

BSYBAC
Bacheloroppgave i Sykepleie



Universitetet
i Stavanger

Kvinnens utfordringer og behov etter endt behandling for gynekologisk kreft

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 12.05.2021

Kandidatnummer: 6227 og 6249



Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Rundt 21.000 kvinner i Norge lever med, eller har hatt, gynekologisk kreft. Mange sliter med senvirkninger, og kan oppleve et behov for bedre oppfølging etter endt behandling.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse hvilke behov og utfordringer kvinner har etter endt behandling for gynekologisk kreft.

Metode

Metoden benyttet i denne oppgaven er en integrativ litteraturoversikt. Det ble analysert tre artikler. Resultatene av disse, i tillegg til våre egne refleksjoner og faglitteratur, ligger til grunn for besvarelsen av problemformuleringen.

Resultater

Resultatene bekrefter at kvinnene sliter med mange utfordringer som omfatter blant annet kroppslige endringer, psykisk helse og seksualitet. Det kommer også fram at kvinnene har et behov for mer og bedre oppfølging etter endt behandling.

Nøkkelord: Gynekologisk kreft, utfordringer (distress), kvinner, kvalitet, oppfølging, behov, pasientperspektiv, kreftbehandling, senvirkninger, seksualitet, kvinnehelse, tabu

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Problemformulering.....	1
1.2 Hensikt.....	1
1.3 Bakgrunn for valg av tema	1
1.4 Begrepsavklaring	2
1.4.1 Kvinner	2
1.4.2 Distress.....	2
2.0 TEORI	3
2.1 Gynekologisk kreft; behandling og oppfølging.....	3
2.2 Senvirkninger og konsekvenser etter gynekologisk kreftbehandling.....	4
2.3 Seksuell helse	6
2.4 Sykepleie til pasienter behandlet for gynekologisk kreft	7
2.5 Lidelse	8
2.6 Kommunikasjonsteori.....	8
3.0 METODE	10
3.1 Hva er metode?.....	10
3.2 Integrativ litteraturoversikt	10
3.3 Litteratursøk.....	11
3.3.1 Valg av databaser	11
3.3.2 Valg av søkestrategi.....	12
3.3.3 Valg av søkeord	12
3.3.4 Valg av artikler	13
3.4 Analyse av artikler.....	16
4.0 RESULTATER	17
4.1 Livskvalitet	17

4.1.1 Plager i livet etter behandlingen	17
4.1.2 Seksuell helse.....	18
4.1.3 Erfaringsdeling med andre i samme situasjon	19
4.2 Kommunikasjon etter endt behandling.....	20
4.2.1 Behovet for informasjon og oppfølging.....	20
4.2.2 Å snakke om utfordringer relatert til sykdom og behandling	21
4.2.3 Møtet med kompetent helsepersonell	21
5.0 DISKUSJON	22
5.1 Metodediskusjon.....	22
5.1.1 Forskningen.....	22
5.1.2 Kvalitativ og kvantitativ forskning som metode.....	23
5.1.3 Drøfting av eget valg av artikler	24
5.1.4 Vurdering av integrativ litteraturoversikt som metode	26
5.2 Resultatdiskusjon.....	26
5.2.1 Livskvalitet	26
5.2.2 Kommunikasjon etter endt behandling	29
5.3 Konklusjon.....	31
6.0 ANVENDELSE AV RESULTATER I PRAKSIS	32
LITTERATURLISTE	34
VEDLEGG	38
Vedlegg 1: Oversiktstabell over analyserte artikler.....	38
Vedlegg 2: Utdyping av hjelpende kommunikasjon	41
Vedlegg 3: Utdyping av kommunikasjonsevner	41
Vedlegg 4: Utrekning	42

1.0 INNLEDNING

Hvert år får rundt 1700 kvinner i Norge diagnosen gynekologisk kreft. Grunnet økende kunnskap og tidlig diagnostisering er det større overlevelsesprosent, og rundt 21.000 kvinner lever i dag med, eller har hatt, gynekologisk kreft (Gynkreftforeningen, u.å.). Det eksisterer tilsynelatende fortsatt et samfunnstabu rundt kvinnehelse, og det ses et ønske blant kvinner om økt fokus på blant annet senvirkninger og seksuell helse etter gynekologisk kreft (Solbrække & Bondevik, 2015, s. 1-10).

1.1 Problemformulering

Ved alle typer kreftbehandling finnes det en risiko for senvirkninger. Disse kan påvirke både det somatiske, psykologiske og sosiale aspektet av mennesket. Senvirkningene kommer individuelt til uttrykk og med ulik alvorlighetsgrad (Helsedirektoratet, 2020). Gynekologisk kreftbehandling fører ofte til senvirkninger som kan gå ut over kvinners helse og livskvalitet. I tillegg opplever kvinner å få mangelfull informasjon og oppfølging etter behandlingen (Hoel, Leite & Grønvik, 2021 s. 1). Flere kvinner oppgir at det hadde vært lettere å gå gjennom eksempelvis kroppslige og seksuelle endringer hvis det hadde vært mer åpenhet rundt dette (Hoel et al., 2021, s. 1).

Vi mener ny kunnskap rundt temaet i oppgaven kan bidra til at det blir satt et større fokus på kvinnenes utfordringer og hvilke behov de har. Vi håper økt fokus på denne problemstillingen kan bidra til bedre erfaringer hos kvinner behandlet for gynekologisk kreft.

1.2 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse hvilke utfordringer kvinner står i, og hvilke behov de har, etter endt behandling for gynekologisk kreft.

1.3 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom utdanningen vår har interessen for kvinnelig helse, og seksualitet relatert til kreft og kreftbehandling, blitt større. Vi anser denne bacheloroppgaven som en god mulighet til å belyse et viktig tema som fortjener større oppmerksomhet. Vi har tenkt på om kvinnene

opplever større vanskeligheter relatert til sin kreftdiagnose fordi sykdommen sitter i en tabubelagt del av kroppen.

Tidligere i utdanningen var vi på et foredrag der en kvinne fortalte om opplevelsene hun hadde hatt med sin gynekologiske kreftsykdom. Det var tydelig at hun hadde umøtte behov relatert til informasjon og oppfølging. Blant annet fikk hun ikke tilbud om å snakke om ulike deler av livet hennes som nå var forandret. Hun hadde opplevelsen av at det var for lite fokus på utfordringer som kan komme etter endt behandling. I denne oppgaven vil vi undersøke om dette er normen.

Vi mener det er viktig å sette fokus på en tematikk som bare rammer den kvinnelige delen av befolkningen. Håpet er at ny kunnskap kan bidra til å normalisere kvinnehelse, og til mer åpenhet rundt gynekologiske kreftdiagnoser. Det er et problem at senvirkninger etter kreftbehandling ikke blir tatt på alvor, fordi det fører til at mange kvinner lever med utfordringer og umøtte behov i hverdagen. Vi tror det er viktig å få dette fram i lyset, for å vise hva som er realiteten for denne pasientgruppen.

Vi velger å fokusere på kvinnenenes egne erfaringer, og har derfor valgt å skrive oppgaven ut fra et pasientperspektiv.

1.4 Begrepsavklaring

1.4.1 Kvinner

Man kan være født med kvinnelige kjønnsorganer, men definere seg som et annet kjønn. I denne oppgaven har vi gått ut fra det kjønnnet man blir tildelt ved fødselen, slik de beskriver det på Sundhedsstyrelsen sine nettsider (Sundhedsstyrelsen, 2021). Derfor bruker vi ordet kvinne om alle som kan rammes av gynekologisk kreft.

1.4.2 Distress

“Distress” er et ord som er vanskelig å oversette til norsk. Mange artikler som omhandler kvinner og gynekologisk kreft, skriver om “cancer related distress”. På engelsk har dette begrepet mange nyanser i betydningen, og inneholder blant annet følelser som; sorg, angst,

sinne, hjelpeløshet, usikkerhet, redsel for tilbakefall av sykdom og depresjon (American Cancer Society, 2020). I denne oppgaven har vi valgt å oversette “distress” som “utfordringer”, og hver gang vi nevner kreftrelaterte utfordringer henviser vi til det engelske ordet “distress”.

2.0 TEORI

I teorikapittelet vil vi definere hva gynekologisk kreft er, og gi en enkel forklaring på hvordan behandling av dette kan påvirke kvinnen. Vi vil skrive om seksuell helse, og hvordan seksualiteten til denne pasientgruppen kan bli påvirket. Videre i kapittelet fokuserer vi på sykepleie i møte med denne pasientgruppen. Til slutt beskriver vi hva kommunikasjonsteori er, kommer inn på Kari Martinsens omsorgsteori, og hvordan ulike sykepleieteoretikere omtaler lidelse.

2.1 Gynekologisk kreft; behandling og oppfølging

Gynekologi er læren om sykdommer i de kvinnelige kjønnsorganene. Gynekologisk kreft omfatter dermed kreft i de kvinnelige kjønnsorganene. De vanligste organene som blir rammet er eggstokkene, egglederne, livmoren, livmorhalsen, skjeden og vulva (Almås, 2016, s. 133). I 2019 var det 1852 kvinner i Norge som ble diagnostisert med gynekologisk kreft (Kreftlex, 2021).

Kirurgi er den mest vanlige behandlingsformen ved gynekologisk kreft (Almås, 2016, s. 151-153). Behandlingen vil være knyttet til hvilken type kreft kvinnen har, og også være avhengig av hvor tidlig sykdommen blir diagnostisert (Almås, 2016, s. 153). Kirurgisk behandling innebærer at kreftsvulsten fjernes ved operasjon (Kreftforeningen, 2021). Noen operasjoner er mer omfattende, og innebærer at hele organer blir fjernet. Et eksempel på dette er eggstokkreft, der både eggstokkene, livmoren og noe av omentet fjernes (Almås, 2016, s. 152). Hvis kreftsvulsten har spredt seg til omkringliggende vev, blir det ofte gitt en kombinasjonsbehandling, der cellegift eller stråling blir brukt før operasjonen. Ofte blir det også gitt adjuvant behandling etter operasjonen, for å minske risikoen for residiver. (Kreftforeningen, 2021).

Cytostatikabehandling, cellegift, har som hovedmål å skade kreftsvulsten. Cellegift som behandling fungerer best på celler som deler seg i høy hastighet, og er derfor dårlig egnet til langtkommen kreftsykdom med store tumormasser (Almå, 2016, s 399).

Strålebehandling, eller radioterapi, kan gis ved både dypereliggende og overfladiske svulster, og ved de fleste kreftformer. Strålebehandling virker lokalt, i motsetning til cellegift som virker systemisk.

Hormonbehandling er bygget på prinsippet om at noen kreftceller er avhengig av hormonelle stimuli for å vokse. Målet er å gi svulster redusert størrelse, bedring av symptomer og gi pasienten et forlenget liv. Bare hormonsensitive krefttyper, slik som livmorkreft, kan behandles på denne måten (Olsen, 2019).

