

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

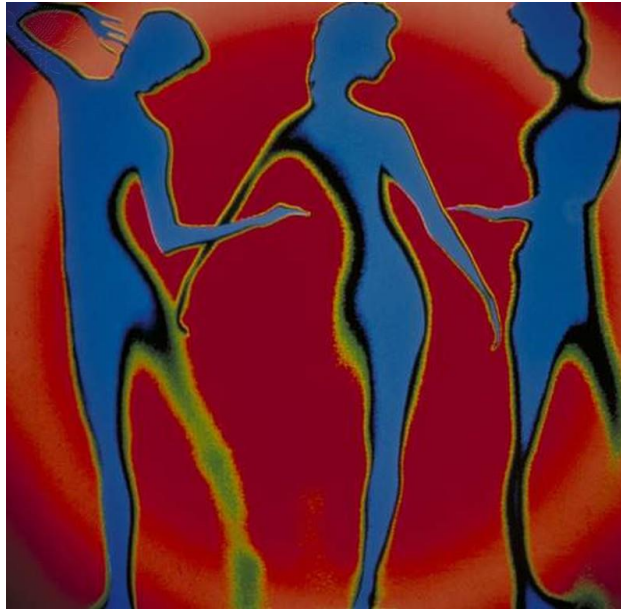
Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.17 kl 14.00

Kandidatnr.: 522

Antall ord: 8049

Livmorhalskreft, seksuelle utfordringer og mestring



Dancing figures: quest.eb.com/search/139_1908123/1/139_1908123/cite. Hentet: 10 Apr 2017.

Bachelor i sykepleie
Høgskolen på vestlandet, avd. Haugesund
Kull 2014
Kandidat nr: 522
Prosjektoppgave
Antall ord: 8049

Sammendrag

Tittel: Livmorhalskreft, seksuelle utfordringer og mestring.

Bakgrunn: På verdensbasis er livmorhalskreft den tredje største kreftformen som rammer kvinner, og den vanligste kreftformen hos kvinner under 35 år. Hvert år blir rundt 300 kvinner rammet av denne kreftformen, og i 2015 var det 370 nye tilfeller i Norge. Behandling av kreft i underlivet kan for mange påvirke kvinnens selvbilde og seksualliv.

Problemstilling: Hvordan tilrettelegge for mestring av seksuelle utfordringer for kvinner som har gjennomgått behandling av livmorhalskreft?

Hensikt: Formålet var å tilegne meg kunnskaper om innvirkningen livmorhalskreftbehandling har på kvinners seksualitet, og hvilken utfordringer det gir. Videre se på hvordan sykepleieren kan tilrettelegge for mestring i situasjonen de befinner seg i. Et tema som er viktig å belyse. Videre ønsker jeg å videreformidle dette til andre sykepleiere.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie, hvor jeg har brukt forskning og faglitteratur for å belyse problemstillingen.

Resultat: Felles for de fire studiene som er med i oppgaven, er at helsepersonell må bli flinkere til å informere om konsekvenser som kan oppstå etter behandling av livmorhalskreft. Det fremkommer videre at seksuallivet, selvbildet og forhold til partner blir påvirket av behandlingen og byr på vanskelige utfordringer. Kunnskaper omkring seksualitet må styrkes hos helsepersonell, samtidig som de må bli flinkere i å ta initiativ til samtale med kvinnene og eventuelt deres partner.

Konklusjon: Behandling av livmorhalskreft kan føre til flere seksuelle utfordringer knyttet til smerter ved samleie, tørr skjede, nedsatt selvbilde og negativ innvirkning på forhold til partner. God informasjon og veiledning fra sykepleieren er viktig gjennom hele behandlingsforløpet da det kan styrke kvinnens evne til å mestre situasjonen.

Nøkkelord: Livmorhalskreft, mestring, seksualitet, sykepleie, gynekologisk kreft, overlevende, behandling

Abstract

Title: Cervical cancer, sexual challenges and coping.

Background: Worldwide, cervical cancer is the third most common form of cancer affecting women, and the most common cancer in women under 35 years. In Norway alone there are about 300 women that are diagnosed with cervical cancer each year. In 2015 alone there were 370 new cases. The treatment of gynaecological cancer can for many women affect their self-esteem and sex life.

Question: *How to facilitate coping with the sexual challenges resulting from cervical cancer treatment?*

Purpose: The purpose was to increase my knowledge about the impact of cervical cancer treatment on women's sexuality and the challenges it brings. Then I will take a look at how the nurse can help patients in this situation. This is a very important subject. I also want to be able to pass on the knowledge I acquire to other nurses.

Method: Literature study, where research and other literature are used to answer the research question.

Results: What seems to be in common for the four studies used as a basis for this paper, is that healthcare professionals should be better at informing the patients about the side effects and consequences that may occur after treatment of cervical cancer. The studies show that women's sex-life, self-esteem and relationships were all affected by the cancer treatment and presented them with difficult challenges to cope with. Knowledge about sexuality is important for healthcare professionals, and it is a topic that they need to improve or expand continuously. They also have to be better at establishing a dialogue with the women and their partners.

Conclusion: The treatment of cervical cancer led to many sexual challenges for the women. Some experienced to painful intercourse, dryness in the vagina, impaired self-esteem and a negative impact on their relationship. It is important that the patients receive adequate information about such challenges from the nurse or other healthcare professionals during the

treatment. This will prepare the women for the challenges ahead and can strengthen the womens ability to cope with such situations.

Key words: Cervical cancer, coping, sexuality, nursing, gynecological cancer, survivor, treatment

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning	8
1.1	Bakgrunn for valg av tema	8
1.2	Problemstilling	8
1.3	Avgrensing og presisering av problemstilling	8
1.4	Begrepsavklaring	9
2.0	Teori	10
2.1	Livmorhalskreft	10
2.2	Behandling	10
2.3	Konsekvenser av behandling	11
2.4	Seksualitet	11
2.5	Mestring	12
2.6	Patricia Benner & Judith Wrubel sin omsorgsteori	13
3.0	Metode	14
3.1	Litteraturstudie som metode	14
3.2	Kvalitativ metode	14
3.3	Kvantitativ metode	14
3.4	Tverrsnittstudie	15
3.5	Kildekritikk	15
3.6	Forskningsetikk og etiske overveielser	15
3.7	Framgangsmåte i søkeprosessen	16
4.0	Resultat	18
4.1	Oppsummering av resultat	21
5.0	Drøfting	22
5.1	Selvbilde og seksualitet	22
5.2	Seksualitet: et tabulagt tema	23
5.3	Samtale med helsepersonell	25
5.4	Mestring av sykdomsforløpet	27
5.5	Tilrettelegging av mestring	29
6.0	Konklusjon	32
	Referanseliste	33

Vedlegg 1 – Søkeprosessen i databasen CINAHL.....	i
Vedlegg 2 – Søkeprosessen i databasen PubMed	ii
Vedlegg 3 – PLISSIT – MODELLEN.....	iii
Vedlegg 4 – Eksempel på kritisk vurdering	iv

1.0 Innledning

Årlig blir rundt 300 kvinner rammet av livmorhalskreft i Norge. (Gynkreftforeningen, u.å.,a). I 2015 var det 370 nye tilfeller av livmorhalskreft hvor 79 av dem døde. På verdensbasis er det den tredje største kreftformen som rammer kvinner, og er den vanligste kreftformen hos kvinner under 35 år (Kreftregisteret, u.å.). Behandlingen av kreft i underlivet kan for mange innebære endret selvbilde, og seksuallivet kan bli sentral anliggende. En av behandlingsformene kan være stråling av bekkenet, eller innvendig stråling via skjeden. Dette kan medføre at skjeden blir mindre elastisk, føles tørr og sår noe som kan gi stor innvirkning på kvinnens seksualliv (Jerpseth, 2011 s. 38).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Den siste tiden har det vært mye i media om livmorhalskreft, mye om forebygging gjennom HPV-vaksinering, og oppfordring til å ta celleprøve. Jeg ble ganske inspirert av bloggeren Thea Steen, som blogget om å leve med livmorhalskreft helt frem til slutten av livet. Hun hadde mye fokus på å få unge kvinner til å ta celleprøve, og satte i gang ”sjekk deg” kampanjen (Steen, 2016). Dette vekket mye interesse hos meg, men jeg ville vite mer om kvinnene som hadde overlevd, og gjennomført behandling av livmorhalskreft og se hvilken innvirkning det har på kvinnens seksualitet. Et tema jeg mener er svært viktig å belyse, da det kan oppleves som tabulagt for mange.

