



Kreft og fertilitet

Unge kvinners informasjonsbehov i møte med kreft og fertilitet

VID Vitenskapelige Høyskole

Videreutdanning i kreftsykepleie

Kandidatnummer: 404

Antall ord: 3000

Dato: 06.05.19

Veileder: Anne Øverlie

Tillater du at artikkelen blir publisert i Brage?

<http://www.diakonova.no/ny-forside/hoyskolen/for-studenter/skjemaer>

JA, jeg tillater (sett kryss)

NEI, jeg tillater ikke

Godkjent i avd.møte fakultet helsefag 14.08.18.

Sammendrag

Innledning med bakgrunn: Avansert kreftbehandling kan innebære kirurgisk fjerning av reproduktive organer i kombinasjon med alkylerende cellegift og/ eller strålebehandling som innebærer at kvinner kan miste eller få betydelig redusert fertilitet. Traumat ved å miste en framtidig morsrolle kan oppleves som tap og kan arte seg som sorg, både hos kvinnen og hennes partner. Stadig flere kvinner utsetter å få barn og flere rekker derfor å utvikle kreft før de har fått startet en familie. Artikkelenes hensikt er å undersøke unge kvinners informasjonsbehov om redusert og tapt fertilitet som seneffekt etter kreftbehandling

Metode: Artikkelen er en litteraturstudie som tar for seg eksisterende forskning, fagartikler, faglitteratur og lovverk. Det er anvendt studier med kvalitativ metode, kvantitativ metode og mixed methods.

Resultat: Det kommer tydelig frem i samtlige studier at fertilitet er med på å definere kvinnens egenverd og selvfølelse. Det er viktig at sykepleieren tar opp fertilitet med kvinnen og sørger for at hun blir henvist både til gynekologisk onkolog og til endokrinolog for å sørge for bredt tverrfaglig samarbeid rundt kvinnen. Det kreves at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse, formidlingsevne, tid og fokus til å prate med kvinnen om fertilitet. Studien er av betydning for helsepersonell som arbeider med unge kvinnelige kreftpasienter som trenger informasjon om konsekvensene av kreftbehandling for fertiliteten.

Konklusjon/oppsummering: Samtlige studier konkluderer med at det er behov for ytterligere forskning på en heterogen gruppe, fra ulike kulturer, religioner, legning og sosioøkonomisk status.

3-5 nøkkelord: Ung kreft, fertilitet, sykepleie, informasjon, kreftbehandling.

Abstract

Background: Advanced cancer treatment may involve surgical removal of reproductive organs in combination with alkylating chemotherapy and/ or radiotherapy which can lead to loss or significant compromised fertility. The trauma of losing the opportunity of motherhood can be related to loss and mourning, for patient and her partner. Several women are postponing starting a family and therefore develop cancer prior to having children. The purpose of this article is to examine young women's information needs about reduces and lost fertility as a late effect of cancer treatment.

Methods: This article is a systematic review that look at already existing research, academic literature and legislation. Studies of qualitative, quantitative and mixed methods has been included in this study.

Results: In all studies it is shown that fertility is a part of defining the patient's self-worth and self-esteem. It is important that nurses talk about fertility with the patient and make sure that the patient is referred to both gynecological oncologist and to an endocrinologist to provide broad interdisciplinary collaboration to the patient. Healthcare professionals are required to have sufficient knowledge, communication skills, time and focus to talk to the patient about fertility. This study is of importance to healthcare professionals that interact with young female cancer patients that needs information about their fertility and the loss of it as a result of the cancer treatment.

Conclusions: All the studies conclude that there is a need for additional research on a heterogenous group, from different cultures, religions, sexual orientation and socio-economic status.

Keywords: Young cancer, fertility, nurse, information, cancer treatment.