I Norge i dag blir det satt i gang et pakkeforløp når sykehuset mottar en henvisning med begrunnet mistanke om kreft. Et pakkeforløp omfatter utredning, initial behandling og oppfølging, og eventuell behandling av residiv og metastaser. Pakkeforløpene er standardiserte nasjonalt, er faglig baserte, og skal være normgivende (Helsedirektoratet, 2016). Ifølge Helsedirektoratets retningslinjer for oppfølging av gynekologisk kreft, står det beskrevet at den vanligste oppfølgingen av gynekologisk kreft er rutinekontroller med fokus på å fange opp residiver. “Det anbefales individuelt tilpasset oppfølging der hensynet til pasientens livskvalitet vektlegges (...), særlig der residiv ikke kan ha et kurativt siktemål” (Helsedirektoratet, 2016, s. 22). Det er ikke gitt noen fast ramme på kontroller og oppfølging. Et veiledende forslag er tre til fire kontroller årlig det første året, og deretter en kontroll hvert halvår inntil fem år etter endt behandling. Disse kontrollene består utelukkende av en klinisk undersøkelse, en gynekologisk undersøkelse og eventuelt en CT og biopsi ved mistanke om residiv (Helsedirektoratet, 2016).

2.2 Senvirkninger og konsekvenser etter gynekologisk kreftbehandling

Senvirkninger er definert som bivirkninger fra behandling, som vedvarer over tid, eller som dukker opp mer enn et år etter behandlingen (Hess, Dahl & Kiserud, 2018, s. 18).

Gode behandlingsmetoder har resultert i at flere overlever gynekologisk kreft. Dette fører til et økt antall som lider av ettervirkningene av behandlingen (Sekse, Hufthammer & Vika, 2016, s. 401).

Når det gis cellegiftbehandling med kurativt siktemål vil behandlingen nesten alltid være intens, og veldig ofte ha bivirkninger opp mot grensen for det som er tolererbart (Almås, 2016, s. 399). Mange sliter med kronisk tretthet eller fatigue etter endt behandling. Man kan også oppleve psykiske senvirkninger som nedstemthet og depresjon (Kreftlex, 2021).

Ettersom cellegiften fungerer best på celler som deler seg raskt vil den angripe gonadene, noe som kan gå utover kvinnens fruktbarhet (Almås, 2016, s. 399).

Ved omfattende kirurgi blir mye av vevet i bekkenet fjernet. Dette medfører skader på nerver samt redusert lymfedrenasje. Dette kan gi lymfødem, problemer med blæretømming og seksuell dysfunksjon (Ørn & Bach-Gansmo, 2017, s. 410).

Fjerning av eggstokkene fører til umiddelbar menopause, som kan føre til hetetokter, søvnforstyrrelser, nattesvette, tørre slimhinner i skjeden og redusert seksualfunksjon (Rashidi, 2016).

Ved fjerning av livmoren, også kalt hysterektomi, vil menstruasjonsblødningene opphøre, og kvinnen vil komme tidlig i overgangsalderen. Etter hysterektomien ender skjeden blindt, noe som kan gi utfordringer ved samleie. Uten livmor og eggstokker kan ikke kvinnen bli gravid (Nesheim, 2021).

Strålebehandlingen er smertefritt, men kan ha plagsomme bivirkninger. Ved stråling av bekkenområdet blir kvinnene varig sterile og kommer i klimakteriet, altså i en kunstig overgangsalder. En annen senvirkning ved strålebehandling av bekkenområdet er trang og kort vagina. Det er også risiko for fistler mellom tarm og vagina (Ørn & Bach-Gansmo, 2017, s. 410).

Det kan dannes sammenvoksninger i vagina etter strålebehandling. Det kan problematisere både samleie og gynekologiske undersøkelser.

Stråling av bekken kan også føre til hetetokter og tørrhet i skjeden, urinlekkasje, humørsvingninger, nedsatt sexlyst, uregelmessig eller opphørt menstruasjon, søvnvansker, leddsmerter, økt risiko for beinskjørhet og overvekt (Kreftforeningen, 2020) (Ørn & Bach-Gansmo, 2017, s 415).

Kvinner i en studie gjort av Solbrække og Bondevik opplever å ha fått lite informasjon om livet etter behandlingen. Det kommer fram i artikkelen at senvirkninger ikke bare er underkommunisert i samfunnet, men også i kreftrehabiliteringen. Det vanligste gynekologiske inngrepet i Norge er fjerning av livmoren. Det finnes nesten ikke studier på hvordan det oppleves fra, særlig yngre, kvinners ståsted (Solbrække & Bondevik, 2015, s. 1).

2.3 Seksuell helse

Seksualitet er et sammensatt fenomen. Det er forankret i både fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og kulturelle forhold. Gode relasjoner til andre, og et godt forhold til egen seksualitet, er et viktig fundament for både livskvalitet og et godt seksuelt liv (Grimsbø, 2017b, s. 375). Det enkelte individs oppfattelse av helse, og dermed også seksuell helse, er preget av ens individuelle livsverden, livssituasjon og samfunnsforhold (Grimsbø, 2017b, s. 373).

Grimsbø (2017b) beskriver, ut fra WHO sine retningslinjer, at seksuell helse innebærer frihet fra frykt, skam, skyldfølelse og andre psykologiske forhold som hemmer evnen til seksuell utfoldelse og forstyrrer en seksuell relasjon. Det innebærer også frihet fra skader som forstyrrer de seksuelle og reproduktive funksjonene. Seksuell helse er forbundet med å kunne glede seg over sin seksualitet (Grimsbø, 2017b, s. 374).

Kvinnens seksualfysiologi er sammensatt av ulike aspekter som alle kan bli påvirket av eksempelvis senvirkninger etter kreftbehandling; seksuallyst, lubrikasjon, stimulering av klitoris og skjede, samt orgasme. Disse aspektene endrer seg med alder og livssituasjon, og det finnes ulike sårbarheter i ulike faser i livet. I ungdomstiden gjør mange sine første seksuelle erfaringer og det kan oppstå spørsmål og usikkerhet i forbindelse med seksualitet, selvbilde og kroppsførståelse. I voksen alder har mange fast partner, og det krever innsats å vedlikeholde kjærligheten og seksualiteten i et samliv. Her kan ulike behov, holdninger, verdier og normer skape usikkerhet og problemer for begge parter (Grimsbø, 2017b, s. 386). Etter 40-50 årsalderen kommer kvinner i overgangsalderen, noe som markerer avslutningen på den fertile perioden i kvinnens liv.

Forskning viser at seksuell aktivitet synker med alderen, men opp mot 40% av menn og 17% av kvinner oppgir å være seksuelt aktive i en alder av 75-85 år (Gjessing, 2018).

2.4 Sykepleie til pasienter behandlet for gynekologisk kreft

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet (Norsk Sykepleierforbund, 2019). For å kunne respektere en person må sykepleieren betrakte vedkommende som enestående, med egne tanker, følelser og meninger. Å bli møtt som en enestående person, innebærer å bli møtt som en person med egen fortid, egen opplevelse av situasjonen her og nå, og med egen framtid (Grimsbø, 2017a, s. 102).

Å ha en gynekologisk lidelse kan være forbundet med skam, skyldfølelse og sjenanse. Området lidelsen sitter i er nært knyttet til seksualitet og intimitet, og kvinnene kan føle seg sårbare og blottlagte. Sykepleieren må finne en balanse mellom interesse og “god nysgjerrighet”, og varhet for pasientens grenser og hvilket ønske den enkelte har om å dele (Almås, 2016, s. 134).

Et verktøy sykepleieren kan bruke for å ivareta og se alle pasientens behov, er den problemløsende metoden. Denne metoden anvendes, når en står overfor en risiko for, eller en aktuell problematisk situasjon en ønsker å overvinne (Grimsbø, 2017a, s. 339). Denne metoden benyttes når pasienten eksempelvis er utfordret i hverdagen, eller står i en situasjon som er vanskelig å mestre. Metoden blir delt inn i ulike faser, der sykepleieren samler inn data, identifiserer problemet og hvilket mål en ønsker å oppnå med sykepleien. Til slutt gjennomføres målrettede handlinger og tiltak, og det evalueres om tiltakene har ønsket effekt (Grimsbø, 2017a, s. 340). Denne metoden er en samhandling mellom pasient og sykepleier, der det relasjonelle aspektet vektlegges (Grimsbø, 2017a, s. 341).

Viktigheten av menneskelige relasjoner blir beskrevet i Kari Martinsens bok “Løgstrup og Sykepleien”. Martinsens omsorgsfilosofi handler om verdien i å kunne sette seg i andre menneskers sted (Martinsen & Kjær, 2012, s. 11-14). Den omhandler evnen til å kunne begripe, forstå og håndtere den andre i den situasjonen vedkommende befinner seg i. “Det dreier seg om å kunne foreta et rollebytte, så jeg ikke møter den andre ut fra mine premisser og former ham i mitt bilde. For hva er det i den andre jeg skal ta vare på? Det er nettopp det livsbærende i hans eksistens, hans sårbarhet og ubetingede verdighet” (Martinsen & Kjær, 2012, s. 51-52).

Kort sagt går det ut på at man skal behandle andre som man selv vil behandles. Dette beskriver Martinsen som “den gyldne regel”, som viser til et omsorgsansvar vi har til

hverandre, som krever at vi kan sette oss i den andre sitt sted; “jeg i ham” og “ham i meg” (Martinsen & Kjær, 2012, s. 50).

2.5 Lidelse

Lidelse er noe man ofte opplever når ens livssituasjon endrer seg og man opplever tap av livsinnhold og verdier. Lidelse er en naturlig del av livet. Den kan ha ulike opphav, og kan omfatte både kroppslige, psykiske, åndelige og eksistensielle sider av tilværelsen. Lidelse blir beskrevet som en intens personlig erfaring, og som noe som er forbundet med tap - enten av noe fysisk, et aspekt av seg selv, eller tap av en del av den fysiske kroppen.

Lidelse blir ofte forbundet med opplevelsen av ens egen sårbarhet og dødelighet. Det lidende mennesket kan ha oppfattelsen av å være adskilt fra menneskene rundt seg, og ha en lengsel etter fellesskap med andre (Grimsbø, 2017c, s. 188-189).

Joyce Travelbee var en amerikansk sykepleier. Hun beskriver at lidelse vanligvis er betinget av evnen til å kunne engasjere seg eller bry seg om noe. Den meningen mennesker finner gjennom lidelsens erfaring kan berike livet, men kan også gjøre at livet oppfattes meningsløst (Travelbee, 1999, s. 102).

Livslidelse er et aspekt av lidelse. Livslidelse kan beskrives som en endring i livet, noe som berører hele menneskets livssituasjon. Når det vanlige livet blir tatt fra en, kan dette oppleves som en livslidelse.

“En plutselig påtvunget forandring av menneskets livssituasjon strider mot det naturlige, og mennesket trenger tid for å finne en ny sammenheng i tilværelsen” (Eriksson, 1995, s. 75).