1.2 Problemstilling

Hvordan tilrettelegge for mestring av seksuelle utfordringer for kvinner som har gjennomgått behandling av livmorhalskreft?

1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling

Oppgaven vil bli avgrenset til å fokusere på kvinner under 65 år. Selvbilde er også et sentralt område, som vil bli trukket inn i oppgaven hvor det er naturlig. Arenaen vil hovedsakelig være på sykehus, da det er der man som sykepleier som oftest møter kvinnene. Hovedvekten er på kvinner som har gjennomført livmorhalskreftbehandling.

1.4 Begrepsavklaring

Livmorhals/Cervix uteri: Den smale delen av livmoren, nærmest munningen (Nylenna, 2012 s. 273)

Livmorhalskreft/cancer cervix uteri/cervical cancer: En ondartet svulst som utgår fra slimhinnen i livmorhalsen (Nylenna, 2012 s. 273).

Seksualitet: Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert seksualitet som en integrert del av hvert menneskes personlighet, som et aspekt ved det å være menneske, et aspekt som ikke kan skilles fra andre aspekter i livet. Seksualitet er langt mer enn bare samleie mellom mann og kvinne. Den omfatter et bredt spekter av følelsesmessige relasjoner mellom mennesker (Tønnesson, 2013).

Mestring: Begrepet mestring forbinder de fleste med å klare noe, ”å mestre noe” (Lode, 2016 s. 40). Store norske leksikon skriver at mestring er hvordan folk møter problemer, stress og utfordringer (Svartdal og Malt, 2016).

2.0 Teori

I teoridelen vil overnevnte begreper bli beskrevet nærmere samt Benner og Wrubel sitt syn på omsorg.

2.1 Livmorhalskreft

Infeksjon med Humant Papillomavirus (HPV) er en dominerende årsak til livmorhalskreft (Kreftforeningen, 2016). Risiko er relatert til seksualatferd, og det er kun kondom som gir beskyttelse mot viruset (Hagen og Onsrud, 2012 s. 273).

Livmorhalskreft utgår fra slimhinnen i livmorhalsen (Nylenna, 2012 s. 273). Den utvikler seg i livmorhalsen i overgangen mellom plateepitel og sylinderepitel. Svulsten oppstår vanligvis i overgangssonen rundt mormunnåpningen, der det flerlagete plateepitelet kler utsiden av livmortappen og går over til enlaget sylinderepitel i cervixkanalen. Utviklingen av kreften skjer langsomt, og de maligne cellene befinner seg som forstadier i epitelet i flere år før den går dypere og gir opphav til en veldefinert svulst. Dette forstadiet kalles cervikal intraepitelial neoplasi (CIN) (Jerpseth, 2011 s. 37).

I mange land som har hatt organiserte masseundersøkelser kan man se redusert insidens av livmorhalskreft, stadiefordelingen har blitt gunstigere og dødeligheten har blitt redusert. I Norge får kvinner i alderen 25-70 år påminnelse hvert tredje år om å ta cytologisk prøve fra livmorhalsen (Hagen og Onsrud, 2015 s. 291).

2.2 Behandling

Behandlingen består av kirurgi, strålebehandling eller cytostatika. Ofte blir disse metodene kombinert, men valget avhenger av kreftens omfang. I det tidligste stadiet (CIN) utføres det konisering, et enkelt kirurgisk inngrep hvor slimhinnene på livmortappen skjæres vekk. Risikoen for komplikasjoner er liten. Er kreften i et senere stadium, har standardbehandlingen vært intrakavitær strålebehandling etterfulgt av kirurgisk inngrep (Jerpseth, 2011 s. 37-38). En fordel med kirurgi fremfor strålebehandling er at skjeddens elasticitet bevares noe som gir mulighet for et tilfredsstillende seksualliv (Hagen og Onsrud, 2015 s. 292). I tidlig stadium har kvinnen svært gode sjanser for å bli helbredet, ni av ti lever etter fem år. Prognosen er mye dårligere i stadium fire, hvor bare en av ti lever etter fem år (Jerpseth, 2011 s. 38).

2.3 Konsekvenser av behandling

Pasienter som har et godt og velfungerende seksualliv, kan være opptatt av hvilke konsekvenser kreftsykdommen kan ha for deres seksuelle helse. Ofte ser en at diagnose, prognose og behandling er det som er mest i fokus. Spørsmål rundt seksualitet dukker gjerne opp senere, ofte opptil et år eller mer (Gjessig, Borg og Dahl, 2013 s. 91).

Hvis det er utført radikal hysterektomi, blir kvinnen infertil. Har pasienten fått full strålebehandling med ekstern og intrakavitær stråling vil kvinnen bli infertil og komme i overgangsalderen. Strålebehandling gir også atrofi av vaginalslimhinnene og fibrose av vaginalveggen og den naturlige elastiteten vil forsvinne. Vagina kan bli kort og trangere. Det er anslått at dette skjer med omkring halvparten av pasientene. Samtidig kan blæren få skader noe som medfører hyppig vannlating og i noen tilfeller inkontinens. Avføringsmønster kan og bli påvirket (Kristensen, 2010 s. 535).

Både kreftforeningen (2016) og Kristensen (2010) nevner at skjeden kan få arrdannelser og sammenvoksinger. Dette kan forebygges ved dilatering av skjeden (Kristensen, 2010 s. 545). Kreftforeningen (2016) nevner at kvinner vil få en glasstav ved utskrivelse som kan brukes til å dilatere skjeden.

2.4 Seksualitet

Seksualitet har vært, og er fremdeles et tabuområde – noe man ikke snakker høyt om. Det er et tema som får de fleste til å rødme og slå blikket ned (Almås og Benestad, 2006 s. 55). Den menneskelige seksualiteten er en drivkraft gjennom hele livet. Den kan lett bli skadelidende under fysisk og psykisk stress som er forårsaket sykdom (Borg, 2010 s. 121).

Almås og Benestad (2006) skriver at menneskelig seksualitet er et nettverk som består av følelser, og som er unikt for hvert enkelt individ, basert på individuelle erfaringer og iboende egenskaper. Uavhengig om man lever i et forhold, eller er alene er det viktig å opprettholde sin seksuelle identitet og og seksualliv (Borg, 2010 s. 123).

