

BSYBAC_

Bacheloroppgave i Sykepleie

På hvilken måte påvirker gjennomgått kreftbehandling kvinners seksuelle helse?



Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 22.12.2023

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

Sammendrag

Bakgrunn

Behandling av gynekologisk kreft medfører en rekke bivirkninger og senskader, disse kan på ulike måter påvirke kvinners seksuelle helse. Dette er et relevant tema som behøver å belyses. Vi har inntrykk av at seksuell helse påvirker livskvaliteten og velværen til kvinner, da et sunt seksualliv er en viktig del av livsnyttelsen.

Hensikt

Hensikten er å belyse hvilken påvirkning gjennomgått kreftbehandling har på kvinners seksuelle helse, og få økt kunnskap om hvordan vi som sykepleiere kan bidra til større fokus rundt seksuell helse hos kvinner etter gjennomgått kreftbehandling.

Metode

Vi har tatt for oss litteraturstudium som metode, og vi har valgt å anvende en blanding av kvalitativ og kvantitativ tilnærming, for å på best mulig måte kunne besvare oppgaven. Vi brukte databasen Pubmed for å innhente fire artikler. Vi hadde fokus på artikler med pasientperspektiv.

Resultater

Resultatene viser at kvinner opplever en rekke bivirkninger og senskader relatert til behandling for gynekologisk kreft. De mest prominente senskadene inkluderer smerter ved samleie og vaginal tørrhet. Et betydelig antall kvinner rapporterer om redusert interesse og lyst for seksuell aktivitet. Det kommer frem at den generelle nedgangen i seksuell aktivitet ofte skyldes ubehag, smerte og en underliggende frykt for dette. På tross av at seksuelt aktive kvinner etter behandling ofte oppgir bedre livskvalitet, avdekker studiene samtidig en stor andel av kvinner med psykososiale problemer relatert til seksuell helse.

Nøkkelord

Kvinnelig seksuell dysfunksjon, gynekologisk kreft, livskvalitet, seksuell helse og senskader.

Innhold

1.0 INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	5
1.2 HENSIKT	6
2.0 TEORETISK RAMMEVERK	6
2.1 GYNEKOLOGISK KREFT	6
2.2 BEHANDLING	6
2.3 KONSEKVENSER OG SENSKADER AV KREFTBEHANDLING	7
2.4 SEKSUALITET OG SEKSUELL HELSE	8
2.5 KARI MARTINSENS OMSORGSTEORI	8
2.6 OPPSUMMERING	10
3.0 METODE	10
3.1 ANVENDT METODE	10
3.2 LITTERATURSØK OG INKLUSJONS/EKSKLUSJONSKRITERIER	11
TABELL 1: ENKEL OVERSIKTSTABELL	12
3.3 VURDERING AV ARTIKLER	13
3.4 ANALYSE	14
4.0 RESULTAT	15
4.1 REDUSERT SEKSUELL AKTIVITET	15
4.1.1 <i>Nedsatt interesse</i>	15
4.1.2 <i>Redusert tilfredshet og nytelse</i>	16
4.2 NEGATIV INNVIRKNING PÅ VELVÆRE	17
4.2.1 <i>Redusert livskvalitet</i>	17
4.2.2 <i>Psykososiale plager</i>	17
4.3 VAGINALT UBEHAG	18
4.3.1 <i>Smerter ved samleie</i>	18
4.3.2 <i>Vaginal tørrhet</i>	19
5.0 DISKUSJON	19
5.1 METODEDISKUSJON	19
5.1.1 <i>Valg av metode</i>	19
5.1.2 <i>Artikkel utvalg</i>	20
5.1.3 <i>Deltakere i studien</i>	21
5.2 RESULTATDISKUSJON	21
5.2.1 <i>Redusert seksuell aktivitet</i>	21
5.2.2 <i>Negativ innvirkning på velvære</i>	23
5.2.3 <i>Vaginalt ubehag</i>	24

6.0 ANVENDELSE AV RESULTATER I PRAKSIS.....	26
REFERANSER	27
VEDLEGG	29
TABELL 2: SØKELOGG	30
TABELL 3: LITTERATURMATRISE	30

Antall ord: 7078

1.0 Innledning

I 2022 ble 1761 kvinner diagnostisert med gynekologisk kreft i Norge. Den mest utbredte typen er livmorkreft, som rammet totalt 817 kvinner. I gjennomsnitt har de ulike typene gynekologisk kreft fra 50-80% 5-års overlevelse (Kreftforeningen, 2023b). Et innledende søk på Google Scholar indikerte omfattende forskning om hvordan kreft og behandlingen påvirker helse og velvære.

Kreftbehandling inkluderer både strålebehandling, kirurgi, immunterapi og cellegiftbehandling (Jacobsen, 2017, s. 604). En av de mest brukte behandlingene for gynekologisk kreft er kirurgi (Kristensen, 2017, s. 590). Kreftbehandling er ofte assosiert med bivirkninger, slik som hårtap, nedsatt immunforsvar, kvalme, nedsatt muskelkraft, tretthet og konsentrasjonsvansker (Kreftforeningen, 2023a).

Kreftbehandling kan også medføre konsekvenser både emosjonelt, sosialt og fysisk både for kvinnen og partner da det kommer til seksualitet (Borg, 2017, s. 121). Hyppige seksuelle komplikasjoner som tørrhet i skjeden, kunstig overgangsalder, infertilitet, endret selvbylde, smerter ved samleie, redusert lyst, forkortning av skjede og orgasme problemer kan forekomme (Borg, 2017, s. 123). Ifølge Aars (2021) eksisterer det en nærliggende sammenheng mellom vår seksuelle funksjon og vår livskvalitet. Et optimalt seksualliv har en betydelig innvirkning på individuelt velvære, psykologisk helse og kvaliteten av mellommenneskelige relasjoner.

Ifølge Dahl et al. (2019, s. 108) stiller gjerne kreftpasienter spørsmål knyttet til seksualfunksjon senere i behandlingsløpet, gjerne opp til et år eller mer. Vi undrer oss derfor hvorfor dette temaet ikke ble tatt opp tidligere.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kreftbehandling og kvinners seksuelle helse er et relevant tema som vi opplever at det ikke er nok fokus på, og som behøver å belyses. Vi har inntrykk av at seksuell helse påvirker livskvaliteten og velværen til kvinner, da et sunt seksualliv er en viktig del av livsnyttelsen. Etter endt kreftbehandling mener vi det er viktig å hjelpe kvinner med å gjenoppta en tilfredsstillende seksuell aktivitet for å forbedre deres generelle livskvalitet.

Dette er et tema som vekket vår interesse gjennom sykepleierutdanningen, og var noe vi ønsket å utforske nærmere. Interessen ble forsterket gjennom medisinsk og kirurgisk praksis, der vi fikk innsikt i utfordringene ved kreftbehandling. Erfaringene vi har tilegnet oss er knyttet til mangelen på oppmerksomhet rundt senskader og seksualitet etter avsluttet kreftbehandling. Kartleggingen konsentrerte seg primært om pasientens sivilstatus og barn, uten å ta hensyn til pasientens eventuelle bekymringer knyttet til seksualitet. Vi observerte at dette temaet sjelden ble tatt opp, og ønsker å se nærmere på dette.

1.2 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft opplever at behandlingen har påvirket deres seksuelle helse. Og på bakgrunn av dette få økt kunnskap om hvordan vi som sykepleiere kan bidra til større fokus rundt seksuell helse hos kvinner etter gjennomgått kreftbehandling. Følgende problemstilling leder vår studie “På hvilken måte påvirker gjennomgått kreftbehandling kvinners seksuelle helse?”.

2.0 Teoretisk rammeverk

Målet med teoretisk rammeverk vil være å presentere teori som er relevant, og som vil være med å belyse vår problemstilling (Thidemann, 2020, s. 105). I dette kapittelet vil vi ta for oss teori relatert til gynekologisk kreft, behandling, konsekvenser, senskader, seksuell helse og Kari Martinsens omsorgsteori.

2.1 Gynekologisk kreft

Hvert år blir omtrent 1700 kvinner i Norge diagnostisert med en form for gynekologisk kreft, og om lag 22 000 kvinner lever med eller har fått behandling for en gynekologisk kreftdiagnose i Norge. Kreft av denne typen opptrer hos kvinner i varierende aldre, men gjennomsnittsalderen ved diagnostetidspunktet er 60 år (Gynkreftforeningen, 2023). De tre store hovedgruppene for gynekologisk kreft er eggstokkreft, livmorkreft og livmorhalskreft (Jacobsen, 2017, s. 604). Sjeldnere kan det også forekomme kreft i de ytre kvinnelige kjønnsorganene (Kreftforeningen, 2023b).

2.2 Behandling

De vanligste behandlingsformene for gynekologisk kreft er kirurgi, strålebehandling, cytostatika og/eller hormonbehandling, som ofte blir gitt i kombinasjon (Jacobsen, 2017, s. 604).