2.6 Kommunikasjonsteori

Ifølge Eide & Eide (2013) bruker man i sykepleieperspektivet profesjonell kommunikasjon. Denne typen kommunikasjon har et helsefaglig formål som kan beskrives som *hjelpende* (Eide & Eide, 2013, s. 18).

Hjelpende kommunikasjon er når kommunikasjonen er ment som hjelp for pårørende og pasient. Hjelpende kommunikasjon innebærer blant annet aktiv lytting. Aktiv lytting er en ferdighet som inneholder aspekter som verbal og nonverbal kommunikasjon. Nonverbal kommunikasjon er eksempelvis bruk av øyekontakt, håndbevegelser, berøring, stillhet, kroppsholdning og ansiktsuttrykk. Verbal kommunikasjon innebærer blant annet å stille

spørsmål, å bruke pauser, sammenfatte, oppmuntre, parafrasere og speile følelser (se vedlegg 2) (Eide & Eide, 2013, s. 24).

Hjelpende kommunikasjon er altså pasientrettet og skaper tillit og trygghet, samt formidler informasjon på en slik måte at det hjelper til problemløsning og mestring (Eide & Eide, 2013, s. 20).

Det er gjennom kommunikasjon at sykepleieren formidler omsorg for dem sykepleieren har ansvaret for (Travelbee, 1999, s. 137).

Sykepleieren kan vise respekt ved å ta pasienten på alvor, og vise interesse for hennes opplevelse av situasjonen. Slik interesse kan gis ved hjelpende kommunikasjon, som bekrefter sykepleierens tilstedeværelse og oppmerksomhet. Det er viktig at sykepleieren kan være åpen for hva pasienten er opptatt av, og bruke tid med pasienten (Grimsbø, 2017, s. 102).

Ifølge sykepleieren Travelbee, er det tre grunnleggende mål som sykepleieren ønsker å oppnå i kommunikasjonen med pasienten. Det er henholdsvis å lære den syke å kjenne, å fastslå og ivareta den sykes sykepleiebehov, og å oppfylle sykepleiens mål og hensikt (Travelbee, 1999, s. 139). Hun påpeker at for at sykepleieren skal kunne ivareta pasientens behov, skal behovet først identifiseres. Altså må sykepleieren benytte seg av de grunnleggende ferdigheter alle sykepleiere må ha; å observere, tolke, beslutte, handle og vurdere handlingene (Travelbee, 1999, s. 142). Eksempelvis blir det større og større fokus på, at helsepersonell bør å ta opp vanskelige tema med pasientene, slik som seksualitet. I en artikkel fra Sykepleien beskrives et økende behov for at helsepersonell blir bedre til å ta initiativ til å snakke om kroppslige endringer og konsekvenser for seksuallivet etter behandling for gynekologisk kreft (Hoel et al., 2021).

Kommunikasjon er altså en samling av evner som benyttes i pleien av mennesker. Den kan deles inn i to kategorier; generelle kommunikasjonsevner, og spesifikke kommunikasjonsevner (se vedlegg 3). Hos noen sykepleiere kommer noen av disse evnene mer eller mindre automatisk, mens hos andre må det læres. Uansett bruker sykepleieren disse evner til å oppfylle målet med sykepleien til pasienten (Travelbee, 1999, s. 149).

3.0 METODE

I dette kapittelet vil vi definere hva metode er, og beskrive metoden som er brukt i oppgaven. Vi vil også gjøre rede for hvordan vi kom fram til de utvalgte artiklene våre. Til slutt kommer en oversiktstabell over de analyserte artiklene.

3.1 Hva er metode?

En metode forteller noe om fremgangsmåten for å skaffe, eller etterprøve, kunnskap. Alle midler som brukes for å løse problemer og komme frem til ny kunnskap, kan defineres som metoder (Dalland, 2014, s. 111).

En kvantitativ metode er en metode der det innhentes data i form av målbare enheter som deretter kan regnes sammen eller settes opp mot hverandre. Tallene gir en mulighet til å finne eksempelvis hvor stor en prosentdel av befolkningen som får påvist kreft hvert år (Dalland, 2014, s. 112). I kvantitativ forskning skjer datainnsamlingene uten direkte kontakt med feltet. Forskeren må forholde seg objektivt til forskningen, og tilstrebe nøytralitet og avstand. Det benyttes ofte spørreskjema med faste svaralternativer i denne metoden (Dalland, 2014, s. 113).

Skal man analysere og bruke pasientens opplevelser og meninger som data, brukes den kvalitative metoden (Dalland, 2014, s.112). Dataen kan ikke telles eller måles, men går på personlige erfaringer og holdninger. “Kvalitative studier syftar till att skapa förståelse för en person och dennes livssituation. förståelsen [fördjupas] för ett valt fenomen som har med patienternas upplevelser, erfarenheter, förväntningar eller behov att göra” (Friberg, 2015, s. 99). Friberg beskriver her den kvalitative metoden, der man analyserer og bruker pasientenes opplevelser og meninger som data. Hvilken metode man velger å bruke, avhenger av hva man vil undersøke (Dalland, 2014, s. 111).

3.2 Integrativ litteraturoversikt

Metoden som blir brukt i denne oppgaven er beskrevet av Friberg i boken “Dags för Uppsats” (2015). Her beskriver hun den såkalte litteraturoversikten, der man skaper en oversikt over kunnskap innen et visst område eller en valgt problemstilling (Friberg, 2015, s. 133).

Det finnes flere typer litteraturoversikter, blant annet allmenn og integrativ litteraturoversikt. Felles for alle typer er at det baseres på et systematisk utvalg av artikler innen et avgrenset område som er relevant for oppgavens problemstilling. Litteraturen kvalitetssikres og analyseres. Det resulterer i en beskrivende eller syntetiserende oversikt over den valgte problemstillingen (Friberg, 2015, s. 134).

I motsetningen til den allmenne litteraturoversikten, der det bare gis en beskrivende presentasjon av resultatene, skal det i en integrativ litteraturoversikt tolkes og dras konklusjoner for å forstå hvordan dataene henger sammen (Friberg, 2015, s. 141).

Det betyr at man ikke bare beskriver likheter og ulikheter i resultatene. I den integrative litteraturoversikten skal man ha fokus på å *syntetisere* resultatene fra de ulike studiene til “en ny helhet”, og identifisere den røde tråden. Både kvalitative og kvantitative data kan inngå i en integrativ litteraturoversikt (Friberg, 2015, s. 141).

Ifølge Friberg skiller den integrative litteraturoversikten seg fra mer kompliserte metoder ved at man analyserer materiale fra allerede ferdigstilte forskningsartikler (Friberg, 2015, s. 134), noe som kan være tidsbesparende.

Metoden har fått kritikk fordi forfatterne kan ta utgangspunkt i en for begrenset mengde relevant forskning, og at det er en risiko for at forfatteren velger studier som støtter egne synspunkt. Derfor er det viktig å være kritisk i utvelgelsen av studiene, og i selve skriveprosessen (Friberg, 2015, s. 134-135).

Denne oppgaven vil inneholde en gjennomgang av utvalgte artikler som analyseres. Likheter og forskjeller i nøkkelfunn fra artiklene skal kategoriseres. Første steg er å utføre en datareduksjon i de ulike artiklene. Deretter sammenlignes utvalgt data for å finne en rød tråd, sammenhenger og differanser. Dette vil bli gjenstand for tolkning, kategorisering og syntetisering som til slutt blir resultatene i denne oppgaven (Friberg, 2015, s. 133-142).

3.3 Litteratursøk

3.3.1 Valg av databaser

Vi søkte etter artikler i flere databaser; Oria, Cinahl, SveMed+, British Nursing Index og PubMed. Disse databasene valgte vi fordi de er relevante for å finne helsevitenskapelig forskning. På British Nursing Index og SveMed+ fant vi artikler som ble med i første analyse,

men ikke videre i arbeidet da de ikke svarte tilfredsstillende på problemstillingen vår. Derfor er alle artiklene vi har med i oppgaven hentet fra Oria eller Cinahl.

3.3.2 Valg av søkestrategi

Søkestrategien vi har brukt kalles strukturert litteratursøking, der vi på bakgrunn av problemstillingen vår utarbeidet noen kriterier for å begrense søkingen (Dalland, 2014, s. 70). Vi valgte derfor å bruke konkrete inklusjonskriterier. Artiklene måtte være fagfellevurderte artikler publisert etter 2011. De skulle være skrevet på engelsk, norsk, dansk eller svensk, og forskningen skulle være utført i ett av de Skandinaviske landene. Grunnen til dette er at da vi ikke hadde noen geografisk begrensning, kom det mange resultater fra blant annet Mexico og India. Vi valgte disse kriteriene for å kunne inkludere nyere forskning i besvarelsen av vår problemstilling, samt for å få forskning fra land med ganske likt helsesystem som Norge.

3.3.3 Valg av søkeord

Vi avgrenset søket i databasene ved å bruke relevante søkeord. Vi fant ut at det fantes flere gode forskningsartikler skrevet på engelsk enn på norsk, og derfor gjorde vi få søk på norsk før vi gikk over til å søke utelukkende på engelsk.

Ettersom vi skriver om utfordringer og behov hos kvinner med gynekologisk kreft var “distress”, “needs” og “gynecological cancer” naturlige søkeord. Med våre avgrensninger og inklusjon- og eksklusjonskriteriene, ga dette søket tusenvis av treff. Derfor måtte vi avgrense søket enda mer.

Vi la inn Skandinavia som søkeord. Da var det enkelte databaser som ga null søk, og vi sluttet å lete i disse.

Gjennom en lengre prosess med utprøving av ulike kombinasjoner av søkeord ble blant annet disse søkeordene brukt i ulike kombinasjoner i databasene: “gynecological cancer, women, distress, nurs*, quality, follow-up”. Etter som mange av artiklene inneholdt informasjon om brystkreft, noe vi ikke skal ha fokus på i denne oppgaven, la vi til “NOT BREAST”.

Alle artikkelsøkene ble kombinert med våre inklusjonskriterier beskrevet tidligere. Av disse kombinasjoner fikk vi mange gode resultater, og følgende viser en mer detaljert oversikt over søkestrategien til hver enkelt av de artiklene vi har valgt:

Artikkel 1 ble funnet på Oria ved å bruke avansert søk. Søkeordene var “gynekologisk kreft” og “oppfølging”. Søket ga to treff. Vi valgte denne artikkel fordi den andre ikke traff vår problemstilling.

Artikkel 2 ble først funnet som et sekundærsøk da den var kilde på en annen artikkel vi leste. Vi lagret den som en artikkel vi eventuelt ville benytte, og senere fant vi den ved bruk av følgende søkekombinasjonen i Oria: “gynaecological cancer AND psychological distress AND support AND end-of-treatment NOT breast”. Med denne kombinasjonen fikk vi 32 treff, hvorav de fleste var fra utlandet eller omhandlet sykdomsforløpet i et annet stadium enn hva vi ville skrive om. Vi valgte denne artikkelen fordi den traff vår problemstilling.