Som sykepleier må man være åpen for å snakke om seksualitet, og være forberedt på at pasienten kan ha et annet syn på seksualitet enn en selv har. Det er viktig å forstå egen

seksualitet når man skal jobbe med andres seksualitet. Det er viktig er å respektere pasientens grenser og språk, samtidig som egne grenser blir respektert. Når man skal veilede pasienter om seksualitet er det viktig å ha kunnskaper både om psykiske og fysiske utfordringer. Kommunikasjonen er det viktigste arbeidsredskapet vi har. PLISSIT-modellen (Permission Limited Information, Specific Suggestions and Intensive Therapy) er en god kommunikasjonsmodell å bruke når man skal veilede noen i seksuelle spørsmål (Borg, 2010 s. 126-127).

2.5 Mestring

Mestring blir forbundet med det å klare noe (Svartdal og Malt, 2016). Renolen (2015 s. 166) beskriver mestring som menneskets evne til å håndtere vanskelige livshendelser og påkjenninger som overstiger hverdagslige utfordringer.

For å oppnå mestring er det ikke uvanlig at man trenger litt hjelp og støtte på veien, trenger mer kunnskap og nye ferdigheter eller må tenke nytt. Mestring er nært knyttet opp mot stress, som er et stort og omfattende begrep (Lode, 2016 s- 40).

Lazarus og Folkmann sin teori fra 1984 beskriver mestring som en prosess som foregår mellom personen og situasjonen. Personen vil evaluere dette gjennom en tolkningsprosess. Stadiene i tolkningsprosessen deler Lazarus & Folkmann inn i primær-, sekundær- og retolkning. Hvis vi tar utgangspunkt i en situasjon hvor en kvinne har fått nyoppdaget livmorhalskreft. Det er overveldende, et sjokk og livet hennes får en annen vending enn kvinnen gjerne hadde planlagt. Dette er en stressituasjon. For å mestre denne situasjonen starter man ofte å tolke den. Å tenke hva diagnosen betyr for kvinnen, om det vil skade henne m.m. Man kan ha hatt mistanke om at noe har vært galt over lengre tid, og det å få diagnosen gir svar på hvorfor kvinnen har følt seg dårlig over tid. Dette er *primærtolkningen* av situasjonen. Deretter kommer *sekundærtolkningen* som går ut på at kvinnen vurderer hva som kan gjøres for å redusere eller fjerne stressfaktorene. Her velges det mestringsstrategier som oppfattes som hensiktsmessig for å håndtere situasjonen. Mestringsstrategiene kan deles inn i problemfokuserte, emosjonsfokuserte og unngåelsesstrategier. De *problemfokuserte* strategiene går ut på å løse problemet ved å gjøre noe aktivt. *Emosjonsfokuseret* strategi går ut på å regulere følelsesmessige reaksjoner, noe som kan være hensiktsmessig når det er lite å gjøre med situasjonen. *Unngåelsesstrategiene* er å unngå situasjonen, avlede tankene og rett

og slett la være å tenke på situasjonen. Unngåelsesstrategier kan være hensiktsmessig en liten stund, men fungerer dårlig ved mestring av en belastende situasjon. Til slutt er det å *retolke* situasjonen, om man har valgt rett strategi for å mestre problemet (Lode, 2016 s. 40-43).

2.6 Patricia Benner & Judith Wrubel sin omsorgsteori

Benner og Wrubel (2016) skriver at omsorg er noe som betyr noe for mennesker, det kan være begivenheter, prosjekter og ting som betyr noe for mennesker. Dette er essensielt hvis man skal leve i en differensiert verden hvor noen ting har betydning, mens andre betyr mindre. Omsorg kan være alt fra omsorg i et romantisk forhold, til omsorg for arbeidet man gjør, og omsorg for pasienter (Benner og Wrubel, 2016 s. 23-24).

Videre nevner Benner og Wrubel (2016) at omsorg skaper muligheter, og definerer hvilke muligheter en har for å mestre situasjoner, og hvordan sykepleieren kan hjelpe pasienter til å gjenvinne omsorg, og oppnå mestring. Engasjement og omsorg kan bety at en vil oppleve tap og smerte, men samtidig muliggjør det også glede og tilfredshet. Hvis man mestrer en situasjon, kan det hjelpe en til å forholde seg til slike vanskelige situasjoner, men mestring basert på omsorg tar også høyde for å oppnå glede og tilfredshet (Benner og Wrubel, 2016 s. 23-26).

Benner og Wrubel sin forståelse av helse/velvære samsvarer med Lazarus sitt syn på stress og mestring. De ser på helse som et resultat av et samspill mellom forhold og faktorer i personen selv og i den situasjonen personen er i. Et menneskes opplevelse av helse/velvære kan ikke ses atskilt fra situasjonen personen befinner seg i, eller fra vedkommende spesielle anliggender. Derfor kan man betrakte helse uavhengig av om det finnes sykdomstegn eller ikke. Man må ha et helhetlig syn på velvære og helse, og ikke bare personens kropp, psyke og sjel. Sykepleien rettes mot personer som opplever stress eller helsesvikt. Sykepleien må tilnærme seg pasientens situasjon på en helhetlig måte, ta utgangspunkt i pasientens opplevelse av situasjonen. Sykepleieren må hjelpe pasienten med å leve ut (Kristoffersen, 2011 s. 261-263).

3.0 Metode

Metoden forteller oss om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Det er et redskap for å samle inn nødvendig data for det vi ønsker svar på. Vilhelm Aubert har definert metode slik: (Aubert, sitert i Dalland 2012, s. 111).

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”

3.1 Litteraturstudie som metode

Forsberg og Wengstöm (2014) sier at litteraturstudie innebærer å systematisk søke, kritisk tenke og deretter sammenligne litteraturen innenfor et område. En forutsetning for at man skal kunne gjøre et systematisk litteratursøk er at det fins tilstrekkelig med studier av god kvalitet som kan gi grunnlag for å svare på problemstillingen. Det kan være vitenskapelige tidsskrifter og andre vitenskapelige rapporter innenfor det emnet eller problemstillingen du har. Det fins ingen regler for hvor mange studier som skal inngå i en litteraturstudie. Det beste er å finne og inkludere relevant forskning innenfor områder du undersøker (Forsberg og Wengstöm, 2014 s. 25-31).

3.2 Kvalitativ metode

Kvalitativ forskningsmetode blir ofte brukt når man skal forstå eller beskrive det som skjer rundt oss (Christoffersen, Johannessen, Tufte og Utne, 2015 s. 53). Kvalitative metoder tar utgangspunkt i å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måles. Noen kjennetegn ved kvalitativ metode er at de ofte går i dybden på et lite antall deltakere, intervjuene er preget av fleksibilitet uten faste svaralternativer og forskeren har ofte et jeg-du-forhold (Dalland, 2012 s. 112-113).

3.3 Kvantitativ metode

Kvantitativ metode er i motsetning til kvalitativ metode at dataene kan måles i tall og tabeller.

Noen kjennetegn med kvantitativ metode er at de går i bredden og henter et lite antall opplysninger fra mange deltakere, flere enn i kvalitativ forskning. Intervjuene har faste svaralternativer. Forskeren har et jeg-det forhold til undersøkelsespersonen (Dalland, 2012 s. 112-113).

3.4 Tverrsnittstudie

Tverrsnittstudie er en ikke-eksperimentell forskningsdesign. I en tverrsnittstudie benyttes data fra ett bestemt tidspunkt og kort periode. Dette er ganske vanlig innen sykepleieforskning, og man får et øyeblikksbilde av fenomenet som blir studert. Tverrsnittstudier kan f.eks. bli brukt for å beskrive forekomsten av sykdommer i en gruppe av befolkningen, f.eks. tannsykdom hos eldre i hjemmetjenesten. Tverrsnittstudier egner seg også til å studere sammenhengen mellom en eller flere variabler, noe som da igjen kan gi nyttig informasjon og kan testes ut i studier med annet design. Denne type studier er uegnet til å si noe om utvikling over tid, og man kan derfor ikke trekke konklusjoner som sier noe om utvikling over tid (Christoffersen et al., 2015 s. 221-222). I oppgaven fremkommer det tre tverrsnittstudier.