Kirurgi er vanligvis det første trinnet i behandlingen for gynekologisk kreft. Det er to intensjoner med kirurgi, diagnostikk ved å kartlegge tumorens størrelse og omfang, og fjerning av tumorvev. Ved kreft i eggstokker og eggledere er det vanligste inngrepet fjerning av uterus sammen med begge eggstokkene og eggledere, samt at synlige metastaser blir fjernet om mulig. I de tilfellene der fullstendig fjerning av tumorvev ved primær kirurgi anses som uoverkommelig, kan cytostatikabehandling administreres i forveien av kirurgi (Kristensen, 2017, s. 590-591). Livmorhalskreft vil vanligvis bli behandlet med at den affiserte delen av livmorhalsen blir fjernet ved konisering, vanligvis er denne delen av cervix så liten at det ikke påvirker kvinnens fertilitet i etterkant. I motsetning vil radikal hysterektomi utføres i enkelte tilfeller. Dette innebærer an fjerning av livmoren, noe som vil medføre infertilitet. (Kristensen, 2017, s. 595-596).

2.3 Konsekvenser og senskader av kreftbehandling

Behandlingen av gynekologisk kreft kan medføre flere bivirkninger, konsekvenser og senskader. Dette inkluderer fjerning av reproduktive organer, hormonforandringer, tidlig overgangsalder og infertilitet, samt skade på slimhinner i blære, tarm og skjede (Jacobsen, 2017, s. 604). De ulike kreftformene og behandlingsmetodene av gynekologisk kreft vil ha varierende innvirkning på den seksuelle helsen (Kreftforeningen, u.å.).

En rekke kreftoperasjoner og behandlinger kan direkte påvirke nervene som er avgjørende for seksuell funksjon. For enkelte kan samleie etter kirurgiske inngrep i underlivet oppleves smertefullt. Cytostatikabehandling kan føre til redusert funksjon, lavere produksjon av kjønnshormoner, tidlig overgangsalder, og tørrhet i slimhinnene i skjeden.

Hormonbehandling kan også virke inn på den seksuelle helsen ved at behandlingen påvirker seksuell evne og lyst, i tillegg til plager som blødninger, depresjon og en følelse av at kroppen ikke henger med selv om lusten på sex er til stede (Kreftforeningen, u.å.). Seksuelle smerter i kjønnsorganene kan føre til at den seksuelle aktiviteten oppleves smertefull, noe som reduserer eller fjerner nytelsen (Dahl et al., 2019, s. 105).

2.4 Seksualitet og seksuell helse

Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) defineres seksuell helse som:

Seksuell helse er en tilstand av fysisk, følelsesmessig, mentalt og sosialt velvære relatert til seksualitet. Det er ikke kun fravær av sykdom, dysfunksjon eller funksjonsnedsettelse. Seksuell helse krever en positiv og respektfull tilnærming til seksualitet og seksuelle forhold, herunder muligheten til å ha lystfylte og trygge seksuelle opplevelser, frie for tvang, diskriminering og vold. For å oppnå og opprettholde seksuell helse må det enkelte individs rettigheter respekteres, beskyttes og oppfylles (Helsedirektoratet, 2023).

Kreftbehandling kan få store konsekvenser for pasienter på flere områder. Seksualiteten og den seksuelle helse blir lett skadelidende ved fysisk og psykisk stress medført av sykdom (Borg, 2017, s. 120-121). Videre uttrykker Borg at seksualiteten følger oss hele livet, som er en betydelig påvirkning for vårt selvbilde og livskvalitet.

Livskvaliteten til pasientene kan bli redusert på grunn av både fysiske og psykososiale problemer. Bortsett fra de seksuelle komplikasjonene kan fysiske utfordringer være smerte, kvalme, malabsorpsjon, vekttap og utmattelse. I tillegg er kvinnene med denne diagnosen i større risiko for å oppleve relasjonsproblemer, depresjon og angst (Jacobsen, 2017, s. 604). Psykososiale faktorer vil ofte påvirke kvinnens seksuelle lyst, inkludert aspekter som lavt selvbilde og redusert opplevelse av egen attraktivitet. For kvinner som har gjennomgått kreftbehandling, blir positive sensoriske opplevelser ofte viktige i den seksuelle aktiviteten, ettersom kroppen deres har vært gjennom smertefulle erfaringer, og de kan støte på utfordringer med å akseptere positive sensoriske inntrykk. Fysisk nærhet, omsorg og kjærtegn fra en partner utgjør en viktig del av den totale opplevelsen (Dahl et al, 2019, s. 124).

2.5 Kari Martinsens omsorgsteori

Vi ønsker å ta utgangspunkt i Nortvedt (2021) og Kristoffersen (2021) sine tolkninger, for å fremstille Kari Martinsens omsorgsteori. Ifølge Martinsen defineres omsorg som helheten av hvordan sykepleieren møter pasienten og måten sykepleieren utfører handlingene på (Kristoffersen, 2021, s. 264).

Martinsen argumenterer for at sykepleieansvaret ikke begrenser seg kun til pasientens sykdomstilstand eller fysiske helseproblem, men inkluderer også pasientens opplevelse av disse helseproblemene (Nortvedt, 2021, s. 46). Dette gjelder for eksempel en kvinnes opplevelse av dysfunksjon etter gjennomgått kreftbehandling. Sykepleieren har en forpliktelse til å bistå pasienten med deres helseproblem, selv om pasientens oppfatning eller atferd kan variere (Nortvedt, 2021, s. 46). Martinsen fremhever det faktum at omsorg inneholder fundamentale kvaliteter, deriblant at omsorg er en sosial relasjon som har betydning for fellesskapet. Omsorg involverer forståelse for andre, en forståelse som utvikles gjennom å handle for andre i samarbeid med andre (Kristoffersen, 2021, s. 263). For eksempel for sykepleiere innebærer dette å gi råd og informasjon til kvinner om potensielle senskader og utfordringer knyttet til kreftbehandling.

Det etiske ansvaret skal rettes mot alle enkeltpersoner basert på deres behov for hjelp. Likevel kan det forekomme situasjoner der verken pasienten eller pårørende ønsker å motta det å bli tatt ansvar for. I andre tilfeller kan ikke-verbale signaler bli feiltolket, og det kan antas at en pasient har behov for hjelp og omtanke, selv om pasienten ikke ønsker dette (Nortvedt, 2021, s. 47). Martinsen beskriver at solidaritet har en betydningsfull rolle i forbindelse med omsorg, og gir en nærmere forklaring:

Solidaritet hviler på likhet mellom mennesker. Likheten går på den generelle situasjon at vi alle kan bli omsorgstrengende og ha ubetinget rett til omsorg. Å ha solidaritet som ledende verdi, vil si at en ikke setter verdier som uavhengighet og selvstendighet høyest (1981). (Kristoffersen, 2021, s. 264).

Martinsen vektlegger pasientens opplevelse av velvære og beskriver at dette bør være en naturlig konsekvens av den omsorgen som sykepleierne gir. Vedlikeholdsomsorg, som Martinsen belyser, er en integrert del av pasientens opplevelse av velvære. Målet med vedlikeholdsomsorgen er ikke å gjøre pasienten uavhengig og selvhjulpen. Det fokuserer på å unngå forverring eller å opprettholde et visst nivå av funksjon. Behandlingsløpet handler om å optimalisere forholdene for pasienten i hennes nåværende situasjon (Kristoffersen, 2021, s. 264). I dette tilfellet kan pasienten oppleve bedring og økt livsmot, noe som igjen påvirker pasientens livskvalitet.

2.6 Oppsummering

Over 1700 kvinner får årlig gynekologisk kreft i Norge, ved denne diagnosen følger det med flere ulike typer behandling. Kvinner som gjennomgår disse behandlingene, kan på flere måter oppleve bivirkninger og senskader. Disse senskadene vil påvirke deres seksualliv og deres seksuelle helse. I denne oppgaven vil vi ved hjelp av relevant teori belyse hvordan gynekologisk kreft påvirker kvinners seksuelle helse, og på bakgrunn av dette øke vår kunnskap om temaet og sette det i søkelys.

3.0 Metode

Metode i forskning representerer den strukturen som anvendes for å samle relevant informasjon og kunnskap med formål om å belyse den aktuelle problemstillingen. Metoden skal være presist formulert, slik at andre som leser skal kunne komme frem til samme konklusjon (Thidemann, 2020, s. 75). I metodekapittelet blir alt fra utvelgelse av artikler til analyseprosessen beskrevet. I en litteraturbasert studie er metodebeskrivelsen en viktig del (Friberg, 2022, s. 115).