Artikkel 3 fant vi ved å søke på Cinahl med følgende søkeord: “Gynecological cancer AND women AND distress AND experience AND follow up”. Av dette fikk vi to treff. Vi valgte denne artikkelen, fordi den kunne bidra til vår oppgave. Den andre artikkelen omhandlet spesifikt fatigue i forhold til diagnosetype og alder, hvilket ble en feil vinkel for vår hensikt.

3.3.4 Valg av artikler

Vi valgte ut tre artikler som nå utgjør det vitenskapelige grunnlaget til denne oppgaven.

Mange av de artiklene vi ekskluderte i søkningsprosessen, valgte vi bort fordi de ikke passet med oppgavens hensikt.

Siden vi ønsket å skrive om pasienters utfordringer etter endt behandling for gynekologisk kreft, ekskluderte vi artikler som omhandlet pasienter som nylig hadde fått diagnosen.

Vi så på inklusjons- og eksklusjonskriteriene forskerne hadde benyttet for å utvelge medvirkende til studiene. Dette gjorde vi for å forsikre oss om at forskningen omhandlet den målgruppen vi ønsket å skrive om.

Vi valgte også bort noen artikler der forskningen var mangelfull, for eksempel der det var svært få kvinner som hadde deltatt i studien.

Vi så på hvilken metode forskerne hadde brukt, og vurderte om artikkelen kunne belyse problemstillingen vår. I utgangspunktet var vi på utkikk etter kvalitative studier, men fant etter hvert gode artikler med en blanding av begge metoder som kunne svare godt på vår hensikt med oppgaven. Mange av de artiklene vi fant var basert på en blandingsstudie, med eksempelvis både en spørreundersøkelse og et intervju. Av de artiklene vi har endt opp med, bygger den ene på kvantitativ forskning, og to har brukt en blandingsmetode.

For å vurdere artiklernes gyldighet, vurderte vi både oppbygging av artikkelen, etikken, samt plattform for publisering.

To av artiklene våre er skrevet av den samme forfatteren. Vi vurderte at vi kunne bruke begge artiklene, siden de bygger på ulike tema, problemstillinger og bakgrunnsmateriale.

Alle de utvalgte artiklene følger formen i IMRaD- strukturen (Dalland, 2014, s. 79). Dette betyr at de strukturelt er bygget opp på samme måte, hvilket har gjort det mer oversiktlig å sette dem opp mot hverandre.

I tabell 1 herunder vises en oversikt over de analyserte artiklene.

Tittel, forfatter, årstall	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode	Database
<p><i>“Undervisning og veiledning i gruppe for kvinner behandlet for underlivskreft. En hjelp i rehabiliteringen?”</i></p> <p>Buestad, I, Sekse, R.J.T & Vika, M.E</p> <p>(2014)</p>	Rehabilitering	Beskrive nyttens av et sykepleier- styrt gruppe opplegg	Pasient	<p>Blandings- metode</p> <p>Evaluerings- skjema ble utfylt av 34 kvinner som var med på gruppe- samling</p> <p>Land: Norge</p>	Oria

Tittel, forfatter, årstall	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode	Database
<p><i>“Women treated for gynaecological cancer during young adulthood - A mixed-methods study of perceived psychological distress and experiences of support from health care following end-of-treatment”</i></p> <p>Mattsson, E., Einhorn, K., Ljungman, L., Sundström- Poromaa, I., Stålberg, K. & Wikman, A. (2018)</p>	<p>Livskvalitet etter kreftbehandling</p>	<p>Undersøke kreftrelaterte utfordringer hos unge kvinner</p>	<p>Pasient</p>	<p>Blandings- metode</p> <p>337 kvinner funnet i det svenske kreftregisteret svarte på et studiespesifikt spørreskjema</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Oria</p>

Tittel, forfatter, årstall	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode	Database
<p><i>“Sexual activity and functioning in women treated for gynaecological cancers”</i></p> <p>Sekse, R. J. T., Hufthammer, K. O. & Vika, M. E. (2016)</p>	Seksuell helse	Belyse problemer relatert til seksualitet etter behandling.	Pasient	<p>Kvantitativ tverrsnittstudie der 129 kvinner som tidligere hadde vært med på en intervensjonsstudie svarte på en spørreundersøkelse</p> <p>Land: Norge</p>	Cinahl

Tabell 1

3.4 Analyse av artikler

I starten av analysearbeidet leste vi artiklene grundig flere ganger, for å bli kjent med innholdet. Deretter ekskluderte vi artikler som ikke passet til hensikten med oppgaven. Det neste steget var å foreta en datareduksjon. Her leste vi gjennom artiklene igjen, og fargekodet utvalgte resultater vi ville bruke til oppgaven. Vi satte alle resultatene opp i en tabell, så vi enklere kunne identifisere nøkkelfunn og se sammenhenger og forskjeller. Til slutt undersøkte vi underliggende mønstre i resultatene. Gjennom analysearbeidet kom vi fram til to hovedkategorier og seks underkategorier som blir presentert i tabell 2. Kategoriene belyser hvilke utfordringer kvinner opplever etter gynekologisk kreftbehandling, og hvilke behov de har for informasjon og oppfølging

Hovedkategori	Underkategori
Livskvalitet	Plager i livet etter behandlingen Seksuell helse Erfaringsdeling med andre i samme situasjon
Kommunikasjon etter endt behandling	Behov for informasjon etter behandlingsforløpet Å snakke om utfordringer relatert til sykdom og behandling Møtet med kompetent helsepersonell

Tabell 2

4.0 RESULTATER

I dette kapittelet vil vi presentere resultatene fra artikkelanalysen. Resultatene presenteres ut fra de to hovedkategorier og seks underkategoriene fra tabell 2.

4.1 Livskvalitet

De analyserte artiklene belyser ulike utfordringer kvinnene møter etter endt behandling, og hvordan dette kan påvirke hverdagen deres (Mattsson et al., 2018; Sekse, Buestad & Vika, 2014; Sekse et al., 2016).

4.1.1 Plager i livet etter behandlingen

Mattsson et al. (2018) avdekker at 85% av kvinnene opplever utfordringer etter endt behandling. Disse utfordringene kan være relatert til senvirkninger samt sosiale og emosjonelle problemer (Mattsson et al., 2018, s. 464-465). En annen studie viser at

utfordringene også ofte er kroppslige plager og ubehag, kreftrelatert fatigue, angst og bekymring for tilbakefall eller ny kreft (Sekse et al., 2014, s. 10).

Det kommer frem i studien til Sekse et al. (2014) at møtet med kreftsykdommen fører til varige endringer i kvinnes liv. Kvinnene forteller at det er svært krevende å legge sykdomserfaringene bak seg, og bli “ferdig med det”, ettersom livsperspektivet deres har endret seg (Sekse et al., 2014, s. 139).

Resultatene i studien til Sekse et al., (2016) identifiserer at kvinnes livskvalitet kan bli negativt påvirket av engstelse, psykiske utfordringer og endringer i feminitet og kroppsbilde (Sekse et al., 2014, s. 401).

Under ses en tabell over hvilke senvirkninger kvinnene selv oppgir, og hvor stor prosentandel som sliter med disse.

Redsel for residiv	61%
Sliter med nervøsitet	53%
Depresjonssymptomer	51%
Redd for døden	32%
Sinne og irritasjon	21%
PTSD- symptomer	11%

Tabell 3. (Mattsson et al., 2018 s. 464; Mattsson et al., 2018, s. 466)

4.1.2 Seksuell helse

Analyse av studien viser at kvinner behandlet for gynekologisk kreft møter flere konsekvenser enn folk med andre kreftdiagnoser, ettersom de involverte kroppsdelene er så nært knyttet til følelser, seksualitet og det å bære fram barn (Mattsson et al., 2018, s. 464).

I studien til Mattsson et al., (2018) rapporterer 34% av kvinnene at de har bekymringer relatert til seksualitet. Studien viser at kvinnene kan ha et endret kroppsbilde, oppleve skam relatert til egen kropp, og ha skyldfølelse relatert til seksuell funksjon (Mattsson et al., 2018, s. 464; Mattsson et al., 2018, s. 466).

Studien til Mattsson et al. (2018) avdekker at 27% av kvinnene har bekymringer og skyldfølelse relatert til fertilitet (Mattsson et al., 2018, s. 464). I Sekse sitt studie ses det at kvinner opplever stress i forhold til infertilitet, og at kvinnene kan oppleve sorg knyttet til infertilitet og en "tapt framtid" (Mattsson et al., 2018, s. 466; Sekse et al., 2014, s. 10).

Studien til Sekse et al. (2014) peker på opplevelsen av endret seksualliv blant kvinner behandlet for gynekologisk kreft (Sekse et al., 2014, s. 10). Også i studien til Sekse et al., (2016) identifiseres det at alle typer gynekologisk kreft har potensiale til å påvirke seksualfunksjonen negativt. Uavhengig av diagnose og behandling kan hvert steg i den seksuelle responssyklusen bli påvirket; lyst, opphisselse og orgasme (Sekse et al., 2016, s. 401).

41% av de seksuelt aktive kvinnene oppgir tørrhet i vagina. Det kommer også fram at samme prosentandel oppgir smerte eller ubehag ved penetrering (Sekse et al., 2016, s. 400).

Analyse av studien viser at de negative effektene av gynekologisk kreft, og behandling av dette, kan sees i de psykiske og sosiale aspektene av seksualitet og livskvalitet (Sekse et al., 2016, s. 407). I studien kommer det fram at senvirkninger som fatigue og dårlig livskvalitet kan påvirke evnen til, og lysten på, seksuell aktivitet (Sekse et al., 2016, s. 401).

Studien til Sekse et al. (2016) avdekker et ønske blant kvinnene om å beholde intimiteten med partner, og fortsette sexlivet de hadde før kreftdiagnosen. Studien identifiserer at kvinner behandlet for gynekologisk kreft har nesten samme seksuelle aktivitetsnivå som andre kvinner (Sekse et al., 2016, s. 406). Deltakerne i Sekse et al. (2016) sin studie oppgir en lavere score på seksuell nytelse, og en høyere score på ubehag sammenlignet med et normativt eksempel (Sekse et al., 2016, s. 406). Av de seksuelt aktive kvinnene i Sekse et al. (2016) sin studie oppgir 54% å ikke være fornøyd, eller å være lite fornøyd, med sin seksuelle aktivitet (Sekse et al., 2016, s. 400).

4.1.3 Erfaringsdeling med andre i samme situasjon

Sekse et al. (2016) sin studie fremhever at gynekologisk kreft og behandlingen av dette påvirker kvinnens sosiale liv (Sekse et al., 2016, s. 401). Det kommer i tillegg fram at 24% av kvinnene har en følelse av ensomhet og å være alene (Mattsson et al., 2018, s. 466).

I studien til Sekse et al. (2014) gir kvinner uttrykk for at det er viktig å høre andres erfaringer, få tips og gode råd, dele erfaringer og ha sosialt samvær (Sekse et al., 2014, s. 12).