Innledning

Utviklingen av diagnostiske verktøy og kreftbehandling har ført til en betydelig økning i andelen mennesker som overlever kreft (Sobota & Ozakinci, 2014). Avansert kreftbehandling kan innebære kirurgisk fjerning av reproduktive organer i kombinasjon med alkylende cellegift og/ eller strålebehandling som gjør at man kan miste eller få betydelig redusert fertilitet (Kristensen, 2018, s. 319). Traumat ved å miste en framtidig morsrolle og funksjon kan oppleves som et tap og kan arte seg som sorg, både hos kvinnen og hennes partner (Jacobsen, 2017, s.607). Helsepersonell bør ha kompetanse til å kunne formidle informasjon om seneffekter av behandlingen på en god måte på rett tidspunkt i behandlingsforløpet.

Bakgrunn

Behandling med cellegift og/ eller stråling bidrar til å fremskynde det aldersbetingede tapet av umodne egg som forekommer hos alle kvinner og kan føre til tidlig menopause og ufrivillig barnløshet (Kiserud & Fosså, 2013, s.84). Alderen på førstegangsfødende kvinner øker, og det er flere som utvikler kreft før de har rukket å starte en familie. Kvinner som har barn, men ønsker seg flere på tidspunktet de får en kreftdiagnose opplever like høyt stressnivå som kvinner uten barn (Schwartz, 2009; Sobota & Ozakinci, 2014). Dryden, Ussher og Perz (2014) trekker frem at det kan være et dobbelt traume for kvinnen å måtte kjempe mot en alvorlig sykdom samtidig som de står i fare for å miste fertiliteten. Det påpekes i samme studie at unge kvinner opplever større traume og psykisk stress enn unge menn ved tap av fertilitet. Forskjellen ser ut til å være betinget i at fertilitet er med på å definere kvinnens oppfattelse av egen verdi og hensikt med egen kropp. For kvinnen og hennes partner kan denne problematikken bli altoppslukende og ta over all annen form for hverdagslighet og andre viktige sider i livet (Kiserud & Fosså, 2013, s.85). Unge kvinnelige kreftpasienter er i økende grad interessert i fertilitetsbevarende behandling (FBB) og at man får tilbud om samtale med enten onkolog eller onkologisk sykepleier. Til tross for at vi i dag er godt kjent med flere trygge fertilitetsbevarende tiltak viser det seg at flere onkologer enten gir for dårlig informasjon eller unnlater å informere kvinnen om fertilitetsbevarende tiltak (Lawson et al., 2017). Pasienter som identifiserer seg som lesbisk, homofil, bifil eller transkjønnet (LHBT) har mindre sannsynlighet for å få tilbud om FBB (Murray, Chrisler & Robbins, 2016). Sobota og Ozakinci (2014) trekker frem at å kunne få barn gir kvinnene tilbake følelsen av normalitet, gjenoppretter følelsen av å være likestilt med sine jevnaldrende og gir ytterligere motivasjon for å komme seg gjennom kreftbehandling. Mange kvinner oppfatter det å kunne bevare fertiliteten og evnen til å starte en familie som en «suksessfull overlevelse» (Sobota & Ozakinci, 2014; Waimey, Smith, Confino, Jeruss & Pavone, 2015). Denne

artikkelen er av klinisk betydning for helsepersonell som arbeider med unge kvinnelige kreftpasienter som trenger informasjon om sin fertilitet og fertilitetsbevarende tiltak.

Hensikt og problemstilling

Artikkelen belyser unge kvinners informasjonsbehov om redusert og tapt fertilitet som en seneffekt etter kreftbehandling. For å kunne utøve god sykepleie til denne pasientgruppen må kreftsykepleieren ha gode bakgrunnskunnskaper om ulike typer FBB som finnes, ha innsikt i hvilke pasienter som trenger informasjon, når og hvordan de trenger den. Kvinnen selv er ikke alltid i stand til å ta en avgjørelse ved diagnosetidspunkt eller de er kanskje ikke klar over at dette er noe de må ta stilling til før behandlingsstart. Kreftsykepleiere bør derfor være med på å rette fokus mot dette tema.