3.1 Anvendt Metode

I denne oppgaven tar vi for oss litteraturstudium som metode, og vi har valgt å anvende en blanding av kvalitativ og kvantitativ tilnærming, for å på best mulig måte besvare oppgaven. Et litteraturstudium samler kunnskap fra flere kilder, gjennomfører en kritisk gjennomgang og sammenfatter en ny helhet. Ved å skrive et litteraturstudium bruker man data som er samlet inn av andre. Dette kalles sekundærdata, og finnes i bøker, databaser, tidsskrifter eller lignende. Hensikten med en slik studie er å gi leseren en god forståelse av kunnskapen rundt temaet som problemstillingen etterspør. (Thidemann, 2020 s. 75-78)

Ved bruk av kvalitativ metode oppnår man innsikt i menneskelige egenskaper som erfaringer, tanker, opplevelser, meninger, holdninger, forventninger og motiver. En slik datainnsamling er hensiktsmessig når man søker svar på spørsmål som "Hvordan foregår ...?", "Hva betyr ...?" eller "Hvordan oppleves ...?". En kvalitativ tilnærming dreier seg ofte om å identifisere meningssammenhenger, og datainnsamlingen gjennomføres ved hjelp av dokumentasjonsanalyse, observasjon, intervju eller feltarbeid (Thidemann, 2020, s.76). Kvantitativ tilnærming handler derimot om målbare enheter, tall og objektive data, og dreier

seg mer om fakta. Denne metoden vil være hensiktsmessig om man vil se på prevalens eller hyppigheten av problemet. Ved slike studier vil det ofte bli brukt spørreskjema med faste svaralternativer (Thidemann, 2020, s. 75-76). Ved å kombinere kvalitativ og kvantitativ tilnærming, kan styrkene fra begge metodene komplementere deres svakheter. Denne kombinasjonen av metoder er kjent som en metodetriangulering. Om resultatene fra begge typer artikler samsvarer med hverandre vil det styrke resultatene, og validere påliteligheten (Thidemann, 2020, s. 77).

Vi begynte søket etter data på Pubmed, Cinahl og Oria, for å kartlegge artikler som ville være relevante for vår problemstilling. Vi innhentet fire relevante forskningsartikler fra Pubmed som vi valgte å anvende i oppgaven. Gjennom denne prosessen har vi analysert og sammenlignet flere artikler rettet mot vår problemstilling. Vi har sett på både likheter og ulikheter i artiklene og diskutert dem opp mot teorier. Våre tolkninger er basert på de artiklene vi har anvendt som grunnlag. Sammen med dette har vi benyttet artikler som inneholder erfaringer fra pasienter og partnere for å gi et mer omfattende perspektiv. Likevel har vi valgt å legge hovedvekt på pasientenes perspektiv. Forskningen i artiklene ble utført ved hjelp av pasientintervjuer eller utfylling av spørreskjemaer av pasientene selv.

Tillegglitteraturen for denne studien ble nøye utvalgt, dette med hensikt å styrke artiklene ved å integrere relevant teoretisk støtte for vår problemstilling. Faglitteraturen som ble brukt, ble valgt fra tilgjengelige ressurser ved Universitetet i Stavanger sitt bibliotek, og spesielt ble det vedlagt verk som er eller tidligere har vært en del av pensumlistene. Dette sikret et solid teoretisk grunnlag i pålitelig akademisk litteratur. Det ble også brukt ressurser fra nettbaserte kilder til denne studien. Utvalget av nettsider ble nøye vurdert, og vi ønsket anerkjente og pålitelige kilder, inkludert Kreftforeningen, Gynkreftforeningen og Helsedirektoratet. En kritisk tilnærming ble anvendt ved utvelgelsen av nettsider for å sikre troverdighet. Dette ble gjort med hensikt å sikre at informasjonen som ble innhentet, var grundig verifisert og basert på anerkjente kilder innenfor feltet.

3.2 Litteratursøk og inklusjons/eksklusjonskriterier

I forkant av litteratursøkingen ble ulike eksklusjons- og inklusjonskriterier valgt for å begrense mengden litteratur og identifisere artikler som omhandlet de ønskede temaene. Vi stilte spørsmålene: Hva gjør vi for å finne svar på spørsmålene? Hvordan har vi valgt

materialet? Hva er inkludert og hva er utelukket, og hvorfor? (Dalland, 2020, s. 197). Inklusjons- og eksklusjonskriteriene for utvalg av artikler i oppgaven er nøyaktig definert. Litteraturen som ble vurdert måtte være publisert i tidsrommet 2013-2023 og skrevet på engelsk eller norsk. Deltakerne i studiene måtte være over 18 år, og kvinner. Videre ble kun fagfellevurderte artikler inkludert. Geografisk ble fokuset rettet mot studier utført innenfor Europa og USA.

Tabell 1: Enkel oversiktstabell

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Stiggelbout, A. M. & Ter Kuile, M. M. (2015). Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support.	Kreftoverlevende og deres partnere sine livserfaringer ved seksuell dysfunksjon og psykoseksuell støtte.	Å evaluere kvinners erfaringer og utfordringer etter behandling av gynekologisk kreft. Samt å vurdere behovet for psykoseksuell helsehjelp og hvordan sykepleiere kan tilby denne støtten.	Pasient og partner	Kvalitativ studie Semistrukturerte intervjuer med deltakerne og partnerne separat. Temaene omfattet påvirkningen av kreftbehandling på seksuell funksjon, informasjon levert av behandlere, og psykoseksuelle behov.
Sekse, R. J. T., Hufthammer, K. O. & Vika, M. E. (2016) Sexual activity and functioning in women treated for gynaecological cancers	Seksuell aktivitet og funksjon hos kvinner etter behandling av gynekologisk kreft.	En analyse og sammenligning av seksuell aktivitet og funksjon i sammenheng med ulike former for gynekologisk kreft. Dette inkluderer også vurderinger av psykologiske utfordringer og livskvalitet.	Pasient	Kvantitativ studie Undersøkelsesskema, med spørsmål om forholdsstatus, deltakelse eller mangel på seksuell aktivitet, samt seksuell funksjon.

<p>Stabile, C., Goldfarb, S., Bassar, R. E., Goldfrank, D. J., Abu-Rustum, N. R., Bakart, R. R., Dickler, M. N. & Carter, J. (2017)</p> <p>Sexual health needs and educational intervention preferences for women with cancer.</p>	<p>Helseutfordringer knyttet til seksualitet og vaginalområdet hos kvinner etter gynekologisk- og brystkreftbehandling.</p>	<p>Hensikten med studien er å evaluere seksuelle og vaginale helseutfordringer hos kvinner etter gynekologisk kreftbehandling.</p> <p>Studien inkluderer også vurdering av kvinners preferanser for pedagogiske tiltak, gjennomført ved hjelp av en undersøkelse.</p>	<p>Pasient</p>	<p>Kvantitativ studie</p> <p>Metoden som ble brukt var en tverrsnittundersøkelse som ble gjennomført av kvinner som hadde gjennomgått kreft.</p> <p>I undersøkelsen ble det tatt opp tema som informasjon og kommunikasjon, seksuelle og vaginale utfordringer, samt spørsmål om hvordan de ønsket hjelp og informasjon.</p>
<p>Hubbs, J. L., Dickson Michelson, E. L., Vogel, R. I., Rivard, C. L., Teoh, D. G. K. & Geller, M. A. (2019)</p> <p>Sexual quality of life after the treatment of gynecologic cancer: What women want.</p>	<p>Hvordan behandling av gynekologisk kreft påvirker kvinnes seksuelle helse og livskvalitet.</p>	<p>Hensikten med studien er å evaluere de endringene knyttet til seksuell helse som kvinner opplever etter behandling av gynekologisk kreft.</p> <p>I tillegg tar studien sikte på å undersøke pasientenes preferanser når det gjelder støtte for disse problemene</p>	<p>Pasient</p>	<p>Kvantitativ studie</p> <p>Metoden som ble anvendt, involverte en spørreundersøkelse som omhandlet endringer i seksuell funksjon i forbindelse med behandling for gynekologisk kreft.</p>

3.3 Vurdering av artikler

Kildekritikk innebærer en vurdering av den valgte litteraturen. Ved å stille seg kritisk til kilder får vi på best mulig måte vurdert litteraturen vi har innhentet, og i hvilken grad den kan benyttes til å beskrive og belyse problemstillingen vår (Dalland, 2020, s. 152-153). For å sikre relevans og kvalitet i artiklene vi valgte, benyttet vi Sykepleien.no sin sjekklister for

kvalitativ sykepleieforskning. Denne sjekklisten fokuserte på tre hovedområder som skulle bli vurdert i hver artikkel: Hva er funnene? Er funnene gyldige? Er funnene klinisk relevante? Ved hjelp av sjekklisten med ti spørsmål gikk vi gjennom og kartla artikkelen og evaluerte den opp mot hovedområdene (Leegaard, 2019).

