeller i 2016. Hentet 8/4-18 fra [https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2016/cin-2106\\_with\\_special-issue-web.pdf](https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2016/cin-2106_with_special-issue-web.pdf)

Kåresen, R. & Wist, E. (2013). *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell* (4. utg.). Gyldendal Norsk Forlag

Lazarus, R. S., & Folkmann, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Spring



Lindau, S. T., Anderson, D. & GavriloVA N. (2007) Sexual morbidity in very long- term survivors of vaginal and cervical cancer: A comparisonn to national norms. *Gynecol Oncol*, 106 (2), 413-418. doi: 10.1016/j.ygyno.2007.05.017

Loge, J. H., Dahl, A. A., Fosså, S. D. & Kiserud C. E. (2013). *Kreftoverlevende.. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS

Matzo, M., Graham, C., Troup, C. & Ferrell, B. (2014). *Development of patient education resource for woman with gynecologic cancers: Cancer treatment and sexual health*, 18(3), 343-348. doi: 10.1188/14.CJON.343-348

Norsk Helseinformatikk (1996). *Kreft i eggstokkene*. Hentet 3/12- 2017 fra <https://nhi.no/sykdommer/kreft/gynekologisk-kreft/eggstokkreft/>

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. doi: 10.1016/j.ejon.2009.09.004

Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K. (2017). *Kreftsykepleie- Pasient- utfordring- handling*. (4.utg.). Oslo: Akribes AS.

Sekse, R. J. T., Gjengedal, A. & Råheim, M. (2012). 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., Hufthammer, K. O. & Vika, M. E. (2016) Sexual activity and functioning in woman treated for gynaecological cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 26(3-4), 400-410. doi: 10.1111/jocn.13407

Sekse, R. J. T. Råheim, M. & Gjengedal, E. (2014). Skyness and openness – common ground for dialogue between health personnel and woman about sexual and intimate issues after gynecological cancer. *Health Care for Women International*, 36(11), 1255-1269. doi: 10.1080/07399332.2014.989436

Sorbe, B., Frankendal, B. & Högberg, T. (2013). *Gynekologisk onkologi*. (2. utg.). Studentlitteratur AB, Lund.

Træen, B. & Sørensen, D. (1999). *Elsker deg, elsker med deg... En lærebok i sex og samliv*. (1. utg.). Gyldendal Norsk Forlag ASA

Whicker, M., Black J., Altwerger, G. Menderes, G., Feinberg, J. & Ratner, E. (2017). Management of sexuality, intimacy, and menopause symptoms in patients with ovarian cancer. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(4), 395- 403. doi: 10.1016/j.ajog.2017.04.012

Wilmoth, M. C., Hatmaker-Flanigan, E., LaLoggia, A. & Nixon, T. (2011). Ovarian Cancer Survivors: Qualitative Analysis of the Symptom of Sexuality. *Oncology Nursing Forum*, 38(6), 699-708. DOI: 10.1188/11.ONF.699-708