«Hvilken informasjon trenger unge kvinner med kreft om fertilitet?»

Metode

Artikkelen er en litteraturstudie som tar for seg eksisterende forskning, fagartikler, faglitteratur og lovverk. Fordelen med å benytte litteraturstudie er at den trekker frem både helsepersonell og pasientens opplevelser (Dalland, 2017, s. 211). Relevant lovverk som belyser temaet er pasientrettighetsloven og likestillings- og diskrimineringsloven. Forskningen inkludert i denne studien er funnet i Cinahl i tidsperioden 11.01.19 - 29.01.19. Begrensninger som er satt for forskningen er at den skal være tilgjengelig i full tekst og omfatte unge kvinnelige kreftpasienter eller kreftsykepleieres holdninger om fertilitetsbevarende rådgivning. Forskningen skal være av nyere dato, ikke eldre enn 5 år. Studiene som presenteres i denne artikkelen bruker forskningsmetoder som kvantitativ metode, kvalitativ metode og mixed methods. Fordelen med å inkludere studier med ulike forskningsmetode er at studiene vil kunne representere et bredere utvalg av observasjoner. Den kvantitative metoden presenterer talldata og gir oss mulighet til å se på tall, sannsynlighet og forekomst av et fenomen. Dersom man vil ha dybdekunnskap om informantenes opplevelser, tanker og erfaringer benytter man med fordel kvalitativ metode (Dalland, 2018, s. 53). Bruken av mixed methods som metode er en voksende trend. Forskningsmetoden benytter både kvalitativ og kvantitativ metode i en og samme studie. En av fordelene mixed methods gir er at forskningen ikke blir begrenset av rammene for kvalitativ og kvantitativ metode (Polit og Beck, 2008, s. 309).

Søkeord som ble brukt var «Chemotherapy + Fertility». Søket ble begrenset til å være fra 2013-2018 og forskning gjort på kvinner. Søket gav 18 treff og det ble inkludert en studie. Søk utført med søkeord: «Cancer + Young women or young females + fertility». Søket ga 15 treff hvor en studie passet for denne artikkelen. Søkeord som ble brukt var: «Post-cancer + young women + fertility». Søket ga ett treff. Søk utført med søkeord: «Young + Cervical cancer + fertility». Begrensninger som ble satt var at forskningen skulle omfatte kvinner i alderen 19-44 år. Søket ga 19 treff og en litteraturstudie var relevant for denne studien. Søkeord som ble brukt: «Fertility + Oncology nurse + patient». Søket ble begrenset til å være fra tidsperioden 2013-2018. Søket ga 7 treff og en studie ble inkludert.

Etiske vurderinger

Forskningen som er brukt i denne artikkelen er publiserte artikler i anerkjente tidsskrifter. Studiene som har utført forskning på pasienter er godkjent i etiske beslutningsfora og har fått tillatelse til gjennomføring og publisering av forskningen.

Resultat

Lawson et al. (2017) presenterer en kvantitativ studie som ser på forskjeller i rådgivning om fertilitetsbevarende tiltak. Studien undersøkte 259 elektroniske journaler fra 2009-2013. Det er tatt utgangspunkt i kvinner fra 18-45 år med brystkreft, hematologisk kreft eller gynekologisk kreft. Kvinnene har fått gonadotoksisk cellegift som kan gi skade på reproduktive organer. Resultatet viser at det i 160 av 259 journaler er dokumentert at det er gitt rådgivning om fertilitetsbevarende tiltak. Hos 60 pasienter var det dokumentert «ikke aktuelt» med samtale. Hos 16 pasienter var det ikke dokumentert at samtale om fertilitetsbevarende tiltak var gjennomført, og det var ingen forklaring på hvorfor det ikke var blitt gitt tilbud om samtale. Alder, sivilstatus og etnisk bakgrunn var relatert for rådgivningsstatus. Pasienter med gynekologisk og hematologisk kreft hadde større sannsynlighet for å få tilbud om samtale enn pasienter med brystkreft.