For å kunne sikre de kvantitative artiklene vi har valgt, benyttet vi Trisha Greenhalgs' bok "How to read a paper" (2019), for evaluering av forskningsmetodikk. Boken tar for seg fem essensielle spørsmål som skal danne grunnlaget for vurdering av litteraturen. De fem nøkkelspørsmålene - Er studien original? Hvem gjelder studien? Var den godt utformet? Var studien tilstrekkelig kontrollert? Var studien stor nok til å gjøre resultatene troverdige? - kan være med på å kvalitetssikre de utvalgte artiklene våre (Greenhalgh, 2019, s. 47). Ved å bruke disse sjekklistene får vi også sjekket om artiklene følger lovene som hører til forskning. Dette gjelder lover om samtykke, beskyttelse og forsvarlighet (Molven, 2019, s. 229).

Helseforskningsloven er avgjørende for denne forskning, og regulerer lover og retningslinjer for medisinsk forskning på mennesker eller forskning som involverer helseopplysninger.

I loven inngår generelle regler for helseforskning, som åpenhet, samtykke fra deltakere, krav og egne regler for forskningen (Helseforskningsloven, 2008). "Lovens formål er å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning. (...). Medisinsk og helsefaglig forskning skal ivareta etiske, medisinske, helsefaglige, vitenskapelige og personvernmessige forhold" (Helseforskningsloven, 2008, §1-§5). Følgende er taushetsplikt og samtykke også relevante aspekter ved slik forskning. Med taushetsplikt menes det at de som får innsyn til helse- og personopplysninger fra et forskningsprosjekt, er forpliktet til å hindre andres kjennskap og adgang til disse opplysningene (Helseforskningsloven, 2008, §7). Samtykke refererer til en frivillig, informert og tydelig erklæring eller bekreftelse fra deltakerne med samtykke til behandling og deling av helseopplysninger (Helseforskningsloven, 2008, §13).

3.4 Analyse

Å analysere en tekst innebærer å granske og tolke innholdet, med et mål om å forstå budskapet i teksten (Thidemann, 2020, s. 91). For å utføre en analyse av de valgte artikler, benyttet vi utgangspunktet Fribergs metode fra «Dags för uppsats», (2022). Denne metoden for analysering av litteraturstudier består av fire deler. Først, en nøyaktig gjennomlesing av de valgte artiklene for å danne en fullstendig forståelse av innholdet og å identifisere

sammenhenger. Deretter, dokumentering av relevante detaljer i en oversiktstabell. Videre til identifisering av både likheter og forskjeller mellom studiene, og til slutt en sammenfatning av analysenes resultat. Ut fra dette kunne vi strukturere temaene man har fått ut av analysen inn i hoved- og underkategorier (Friberg, 2022, s. 193-195).

Ved at vi inkludere både kvalitative og kvantitative artikler i vår studie, som presenterer resultatene på ulike måter, måtte vi utføre separate analyser. Først en analyse av den kvalitative artikkelen, etterfulgt av analyse av de kvantitative (Friberg, 2022, s. 194-195). Etter analysene endte vi opp med hoved- og underkategorier som samsvarte med hverandre og ble kombinert. Basert på vår analyse identifiserte vi hovedkategoriene *redusert seksuell aktivitet*, *negativ innvirkning på velvære* og *vaginalt ubehag*, med underkategoriene *nedsatt interesse*, *redusert tilfredshet og nytelse*, *redusert livskvalitet*, *psykososiale plager*, *smerter ved samleie* og *vaginal tørrhet*.

Hovedkategorier	Underkategorier
Redusert seksuell aktivitet	<ul style="list-style-type: none"> · Nedsatt interesse · Redusert tilfredshet og nytelse
Negativ innvirkning på velvære	<ul style="list-style-type: none"> · Redusert livskvalitet · Psykososiale plager
Vaginalt ubehag	<ul style="list-style-type: none"> · Smerter ved samleie · Vaginal tørrhet

4. 0 Resultat

4.1 Redusert seksuell aktivitet

4.1.1 Nedsatt interesse

Resultatene indikerer at et flertall av kvinner som har gjennomgått kreft opplever nedsatt interesse når det gjelder seksuell aktivitet. 3 av 4 artikler vektlegger dette i form av tverrsnittsundersøkelser og intervjuer. Det avdekkes at den eldre generasjonen (over 50 år) opplever betydelig mindre interesse for seksuell aktivitet enn den yngre generasjonen (Stabile et al., 2017). Ifølge artikkelen til Vermeer et al. (2015) kommer det frem at over halvparten av studiens deltakere var preget av lav interesse etter kreftbehandling. Artikkelen siterer ei kvinne på 40 år som uttrykker:

Yes, then I noticed that, also because of the lack of energy, I just don't feel like it. I have been so busy all day, and for me... Yes, in that sense men and women are truly different. For men it's pure relaxation, and for me it's an effort. And after a busy day, it may sound stupid, but then I prefer to lie down on the couch. Yes, that is very dull, but yes (Vermeer et al., 2015).

I Hubbs' studie (2019) ble det dokumentert at 64,7% av deltakerne ga uttrykk for betydelig glede knyttet til sitt seksualliv ett år før påbegynt kreftbehandling. Etter kreftbehandling har denne prosentandelen nå sunket til 27,4% (Hubbs et al., 2019). En mindre andel rapporterer sjelden seksuell aktivitet (Vermeer et al., 2015). Videre rapporterer Vermeer et al. (2015) at flere deltakere følte at deres partner hadde mistet seksuell interesse, samt at flere partnere unngikk seksuell kontakt.

En betydelig andel pasienter (37,5%) ga uttrykk for at de ikke ønsket behandling for sine bekymringer relatert til seksuell helse. Blant de som uttrykte en preferanse, foretrakk flertallet skriftlig informasjon. Videre rapporteres det at til tross for forekomsten av seksuell dysfunksjon, ønsket nesten en tredjedel av pasientene at sykepleiere ikke skulle ta opp utfordringer knyttet til seksuell dysfunksjon (Hubbs et al., (2019).

4.1.2 Redusert tilfredshet og nytelse

I studien til Hubbs et al. (2019) kommer det frem at et betydelig antall kvinner (43,5%) indikerte en markert endring i sin seksuelle glede etter gjennomgått kreftbehandling. Ifølge Sekse et al. (2016) kan kvinners opplevelser av redusert nytelse assosieres med smertene de erfarer. Videre følger Vermeer et al. (2015) at samleie for noen kvinner har blitt mindre spontant på grunn av bekymringer knyttet til urinlekkasje under seksuell aktivitet. I tillegg til redusert betydning av seksualitet, begrunner deltakere i studien at tap av libido også er et resultat av alder og forholdets varighet (Vermeer et al., 2015). Ifølge tabellen til Stabile et al. (2017) kommer det tydelig frem at kvinner over 50 år opplever større tap av libido, enn yngre kvinner.

Vermeer et al. (2015) rapporterer at enkelte deltakere hadde fått en ny partner etter behandlingen, noe som førte til fornyet interesse for seksuell aktivitet. Videre rapporteres det at flere partnere av kvinner med redusert interesse for seksuell aktivitet opplevde uendret

libido. Samtidig rapporteres det at flere partnere også la merke til at deres libido var redusert. Flere deltakere opplevde også press fra deres partnere som ønsket seksuell kontakt. Et fåtall av deltakerne uttrykte redsel for å gjenoppta seksuell aktivitet grunnet frykten for humant papillomavirus (Vermeer et al., 2015).

4.2 Negativ innvirkning på velvære

4.2.1 Redusert livskvalitet

Studien til Sekse et al. (2016) rapporterer en synlig forskjell i livskvalitet mellom seksuelt aktive og inaktive. Kvinner som var seksuelt aktive etter gjennomgått kreftbehandling rapporterte bedre velvære basert på livsglede (Sekse et al., 2016). Videre følger Vermeer et al. (2015) opp med at nedsatt interesse for seksuell aktivitet er en viktig senskade som følge av kreftbehandlingen (Vermeer et al., 2015). En betydelig andel av deltakerne i studien til Stabile et al. (2017) uttrykker at seksuell helse er viktig for deres nåværende livskvalitet. Videre presenterer studien at det er flere kvinner som opplever vaginale problemer som påvirker deres livskvalitet og seksuelle helse. Det rapporteres at dette i flere tilfeller sannsynligvis kan skyldes manglende kunnskap om vanlige symptomer knyttet til menopause.

4.2.2 Psykososiale plager

Studien til Vermeer et al. (2015) rapporterer at både deltakere og deres partnere tidligere har uttrykt behov for psykososial støtte fra helsepersonell. Flere kvinner uttrykker at kreftbehandlingen har påvirket deres opplevelse av femininitet, særlig på grunn av infertilitet som en bivirkning av behandlingen. Følgende rapporterer Stabile et al. (2017) at en betydelig del av deltakerne opplevde både forverrede og vedvarende vulvovaginale symptomer etter kreftbehandlingen. Disse symptomene inkluderer også emosjonelle påvirkninger, som lav selvfølelse (Stabile et al., 2017). Rundt halvparten av deltakerne opplevde kroppslige endringer som medførte negativt selvbilde og usikkerhet. En stor andel av deltakerne rapporterte å ha lymfødem. Hevelse i bena medførte trang til å bruke kompresjonsstrømper (Vermeer et al., 2015). Statistikk fra Sekse et al. (2016) viser at rundt 10% av deltakerne opplevde psykiske utfordringer som preget seksuallivet negativt. Eksempelvis utmattelse, angst og depresjon. Et mindretall rapporterte at de følte seg for utmattet til å være seksuelt aktive (Sekse et al., 2016).