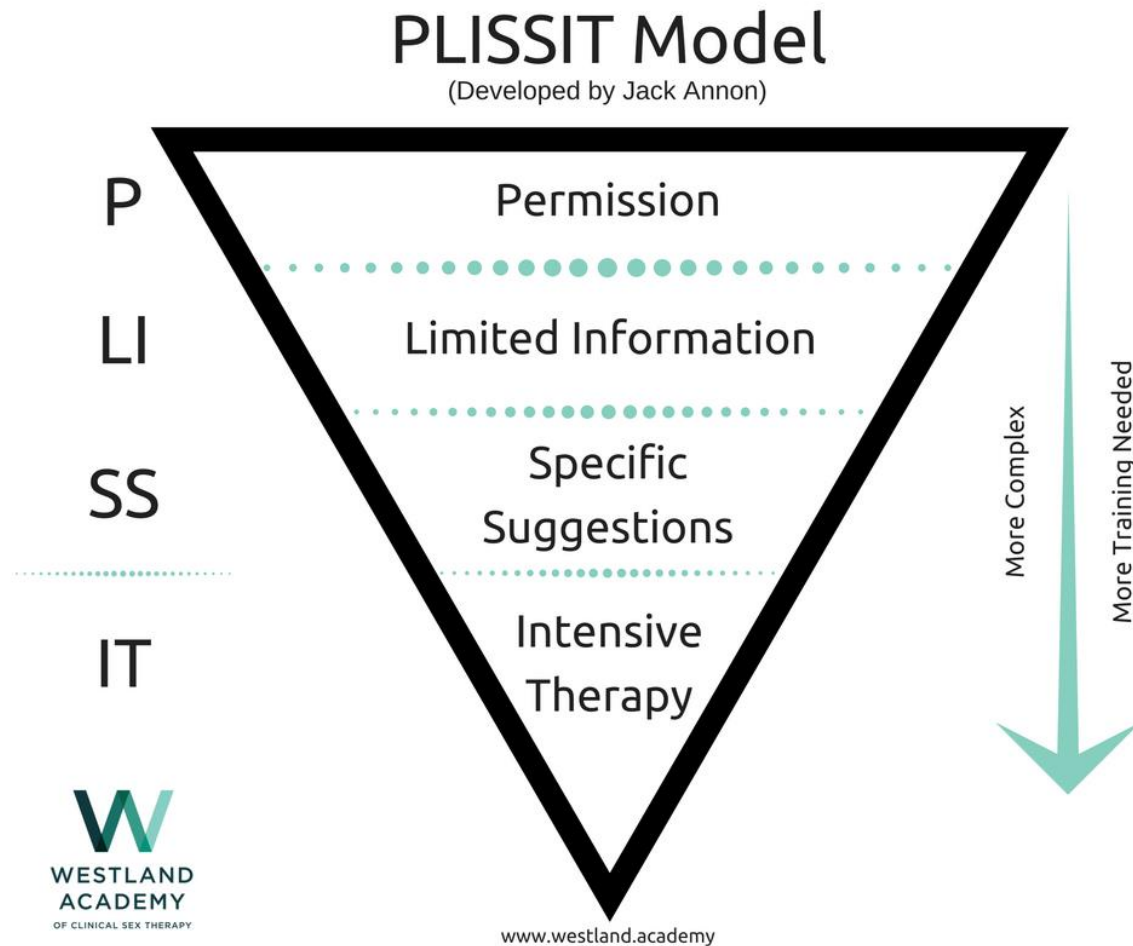
## 1. Vedlegg søkeskjema

Søkeord	Database	Begrensning	Antall	Leste artikler	Inkluderte i oppgaven
Ovarian cancer	CINAHL	Full tekst	4525		
Ovarian cancer + sexuality	CINAHL	Full tekst	27		
Ovarian cancer + sexuality + survivors	CINAHL	Full tekst	3	1	1.Ovarian Cancer Survivors: Qualitative Analyses of the Symptom of Sexuality
Ovarian cancer + sexuality + coping	CINAHL	Full tekst	3	1	Development of a Patient Education Resource for Women With Gynecologic Cancer
Ovarian cancer + sexuality +quality of life	CINAHL	Full tekst	6	1	1.Management of sexuality, intimacy and menopause symptoms in patients with ovarian cancer.
Ovarian cancer	Pubmed	Full tekst	104272		
Ovarian cancer + sexuality	Pubmed	Full tekst	225		
Ovarian cancer + sexuality + quality of life	Pubmed	Full tekst	65		
Ovarian cancer + sexuality + quality of life + survivors + sexual health	Pubmed	Full tekst	9	1	Quality og life and sexuality comparison between sexually active ovarian cancer survivors and healthy woman.
Ovarian cancer+ sexual+ sexual dysfunction +	Pubmed	Full tekst	17	1	Improvement in sexual function after ovarian cancer: effects of sexual therapy and

survivors + sexual health					rehabilitation after treatment for ovarian cancer
Sexual functioning	CINAHL	Fulltekst	1407		
Sexual functioning + quality of life	CINAHL	Fulltekst	432		
Sexual functinong + quality of life + sexual health	CINAHL	Fulltekst	5		Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: results from quantitative and qualitative data.
Sexual health	CINAHL	Fulltekst	5872		
Sexual health + sexuality	CINAHL	Fulltekst	2047		
Sexual health + sexuality + female	CINAHL	Fulltekst	1374		
Sexual health + sexuality + female + gynecological	CINAHL	Fulltekst	9	1	Sexual health in patients with gynecological cancer: a qualitative study
Sexuality	CINAHL	Fulltekst	21083		
Sexuality + female	CINAHL	Fulltekst	12992		
Sexuality + female + gynecological	CINAHL	Fulltekst	42		
Sexuality + female + gynecological + sexual	CINAHL	Fulltekst	29	1	Understanding sexuality in women with gynaecological

## Vedlegg 2. PLISSIT – Modellen

Laget av Jack Annon fra 1976, er en modell som beskriver ulike nivåer sykepleiere kan forholde seg til og behandle seksuell problemer på. Pyramiden deler ansvarsfordelingen og ulike nivåer av problemstillinger og metoder å løse dem (Almås & Benestad, 2010, s. 67)



Hentet 3/3-18 fra <http://westland.academy/westland-approach/>