Sobota & Ozakinci (2014) gjør en systematisk gjennomgang som ser på fruktbarhetsproblemer hos unge kvinnelige kreftpasienter, med fokus på psykisk velvære, fertilitetsbevarende tiltak og reproduktive beslutninger. Tjueseks artikler ble inkludert. Studien trekker frem ulike utfordringer unge kvinnelige kreftoverlevende opplever i forbindelse med gjennomgått behandling og fertilitet. Kvinnens reproduktive evne etter endt behandling hadde innvirkning på depresjon, angst og livskvalitet. Kvinnens valg av kreftbehandling ble påvirket av ønsket om å få barn.

Dryden et al. (2014) beskriver i en kvalitativ studie unge kvinners oppfattelse av seg selv og fertilitet etter kreft. Det er utført semi-strukturerte intervjuer med åtte barnløse kvinner i alderen 18-26 år med ulike typer kreftsykdom. Kvinnene med skadet fertilitet opplevde lavere grad av egenverd, følte seg som dårligere partnere og var bekymret for at de skulle overføre dårlige gener til barnet sitt ved et eventuelt svangerskap. Studien viser at fruktbarhet er av stor betydning for kvinnene og at redusert fruktbarhet sees på som svært negativ. Studien trekker frem at det bør utføres flere kvalitative studier om fertilitet hos kvinner som har fått barn før kreftbehandling for å se om traumet ved tapt fertilitet kan sammenlignes hos kvinner med og uten barn.

Schwartz (2009) utførte en litteraturstudie for å undersøke forekomsten av livmorhalskreft hos kvinner i reprodutiv alder og identifiserer reprodutive problemer hos disse kvinnene. Studien presenterer kirurgiske og andre typer FBB som er tilgjengelig for pasienten i USA. Studien trekker frem unge kvinner med livmorhalskreft som en spesielt sårbar gruppe med ekstra behov for samtaler og oppfølging i FBB. Studien påpeker at sykepleiere til pasienter med livmorhalskreft, må ha innsikt i de ulike typer FBB og hvilke pasienter som er kandidater for de forskjellige behandlingene. Det konkluderes med at kvinnelige kreftpasienter er i behov av tverrfaglig behandling fordi fertilitet er nært knyttet til kvinnens livskvalitet.

Murray et al. (2016) har gjort en studie med to ulike formål. Den ene hensikten er å se om fertilitetsveiledning påvirker pasienten til å ta valg om de ønsker FBB eller ikke. Studien undersøker om kjønn, alder, diagnose, rase og sosioøkonomisk bakgrunn var av betydning for om pasienten ble ledet til å gjennomføre fertilitetsbevarende tiltak. Hypotesen til studien var at ungdommer og kvinner ble minst emosjonelt ledet til å takke ja til FBB på grunn av forlenget og mer krevende behandlingsforløp. Studiens andre hensikt var å kartlegge kreftsykepleieres holdninger til FBB. Sykepleierne ble bedt om å fylle ut spørreskjema med åpne spørsmål som kartla deres personlige verdier, holdninger og eventuelle barrierer for å gjennomføre samtaler om FBB. Studien påpeker at helsepersonell bør holde seg oppdatert på ulike fertilitetsbevarende tilbud som finnes. Studien trekker frem at kreftsykepleieren ikke opplever å ha noe definert rolle når og dersom pasienten skulle informeres om FBB.