3.5 Kildekritikk

Alt som kan bidra til en oppgave, er kilder. Det er krav til hvordan man søker etter kilder, vurderer dem, gjør rede for dem og hvordan man bruker de. Kildekritikk beskrives som en metode for å fastslå om en kilde er sann. For å kunne fastslå det, må man kunne vurdere og karakterisere de kildene som benyttes (Dalland, 2012 s. 63, 67-68).

Kildekritikken skal vise at du er i stand til å forholde deg kritisk til det kildematerialet du bruker i oppgaven, og hvilke kriterier du har benyttet under utvelgelsen. Man skal vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet. Det gjelder også andre kilder som er brukt. Hensikten er at leseren skal ta del i refleksjonene som er gjort rundt relevans og gyldighet av litteraturen for å belyse problemstillingen. I denne sammenhengen er det lurt å karakterisere tilgangen man har på litteratur, om det har vært enkelt eller vanskelig. Man må hele tiden vurdere så godt so mulig i hvilken grad de ulike teoriene og forskningsresultatene som er funnet, er relevant for problemstillingen (Dalland, 2012 s. 72-73).

3.6 Forskningsetikk og etiske overveielser

Alle som driver med forskning innenfor helsefag må gjøre det etisk forsvarlig. Dette er regulert på et overordnet nivå gjennom Helsinkideklarasjonen. Denne deklarasjonen inneholder veiledende regler for helsepersonell som driver med studier basert på mennesker. Formålet er å beskytte pasienter mot farer som følge av forskningen, og det informerte samtykke står klart (Christoffersen et al, 2015 s. 43).

I Norge er det Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk som forvalter spørsmål om etisk forsvarlighet i forskning (REK). Skal en medisinsk eller helsefaglig studie gjennomføres, må man ta kontakt med REK for å undersøke om prosjektet vil bli godkjent. Dette er lovregulert i ”lov om behandling av etikk og redelighet i forskning” (Forskningsetikkloven 2006). Retningslinjene som må følges omhandler tre viktige hensyn forskeren må ta. De omhandler informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, forskerens plikt til å respektere informantens privatliv og forskerens ansvar for å forhindre skade. Informanten skal kunne trekke seg uten konsekvenser, og de skal kunne få bestemme hvem de slipper inn i livet sitt og hva som slippes ut av informasjon. Er det medisinsk forskning må man ta høyde for om informasjonen som skal innhentes kan føre til situasjoner som er vanskelig for informanten å komme seg ut fra igjen. De som deltar skal utsettes for minst mulig belastning (Christoffersen et al., 2015 s.44-45).

3.7 Framgangsmåte i søkeprosessen

Søkene ble hovedsaklig utført i databasen CINAHL, hvor jeg fikk de beste treffene. Jeg var også innom SveMed og PubMed, men fikk ikke like gode resultater der som var relevante for min problemstilling.

Søkeordene jeg i hovedsak brukte var følgende:

Cervical cancer, sexuality/sexual*, treatment, body image, gynecological cancer, coping.

Jeg brukte flere ulike kombinasjoner av søkeordene, og jeg fant etterhvert forskning som passet til min oppgave.

Målet mitt var at forskning ikke skulle være eldre enn 5-6 år, og at annen relevant litteratur ikke var eldre enn 10 år. Jeg ønsket å finne forskning som var utført i Skandinavia, eller europeiske land som ikke hadde så veldig store kulturelle forskjeller fra Norge. Her må det bemerkes at studien til Cleary et al. (2011) er fra Irland, et land som er preget av katolske

kirken, noe som kan påvirke kvinnene sine holdninger omkring seksualitet, dette kommer frem i studien. De tre andre artiklene er fra Norge og Nederland.

Litteratur har jeg funnet på flere måter, jeg har sett på eldre pensumlistene samt litteraturlistene som kommer etter et bokkapittel eller i slutten av en pensumbok. Boken ”*Sexologi i praksis*” av Almås og Benestad (2006), er 11 år gammel, jeg fant den likevel relevant for min oppgave da den belyser viktige områder som er relevant for min oppgave.

4.0 Resultat

Sexual issues among cervical cancer survivors: how can we help women seek help?

(Vermeer, Bakker, Kenter et al. 2015)

Hensikt: Hensikten med denne studien var å undersøke behovet for helsetjenester, og den hjelpesøkende atferden hos de som har overlevd livmorhalskreft. Samtidig skulle de identifisere assosiasjonene mellom psykososiale variabler og hjelpesøkende intensjoner blant overlevende. Hvis kvinnene hadde partnere, ville dette også bli tatt med i undersøkelsen.

Utvalg og metode: Tversnittstudie av kvinner som har historie med livmorhalskreft og deres partnere. 770 kvinner ble invitert til studien, og 541 svarte, og det var 343 som fullførte. Partnere til 154 kvinner deltok også.

Funn: Omtrent en tredjedel av kvinnene svarte at de hadde seksuelle problemer. Spørsmålene ble målt på en skala med 12 punkter, høy skår indikerte tilstedeværelse av seksuelt relaterte problemer.

Det ble også spurt hvilken måte de foretrakk å få hjelp fra helsepersonell, om de ønsket gjennom internett, muntlig eller skriftlig.

Konklusjon: Det de kommer frem til er at det er behov for å snakke med en profesjonell om seksualitet etter livmorhalskreft. Informasjon på internett og muntlig informasjon var foretrukket blant deltakerne. Samtidig var det viktig at noen rundt kvinnen kunne støtte henne med å oppsøke profesjonell hjelp. Helsepersonell må også bli flinkere til å informere. De kan trenes til å informere om seksualitet, og de bør være en del av rutinemessig informasjon til de som er rammet. Informasjonen bør bli gitt gjennom hele forløpet, ved diagnose, behandling og etter behandling.

Sexuality in Irish women with gynecologic cancer

(Cleary, Hegarty, og McCarthy 2011).

Hensikt: Hensikten med denne studien var å undersøke det seksuelle selvbildet, seksuelle funksjonen og seksuelle relasjoner hos irske kvinner som er blitt diagnostisert med gynekologisk kreft.

Utvalg og metode: Tverrsnittstudie. Studien ble utført på gynekologisk poliklinikk i Sør-Irland. 136 spørreskjema ble utlevert, hvor 106 ble besvart (svarprosent: 78%). Kriteriene var at deltakerne var fylt 18 år, og hadde hatt diagnosen i 6 uker og fått behandling enten med kirurgi, stråleterapi eller kjemoterapi.

Funn: Det ble rapportert negative forandringer i forhold til seksuelt selvbilde-, forhold- og funksjon.

Konklusjon: Gynekologisk kreft har negativ innvirkning på kvinnens seksuelle helse. Helsepersonell må gi viktig og riktig informasjon til kvinnene om behandling, bivirkninger og hvordan diagnosen kan påvirke deres seksualliv.

Sexual activity and functioning in women treated for gynaecological cancer

(Sekse, Hufthammer og Vika, 2017)

Hensikt: Hensikten med studien var å få en sammenligning av seksuell aktivitet blant kvinner med ulike gynekologiske kreftdiagnoser, da det er lite forskning på dette området ifølge forskerne.