4.3 Vaginalt ubehag

Vaginalt ubehag som smerter ved samleie og vaginal tørrhet er to av de vanligste, og mest omtalte senskadene deltakerne opplevde relatert til kreftbehandling i våre utvalgte artikler. I tre av de fire artiklene blir temaet tatt opp og diskutert, og man får høre kvinnenes opplevelser, samt hvordan partnerne erfarer dette.

4.3.1 Smerter ved samleie

Sekse et al. (2016) fremlegger i deres studie at 41% av deltakerne uttrykker ubehag og smerte i forbindelse med penetrering. Den observerte forekomsten av denne typen plager blir også omtalt i to av de andre studiene, noe som indikerer enighet i opplevelsene.

Det kommer frem i to av fire artikler at kvinnene rapporterer en frykt knyttet til muligheten for å oppleve smerte ved penetrering. Denne redselen, ledsaget av smerter, resulterer i at flere avstår fra seksuell aktivitet (Vermeer et al., 2015, Sekse et al., 2016). Utover dette rapporterer en betydelig andel også en bekymring for at deres ektefelle skal oppdage den frykten de opplever i forbindelse med smerte. En videre innsikt indikerer at partnerne til kvinnene også uttrykker bekymring og redsel knyttet til muligheten for å påføre smerte til sin partner (Vermeer et al., 2015). Disse funnene viser et samspill mellom smerteopplevelser, frykt og hvordan det påvirker kvinnenes seksuelle aktivitet og velvære.

Since the treatment, it (referring to her sexual functioning) hasn't been good. In that sense that I basically don't want. That I am afraid of it, and in pain (..) And then, I have sort of given up, like 'forget it', don't feel like it anymore. Or maybe I do feel like it, but the door has sort of been closed, and probably it won't open again (Vermeer et al., 2015).

Studien til Sekse et al. (2016) viser en merkbar kontrast mellom aldersgruppene når det gjelder opplevelser av smerte og ubehag. 60% av kvinnene i den middelaldrende gruppen rapporterer slike smerter. Dette er betydelig mer enn den eldste gruppen hvor bare 9% rapporterer smerte og den yngste gruppen med 35%.

4.3.2 Vaginal tørrhet

I spørreundersøkelsene og intervjuene som ble utført i studiene ble kvinnene spurt om blant annet vaginal tørrhet. Vaginal tørrhet og smerte ved samleie er vesentlige bivirkninger av behandling for gynekologisk kreft. Eksisterende forskning indikerer at prevalensen av disse seksuelle utfordringene varierer betydelig, med rapporterte problemer i seksuell funksjon som strekker seg fra 23-70% blant overlevende (Vermeer et al. 2015). "I mean, of course it (referring to her vagina) is shortened, and it doesn't lubricate without help" (Vermeer et al. 2015). Tre av fire artikler rapporterer om at halvparten av kvinnene opplever symptomer relatert til vaginal tørrhet. Man ser også et høyere antall tilfeller hos kvinner i aldersgruppen 50 år+. Sammenlignet med henholdsvis 20% i den eldre gruppen og 43% i den yngre.

Studien til Stabile et al. (2017) viser også at kvinner over 50 år eller eldre, opplever en betydelig høyere forekomst av vaginal tørrhet sammenlignet med de yngre deltakerne. Det bemerkes at denne høye frekvensen av vaginal tørrhet ikke bare var en konsekvens av kreftbehandlingen, men også en tilstand disse eldre kvinnene allerede hadde før de fikk kreftdiagnosen. En betydelig andel av kvinnene i undersøkelsen var kjent med og brukte ulike former for glidemidler og fuktighetsgivende kremer. Dette ble gjort for å legge til rette for seksuell aktivitet samt å lindre plagene ved vaginal tørrhet og smerte.

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

I dette delkapittelet skal vi presentere de ulike styrkene og svakhetene i oppgaven.

5.1.1 Valg av metode

Vi har valgt både kvalitative og kvantitative artikler for å få et bredere perspektiv av påvirkningene gynekologisk kreft har på kvinner. Ved kvantitativ metode ses dataen på i form av målbare enheter, som gir oss mulig til beregning av tall, for å finne prosentandeler eller gjennomsnitt. Kvalitativ metode har som hensikt å se på opplevelser og meninger som ikke kan måles (Dalland, 2020, s. 54).

I starten av litteratursøkingen gjennomførte vi søk etter primært kvalitative artikler grunnet et ønske om å finne opplevelsene til kvinnene. Etter hvert fant vi ut at vi fikk et bredere perspektiv, med både opplevelser og statistikk, i tillegg til flere mulige artikler av å anvende

begge metodene. Både forskningsartikler med kvalitativ og kvantitativ metode vil på ulike måter bidra til bedre forståelse. Ved at man får både “harde” og “myke” data, vil man få et bredere perspektiv (Dalland, 2020, s. 54-55). I praksis vil forskere ofte bruke en blanding av metodene og elementene dette innebærer, selv om datainnsamlingen i hovedsak er i tråd med en av metodene (Dalland, 2020, s. 54-55). Ved at vi valgte å bruke en blanding av begge tilnærmingene får vi et større perspektiv, og et bedre helhetlig syn på problemet.

5.1.2 Artikkel utvalg

I løpet av litteratursøket utførte vi omfattende søk i flere databaser, og til tross for dette resulterte det i at de fire artiklene vi har benyttet ble valgt fra databasen Pubmed. Denne begrensningen kan potensielt ha en negativ innvirkning, ved potensiell utelukkning av annen relevant litteratur som kan finnes i andre databaser.

En ytterligere utfordring er knyttet til antallet valgte artikler, da vi valgte fire artikler til vår oppgave. Dette kan begrense bredden av perspektiver og informasjon om påvirkningen gynekologisk kreft har på kvinners seksuelle helse. En mer omfattende utvelgelse av artikler ville muligens ha resultert i et mer mangfoldig bilde og flere synspunkter. I tillegg undret vi oss om en artikkel med kvalitativ metode, og tre artikler med kvantitativ metode ville være nok til å si noe om helheten, noe som kan være en svakhet ved oppgaven.

Til tross for disse begrensningene opplever vi at de utvalgte artiklene likevel ga oss tilstrekkelig innsikt og synspunkter. På grunn av begrensede tilgjengelige norske artikler ble kun engelskspråklige artikler benyttet, og dermed måtte vi oversette artiklene fra engelsk til norsk. Det bør bemerkes at oversettelsesprosessen kan ha medført risiko for tap av deler av betydning fra originalen.

Et problem vi støttet på ved en av artiklene vi har benyttet er at den tok for seg kvinner med både brystkreft og gynekologisk kreft. Dette kan være utfordrende da tallene muligens ikke blir nøyaktige, til tross for dette presenterer artikkelen at det ikke er noen signifikante forskjeller blant pasienter med henholdsvis bryst- og gynekologisk kreft når det gjelder seksuelle bekymringer og vaginale symptomer. I tillegg til tabeller som viser til egen statistikk for pasienter med gynekologisk kreft. Av denne grunnen anses likevel resultatene å være relevante for vår oppgave.

Når vi utførte artikkelsøk ble et av inklusjonskriteriene satt til at artiklene ikke skulle være eldre enn 10 år, og de artiklene vi valgte å benytte ble publisert mellom 2015 og 2019. Dette sikret at de utvalgte artiklene forble relativt nye og oppdaterte, og informasjonen forventes derfor å være aktuell. Videre ble det lagt vekt på geografisk utvalg, med fokus på artikler fra Europa eller USA. Dette var et strategisk valg gjort på bakgrunn av potensielle kulturforskjeller som kunne påvirke resultatene. I lys av dette ble en artikkel ekskludert da studien ble gjennomført ved et sykehus utenfor Europa eller USA. Et positivt aspekt ved litteratursøket var bruken av varierte søkeord og synonymer for å sikre et bredt og inkluderende søk. Flere søk ble gjennomført, med nødvendige justeringer for å oppnå mer spesifikke og relevante treff.

5.1.3 Deltakere i studien

Hver av studiene har gjennomført en nøye utvelgelse av deltakere. Artiklene inkluderer 462 kvinner, alle i alderen 18 til 81 år, med ulike former for gynekologisk kreft. Det brede spekteret av populasjonen gir mulighet for tallrike og varierte svar i undersøkelsen, slik at man får innsikt i en rekke ulike opplevelser blant kvinner.