Evalueringen av Sekse et al. (2014) sin studie viser at kvinnene finner det “å treffe likesinnede” veldig nyttig. Femten av kvinnene gir uttrykk for viktigheten av dette temaet og en kommenterte det slik: “Å få kjennskap til andre i lignende situasjon og at de erfaringene jeg har hatt er “normale” (...)” (Sekse et al., 2014, s. 12). En av kvinnene kommenterer følgende: “Å få snakke med andre i samme situasjon. Bra, opplysende, beroligende å få være i lag med andre med samme problem og se at de lever” (Sekse et al., 2014, s. 12).

4.2 Kommunikasjon etter endt behandling

Det kommer fram av artiklene at mange kvinner ønsker mer åpenhet og kommunikasjon om utfordringer og behov etter gynekologisk kreftbehandling (Mattsson et al., 2018; Sekse et al., 2014; Sekse et al., 2016).

4.2.1 Behovet for informasjon og oppfølging

Sekse et al. (2014) fremhever i sin studie med at behovet for mer informasjon og kunnskap er ett av de tre viktigste temaene for kvinnene (Sekse et al., 2014, s. 13). Seksten av kvinnene understreker viktigheten av å få mer kunnskap og informasjon om det de har gjennomgått, og om konsekvenser for livet etter endt behandlingsforløp (Sekse et al., 2014, s. 12).

Flere av kvinnene poengterer at informasjon og kunnskap rettet spesifikt mot deres situasjon er svært nyttig. En av kvinnene uttrykker følgende behov: “Å få faglig informasjon [etter behandlingsforløpet] - da det ikke ble gitt mens jeg var innlagt eller ved utskrivelse” (Sekse et al., 2014, s. 12).

72% av kvinnene i studien til Mattsson et al. (2018) rapporterer også å trenge mer oppfølging og støtte etter utskrivelse (Mattsson et al., 2018, s. 466).

I samme studie ses det at størsteparten av de 337 kvinnene som deltok, hadde behov for støtte relatert til psykiske og fysiske senvirkninger etter endt behandling for gynekologisk kreft. Nesten halvparten av de kvinnene som rapporterer å trenge hjelp etter behandlingen, søkte om dette. Mange fikk denne støtten, men var ikke fornøyd med støttens kvalitet (Mattsson et al., 2018, s. 466). Flere kvinner skriver at ventelistene var urimelig lange. Eksempelvis skriver en kvinne at hun fikk vite at ventelisten var rundt seks måneder. En annen kvinne skriver at da

hun søkte støtte fikk hun vite at det var gått for lang tid siden behandlingen. Da hadde det gått to år (Mattsson et al., 2018, s. 467).

68 kvinner har ikke søkt støtte og oppfølging i etterkant, selv om noen av kvinnene føler de fortsatt trenger det. Eksempelvis skriver en: “Don’t really know where to turn to” og en annen skriver “Haven’t found anyone tied to my council, e.g. a sexologist or similar” (Mattsson et al., 2018, s. 467).

I Sekse et al. (2014) sin studie er tema som kroppslige endringer, fatigue, seksualitet og mestring- og mestringsstrategier noe kvinnene trekker fram som viktige relatert til kunnskap og informasjon (Sekse et al., 2014, s. 12). Sekse et al. (2016) fremhever at det bør være mer fokus fra helsepersonell på oppfølging av disse temaene (Sekse et al., 2016, s. 408).

4.2.2 Å snakke om utfordringer relatert til sykdom og behandling

Studien til Mattsson et al. (2018) avdekker at helsepersonell kan ha en tendens til å overse et eventuelt behov for oppfølging, dersom kvinnene ikke selv setter ord på sine utfordringer. En av kvinnene i gruppeintervensjonen i studien til Sekse et al. (2014) kommenterer vanskene med å uttrykke seg slik: “(...) For vi sa alle at alt er bra osv., men etter hvert som samtalen gikk så kom det frem at de fleste av oss sliter med tanker, bivirkninger ol.” (Sekse et al., 2014, s. 13).

I studien til Sekse et al. (2014) blir det avdekket at kvinnene føler det er vanskelig å snakke med pårørende om senvirkninger og utfordringer etterhvert som tiden går. De opplever at omverdenen har en forventning til at kvinnene skal være “ferdige” med sykdom og sykdomsforløp etter en stund. Det er vanskelig for mange å forholde seg til (Sekse et al., 2014, s. 13).

En kvinne fra Mattsson et al. (2018) sin studie skriver at hun heller ville delta i en supportgruppe der andre kunne relatere til hennes opplevelser (Mattsson et al., 2018, s. 467).

4.2.3 Møtet med kompetent helsepersonell

Sekse et al. (2016) understreker i studien at kvinnene har et behov for at helsepersonell generelt bør utvikle en større forståelse av de utfordringer som følger et gynekologisk kreftforløp (Sekse et al., 2014, s. 13).

I studien beskriver kvinnene behovet for å møte kompetent helsepersonell. En av kvinnene kommer med følgende eksempel: “Profesjonelle veiledere/fagpersoner som evner å se hver enkelt av oss og som kjenner den gynekologiske kreftavdelingen og har erfaring med denne pasientgruppen” (Sekse et al., 2014, s.13).

I studien til Mattsson (2018) rapporterer 72% av kvinnene som søkte, og fikk støtte, å snakke med ulike former for terapeuter og behandlere. Studien viser at rundt en tredjedel av kvinnene fant støtten inadekvat. En av kvinnene forteller følgende: “The counsellor wasn’t comfortable with areas such as masturbation. The advice I got wasn’t on a useful level” (Mattsson et al., 2018, s. 467).

En annen skriver: “The counsellor at the general practitioners became worried and frightened, it was so obvious I couldn’t talk about what I need to talk about” (Mattsson et al., 2018, s. 467).

Sekse et al. (2016) beskriver et behov for at helsepersonell skal adressere problemer, som senfølger, i forbindelse med kvinners seksuelle helse (Sekse et al., 2016, s. 408).

Sekse et al. (2016) viser til et behov for god informasjon og oppfølging av senvirkninger etter endt behandling for gynekologisk kreft, og at helsepersonell får økt kunnskap om dette (Sekse et al., 2016, s. 408).

5.0 DISKUSJON

I dette kapittelet vil vi diskutere metoden vi har brukt for å besvare vår problemstilling, nemlig integrativ litteraturoversikt. Vi vil se på forskningen bak artiklene, og se på studiene i et kritisk lys. Til slutt i kapittelet kommer resultatdiskusjonen der vi vil diskutere resultatene våre, og flette dem sammen med teori og våre personlige refleksjoner.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Forskningen

For å vurdere forskernes kompetanse innenfor det valgte tema for oppgaven, har vi undersøkt deres faglige erfaring. På forsiden av artiklene der forfatterne er presentert, kommer det fram at alle forskerne bak studiene er tilknyttet et universitet, eller en lignende institusjon for

forskning innen helsefag. Vi har gjort et dypere søk på hovedforskerne bak de utvalgte artiklene:

Ragnhild Johanne Tveit Sekse er sykepleier og sexologisk rådgiver ved gynekologisk avdeling på Haukeland Universitetssykehus. Hun har jobbet med pasienters erfaringer etter gynekologisk kreft i 15 år, både i klinikk og gjennom forskning (Gynea, u.å.).

Sekse har skrevet ti artikler innenfor gynekologi og kreft (VID, 2021).

Elisabet Mattsson er førstelektor på helsefakultetet på Ersta Sköndal Bräcke University College i Sverige (ESH, u.å.). Hun har skrevet flere fagfelleverderte artikler om temaet kreft og gynekologi. På bakgrunn av det vi fant ut om forskerne vurderer vi at de har mye kunnskap innen dette temaet, og har en faglig bakgrunn som løfter kvaliteten på forskningen.

Studiene ble godkjent av en etisk komité i landet der det ble gjort. I tillegg ga alle deltakerne sitt samtykke til å delta (Mattsson et al., 2018, Sekse et al., 2016, Sekse et al., 2014).

Alle studiene i artiklene brukte inklusjonskriterier på utvelgelsen av deltakere. Samtlige artikler hadde som inklusjonskriterium at kvinnene som deltok i studiene var ferdigbehandlet for en gynekologisk kreftsykdom, samt residivfrie. Vi vurderer at dette har gitt en representativ gruppe deltakere til å besvare hensikten med studiene.

Noe som kan ha gitt en variasjon i resultatene, kan være ulik gjennomsnittsalder i artiklene. I to av studiene var gjennomsnittsalderen rundt 57 år. Artikkelen av Mattsson et al. (2018) omhandlet yngre kvinner, der gjennomsnittsalderen ved diagnosetidspunkt var 32 år.

Hvilken livsfase kvinnene er i, har betydning for hvordan de møter utfordringer. Allikevel vurderer vi at dette ikke har en negativ innvirkning på vår oppgave, da det gir et mer helhetlig bilde enn hvis vi utelukkende skrev om middelaldrende kvinner.

5.1.2 Kvalitativ og kvantitativ forskning som metode

To av artiklene benyttet kvantitativ forskning. I disse er det brukt ulike spørreundersøkelser for å få resultater. Resultatene ble analysert ved blant annet t-tester og p-verdier, som er metoder for å beregne gyldigheten av resultatene. Forskeren har via dette konkludert at resultatene er anvendbare og kan være statistisk representative for målgruppen (Wikipedia, 2018).

SPSS ble bruk for statistiske beregninger. Denne programvaren er blant de mest brukte til å behandle statistisk analyse innen samfunnsvitenskap og medisinsk forskning (Wikipedia, 2015).

Vi synes forskerne har fått fram konkrete tall og god oversikt over resultatene med å bruke kvantitativ forskning som metode.

To av artiklene inneholder kvalitativ forskning. I disse er det brukt spørreskjema med åpne spørsmål. Førsteforfatter leste gjennom svarene fra spørreundersøkelsene. De ble samlet i en meningsfortetting, før de ble analysert ved enkel deskriptiv statistikk. Resultatene ble samlet på tvers av tema for å finne ut hvilke temaer som gikk igjen. Vi synes denne metoden var nyttig for å svare på hensikten med artiklene. Ved å bruke denne analysemetoden er det enkelt å få fram kvinners egne meninger, noe som var nyttig i denne litteraturanalysen.

Når vi sammenligner artiklens hensikt og resultater, vurderer vi at de har brukt gode metoder til forskningen. I Sekse et al. (2014) sin studie skulle kvinnene *evaluere* gruppesamlingens brukbarhet. Dette ble godt gjennomført med en kvalitativ metode, som belyste kvinnenes meninger og tanker.

I studien til Mattsson et al. (2018) ble det brukt en blandingsmetode, der spørreskjema med både faste svaralternativer og mulighet for åpne svar ble inkludert. Dette vurderes også som en god måte å få fram hensikten deres på, som var å undersøke prevalensen av kreftrelaterte utfordringer, og å utforske hvilke behov for oppfølging disse kvinnene hadde.