Metode og design: Tverrsnittstudie som omfatter 129 kvinner fra en intervensjonsstudie. Spørreskjemaene kvinnene fikk omhandlet seksualitet, psykiske plager, helserelatert livskvalitet og demografi.

Funn: Nær to tredjedeler av kvinner var seksuelt aktive, men 54% var ikke komfortable med seksuallivet sitt. Omtrent halvparten rapporterte tørrhet i skjeden og 41% rapporterte smerter

og ubehag ved penetrering av skjeden.

Konklusjon: Konklusjonen er at helsepersonell må prioritere seksualitet mer under kreftbehandlingen, da det er en viktig del av å ha et godt liv. Helsepersonell må være åpne å snakke om seksualitet, og bruke sin kompetanse i kommunikasjonen med denne pasientgruppen slik at problemer om seksualitet blir tatt opp.

Living through gynaecological cancer: three typologies

(Sekse, Råheim, Blåka og Gjengedal, 2012)

Hensikt: Hensikten med studien var å undersøke hvordan kvinner opplevde å gå gjennom gynekologisk kreft da det er økende antall langtidsoverlevende av kreft, og det er behov for mer kunnskap på dette området.

Design og metode: Kvalitativ studie. 32 dybdeintervjuer med 16 kvinner. Kvinnene ble intervjuet to ganger med et års mellomrom, og deretter fem til seks år etter behandling.

Funn: Etter gjennomgang av intervjuene med kvinnene, delte forskerne kvinnene inn i tre kategorier etter hvordan deres opplevelse var å gå gjennom gynekologisk kreft. De tre gruppene var følgende: Kvinner som var følelsesmessig og relasjonsorienterte, kvinner som var aktivitetsorienterte og den siste gruppen kvinnene som unngikk å tenke på sykdommen.

1. Kvinner som var følelsesmessig og relasjonsorienterte de hadde ofte behov for å prate om sykdommen. Det å få uttrykke følelser omkring temaet hjalp flere å takle prosessen de gikk gjennom.

2. Aktivitetsorienterte kvinner. Disse kvinnene var mer opptatt av å komme tilbake til gamle vaner, og leve livet slik de hadde levd det før diagnosen og tenke positivt om fremtiden.

3. Den siste gruppen var de kvinnene som taklet det på egenhånd, ofte uten å prate med andre om det. De opplevde det som vanskelig å sette ord på det de gikk gjennom og ønsket ikke å tenke på det og unngikk i stor grad å tenke på sykdommen. Felles for kvinnene i denne gruppen var at de ikke visste hvordan de skulle mestre å møte en ny krise i livet, om det skulle

skje.

Konklusjon: Det kommer frem at det er store forskjeller i hvordan kvinnene går gjennom kreftforløpet. Det har stor innvirkning på kvinnens liv. Funnene kan være viktige for sykepleiepraksis når en møter kvinner som har gått gjennom kreft. Det er viktig å lage en individuell oppfølgingsplan til kvinnene, la dem snakke åpent om hvordan de opplever å ha gynekologisk kreft og ta utgangspunkt i det i oppfølgingen. Mange av kvinnene hadde også lite kunnskaper om hva de hadde i vente etter de fikk diagnosen, noe som også har påvirket deres måte å takle situasjonen på.

4.1 Oppsummering av resultat

Det som fremkommer i forskningsartiklene er manglende informasjon av helsepersonell om seksuelle utfordringer som kan oppstå etter å ha gjennomgått livmorhalskreftbehandling, og annen gynekologisk kreft. Flere av artiklene tar for seg gynekologisk kreft, hvor det videre i artiklene blir delt mer opp etter hvilken type gynekologisk kreft kvinnene har, og utfordringer. Det fremkommer også at seksualitet er et tema som for enkelte kan oppleves som flaut og intimt, og derfor vanskelig å snakke om. Disse fire forskningsartiklene har til felles at det blir bemerket at helsepersonell trenger mer kunnskaper omkring seksualitet etter behandling og at de må bli flinkere i å informere kvinnene om de seksuelle utfordringene som kan oppstå. Selvbildet er et veldig sentralt tema i Cleary et al. (2011) sin studie, og tar for seg ulike utfordringer rundt dette.

5.0 Drøfting

Kvinneres seksualliv kan få komplikasjoner etter gjennomgått behandling for livmorhalskreft. Av den grunn er det viktig at sykepleiere har kunnskaper om dette, og tør å møte kvinnene og deres problemer, slik at en kan tilrettelegge for at de mestrer situasjonen de befinner seg i. I dette kapittelet vil forskning og faglitteratur bli drøftet, for å belyse problemstillingen. Temaene som vil bli drøftet omhandler selvbilde og seksualitet, hvordan man kan tilrettelegge for samtale og ulike måter sykepleieren kan bidra til mestring hos kvinnene.

Problemstilling: Hvordan tilrettelegge for mestring av seksuelle utfordringer for kvinner som har gjennomgått behandling av livmorhalskreft?

5.1 Selvbilde og seksualitet

Engstelse, uro, bekymring, følelse av lite glede i livet og manglende mestring samt endret kroppsbilde, er ikke uvanlige følelser både under og etter kreftbehandling. Dette kan påvirke lyst og evne til å ha samleie (Gjessing et al., 2013 s. 94). Cleary et al. (2011) gjorde en undersøkelse på det seksuelle selvbilde til kvinnene som hadde gjennomgått behandling av gynekologisk kreft. De brukte en skala kalt "Body Image Scale", som består av 10 punkter og er spesielt utviklet for å måle selvbildet hos pasienter med kreft. I undersøkelsen til Cleary et al. (2011) kom det frem at 51% følte at deres femininitet var påvirket av behandlingen, og flere opplevde at de følte noe "manglet" etter behandling. Av disse 51% rapporterte også kvinnene om at de hadde vært mye mer opptatt av å ha et bra utseende. 55% rapporterte at de følte seg mindre seksuelt attraktiv nå, enn før de fikk diagnose og behandling (Cleary et al. 2011).

Det at kvinnene følte seg mindre seksuelt attraktive etter behandling, vil jeg påstå har sammenheng med kvinnens selvbilde. Gjessing et al. (2013) understøtter at kroppsbildet kan bli påvirket av kreftbehandling. Det å føle seg attraktiv er viktig. Hos kvinner som er i forhold, kan også forholdet få vanskelige utfordringer. Et stort antall av kvinnene i Cleary et al. (2011) sin studie var i parforhold, det kommer frem at parene hadde mindre samleie nå enn hva de hadde tidligere. På den positive siden, kom det frem at flere følte seg nærmere partneren sin etter de fikk en kreftdiagnose på tross at seksuallivet ikke var som før. Sekse et