Diskusjon

Det kommer frem i samtlige studier at fertilitet er med på å definere kvinnens egenverd og selvfølelse. Helsepersonell bør derfor bidra til å rette fokus mot tematikken på riktig tid og hjelpe kvinnen til å ta informerte avgjørelser om sin behandling og fertilitet. Kvinner tar

oftere på seg skylden for at de er blitt syke enn hva menn gjør (Jacobsen, 2017, s.610). En spesielt sårbar gruppe er unge kvinner med livmorhalskreft. Humant papillomavirus (HPV) kan gi livmorhalskreft og er seksuelt overført. Risikofaktorer for HPV-smitte kan innebære mange seksualpartnere og tidlig seksuell debut (Kristensen, 2017, s. 592). Mange kvinner kan oppleve at de har blitt syke som en straff for at de tidligere har levd utsvevende liv eller har gjennomført aborter. Det er derfor av betydning for kvinnen å bli møtt med omsorg og forståelse for at hun er i en vanskelig og sårbar situasjon (Jacobsen, 2017, s. 610-611). En kvinne i Schwartz (2009) sin studie forteller at hun fikk beskjed om at den fertilitetsbevarende operasjonen var mislykket rett etter at hun hadde våknet fra narkose på post-operativ avdeling hvor hun lå sammen med flere andre pasienter. Hun opplevde dette som «et slag i magen» og hun følte seg maktesløs og sårbar i en allerede vanskelig situasjon. Hun var ikke forberedt på at informasjonen skulle komme så fort og hun hadde ønsket å ha ektefellen sin hos seg når hun fikk formidlet denne informasjonen. Jacobsen (2017, s. 611) påpeker at kvinnen, enten alene eller med partner, bør få tid til å ta innover seg informasjonen som blir gitt. Det bør være rom for å reagere, reflektere og bearbeide informasjon slik kvinnen selv og eventuelt hennes partneren har behov for i enerom.

Dryden et al. (2014) har undersøkt kvinners oppfattelse av seg selv og sin fertilitet etter gjennomgått behandling. I studien kommer det frem at det er en utbredt antagelse at kvinner vil ha og kan få barn og at de som ikke ønsker eller ikke kan få barn sees på som avvikende eller «mangelfulle». Flere av kvinnene i studien identifiserte seg selv som «utilstrekkelig kvinne» etter gjennomgått kreftbehandling. De opplevde vanskeligheter med å være en god partner og var bekymret for at de skulle bli forlatt som følge av at de ikke kunne gi partneren sin barn. For flere av kvinnene ble velfungerende fertilitet sett på som et grunnleggende fundament i et vellykket romantisk forhold (Dryden, et al., 2014). Det viser seg allikevel at det å ikke kunne få barn er en krise som går over i løpet av noe tid og at man på sikt ikke ser særlig forskjell på par med barn og par uten barn (Kiserud og Fosså, 2013, s.85). En av kvinnene i Dryden et al. (2014) sin artikkel fortalte at hun følte seg «genetisk defekt» som følge av tapt fertilitet. Dette ga utslag på hennes selvfølelse og opplevelsen av seg selv som et «verdig og fullkomment» menneske. Kiserud og Fosså (2013, s.85) underbygger funnet ved å påpeke at ufrivillig barnløshet kan føre til sjalusi, sinne, opplevelsen av manglende kvinnelighet og psykiske problemer på sikt.

Majoriteten av kvinnene i Schwartz (2009) sin studie oppga at fertilitet var viktig for dem og at de opplevde å bli møtt med varierende respons av helsepersonell når de tok opp spørsmål

rundt sin fertilitet. Flere kvinner påpeker at på tross av gjentatte forsøk på å snakke om fertilitet med legen ble de ikke hørt eller tatt på alvor. Noen pasienter fikk beskjed om at fertilitet ikke var riktig fokus nå og andre fikk beskjed om at dette kunne de tenke på først når de var i et etablert parforhold. I Pasientrettighetsloven (2001) §3-2 kommer det frem at pasienten skal ha informasjon om mulige bivirkninger, skader eller alvorlige komplikasjoner i forkant av behandlingen. Pasienten har også krav på å få nødvendig informasjon om behandlingen og bivirkninger slik at de selv kan ta et informert valg om hvilken type behandling de ønsker. Dryden et al. (2014) observerer at kvinner som var godt informert om hvilke seneffekter kreftbehandlingen hadde på fertiliteten hadde større sannsynlighet for å ta aktivt del i behandlingen sin. Det bidro til at kvinnene følte at behandlingsopplegget var vellykket, og de opplevde å ta større del i avgjørelser som omhandlet deres liv. Det gjøres lignende erfaringer hos Sobota og Ozakinci (2014), hvor det kommer frem at pasienter som hadde fått rådgivning om fertilitetsbevarende tiltak opplevde mindre fysiske og psykiske bivirkninger enn kvinner som ikke hadde fått rådgivning. Dette gir ytterligere grunnlag for å inkludere kvinnen i avgjørelser som tas vedrørende behandling og hvilke konsekvenser den kan ha på fertiliteten på sikt.