I artikkelen om seksuell aktivitet og funksjon har Sekse et al. (2016) benyttet en utelukkende kvantitativ metode. I denne artikkelen var målet å se på hvordan alder, behandlingstype, diagnose, kreftrelaterte utfordringer og helse relatert livskvalitet påvirker seksuell aktivitet hos kvinner behandlet for gynekologisk kreft. I resultatene kommer det godt fram hvordan seksuell aktivitet blir påvirket av de ulike faktorene, og studien har gjort en god sammenligning av resultatene. Vi mener den kvantitative metoden var god for å få fram dette.

5.1.3 Drøfting av eget valg av artikler

Vi skal her vurdere i hvilken grad teorien og forskningsresultatene vi har funnet, kan brukes til å beskrive vår problemstilling (Dalland, 2014, s. 72). Ifølge Dalland er det å se på sammendraget i begynnelsen av artiklene en god hjelp til å vurdere brukbarheten av dem i

forhold til hensikten med oppgaven (Dalland, 2014, s. 76). Dette var en god hjelp i vår prosess.

Vi mener at de tre artiklene vi har brukt utfyller hverandre godt. To setter fokus på hva som er utfordringer og behov hos kvinner behandlet for gynekologisk kreft. Den siste, som omhandler gruppeterapi, kommer i tillegg med et forslag på oppfølging.

Vi fant ut at det var lettere å sammenligne resultater i ulike kvalitative artikler, enn å sammenligne kvalitative med kvantitative artikler. Ettersom studien til Sekse et al. (2016) var kvantitativ, var det ingen utsagn fra kvinnene som beskrev utfordringene og behovene deres. Dette gjorde det vanskeligere å inkludere denne artikkelen, siden vi har hatt stort fokus på kvinners meninger og tanker.

Grunnen til at vi, tross utfordringer, valgte å fortsatt ha med ovennevnte artikkel, er at den belyser seksuell helse som et viktig tema. Den belyser dette temaet i forhold til kvinnenes utfordringer og behov i hverdagen, noe som de to andre artiklene bare nevner. Vi ønsket å skrive om utfordringer og behov i et helhetlig livsperspektiv; seksualitet er en viktig del av dette. Artikkelen var derfor god til å utfylle de to andre, og har bidratt med mye godt stoff. Vi mener derfor at de tre artiklene har vært tilstrekkelige for å svare på vår hensikt med oppgaven.

Skulle vi ha gjort søkeprosessen på nytt og valgt andre artikler, kunne vi eventuelt sett etter artikler som hadde mer lignende hensikter. Det hadde gjort det lettere å sammenligne og syntetisere resultater.

På den andre siden kommer det fram i artiklene at det finnes lite forskning på dette temaet, og det ville derfor mest sannsynlig vært vanskelig å finne artikler med mer samsvarende hensikter enn det vi har gjort.

Vi ville inkludere forskning som kunne relateres til Norges helsevesen, og valgte derfor tre artikler fra Skandinavia.

Etter hvert så vi at det er gjort mye god forskning på dette temaet fra andre land. Når vi ser tilbake kunne vi ha funnet artikler med mer lignende hensikter, dersom vi hadde inkludert artikler fra utenfor Skandinavia. Vi kunne fortsatt funnet forskning som kunne relateres til norsk helsevesen, eksempelvis fra USA.

5.1.4 Vurdering av integrativ litteraturoversikt som metode

Ved å bruke integrativ litteraturoversikt som metode i oppgaven vår, mener vi at vi har besvart oppgaven på en tilfredsstillende måte. Vi har funnet mye god forskning gjort av profesjonelle fagfolk. Forskningen er utført i en større skala, over et lengre tidsrom og med flere deltakere enn vi selv kunne gjennomført.

Litteraturoversikten har hjulpet oss til å få oversikt over stoffet. Vi ble eksempelvis nødt til å ekskludere en artikkel etter vi innså at den ikke passet inn i forhold til hensikten med oppgaven, da vi hadde analysert den ved hjelp av denne metoden.

Den problemstillingen vi skriver om er ganske omfattende. Den integrative litteraturoversikten har hjulpet oss til å fokusere oppgaven i en retning, og til å komme i mål til avsatt tid.

Hvis vi skulle ha utført forskningen selv ville vi ha trengt mye lengre på å skrive bacheloroppgaven. Samtidig, hvis det hadde vært mulighet for å bruke en annen metode, skulle vi gjerne likt å gjennomføre noen intervju selv, for å få personlige erfaringer knyttet til problemstillingen vår.

Vi ville også likt å ha muligheten til å inkludere flere artikler og annen forskning, for å skape et mer helhetlig og nyansert bilde av problemstillingen vår. Dette var ikke mulig grunnet tidsrammen og omfanget satt for oppgaven.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Livskvalitet

I resultatene våre kommer det fram at opp mot 85% av kvinner behandlet for gynekologisk kreft lever med ulike utfordringer i hverdagen. Dette betyr at av kvinnene som fikk en gynekologisk kreftbehandling i Norge i 2019 (Kreftlex, 2021), lever 1574 med senvirkninger (se vedlegg 4).

Analyse av resultatene viser at mange kvinner behandlet for gynekologisk kreft lever med fatigue, kroppslige plager, angst og redsel for tilbakefall. I tillegg er det mange som får både emosjonelle og sosiale problemer. I teorien kommer det fram at senvirkningene etter behandling er underkommunisert i samfunnet, og også i selve rehabiliteringen (Solbrække og Bondevik, 2015, s. 3). Vi tror dette kan ha sammenheng med at sykdom i de gynekologiske organene er et tabubelagt tema. Forskning viser for eksempel at kvinner som er medlem i

Gynkreftforeningen ikke vil ha medlemsblad i posten, fordi de ikke vil vise at de har hatt gynekologisk kreft (Bergstrøm, 2015).

Et økt fokus på de utfordringer kvinner lever med etter behandlingen, vil kunne gi en større samfunnsforståelse av livet etter kreften. Samtidig viser analysen vår at en del av kvinnene kan finne det vanskelig å sette ord på sine kroppslige og psykiske problemer tidlig i oppfølgingen. Vår analyse identifiserte at noen kvinner trenger tid før de kan sette ord på utfordringer i forbindelse med senvirkninger; at de trenger å komme tilbake til livet sitt før de har overskudd til å bearbeide det. Dette bekrefter Eriksson i sin teori om lidelse. Som beskrevet i teorien viser hun til at en plutselig endring i livssituasjonen kan gjøre at kvinnen trenger tid til å finne ny sammenheng i tilværelsen (Eriksson, 1995, s. 75).

I disse tilfellene oppstår det en konflikt mellom pasientgruppen og helsevesenet. Når kvinnene søker hjelp lang tid etter endt behandling har det ofte gått så lang tid at samfunnet oppfatter dem som friske. Som det kom fram av analysen av resultatene, ble disse kvinner underprioritert av helsevesenet, og ble ofte satt på lange ventelister eller fikk avvist hjelp (Mattsson et al., 2018, s. 467).

Vi mener at det bør være en legitim årsak å søke om veiledning og støtte på bakgrunn av senvirkninger, uansett hvilket tidspunkt behovet for hjelp oppstår.

Våre resultater viser til en ulikhet mellom pasienter rammet av gynekologisk kreft og andre krefttyper. Analysen peker på at ettersom de organene som blir rammet av gynekologisk kreft er så nært knyttet til seksualitet og følelser, kan denne pasientgruppen få flere konsekvenser av senvirkninger enn folk som blir behandlet for andre typer kreft (Mattsson et al., 2018, s. 464).

Resultatene våre avdekker at flere kvinner opplever både skam, skyldfølelse og stress i forhold til infertilitet (Sekse et al., 2014, s. 10). De opplever sorg over en tapt framtid (Mattsson et al., 2018, s. 466). Man skulle kanskje tro at i et samfunn med så store muligheter for å få barn på utradisjonelle måter, ville ikke det å bli steril lenger være et så stort problem for kvinnene. Likevel viser forskning gjort på området at dette fortsatt er et stort tap for yngre kvinner (Mattsson et al., 2018).

Seksuell helse er mye mer enn seksuelle aktiviteter, slik vi har belyst i teorien. Seksualiteten følger oss gjennom hele livet. Forskning viser, at kvinner ofte ikke kan takle å tenke på sin seksuelle helse før det har gått en stund etter kreftbehandlingen (Gjessing, 2018).

Både seksuallyst og de mer fysiske delene av seksuell aktivitet kan bli påvirket av kreftbehandlingen (Grimsbø, 2017b, s. 386). Av analysen kommer det fram at kvinnene kan ha et endret kroppsbilde og oppleve skam over egen kropp (Mattsson et al., 2018, s. 466). I teoridelen viser vi til de vanligste senvirkningene kvinnene kan få etter behandling for gynekologisk kreft. Vår analyse identifiserer at disse senvirkningene kan ha en innvirkning på kvinnenes sexliv, og muligens også skape utfordringer relatert til intimitet med partner (Mattsson et al., 2018, s. 466).

Fordi seksualitet er så komplekst, hadde vi trodd at kvinnene ville ha endret syn på egen seksualitet og at de hadde akseptert at kroppens behov hadde endret seg etter behandlingen. Derfor ble vi overrasket over at kvinnene flere år etter, fortsatt hadde dårlig samvittighet i forhold til endret seksuell funksjon (Mattsson et al., 2018, s. 466).

Av de seksuelt aktive kvinnene oppgir over halvparten å ikke være fornøyd, eller å være lite fornøyd, med sin seksuelle aktivitet (Sekse et al., 2016, s. 400). Dette kan ha en sammenheng med at nesten halvparten av kvinnene oppgir smerter og ubehag ved seksuell aktivitet (Sekse et al., 2016).

Samtidig peker analysen av resultatene på at kvinner behandlet for gynekologisk kreft er like seksuelt aktive som andre kvinner i befolkningen. Dette kan ha en sammenheng med at kvinner vil tilfredsstille partneren sin heller enn seg selv (Sekse et al., 2016, s. 406).

Det tyder på at den fysiske delen av seksuallivet fortsatt har et stort fokus i samfunnet, noe som kan føre til økt bekymring og skyldfølelse hos denne pasientgruppen.

Slik det kommer fram i teorien er de fysiske og psykiske endringene etter behandlingen en lidelse kvinnene lever med. Det lidende mennesket kan lett kjenne seg alene, og ha en lengsel etter fellesskap med andre (Grimsbø, 2017c, s. 188-189).

Analysen vår identifiserer at kvinnene synes det er viktig å snakke med andre som har vært gjennom de samme opplevelsene som seg selv, og å få bekreftelse på at deres reaksjoner og senvirkninger er normale. En del av kvinnene synes det er vanskelig å snakke med sine nærmeste om denne tematikken. Mange har et behov for å se at andre kvinner er i en lignende situasjon, og at de lever. Det er viktig å huske på verdien av fellesskap og erfaringsdeling når vi snakker om lindring av lidelse i forbindelse med ettervirkninger av gynekologisk kreftbehandling.