al. (2017) får frem i sin studie at 24% av kvinnene ikke var fornøyd med seksuallivet sitt i det hele tatt, og at bare 8% var kjempefornøyd. Det var ingen forskjeller på type gynekologisk kreft. Det som videre blir rapportert er at flere av de seksuelt aktive kvinnene var plaget med tørrhet i skjeden, og smerter ved penetrering. Grunnen til at kvinnene i Sekse et al. (2017) sin studie var misfornøyd med seksuallivet, kan relateres til de seksuelle utfordringene som oppstod etter behandling. I motsetning til Cleary et al. (2011) hvor det fremkommer at selvbildet spiller en stor rolle, smerter og ubehag ved samleie blir lite nevnt. Cleary et al. (2011) bemerker at kvinner som er rammet av livmorhalskreft, gjennomsnittlig var yngre enn kvinnene med kreft i livmoren. Dette samsvarer med det Kreftforeningen (u.å) skriver på sine sider, at livmorhalskreft er den kreftformen som oftest rammer kvinner under 35. Det som videre kommer frem i Cleary et al (2011) sin studie, er at kvinnene med livmorhalskreft var mer opptatt av utseende og selvbilde. Kvinnene med kreft i livmoren hadde bedre selvbilde, enn kvinnene med livmorhalskreft, hvor også seksuallivet var mer påvirket av deres behandling. Grunnen til det var at de yngre kvinnene var mer seksuelt aktive enn de som var i en eldre aldersgruppe. Som Borg (2010 s. 123) nevner, er det viktig å opprettholde sin seksuelle identitet og seksualliv som voksen. Om det er gjennom partnerskap, sporadiske forhold eller onani er opp til hver enkelt. Når man blir rammet av kreft, kan det være en trussel for selvbildet. Fysiske forandringer som gjør det mer utfordrende å ha samleie, kan også føre til at man får en opplevelse av å være mindre attraktiv, og følelsen av at hun ikke kan bli elsket igjen. I slike situasjoner kan det være enklere å trekke seg tilbake, og istedenfor å prøve å mestre sin nye identitet (Borg, 2010 s. 123-126).

Fysiske forandringer og opplevelsen av et truet selvbilde, er faktorer som kan påvirke kvinnen i å mestre de seksuelle utfordringene som kan forekomme etter behandling av livmorhalskreft.

5.2 Seksualitet: et tabulagt tema

Cleary et al. 2011 bemerker at seksualitet er et viktig tema som må sykepleiere og annet helsepersonell må bli flinkere i å informere om. I pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 første ledd står det at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Informasjonsplikten omhandler diagnose, behandling, komplikasjoner, prognose m.m. for at pasienten skal få best mulig innsikt i sin egen fremtid på kort og lang sikt (Molven, 2012 s. 160).

Forandringer som kan skje etter behandling, er derfor viktig å ta opp med kvinnene slik at de kan få hjelp til å håndtere forandringene som skjer. Sekse et al. (2017) trekker inn i konklusjonen at helsepersonell må ha mer kunnskaper om utfordringene som kommer av behandling av gynekologisk kreft. God kommunikasjon er viktig, og pasientene bør få både skriftlig og muntlig informasjon, samt dokumentere at informasjonen er gitt (Sekse et al. 2017). Vermeer et al. (2015) skriver også at helsepersonell må bli flinkere i å gi informasjon om konsekvenser av livmorhalskreftbehandling. Dette bør skje når kvinnen får diagnosen, og informasjonen bør bli opprettholdt underveis i behandlingen. Kvinnen og eventuelt hennes partner vil da være mer forberedt på seksuelle utfordringer som kan oppstå underveis, og etter behandling.

Dette er studier fra tre ulike steder i Europa. Cleary et al. (2011) sin studie er fra Irland, Sekse et al. (2017) fra Norge og Vermeer et al. (2015) er fra Nederland. Felles ved disse studiene er at de bemerker at helsepersonell må bli flinkere i å informere kvinnen om konsekvenser av behandling for livmorhalskreft og annen gynekologisk kreft. Vermeer et al. (2015) skriver noe jeg mener er svært viktig, og det er at informasjonen bør formidles jevnt i behandlingsforløpet.

Seksualitet er viktig, men det skal samtidig ikke være nødvendig å snakke om sin egen seksualitet om det ikke er grunnlag for det (Almås og Benestad, 2006 s. 58-60). Kvinner som er behandlet for livmorhalskreft, har et grunnlag. Likevel er det blant helsepersonell en stor andel som unnlater å snakke om temaet med pasientene og deres partnere. Noen later som problemene ikke eksisterer, noen er sjenerte mens andre føler at det ikke var aktuelt tema å bringe opp med hensyn til pasienten. Tid og kunnskap blir også nevnt, og mange har høye krav til seg selv om kunnskaper om temaet og vegrer seg derfor å prate om det. Hvis helsepersonell er tause om temaet, vil pasienten aldri få avklart om det forandringene som skjer er normale eller ikke. Sykepleieren må være åpen og nysgjerrig, og tørre å ta opp temaet med pasienten (Borg, 2010 s. 126-127). Derfor må sykepleieren tilrettelegge for at det er et tema det er åpent å snakke om. At det er tillatt å snakke om seksualitet. Seksuelle problemer er ikke noe man kan måle i en blodprøve, man må snakke om det. Det kan oppleves som vanskelig, og kan gi utfordringer som sykepleieren ikke er vant med (Almås og Benestad, 2006 s. 58-59).

5.3 Samtale med helsepersonell

Formidling av viktig informasjon om hvordan seksuallivet kan bli påvirket etter behandling er viktig. Denne informasjonen vil jeg påstå er viktig for kvinnene med tanke på å mestre de seksuelle utfordringene og være mer forberedt på det som venter.

Usikkerhet hos pasienter er ikke uvanlig, det kan dreie seg om at pasienten ikke har fått god nok informasjon, eller fått forskjellig informasjon fra flere behandlere som kan skape forvirring og usikkerhet. God informasjon, og det å ha innflytelse på sin egen behandling kan bidra til at pasientene opplever mer kontroll over situasjonen, mindre usikkerhet og mulighetene for mestring er større (Lode, 2016 s. 46-47). Mange kvinner opplever dessverre at helsepersonell ikke tar initiativ til samtale om seksualitet. I studien til Vermeer et al. (2015) var det 111 kvinner som rapporterte at de trengte hjelp, 61 kvinner opplevde at de selv måtte ta initiativ om samtale med helsepersonell om sine seksuelle problemer (Vermeer et al., 2015). Her kan vi gå tilbake til Borg (2010, s. 126) hvor han skriver at helsepersonell ofte unnviker å snakke om seksualitet med pasienter. Molven (2012 s. 160,166-167) skriver at helsepersonell skal gi informasjonen uoppfordret. De skal ikke vente på at pasienten etterspør informasjon. Kommer pasienten med spørsmål skal disse svares, så sant det er relevant for pasienten sin situasjon. Det skal ikke på noen måte unnlates å informere om komplikasjoner som kan oppstå etter behandling, eller eventuelle bivirkninger enkelte legemidler kan ha.

Molven (2012 s. 160, 166-167) skriver ganske tydelig at informasjon ikke skal unnlates å gi til pasientene. Likevel fremkommer det både i forskning og faglitteratur at seksualitet er et tema flere unnlater å snakke om til tross for at det er viktig og relevant informasjon for kvinnen.

Det viktigste elementet en har for å stimulere til mestring er en god samtale (Lode, 2016 s. 52). Et godt verktøy sykepleieren kan bruke i formidlingen av informasjon og bruke i veiledning, er PLISSIT-modellen. Modellen ble utviklet i 1976 av Jack Annon, en amerikansk psykolog. Modellen tar for seg ulike trinn en kan forholde seg til og behandle seksuelle problemer på. Modellen kan i mange sammenhenger være et godt verktøy. Det nederste trinnet er ”permission” som på norsk er tillatelse. Man må gi tillatelse til å snakke om seksualitet, både om spørsmål og problemer. Da må sykepleieren spørre, og åpne samtalen (Almås og Benestad, 2006 s. 68). I denne fasen må sykepleieren også lytte godt til det

pasienten har å fortelle. Mange trenger tid til å reflektere over situasjonen slik at følelser kan bearbeides. I denne prosessen må man oppmuntre til samtaler, slik at pasienten får satt ord på sine seksuelle problemer. Det er ikke alltid pasienten er klar for eller ønsker å snakke om seksualitet, det skal aksepteres men alle bør få tilbudet. En måte å tilnærme seg pasienten, kan være å utlevere informasjonsskriv som omhandler kreft og seksualitet (Borg, 2010 s. 126-128). Det neste trinnet er "limited information", altså "begrenset informasjon". Det går ut på å gi viktig informasjon til pasienten, som pasienten selv skal slippe å spørre om. Det er sykepleieren som skal ta initiativ til å gi denne informasjonen (Borg, 2010 s. 128).