I studien til Vermeer et al. (2015) ble kvinner som hadde blitt behandlet på to ulike sykehus i Nederland kontaktet og invitert til å bli intervjuet. Intervjuene ble gjennomført enten på sykehus eller i deltakernes hjem. Både i artiklene til Stabile et al. (2017) og Hubbs et al. (2019) ble deltakerne rekruttert ved deres polikliniske oppfølgingstimer, hvor de benyttet spørreskjemaer som ble utfylt. De ulike måtene for undersøkelser synes å gi varierte synspunkter. Studiene ble utført i forskjellige land, inkludert Norge, Nederland og USA. Til tross for at flertallet av artiklene stammer fra land utenfor Norge, anser vi likevel forskningsartiklene som relevante for norske forhold.

5.2 Resultatdiskusjon

I dette delkapittelet skal vi drøfte resultatene fra de valgte forskningsartiklene opp mot omhandlende seksualitet knyttet til gynekologisk kreft i lys av Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Vi vil også integrere våre perspektiver og betraktninger i diskusjonen.

5.2.1 Redusert seksuell aktivitet

Det kommer tydelig frem at gynekologisk kreft er en konsekvens for kvinners seksuelle aktivitet. Dette kommer frem i både resultatdel og teoridel. Resultatene viser at det er flere årsaker til hvorfor kvinner opplever inaktivitet da det kommer til seksualitet. Eksempelvis, nedsatt interesse for seksuell aktivitet og opplevelsen av redusert nytelse grunnet bekymringer rundt eventuelle smerter og tap av libido (Vermeer et al., 2015). Disse seksuelle utfordringene samsvarer i stor grad med Kreftforeningens påstand om at hormonbehandling har innvirkning på kvinners seksuelle helse i form av at den kan påvirke seksuell evne og lyst (Kreftforeningen u.å.). Følgende kan kreftbehandling også medføre konsekvenser både emosjonelt, fysisk og sosialt for både kvinner og partnere, noe som vi mener kan ha betydelig innvirkning på kvinnens opplevelse av redusert seksuell aktivitet (Borg, 2017, s. 121). Dette kan vi konkludere med ettersom Borg videre bekrefter at kvinnens seksuelle helse blir lett skadelidende ved psykisk og fysisk stress medført av kreftsykdom (Borg, 2017, s. 120-121).

Omsorgsteorien til Kari Martinsen handler i grunn om å inkludere pasientens opplevelse av helseproblemer, og ikke kun det å begrense seg til pasientens sykdomstilstand eller fysiske helseproblem (Nortvedt, 2021, s. 46). I den forstand tenker vi at sykepleierne har en viktig rolle i å dekke pasientens bekymringer rundt eventuelle smerter som kan oppstå under seksuell aktivitet. Resultatdelen tydeliggjør at slike bekymringer kan ha stor påvirkningskraft på kvinnens seksuelle aktivitet. Etter vår refleksjon tenker vi at sykepleierne har i oppgave å bistå med slike utfordringer, selv om det kan være utfordrende for begge parter. I tråd med dette fremhever Martinsens omsorgsteori det faktum at sykepleierne har en forpliktelse til å bistå kvinnen med deres helseproblem (Nortvedt, 2021, s.46).

På den andre siden kommer det frem i resultatdelen at en betydelig andel av deltakerne ikke ønsket behandling for sine bekymringer relatert til seksuell helse (Hubbs et al., 2019). I forbindelse med dette belyser Martinsen at det kan forekomme situasjoner der verken pasienten eller pårørende ønsker å motta det å bli tatt ansvar for (Nortvedt, 2021, s. 47). I dette tilfellet kan det tenkes at deltakernes bekymringer rundt deres seksuelle helse er ubetydelig for deres behandling, eller at de velger å håndtere utfordringene på egenhånd. I slike situasjoner anser vi at det som essensielt at sykepleieren respekterer kvinnens ønske om å unngå å ta opp temaet. Samtidig bør de vise empati og åpenhet, slik at det skapes et rom der samtale eventuelt kan finne sted.

Fra vårt ståsted er det en tydelig sammenheng mellom redusert interesse for seksuell aktivitet og opplevelsen av nedsatt tilfredshet og nytelse blant deltakerne. Resultatene antyder at begge underkategoriene er assosiert med deltakernes reduserte glede ved å være seksuelt aktive. Den nedsatte interessen for seksuell aktivitet hos deltakerne skyldes i stor grad utmattelse, mens redusert nytelse kan knyttes til deltakernes bekymringer om potensielle smerteopplevelser og urinlekkasje (Vermeer et al., 2015). Vi ser dette som faktorer som utløses av psykososiale påvirkninger. Våre betraktninger samsvarer med våre funn som tilsier at 10% av deltakerne opplevde psykiske utfordringer som negativt påvirket seksuallivet, med eksempler som utmattelse og angst som gjennomgående temaer (Sekse et al., 2016). Dette synes å samsvare med våre resultater. I henhold til Kari Martinsens omsorgsteori tolker vi det som sykepleiernes ansvar å identifisere sammenhenger mellom ulike faktorer som påvirker hverandre, med mål om å optimalisere forholdene på best mulig måte, selv om pasientens oppfatning kan variere (Nortvedt, 2021, s. 46). Dette inkluderer å fokusere på mulige faktorer som påvirker en kvinnes opplevelse av nedsatt nytelse.

5.2.2 Negativ innvirkning på velvære

Som beskrevet i teoridel er seksuell helse en tilstand basert på mentalitet, sosialitet og følelser knyttet til seksualitet (Helsedirektoratet, 2023). Psykososiale faktorer som opplevelse av depresjon og angst kan ha betydelig innvirkning på opplevelse av egen attraktivitet og selvbilde (Jacobsen, 2017, s. 604, Dahl et al., 2019, s. 124). Disse påstandene samsvarer med våre funn. I studien til både Sekse et al (2016), Vermeer et al (2015) og Stabile et al (2017) er en betydelig andel av deltakerne preget av psykososiale utfordringer. Statistikk tyder på at 10% av deltakerne opplevde psykiske utfordringer som utmattelse, angst og depresjon, som ga følgende negative påvirkninger på deres seksualliv (Sekse et al., 2016). Sammenhengende rapporteres det at flere deltakere uttrykker at seksuell helse er viktig for deres nåværende livskvalitet (Stabile et al., 2017). I tråd med dette er det tidligere bekreftet at det foreligger en nærliggende sammenheng mellom vår seksuelle funksjon og vår livskvalitet, da psykologisk helse påvirker kvaliteten på mellommenneskelige relasjoner (Aars, 2021).

Til vår overraskelse inneholdt artiklene begrensede resultater som indikerer at kvinner, etter å ha gjennomgått kreftbehandling, opplever psykososiale utfordringer. Dette til tross for en betydelig andel deltakere som faktisk rapporterte slike opplevelser. Tall fra Vermeer et al. (2015) sin studie tyder på at omtrent halvparten av deltakerne opplevde usikkerhet og

endringer i selvbilde som følge av kroppslige endringer fra kreftbehandling. Derfor undrer vi oss over hvorfor psykososiale utfordringer ikke ble grundigere omtalt i artiklene, da våre funn indikerer at det er et betydelig problem.

Vi tenker at psykososiale utfordringer er et område der sykepleierne kan bidra til forbedring. Dette kan konkluderes med Martinsens omsorgsteori som indikerer at sykepleieransvaret omfatter både å håndtere pasientens fysiske helseproblemer og pasientens opplevelse av disse utfordringene (Nortvedt, 2021, s. 46). Vi er enige med Martinsen i at sykepleierne spiller en sentral rolle i å optimalisere forholdene for kvinner i deres nåværende situasjon (Kristoffersen, 2021, s. 264). Fra vårt perspektiv har vi observert at sykepleierne har en betydelig innflytelse på livsmotet til kvinner i slike situasjoner, ved å bidra til å identifisere mestringsstrategier og tilrettelegge for samtaler og rådgivning.

Det rapporteres at flere kvinner opplever at kreftbehandlingen har påvirket deres følelse av femininitet, grunnet infertilitet (Vermeer et al., 2015). Som tidligere beskrevet er det flere kreftbehandlinger som påvirker kvinnens fertilitet negativt. Vi tenker dette kan ha en betydelig sammenheng med kvinnens seksuelle aktivitet, ettersom flere studier inkluderer yngre deltakere, som eventuelt kan ha et stort ønske om barn. Ifølge det etiske ansvaret beskrevet av Martinsen, har alle kvinner rett på hjelp ut fra deres behov (Nortvedt, 2021, s.47). Vi tenker derfor at sykepleieren spiller en vesentlig rolle i å veilede om alternativer og gi råd om potensielle hjelpemidler. Kristoffersen påpeker at omsorg handler om forståelse, og følgelig mener vi at sykepleierne bør vise empati, spesielt når kreftbehandlingen kan frata dem evnen til å få barn (Kristoffersen, 2021, s. 263).