5.2.2 Kommunikasjon etter endt behandling

I NSF sine yrkesfaglige retningslinjer står det at det er sykepleierens ansvar å ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (NSF, 2019). Analysen vår viser at kvinnenes behov for helhetlig omsorg ikke har blitt dekket. Derfor vil vi komme inn på hva helsepersonellet kan gjøre for å bedre kvinnens opplevelse, sett fra kvinnenes ståsted.

Helhetlig sykepleie innebærer at sykepleieren ser hele pasienten, også de behovene vedkommende kan ha i etterkant av møtet med helsevesenet. Analysen av våre artikler viser at kvinnene uttrykker et behov for informasjon og kunnskap rettet spesifikt mot deres situasjon (Sekse et al., 2014, s. 12). Samtidig, slik vi har skrevet i teoridelen, blir nettopp dette ofte ikke prioritert i helsevesenets møte med disse kvinnene (Almås, 2016, s. 133). I analysen av våre artikler kan det tolkes som om at helsepersonell har en tendens til å se på behandlingen som ferdig, når pasienten er somatisk ferdigbehandlet. Ofte er ikke pasienten ferdigbehandlet i sykepleiefaglig forstand, selv om de er det fra det medisinske perspektivet (Kirkevold, 2019, s. 60).

Dette kan være en grunn til at kvinnene kjenner på behov for mer oppfølging og støtte etter endt behandling enn de får.

Det trengs et økt fokus på å se den enkelte kvinnen i den situasjonen hun er i akkurat nå, og å møte hver enkelt med respekt.

En annen utfordring kan være helsevesenets fokus på å fange opp ny sykdom.

Helsedirektoratets handlingsprogram understreker flere ganger viktigheten av å fange opp residiver, men fokuserer lite på kvinnenes psykiske og fysiske behov (Helsedirektoratet, 2016).

De første årene etter behandling blir kvinnen innkalt til en klinisk undersøkelse, uten at det blir lagt vekt på om de har behov for mer personlig tilrettelagt oppfølging. Kvinnene har et behov for at denne oppfølgingen tar utgangspunkt i kvinnenes egne erfaringer med en forandret kropp, i stedet for helsepersonells behov for å avkrefte ny sykdom.

Det framkommer også av analysen at mange kvinner opplever utfordringer relatert til redsel for tilbakefall etter behandlingen (Mattsson et al., 2018, Sekse et al., 2014). Det kan oppfattes som en unødvendig påkjenning å utsette kvinnene for en fysisk undersøkelse relativt ofte, slik pakkeforløpet i Norge er i dag.

Det tyder på at det er et behov for endring til et mer spesifisert, individuelt fokus i oppfølgingen også hos den gruppe som blir sett som medisinsk friske. Kvinnene ønsker både økt informasjon om senvirkninger, og hva som skjer med kroppen etter behandlingen.

Våre resultater viser også at kvinnene beskriver et behov for økt kvalitet av den oppfølgingen de får etter endt behandling. Kvinnene har behov for informasjon og veiledning i vanskelige temaer som eksempelvis seksualitet. Det viser seg at størstedelen av kvinnene sliter med senvirkninger som endret kroppsbilde, tørrhet i skjeden og smerter under samleie. Disse problemene kan være vanskelig å snakke om, siden det berører en sårbar og privat tematikk. Likevel var denne problemstillingen gjennomgående i analysen av resultatene; kvinnene kjenner på et behov for å snakke om de kroppslige endringene de opplever. Også forskning viser at seksuell rehabilitering er en viktig del av oppfølgingen etter gynekologisk kreft (Gjessing, 2018).

Det er viktig at helsepersonell ser på seksualitet som en naturlig del av sykepleieprosessen, spesielt i møtet med disse kvinnene som er rammet av en sykdom, og behandlet, i organene nærmest knyttet til seksualiteten.

Analysen identifiserer at det ofte ikke var tilfredsstillende kvalitet på samtalene med helsepersonell rundt disse temaene. Vi mener at det bør være helsepersonellets ansvar å imøtekomme kvinnenes behov for hjelp med vanskelige tema. Spesielt i møtet med kvinnene som skal fortsette å leve livet, men ikke lengre er den samme som før. En måte å øke kvaliteten av oppfølgingen på er altså å tilpasse den individuelt til kvinnene. På denne måten kan helsepersonellet imøtekomme og forebygge lidelse.

Analysen vår avdekker et behov for møtet med et kompetent helsepersonell, der hjelpende kommunikasjon i større grad blir benyttet.

Denne kommunikasjonsformen formidler tillit, trygghet og omsorg, og er en måte å vise kvinnen at hun blir sett.

Vi ser av resultatene våre at kvinnene har et behov for at helsepersonell tar initiativ til samtale, samt åpner opp for kommunikasjon om vanskelige temaer.

Ved mer åpen kommunikasjon, kan helsepersonell normalisere kvinnenes utfordringer, og være til stede i en krevende situasjon.

Sykepleiere som møter denne pasientgruppe bør ha mer fokus på den problemløsende metoden. De kan bruke denne metoden til å samle inn data om kvinnenes utfordringer, samt iverksette tiltak for å bedre deres situasjon. Både den problemløsende metoden, samt

kommunikasjon, er ferdigheter som kan trenes på. Etter vår mening bør helsepersonellet bestrebe seg på alltid å bli bedre til disse aspektene, som er så sentrale i sykepleien.

Et annet aspekt som kommer fram av analysen av resultatene, er helsepersonellens rolle i å lindre lidelsen hos kvinnene.

Lidelse kan eksempelvis oppleves ved tap av en del av den fysiske kroppen og noe som kan påvirke livskvaliteten. Kvinnene som har gjennomført behandling, må ofte leve med endret fysikk grunnet senvirkninger etter behandling, noe som kan oppfattes som en livslidelse.

Analysen av artiklene viser hvordan kvinnene kan føle tap av femininitet og selvfølelse, og hvordan dette kan være vanskelig å snakke om.

Helsepersonell må, som Martinsen beskriver, kunne sette seg i den andre sitt sted og møte kvinnene der de er (Martinsen & Kjær, 2012, s. 50).

Helsepersonell er ansvarlige for helhetlig sykepleie, også når det gjelder oppfølgingen etter kreftbehandlingen. Vi synes ikke det bør være normen at kvinnene skal slite med senvirkningene alene, og ikke ha noen å henvende seg til. Helsepersonell kan redusere lidelse hos kvinnene ved bedre kommunikasjon, og ved å ta hensyn til de elementene som skaper lidelse hos den enkelte kvinne. Som tidligere nevnt er det å tørre å ta opp vanskelige tema en stor del av kommunikasjonen helsepersonell bør bli bedre på.

Vi mener at med bedre kvalitet på kommunikasjon og individuell oppfølging av gynekologiske kreftpasienter vil man kunne redusere lidelsen hos denne pasientgruppe.

5.3 Konklusjon

Vi konkluderer med at senvirkninger etter gynekologisk kreftbehandling er mer utbredt enn vi hadde trodd. Sett ut fra hvor mange som lever med det, er det et område som får lite oppmerksomhet i helsevesenet. Senvirkningene går utover mange aspekter av kvinnenens liv. Vi mener samfunnet har mye å tjene på å møte disse kvinnene på riktig måte, og på riktig tidspunkt, for å redusere plager som kan gi livslidelse. Vi oppfatter oppfølgingen som mangelfull, og vi mener ansvaret for å ta initiativ til samtale og oppfølging bør legges mer over på helsepersonellet. Vi mener det bør skje en holdningsendring i samfunnet, der gynekologi blir mindre tabu.

6.0 ANVENDELSE AV RESULTATER I PRAKSIS

Mange kvinner lever med utfordringer etter behandling for gynekologisk kreft. Oppgaven vår belyser et manglende fokus på senvirkningene etter gynekologisk kreft, og at det finnes umøtte behov i pasientgruppen det gjelder. Resultatene kan hjelpe til en større forståelse for hvilken påkjenning kvinner kan kjenne på etter behandling. De kan også gi økt kunnskap om, og fokus på, hvilke behov og utfordringer kvinnene har.

Det har kommet fram at kvinner uttrykker et behov for mer oppfølging enn de har fått. Mange uttrykker også at kvaliteten på oppfølgingen de har fått ikke var tilstrekkelig. Funnene i denne litteraturoversikten gir et inntrykk av at det trengs et større fokus på kvinnenes utfordringer og behov. Vi vil komme med noen konkrete forslag, som vi mener kan være med på å forbedre kvinnenes opplevelser etter behandling for gynekologisk kreft.

- Vi foreslår å la samtale med lege, psykolog, gynekolog, sexolog eller annet helsepersonell få en større plass i oppfølgingsdelen av pakkeforløpet for gynekologisk kreft.
- Vi har et forslag om å tilby alle gynekologiske kreftpasienter en mulighet til å samles i grupper med andre i samme situasjon, for å snakke om utfordringer og behov etter behandlingen.
- Vi foreslår å starte en kampanje, lignende brystkreftkampanjen, for å rette fokus mot gynekologisk kreft, og å gjøre det mindre tabubelagt.
- Vi foreslår en ordning der gynekologiske kreftpasienter blir satt i kontakt med gynkreftforeningen, der de kan få tettere oppfølging.
- Vi foreslår en ordning der aktuelt helsepersonell kan ta kurs eller opplæring innen gynekologi, kreft eller seksualitet. Målet er å øke kompetansen innen å snakke om utfordringer, behov, og det den enkelte kvinne synes er vanskelig.

Funn i denne litteraturstudien peker på at det er en sammenheng mellom utdanningsnivå og hvor mange kvinner som oppsøker hjelp etter behandling for gynekologisk kreft. Dette er noe

det hadde vært interessant om noen forsket videre på, for å finne ut hva som skal til for at kvinner i alle deler av samfunnet oppsøker den hjelpen de trenger. Vi ønsker også mer forskning gjort på hva som skal til underveis i behandlingsforløpet for å redusere kreftrelaterte utfordringer.

LITTERATURLISTE

Almås, H. (red). (2016). *Klinisk sykepleie del 2* (5.utg). Gyldendal Akademisk.

American Cancer Society. (2020, 1. februar). *What is Distress?* Cancer.org.

<https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/physical-side-effects/emotional-mood-changes/distress/what-is-distress.html>

Bergstrøm. (2015, 17. juni). *Tause om gynekologisk kreft*. Forskning.no.

<https://forskning.no/kreft-kjonn-og-samfunn/tause-om-gynekologisk-kreft/488335>

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Gyldendal Akademisk.

Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske*. Tano.

Ersta Sköndal Bråkke University College. (u.å.). *Elisabet Mattsson*. ESH.se. Hentet 4. mai fra

<https://www.esh.se/om-hogskolan/anstallda/2016-08-15-elisabet-mattsson.html>

Friberg, F. (2015). *Dags För Uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Studentlitteratur AB.