Informasjonen som sykepleieren gir til pasientene skal være i en form som er forståelig for pasienten, språket skal tilpasses, dette er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven §3-5 første ledd (Mølven, 2012 s. 165).

Det tredje trinnet er "specific suggestions", konkrete forslag. Her kommer man med forslag eller løsninger som kan hjelpe pasienten med å mestre situasjonen (Borg, 2010 s. 128-129). Slik informasjon kan være viktigheten av bruk å dilatere skjeden med en plaststav eller vibrator for å forebygge sammenvoksinger. Dette er svært viktig informasjon, og man må forsikre seg om at informasjonen er forstått. Samtidig må hun få informasjon om hvor hun kan få tak i en slik stav, hvis ikke sykehusavdelingen deler det ut. Kvinner som får fjernet livmorhalsen vil ofte oppleve at skjeden blir kortere, og det kan være smertefullt å ha samleie. Dette er informasjon som er viktig at pasienten får, slik at de er forberedt da disse smertene som oftest ikke er farlige. God oppvarming før samleie kan hjelpe i noen tilfeller (Jacobsen, 2010 s. 544) Siste trinnet i modellen er "intensive therapy". Det er ikke aktuelt for alle, men hvis sykepleieren ikke kan hjelpe til å løse problemet, må pasienten henvises videre for videre hjelp og oppfølging, f.eks. psykolog eller sexolog (Borg, 2010 s. 128-130).

Vermeer et al. (2015) skriver at flere av kvinnene og deres partner også kunne foretrekke informasjon på nettet. Samtale med helsepersonell som hadde kunnskaper om seksualitet og livmorhalskreftbehandling var også å foretrekke. Andre informasjonskilder kvinnene og deres partner ønsket var en liste med kontaktpersoner, og eventuelt en epostadresse hvor man kan sende inn spørsmål til helsepersonell, og få svar (Vermeer et al. 2015).

Her gjelder det å være åpen og løsningsorientert slik at man som sykepleier får formidlet det som trengs på en individuell måte.

5.4 Mestring av sykdomsforløpet

Å få kreft, byr på mange nye utfordringer for både pasienten og pårørende. Dette kan for pasienten oppleves som en psykologisk krise som utfordrer evnen til mestring. Det er viktig å bemerke seg at mestring ikke uten videre kan sidestilles med problemløsning. Ikke alle problemer har en løsning, noen har bare mestringsmuligheter (Reitan, 2010 s. 72, 86).

Sekse et al. (2012) beskrev tre ulike måter kvinnene som hadde hatt gynekologisk kreft, hadde gått gjennom perioden. Den første gruppen tok for seg kvinner som var emosjons- og relasjonsfokuserte. De hadde behov for å snakke om det som hadde skjedd, og delte det med dem rundt seg. De hadde et godt sosialt nettverk som støttet dem i prosessen. Åpenhet hjalp dem. Reitan (2010, s. 83) referer til Folkman og Lazarus som mener at en emosjonsorientert mestring kan føre til at personen revurderer situasjonen og ser nye løsninger. Det kan oppstå situasjoner som stiller krav ikke en gang de sterkeste forventninger kan forberede seg på og ting kan bli verre enn hva man har forestilt seg. Likevel viser det seg at mennesker som kommer i en vanskelig situasjon ofte kommer igjennom situasjonen, selv om de først trodde det ikke skulle være mulig.

Sinne og sorg er en naturlig reaksjon på å få en uventet diagnose. De emosjonsfokuserte strategiene regulerer følelsesmessige reaksjoner og kan være hensiktsmessige når det ikke er så mye å gjøre med situasjonen. Emosjonsfokuserte strategier kan hjelpe personen med å holde inne følelser når det er behov for det, men også å dele de vonde følelsene med noen (Lode, 2016 s. 44). Det å dele de vonde følelsene med noen, gjorde godt hos kvinnene i studien til Sekse et al. (2012). Videre skriver Lode (2016 s. 47-48) at sosial støtte fra andre kan ha stor betydning for mestring. En person som opplever å ha stor sosial støtte, vil dermed også ha større muligheter for å tilpasse seg livet med sykdom. Når en person står over en situasjon som virker svært stressende og overstiger de tilgjengelige ressursene kan sosial støtte fra andre tilføre de manglende ressursene, og bidra til mestringsfølelse.

Den neste gruppen i studien var kvinnene som var aktivitetsorienterte, 6 kvinner tilhørte denne gruppen. Det som gjenkjente disse kvinnene var at de hadde en positiv holdning, og prøvde å ikke fokusere på problemene. Disse kvinnene var ikke like åpne om kreftsykdommen, fokuset var heller å tenke fremover. Likevel kom det frem at noen av kvinnene kunne tenke seg noen å prate med om følelsene sine. For å komme gjennom dagene

hadde noen laget en timeplan for hver dag, slik at dagen skulle bli lettere å komme igjennom. Aktiviteter og tid med familien var viktig (Sekse et al. 2012).

Jeg vil påstå at hos disse kvinnene som tenker positivt, er det viktig at sykepleieren spør dem hvordan de har det. At sykepleieren tar initiativ til samtale. Det kommer frem at noen av kvinnene kunne trengt noen å prate med. Personlig tenker jeg at kvinnens positive holdning kanskje kan føre til at sykepleieren ”glemmer” å stille viktige spørsmål. Grunnen til at jeg tenker det, er fordi kvinnene gjerne fremstår som veldig positive, og man kan da få inntrykk av at de har det bra. Som Vermeer et al. (2015) skriver er det mange kvinner som opplevde at helsepersonell ikke tok initiativ til samtale, mens kvinnene følte de hadde behov for å prate med noen. Noen tok initiativ selv, mens andre ikke gjorde det. Sekse et al. (2017) bemerker viktigheten av å ha kunnskaper om utfordringene kvinner med gynekologisk kreft har, slik at de kan få bedre oppfølging.

Tilbake til Sekse et al. (2012) sin studie, er det en siste kategori for mestring av gynekologisk kreft. Dette var kvinnene som ville takle utfordringer på egenhånd. Det som kjennetegnet disse kvinnene var at de ikke hadde snakket om problemene med noen, de fant ikke ord på følelsene sine og syntes det var et svært vanskelig tema å snakke om. Flere opplevde det også som traumatisk å være på sykehus. I motsetning til de aktivitetsorienterte kvinnene, opplevde kvinnene i denne kategorien at det ikke var noe positivt knyttet til sykdommen, og det var vanskelig å se lyst på fremtiden.

Dette kan minne om unngåelsesstrategier for å mestre situasjonen som Lode (2016 s. 42-43) beskriver. Det gjenkjennes ved at man prøver å ikke tenke på det ubehagelige, og avleder seg selv med å tenke på andre ting. Dette kan være en hensiktsmessig metode i starten av sykdomsforløpet, da mange trenger tid til å fordøye det å ha fått en ny diagnose. I det lange løp er ikke denne metoden så god, hvis man har en sykdom som strekker seg over lengre tid ofte krever handling, som f.eks. medisiner eller undersøkelser. Da er det nesten umulig å skyve tankene omkring sykdommen vekk, og det kan hindre kvinnen i å mestre sin nye situasjon og leve et så godt liv som mulig med sykdommen. Samtidig kan det for noen hjelpe å ikke informere for mye om sykdommen, da de føler de er i en uønsket situasjon og ikke ønsker å bli behandlet annerledes av andre (Lode, 2016 s. 42-43, 48).