5.2.3 Vaginalt ubehag

Etter våre observasjoner fra praksis erfarte vi at vaginalt ubehag utgjorde en betydelig utfordring for kvinner. Likevel ble vi overrasket over hvor stor andel som rapporterte dette, da det fremlegges at 41% av deltakerne opplever ubehag og smerte (Sekse et al., 2016). Resultatene indikerer at vaginalt ubehag og vaginal tørrhet er de mest omtalte senskadene i våre utvalgte artikler. Vi kan konkludere med at våre funn støtter påstanden om at smerte ved samleie og tørrhet i skjeden er hyppige komplikasjoner assosiert med kreftbehandling (Borg, 2017, s. 123). Følgende er det en betydelig andel deltakere som rapporterer en frykt knyttet til muligheten for å oppleve smerter ved penetrering (Vermeer et al., 2015, Sekse et al., 2016). Det siteres fra Vermeer et al. (2015) «Since the treatment, it (referring to her sexual

functioning) hasn't been good. In that sense that I basically don't want. That I am afraid of it, and in pain». Videre rapporteres det at en betydelig andel deltakere er bekymret for at deres ektefelle skal oppdage den frykten de føler på i forbindelse med smerte (Vermeer et al., 2015)

Det kommer tydelig frem at både smerter i seg selv og redsel knyttet til smerteopplevelser, resulterer i at flere avstår fra seksuell aktivitet (Vermeer et al., 2015, Sekse et al., 2016). Sitatet fra Vermeer et al. (2015) som tidligere nevnt, støtter dette funnet hvor deltakeren uttrykker redsel og smerte i forbindelse med hennes seksuelle funksjon. Kari Martinsen sin omsorgsteori peker på at omsorg involverer forståelse for andre, en forståelse som utvikles gjennom å handle i samarbeid med andre (Kristoffersen, 2021, s. 263). Fra vårt perspektiv kan dette tolkes som at kvinnen og deres partner er nødt til å samarbeide, for å kunne oppnå en essensiell omsorg for begge parter. I slike situasjoner kommer det frem at fysisk nærhet og kjærtegn fra en partner utgjør en betydelig del av den totale opplevelsen for kvinner som har gjennomgått kreftbehandling. Samt at sensoriske opplevelser ofte er viktig i den seksuelle aktiviteten, selv om kvinnen kan støte på utfordringer med å akseptere positive sensoriske inntrykk (Dahl et al., 2019, s. 124). Likevel, tenker vi det kan være utfordrende for en partner å gi passende omsorg, da en videre innsikt indikerer at flere deltakere er bekymret for at deres partner skal oppdage den frykten de føler på i forbindelse med smerte (Vermeer et al., 2015).

Videre rapporterer tre av fire artikler at halvparten av kvinnene opplever symptomer relatert til vaginal tørrhet. Flere deltakere benyttet seg av glidemidler og fuktighetsgivende kremer for å lette seksuell aktivitet og å lindre ubehaget forbundet med vaginal tørrhet.

Kreftbehandling, inkludert fjerning av reproduktive organer og cytostatikabehandling, kan føre til tørrhet av slimhinner i skjeden (Jacobsen, 2017, s. 604, Kreftforeningen, u.å.). I tråd med dette anser vi det som vesentlig at sykepleierne engasjerer seg i å støtte kvinner med å gjenoppta tilfredsstillende seksuell aktivitet for å forbedre deres generelle livskvalitet. I samsvar med Kari Martinsens konsept om vedlikeholdsomsorg, som dreier seg om å unngå forverring eller å opprettholde et visst funksjonsnivå, er det sykepleierens ansvar å optimalisere forholdene for pasienten i hennes nåværende situasjon (Kristoffersen, 2021, s. 264). I denne sammenheng kan informasjon om smertelindring eller veiledning om bruk av hjelpemidler som glidemidler og fuktighetsgivende kremer være tilstrekkelig for å optimalisere forholdene.

6.0 Anvendelse av resultater i praksis

Hensikten med oppgaven var å belyse kvinners opplevelser av hvordan behandling for gynekologisk kreft påvirker deres seksuelle helse. Vi ønsket å øke kunnskapen om hvordan sykepleiere kan bidra til større fokus rundt seksuell helse etter gjennomgått kreftbehandling. Våre resultater indikerer at flere av kvinnene opplever lignende utfordringer relatert til seksualitet. Denne samstemtheten understreker betydningen av å håndtere disse komplekse aspektene med seksuell helse. Ut fra våre funn er dette tema som fortsatt behøver økt kunnskap og større fokus, ettersom psykiske og fysiske faktorer har betydelig innvirkning på kvinnens seksuelle helse. Det kommer frem at det foreligger en nærliggende sammenheng mellom vår seksuelle funksjon og vår livskvalitet, da vår psykologiske helse påvirker kvaliteten på mellommenneskelige relasjoner. I tråd med dette inkluderer sykepleieransvaret også å håndtere pasientens opplevelse av det fysiske helseproblemet.

Sykepleieransvaret innebærer å gi veiledning og rådgivning om potensielle hjelpemidler. Følgende skal en sykepleier vise empati, respekt og barmhjertighet overfor pasienten, i tillegg til åpenhet for å kunne tilrettelegge for potensielle samtaler med pasient. Dette knyttes sammen med betydningen av Kari Martinsens omsorgsteori som innebærer at forståelse for andre er nøkkelen til omsorg (Kristoffersen, 2021, s.263). Sykepleierens forståelse av pasientens situasjon kan bidra til å optimalisere forholdene for pasienten i hennes nåværende situasjon. I denne sammenhengen er vedlikeholdsomsorg av stor betydning for å unngå forverring av senskader og utfordringer. For å bistå kvinnen med deres helseproblem, må sykepleieren se samspillet mellom ulike faktorer som påvirker hverandre.

Basert på våre funn, mener vi at vi har oppnådd en grundig forståelse av påvirkningen behandling av gynekologisk kreft har på kvinners seksuelle helse. Gjennom skriveprosessen har vi fått innsikt i de betydelige endringene kvinner opplever, både fysisk og psykisk. Våre resultater tydeliggjør også områder for forbedring ved dette temaet. Vi mener at vår bacheloroppgave kan gi et verdifullt bidrag til øking av kompetansen relatert til dette emnet, da vi belyser de ulike utfordringene kvinnene opplever. Økt kompetanse og fokus anser vi som en viktig del i behandlingen av kvinner med gynekologisk kreft.

Referanser

Aars, H. (2021, 11. mars). *Hva er seksuell helse?* Sykepleie.no

<https://sykepleien.no/fag/2021/01/hva-er-seksuell-helse>

Borg, T. (2017). Seksualitet: Hva er seksualitet?. I T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient - Utfordring - Handling* (4. utg., s. 120-131). Cappelen Damm Akademisk.

Borg, T. (2017). Seksualitet: Seksuelle problemer knyttet til sykdom og behandling. I T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient - Utfordring - Handling* (4. utg., s. 120-131). Cappelen Damm Akademisk.

Dahl, A. A., Fosså, S. D.(red.), & Kiserud, C. E. (2019). *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (3. utg.). Gyldendal. Brukt kapittel 7

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. Utg.). Gyldendal.

Friberg, F. (Red.). (2022). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4. Utg.). Studentlitteratur. (Kap. 7 & 13)

Greenhalgh, T. (2010). *How to read a paper* (4. Utg.). Wiley-Blackwell. Brukt kapittel 4

Gynkreftforeningen. (2023, 19. april). *Gynekologisk kreft*.

<https://www.gynkreftforeningen.no/>

Helsedirektoratet. (2023). *Sentrale begreper på seksuell helse-området*. Hentet 5. desember 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/seksuell-helse/sentrale-begreper-seksuell-helse>

Hubbs, J. L., Dickson Michelson, E. L., Vogel, R. I., Rivard, C. L., Teoh, D. G. K. & Geller, M. A. (2019). Sexual quality of life after the treatment of gynecologic cancer: what women want. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 27(12), 4649-4654. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04756-7>

Jacobsen, A. M. L. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorganer: Fysiske problemer. I T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient - Utfordring - Handling* (4. utg., s. 604-613). Cappelen Damm Akademisk.

Kreftforeningen. (2023a, 16. august). *Behandling av kreft*. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/>

Kreftforeningen. (u.å.). *Hvordan påvirker kreftbehandlingen seksuallivet?* Hentet 20. oktober 2023 fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/kreft-og-seksualitet/hvordan-pavirker-kreftbehandlingen-seksuallivet/>

Kreftforeningen. (2023b, 16. oktober). *Kreftformer*. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/>

Kristensen, G. (2017). Kreft i kvinnelige kjønnsorganer: Kreft i eggstokkene, egglederne eller bukinnen. I T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient - Utfordring - Handling* (4. utg., s. 588-603). Cappelen Damm Akademisk.