Gjessing, R. (2018). Seksualiteten etter kreften. *Sykepleien*, Artikkel e72373.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.72373>

Grimsbø, G. H. (red.) (2017a). *Grunnleggende Sykepleie Bind 1* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Grimsbø, G., H. (red) (2017b). *Grunnleggende Sykepleie Bind 2* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Grimsbø, G., H. (red) (2017c). *Grunnleggende Sykepleie Bind 3* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Gynea. (u.å.). *Om oss*. Hentet 4. mai fra <https://gynea.no/om-oss/>

Gynkreftforeningen. (u.å.). *Om Gynkreftforeningen*. Hentet 4. mai fra <https://www.gynkreftforeningen.no/om-gynkreftforeningen/>

Helsedirektoratet. (2016, 20. september). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for gynekologisk kreft*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/gynekologisk-kreft-handlingsprogram>

Helsedirektoratet. (2016, 14. oktober). *Pakkeforløp på kreftområdet*. <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/generell-informasjon-for-alle-pakkeforloepene-for-kreft/pakkeforlop-pa-kreftomradet>

Helsedirektoratet. (2020, 21. april). *Seneffekter etter kreftbehandling*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/seneffekter-etter-kreftbehandling/>

Hess, S. L., Dahl, A. A. & Kiserud, C. E. (2018). Seneffekter etter kreftbehandling. *Sykepleien*, s. 18. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.72626>

Hoel, V., Leite, M. & Grønvik, C. K. U. (2021). Sykepleiere må kunne snakke om seksuell helse etter gynekologisk kreft. *Sykepleien*, Artikkel e83455. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83455>

Kirkevold, M. (2019). Trenger vi sykepleieteori? *Sykepleien*, s. 60.

Kreftforeningen. (2020). *Eggstokkreft*. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/eggstokkreft/>

Kreftforeningen. (2021, 8. februar) *Kirurgi*. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/kirurgi/>

Kreftforeningen. (2020, 26. november). *Kreft i de kvinnelige kjønnsorganene*.
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/kreft-i-de-ytre-kvinnelige-kjønnsorganene/>

Kreftlex. (u.å) *Kreft i eggstokk og eggleder*. Hentet 4. mai fra <https://kreftlex.no/Gyn-eggstokk-og-egglederkreft>

Kreftlex. (2021). *Rehabilitering etter cellegiftbehandling ved gynekologisk kreft*.
<https://kreftlex.no/KSPROSEDYRERFASE1/Oppfolging/Gyn-etter-cellegiftbehandling?SearchText=gynekologisk%20kreft&containsFaq=False>

Kreftregisteret. (2020). *Livmorhalskreft*.
<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/kreftformer/Livmorhalskreft/>

Kreftregisteret. (2021, 12. januar). *Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft*.
<https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kvalitetsregistrene/Gynkreftregisteret/>

Martinsen, K. & Kjær, T. A. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Akribe.

Mattsson, E., Einhorn, K., Ljungman, L., Sundstrøm- Poromaa, I., Stålberg, K., Wikman, A. (2018). Women treated for gynaecological cancer during young adulthood- a mixed-methods study of perceived psychological distress and experiences of support for health care following end-of- treatment. *Gynecologic oncology*, 2018 (149), s. 464-469.
<https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2018.03.055>

Nesheim, B.I. (2021). *Hysterektomi*. Store medisinske leksikon.
<https://sml.snl.no/hysterektomi>

Norsk Helseinformatikk. (2020, 23. oktober). *Livmorkreft*. NHI.no.
<https://nhi.no/sykdommer/kreft/gynekologisk-kreft/livmorkreft/?page=all>

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Olsen, T. K. (2019, 21. januar). *Hormonbehandling (kreft)*. SNL.

https://sml.snl.no/hormonbehandling_-_kreft

Rashidi, K (2016, 6. mai). *Redusert seksualfunksjon etter fjerning av eggstokkene*. Den

Norske Legeforening. <https://tidsskriftet.no/2016/05/fra-andre-tidsskrifter/redusert-seksualfunksjon-etter-fjerning-av-eggstokkene>

Sekse, R. J. T., Buestad, I, Vika, E. M. (2014). Undervisning og veiledning i gruppe for kvinner behandlet for underlivskreft - en hjelp i rehabiliteringen?. *Vård i Norden*, s. 10 - 14.

<https://doi.org/10.1177/010740831403400403>

Sekse, J. T., Hufthammer, K.O. & Vika, M.E. (2016). Sexual activity and functioning in women treated for gynaecological cancer. *Journal of clinical nursing*, 2017 (02), s. 400-410.

<https://doi.org/10.1111/jocn.13407>

Solbrække, K. N. & Bondevik, H. (2015). Absent organs- Present selves: Exploring embodiment and gender identity in young Norwegian women's accounts of hysterectomy. *Qualitative studies on health and well-being*, Artikkel e26720, s. 1-10.

<https://doi.org/10.3402/qhw.v10.26720>

Sundhedsstyrelsen. (2021, 12. april). *Kønsidentitet*.

<https://www.sst.dk/da/Viden/Koensidentitet>

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Akademisk.

VID. (u.å.). *Ansatte*. Hentet 4. mai fra <https://www.vid.no/ansatte/ragnhild-sekse/>

Wikipedia. (2015, 27. desember). *SPSS*. <https://no.wikipedia.org/wiki/SPSS>

Wikipedia. (2018, 3. april). *T-test*. <https://no.wikipedia.org/wiki/T-test>

World Health Organization. (2015, 20. juli). *Sexual health, human rights and the law*.

who.int. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564984>

VEDLEGG

Vedlegg 1: Oversiktstabell over analyserte artikler

Artikkel 1	
Tittel	Undervisning og veiledning i gruppe for kvinner behandlet for underlivskreft - en hjelp i rehabiliteringen?
Tidsskrift/ årstall	Vård i Norden/2014
Forfattere	Ragnhild Johanne Tveit Sekse, Johanne Tveit & Ingjerd Buestad
Perspektiv	Pasientperspektiv
Bakgrunn	Kvinner behandlet for gynekologisk kreft har flere behov som rutineoppfølgingen ikke dekker adekvat.
Hensikt	Beskrive en sykepleierstyrt gruppesamling, og evaluere hvor hjelpsomt dette er for kvinnene i oppfølgingen etter gynekologisk kreftbehandling.
Metode	Blandingsmetode - spørreskjema og åpne spørsmål
Resultater	Kvinnene var fornøyd med gruppesamlingen, som syntes å møte behovet for kunnskap og informasjon om ulike temaer relatert til livet etter kreft
Konklusjon	Gruppesamling ser ut til å være nyttig for kvinner behandlet for gynekologisk kreft. Gruppesamling kan være et viktig bidrag til å forbedre oppfølgingen etter gynekologisk kreft.

Artikkel 2	
Tittel	Women treated for gynaecological cancer during young adulthood- A mixed-methods study of perceived psychological distress and experiences of support from health care following end-of-treatment
Tidsskrift/ årstall	Gynecologic oncology/ 2018
Forfattere	Elisabeth Mattsson, Kim Einhorn, Lisa Ljungman, Inger Sundström-Poromaa, Karin Stålberg & Anna Wikman
Perspektiv	Pasientperspektiv
Bakgrunn	Unge kvinner som får en kreftdiagnose møter mange utfordringer både underveis i behandling og etter.
Hensikt	Å undersøke prevalensen av kreftrelaterte utfordringer blant unge kvinner, og utforske kvinnenes behov og opplevelser av psykososial støtte i oppfølgingen.
Metode	Blandingsmetode- Spørreundersøkelse og åpne spørsmål.
Resultater	Prevalensen av kreftrelaterte utfordringer var 85 %. Majoriteten av kvinnene som opplevde kreftrelaterte utfordringer ga uttrykk for et behov for støtte etter endt behandling. 1/3 av de som mottok støtte oppga at den var inadekvat.
Konklusjon	Resultatene identifiserer viktigheten av støtte og lengre oppfølging for unge kreftoverlevende. Støtten må tilpasses denne gruppens behov.

Artikkel 3	
Tittel	Sexual activity and functioning in women treated for gynaecological cancer
Tidsskrift/ årstall	Journal of clinical nursing/ 2016
Forfattere	Ragnhild Johanne Tveit Sekse, Karl Ove Hufthammer & Margrethe Elin Vika
Perspektiv	Pasientperspektiv
Problem	Mange gynekologiske krefttyper kan påvirke seksuallfunksjonen negativt. Det finnes få studier som beskriver og sammenligner seksuell aktivitet relatert til diagnose.
Hensikt	Å beskrive og sammenligne seksuell aktivitet og funksjon relatert til ulike gynekologiske kreftdiagnoser, behandlingsmetoder, aldersgrupper, psykologiske utfordringer og helse relatert livskvalitet.
Metode	Kvantitativ metode - spørreundersøkelse
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> • 54 % av seksuelt aktive kvinner oppga å ikke være fornøyd med sin seksuelle aktivitet. • Omtrent halvparten av kvinnene oppga tørrhet i vagina. • 41 % oppga smerte og ubehag ved penetrering • Ingen tydelig forskjell i nytelse og ubehag relatert til behandlingsmetode, diagnose eller FIGO-stadie.
Konklusjon	Helsepersonell bør prioritere seksualitet underveis i behandlingen og i oppfølgingen, fordi seksualitet er en viktig del av et godt liv.

Vedlegg 2: Utdyping av hjelpende kommunikasjon

Å lytte til den andre

Å observere og fortolke den andres verbale og nonverbale signaler

Å formidle informasjon på en klar og forståelig måte

Å møte den andres behov og ønsker på en god måte

Å stimulere den andres ressurser og muligheter

Å strukturere en samtale eller samhandlingssituasjon

Å skape alternative perspektiver og åpne for nye handlingsvalg

Å forholde seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål

Å samarbeide om å finne frem til gode beslutninger og løsninger

(Eide & Eide, 2013, s. 21) Ti aspekter ved hjelpende kommunikasjon

Vedlegg 3: Utdyping av kommunikasjonsevner

Generelle kommunikasjonsevner

Leseevne

Evne til å uttrykke seg skriftlig

Evne til å uttrykke seg muntlig

Evne til å lytte, høre, tolke

Spesifikke kommunikasjonsevner

Evne til å observere og tolke observasjoner

Evne til å tilrettelegge og styre interaksjoner for å nå visse mål

Evne til å finne ut om kommunikasjonen når fram, og til å forstå hva som blir overført i den mellommenneskelige prosessen

Evne til å forstå når en bør snakke og når en bør tie

Evne til å vente

Evne til å evaluere sin egen deltakelse i interaksjonen

(Travelbee, 1999, s-151-152). Generelle og spesifikke kommunikasjonsevner

Vedlegg 4: Utregning

I 2019 fikk 1852 kvinner i Norge en gynekologisk kreftdiagnose.

I Mattsson sin studie oppga 85 % å leve med ettervirkninger.

Utregning: $1852 \times 0,85 = 1574,2$ kvinner