Murray et al. (2016) fremhever at pasienter som identifiserer seg som LHBT var i behov av en annen tilnærming for å snakke om fertilitet. Dette viser at det for helsepersonell er essensielt med kompetanse som strekker seg utover kun den medisinske utviklingen. Helsepersonell bør ha evne til å kommunisere med pasienter med ulike kulturer, religioner og pasienter som identifiserer seg som LHBT. Pasienter er beskyttet gjennom Likestillings- og diskrimineringsloven (2018) som oppgir i §6 at ingen skal diskrimineres som følge av kjønn, etnisitet, religion, livssyn, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, alder eller kombinasjon av disse. Murray et al. (2016) trekker frem at det knapt finnes forskning på denne gruppen, og at forskningen i stor grad dreier seg om enslige personer eller pasienter i heterofile forhold.

Det bør være avklarte roller om hvem som skal snakke med kvinnen om fertilitet og at hun selv ikke er den som må ta opp tema. Helsepersonell bør ha tilstrekkelig kompetanse til å prate med pasienter om fertilitet. Dette innebærer ikke bare konkret kunnskap om fertilitetsbevarende tiltak, men også kommunikativ kompetanse og gode holdninger i møte med pasienten. For flere kvinner kan fertilitet bli et problem på grunn av fysiske vaginale endringer etter kreftbehandling, som vaginal stenose som gir trang og kort skjede. Dette vanskeliggjør seksuallivet og anslås å være en seneffekt hos omlag halvparten av kvinnene som behandles for livmorhalskreft (Kristensen, 2018, s. 596). Et tilfredsstillende genitalt

seksualliv baserer seg på hormonproduksjon, blodsirkulasjon og nerveforsyning. Kreftbehandling som kirurgi og/eller strålebehandling i eller rundt urogenitalområdet og systemisk behandling med alkylende cellegift kan virke inn på disse fysiologiske prosessene og hemme kvinnens seksuelle helse (Borg, 2018, s. 122). Det er relevant for kvinnen å vite noe om dette før behandlingsstart, slik at hun er forberedt. Helsepersonell bør derfor snakke med både kvinnen og hennes partner om seksualitet, både før, under og etter gjennomført behandling. Helsepersonell unngår å snakke med pasientene om seksualitet. De oppgir ofte grunner som at de er for sjenerte, de tror pasienten blir ukomfortabel eller de føler at de har for lite kompetanse og mangler et korrekt vokabular til å ha en samtale om seksualitet (Borg, 2018, s. 126). Kreftsykepleieren har en signifikant rolle i emosjonell støtte og veiledning for pasienten. Det er viktig at sykepleieren tar opp fertilitet med kvinnelige pasienter og sørger for at hun blir henvist både til gynekologisk onkolog og til endokrinolog for å sørge for bredt tverrfaglig samarbeid (Schwartz, 2009).