Kristensen, G. (2017). Kreft i kvinnelige kjønnsorganer: Livmorhalskreft (cancer cervicis uteri). I T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient - Utfordring - Handling* (4. utg., s. 588-603). Cappelen Damm Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2021). Sykepleiefagets teoretiske utvikling- en historisk reise: Sykepleie med hovedvekt på omsorg. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Fag og profesjon* (4. Utg., Bd 1., s. 225-288). Gyldendal.

Leegaard, M. (2019). Kvaliteten på kvalitativ forskning. *Sykepleien forskning, 2019, 14*(e-53932). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.53932>

Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. Utg.). Gyldendal.

Nortvedt, P. (2021). *Omtanke: Innføring i sykepleieetikk* (3. utg.). Gyldendal.

Sekse, R. J., Hufthammer, K. O. & Vika, M. E. (2017). Sexual activity and functioning in women treated for gynaecological cancers. *Journal of clinical nursing*, 26(3-4), 400-410.

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

Stabile, C., Goldfarb, S., Baser, R. E., Goldfrank, D. J., Abu-Rustum, N. R., Barakat, R. R., Dickler, M. N. & Carter, J. (2017). Sexual health needs and educational intervention preferences for women with cancer. *Breast cancer research and treatment*, 165(1), 77-84.

<https://doi.org/10.1007/s10549-017-4305-6>

Thidemann, I. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Stigglibout, A. M. & Ter Kuile, M. M. (2016). Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 24(4), 1679-1687.

<https://doi.org/10.1007/s00520-015-2925-0>

Vedlegg

Tabell 2: Søkelogg

Søkedato:	28/8	28/8	31/8	31/8	20/11	30/11
Database:	Pubmed	Pubmed	Cinahl	Oria	Pubmed	Pubmed
Søkeord:	Female sexual dysfunction AND Cancer AND Gynecology	Gynecological cancer AND Sexual functioning	Nurse OR Nurses OR Nursing AND sexual dysfunction	Sykepleie AND seksuell helse	Vaginal dryness AND Cancer	Life after gynecological cancer AND sexual health
Avgrensinger:	-Female -10 years	-Female -10 years	-Peer reviewed -Female -10 years -English	Fagfelle vurdert -10 år	-Female -English -10 years	-Female -10 years -free full text
Antall treff:	555	1,129	117	12	253	135
Leste abstrakt:	6	3	3	5	7	5
Leste artikler:	1	1	1	1	1	1
Antall valgte artikler:	1	1	0	0	1	1

Tabell 3: Litteratormatrise

Artikkel:	Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support	Sexual activity and functioning in women treated for gynaecological cancers	Sexual health needs and educational intervention preferences for women with cancer	Sexual quality of life after the treatment of gynecologic cancer: What women want
-----------	---	---	--	---

Forfattere: Årstall: Tidsskrift: Land:	Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Stiggelbout, A. M. & Ter Kuile, M. M. (2015) Supportive Care Cancer. Nederland	Sekse, R. J. T., Hufthammer, K. O. & Vika, M. E. (2016) Journal of Clinical Nursing. Norge.	Stabile, C., Goldfarb, S., Basser, R. E., Goldfrank, D. J., Abu- Rustum, N. R., Bakart, R. R., Dickler, M. N. & Carter, J. (2017) Breast cancer res treat. USA	Hubbs, J. L., Dickson Michelson, E. L., Vogel, R. I., Rivard, C. L., Teoh, D. G. K. & Geller, M. A. (2019) Support Care Cancer. USA
Hensikt med studien:	Hensikten med studien er å evaluere kvinners erfaringer etter behandling av gynekologisk kreft, samt å identifisere de plagene de opplever, i tillegg til behovet for støtte og psykoseksuell helsehjelp. Seksualitet er et tabubelagt tema som kan være utfordrende for både pasienter og sykepleiere å diskutere. Å ta opp disse temaene som sykepleier kan bidra til en mer helhetlig behandling for pasienten og deres partner.	Hensikten med studien er å beskrive og sammenligne seksuell aktivitet og funksjon i forhold til ulike gynekologiske kreftformer. I tillegg blir sammenhengen mellom seksuell aktivitet og funksjon utforsket i forhold til psykologiske plager og livskvalitet.	Hensikten med studien er å evaluere seksuelle og vaginale helseproblemer hos kvinner etter gynekologisk kreftbehandling. En undersøkelse tar sikte på å vurdere disse utfordringene, samt kvinnens preferanser for pedagogiske tiltak.	Hensikten med studien er å vurdere endringer i seksuell helse som kvinner opplever etter behandling av gynekologisk kreft. Videre tar studien sikte på å beskrive pasientenes preferanser for hvordan helsepersonell kan bistå med å håndtere disse bekymringene og behandle seksuell dysfunksjon.
Perspektiv: (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Pasient og partner	Pasienter	Pasient	Pasient

Metode og analyse:	I studien ble semistrukturerte intervjuer anvendt med deltakerne og deres partnere hver for seg. Intervjuene berørte temaer som påvirkningen av kreftbehandlingen på seksuell funksjon, informasjon gitt av behandlere og psykoseksuelle behov	Studien benytter seg av et spørreskjema med spørsmål om relasjonsstatus, seksuell aktivitet/inaktivitet og seksuell funksjon.	I studien ble det benyttet en tverrsnittundersøkelse som ble gjennomført under pasientens polikliniske besøk. Undersøkelsen omfattet temaer som informasjon og kommunikasjon, opplevelse av seksuelle og vaginale plager, samt spørsmål om ønsket hjelp og informasjon innenfor temaet seksuell helse.	Studiens metode involverte en spørreundersøkelse som vurderte endringer i seksuell funksjon knyttet til behandling for gynekologisk kreft. Undersøkelsen inneholdt spørsmål om lyst, frekvens, opphisselse og orgasme, i tillegg til å utforske deltakernes preferanser og hindringer knyttet til diskusjon av seksuell helse
Utvalg/ populasjon:	Kvinner som har gjennomgått behandling for livmorhalskreft ved Leiden University Medical Center, og tidligere uttrykt ønske om informasjon eller hjelp om dette emnet. Totalt 30 kvinner, med en gjennomsnittsalder på 47 år, deltok i intervjuene. I tillegg ble partnerne til disse kvinnene også spurt om å delta, og 12 partnere tok del i intervjuene.	Studien inkluderte kvinner over 18 år som hadde gjennomgått behandling for gynekologisk kreft ved norske sykehus og var villige til å delta. Totalt deltok 129 kvinner i spørreskjemaene.	I undersøkelsen ble kvinner over 21 år som hadde gjennomgått gynekologisk eller brystkreft valgt ut til å delta, og totalt 218 kvinner deltok. Deltakere under 21 år, med psykiatiske problemer eller med både gynekologisk kreft og brystkreft, ble ekskludert. Analyser ble utført ved å gruppere deltakerne etter spesifikke faktorer, inkludert krefttype og alder.	Studien omfattet 85 kvinner diagnostisert med gynekologisk kreft og behandlet ved en gynekologisk onkologisk avdeling i Minnesota mellom 2013 og 2014. Deltakerne ble valgt ut blant kvinner over 18 år.

Hovedfunn/ resultater:	<p>Store deler av deltakerne rapporterer om seksuell dysfunksjon, infertilitet og negative påvirkninger på forholdet etter gjennomgått behandling for gynekologisk kreft.</p> <p>Flere deltakere gir uttrykk for at seksuell helse ikke var et primært fokus under behandlingen, verken for dem selv eller sykepleierne.</p> <p>Deltagerne uttrykker behov for informasjon samtidig som de føler frykt eller nøling med å søke hjelp.</p>	<p>Over halvparten av de seksuelt aktive kvinnene som deltok i undersøkelsen, ga uttrykk for misnøye med sitt seksuelle liv, og flere opplevde smerte, ubehag og redusert interesse.</p> <p>Sykepleiere bør styrke sin kunnskap og fokusere mer på dette temaet, da seksualitet utgjør en betydelig del av livet til mange av kvinnene.</p>	<p>Mange kvinner uttrykte bekymring og misnøye med sin seksuelle og vaginale helse, noe som ble ansett som vesentlig for deres livskvalitet.</p> <p>Flere deltakere møtte barrierer for å søke hjelp, inkludert følelser av flauhet, økonomiske begrensninger, utilstrekkelig tid og manglende forståelse fra andre.</p> <p>Deltakerne rapporterte ulike symptomer, inkludert smerte, tørrhet og manglende lyst.</p>	<p>Studien indikerer at flertallet av kvinnene opplevde en nedgang i seksuell nytelse etter gynekologisk kreftbehandling, og mange deltok sjeldent i seksuell aktivitet.</p> <p>Overraskende viste resultatene ingen betydelig forskjell relatert til seksuell dysfunksjon basert på krefttypen.</p> <p>En betydelig andel av kvinnene ønsket ikke behandling for seksuelle helsebekymringer.</p>
---------------------------	---	---	--	---