Metodediskusjon

Flere av studiene, inkludert litteraturstudiene, påpeker at forskningen er utført på en homogen gruppe og at majoriteten av informantene var kaukasiske, velutdannede, gifte kvinner i mellom- og overklasse. Dette kan gi redusert generaliserbarhet til andre grupper fra ulike kulturer, religioner, raser og ulike seksuelle legninger. Ingen av studiene som er inkludert er gjort i Norge og har derfor ikke tatt hensyn til norsk bioteknologilov. Studiene sees allikevel på som relevante fordi de er gjort i vestlige land og er sammenlignbare med norske forhold. Studiene inkluderer pasienters opplevelser og erfaringer, noe som trolig er overførbart til norske forhold. Schwartz (2009) inkluderes på tross av at den ikke møter studiens inklusjonskriterer om at forskningen ikke skal være eldre enn fem år. Studien inkluderer, fordi den gir relevant informasjon ved å trekke frem hvilket informasjonsbehov unge kvinner med kreft har for FBB. Behovet for informasjon vil trolig være det samme hos pasientgruppen, til tross for at metodene for FBB har endret seg de siste ti årene.

Konklusjon

Fertilitetsbevarende behandlinger har gjennomgått en stor utvikling de siste årene. Den unge kvinnelige kreftpasienten har behov for kompleks tverrfaglig behandling, omsorg og pleie. Det kreves at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse, formidlingsevne, tid og fokus til å samtale med kvinnene om fertilitet. Studien er av betydning for helsepersonell som arbeider med unge kvinnelige kreftpasienter som trenger informasjon om sin fertilitet og tap av den som følge av kreftbehandling. Artikkelen gir et lite innblikk i hvilke utfordringer og

opplevelser unge kvinnelige pasienter har og hvilken informasjon de trenger om kreft og infertilitet som seneffekt av kreftbehandling. Det kreves mer forskning om fertilitet hos kvinner generelt, samt fra kvinner som identifiserer seg som LHBT, ulike religioner og kulturer.

Referanseliste

- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Dryden, A., Ussher, J. M. & Perz, J. (2014). Young women's construction of their post-cancer fertility. *Psychology & Health*, 29(11), 1341-1360.
<https://doi.org/10.1080/08870446.2014.932790>
- Jacobsen, A. M. L. (2017). *Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorgan*. I Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K. (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient- Utfordring – Handling*. (s.604-613). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Kiserud, C.E. & Fosså, S.D. (2013). Kjønnshormoner og fruktbarhet. I Loge, J.H., Dahl, A.A, Fosså, S.S. & Kiserud, C.E. (Red.), *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (s.80-86). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kreftregisteret. (2018, 29. oktober). Livmorhalskreft. Hentet fra:
<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Livmorhalskreft/>
- Kristensen, G. (2018). Svulster i kvinnelige genitalia. I Schlichting, E. & Wist, E. (Red.), *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell* (s. 312-326). Oslo: Gyldendal akademisk
- Lawson, A. K., McGuire, J. M., Noncent, E., Olivieri, J. F., Smith, K. N. & Marsh, E. E. (2017). Disparities in Counseling Female Cancer Patients for Fertility Preservation. *Journal of Women's Health* (15409996), 26(8), 886-891.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2016.5997>
- Likestillings- og diskrimineringsloven (2018). Lov om likestilling og forbud mot diskriminering. (LOV-2017-06-16-51). Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51>
- Murray, A. N., Chrisler, J. C. & Robbins, M. L. (2016). Adolescents and Young Adults With Cancer: Oncology Nurses Report Attitudes and Barriers to Discussing Fertility

Preservation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(4), E93-E99.

<https://doi.org/10.1188/16.CJON.E93-E99>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins: *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8. Utgave)

Pasientrettighetsloven (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63).

Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-2>

Schwartz, S. (2009). Young cervical cancer patients and fertility. *Seminars in Oncology Nursing*, 25(4), 259-267. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2009.08.003>

Sobota, A. & Ozakinci, G. (2014). Fertility and parenthood issues in young female cancer patients--a systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*, 8(4), 707-721.

<https://doi.org/10.1007/s11764-014-0388-9>

Waimey, K. E., Smith, B. M., Confino, R., Jeruss, J. S. & Pavone, M. E. (2015).

Understanding Fertility in Young Female Cancer Patients. *J Womens Health (Larchmt)*, 24(10), 812-818. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5194>