5.5 Tilrettelegging av mestring

Benner og Wrubel (2016, s. 86-87) skriver at en form for mestring kan være å søke informasjon som er relevant for situasjonen. Gjennom å finne nyttig informasjon kan man forsøke å endre tankegangen, slik at man kan få det bedre, dette uten å endre på selve situasjonen. Dette er noe Reitan (2010 s. 96) også er inne på. Hun skriver at sykepleieren bør oppfordre pasienten til å selv søke informasjon gjennom f.eks. internett eller sosiale medier. Informasjonen pasientene søker kan bidra til at de kan stille mer kvalifiserte spørsmål om sykdom- og behandlingsforløpet til sykepleieren, eller annet helsepersonell. Dette kan føre til at pasientene føler de har mer kontroll. Det er også viktig å bemerke at for mye kunnskap, kan være veldig overveldende for noen og oppleves som skremmende. Dette nevner også Benner og Wrubel (2016 s. 287), informasjonen må bli gitt på riktig tidspunkt hvor pasienten er klar til å motta informasjonen. Her må sykepleieren hjelpe pasienten til å sortere informasjonen, og finne ut hva som er relevant for den det gjelder.

Et annet tiltak for å oppnå mestring kan være å oppfordre pasienten til å prate med noen som har vært eller er i samme situasjon som pasienten. Et personlig møte med en annen som har erfaring med sykdommen kan bety mer saklig informasjon, og i behandlingssituasjoner kan det være en god kilde til støtte og informasjon. Her er det viktig at timingen er riktig, slik at det ikke blir en for stor belastning for pasienten da kan det kan virke negativt på mestringen. Relevant litteratur, som biografiske beretninger om menneskers møte med sykdom og erfaringer med helsevesenet, kan også være til hjelp for noen. Det forutsetter at sykepleieren har kunnskaper om slik relevant litteratur (Reitan, 2010 s. 96-97). Cleary et al. (2011) nevner at støttegrupper kan være hensiktsmessig hos kvinner som har gjennomgått gynekologisk kreft. Ved å snakke med personer som har vært i liknende situasjoner, kan man tilegne seg informasjon og erfaringer som kan bidra til hvordan pasienten selv velger å takle situasjonen. Sosial støtte som mestringsstrategi kan bidra til å endre situasjonen, endre meningen med den eller endre personens følelsesmessige reaksjon. Disse faktorene kan bidra til at situasjonen blir håndterlig (Lode, 2016 s. 48).

Gynkreftforeningen (u.å.,b) skal den 27.04.2017 ha et arrangement i regi av Lærings- og mestringssenteret i Trondheim som omhandler hverdagen etter gynekologisk kreft. Temaene på programmet er blant annet egen mestring, erfaringsutveksling, sex og samliv, bivirkninger etter behandling m.m. For å delta på kurset må det foreligge en henvisning fra lege, og de må

ha en diagnose. Pårørende kan også være med.

Læring- og mestringssentrene har som hovedoppgave å legge til rette for at personer med langvarige helseutfordringer, og deres pårørende tilegner seg kunnskap som kan bidra til mestring av egen livssituasjon. Kursene som blir holdt er utviklet av pasienter og brukere i samarbeid med helsepersonell, og dreier seg i hovedsak om hvordan en bedre kan mestre ulike livssituasjoner (Lode, 2016 s. 50).

Et slikt arrangement vil jeg påstå kan bidra til mestring hos kvinnene som har gjennomgått livmorhalskreft, og annen gynekologisk kreft. Som Reitan (2010 s. 96-97) og Lode (2016, s. 48) skriver, kan personlige møter med andre som er i samme situasjon, hjelpe pasienten til mestring av egen situasjon. Samtidig kan informasjonen de tilegner seg bidra til at kvinnene opplever mer kontroll.

Å veilede en pasient, uten å krenke deres oppfatning av muligheter, kreves det god velinformert omsorg ifra sykepleieren. Dette for å skape en relasjon med pasienten, slik at de kan diskutere kreftbehandlingens innvirkning på deres liv. Det er da viktig med god kunnskap om sykdommen det er snakk om, slik at pasienten får best mulig veiledning (Benner og Wrubel, 2016 s. 286-287). Sykepleieren må tilnærme seg pasienten på en helhetlig måte og ta utgangspunkt i pasientens opplevelse av situasjonen (Kristoffersen, 2011 s. 262). Sekse et al. (2012) skriver at kunnskaper om ulike måter takle kreft på er viktig i møte med pasienten for å gi best mulig omsorg. Lytte til pasienten sine opplevelser helt fra begynnelsen av sykdomsforløpet er viktig for å få innsikt i deres opplevelse av situasjonen. Ved å få innsikt i pasienten sin situasjon, kan sykepleieren lage en individuell oppfølgingsplan slik at kvinnene får den støtten og hjelpen de trenger underveis i forløpet, også etter de er behandlet. Et omsorgsfullt forhold skaper en tillitsfull situasjon som setter pasienten i en situasjon hvor hun kan ta imot hjelpen som blir gitt, og føle på at hun får omsorg. God omsorg setter også sykepleieren i stand til å bemerke hvilken tiltak som ser ut til å hjelpe, og det vil bli lettere å oppdage forbedring eller forverring. Omsorg er helt nødvendig for å yte god sykepleiepraksis (Benner og Wrubel, 2016 s. 26-27).

Gjessing et al. (2013 s. 106) skriver at kvinner med gynekologisk kreft, kan ha god effekt av seksualterapi og viser til Kunnskapssenteret for helsetjenester som lagde en rapport angående dette i 2012. I rapporten fremkommer det at seksualterapi kan være nyttig hos kvinner med tap eller mangel på seksuell lyst. For kvinner med underlivskreft kunne forholdsvis kortvarig

seksualterapi gi god effekt. Det var uklart om seksualterapeutiske intervensjoner hadde effekt hos kvinner med gynekologiske smertetilstander (Landemark, et al. 2012). Da kan vi også gå tilbake til PLISSIT-modellen til det øverste trinnet som omhandler ”intensiv terapi”, hvis det er behov kan sykepleieren henvise pasienten til f.eks. en sexolog slik at hun kan få dypere og mer kompleks behandling av sine seksuelle problemer (Borg, 2010 s. 130). Noen ganger trenger man å endre mestringsstrategi, kanskje var det ikke sosiale arrangementer som ga mestring, men åpenhet til partneren og de nærmeste pårørende. Dette er individuelt, og noe pasienten selv må kjenne på (Lode, 2016 s. 43). Her ser man og viktigheten av god individuell oppfølging som Sekse et al. (2012) bemerker, la kvinnene få snakke åpent om hvordan de opplever situasjonen og ta utgangspunkt i det for videre oppfølging.

6.0 Konklusjon

Behandling av livmorhalskreft kan føre til bivirkninger som påvirker kvinnens seksualliv negativt. Smerter ved samleie, tørr skjede, nedsatt selvbilde og negativ innvirkning på partnerskap er forhold som gikk igjen i nevnt forskning.

Behovet for informasjon er stort hos kvinnene som har gått gjennom livmorhalskreft, her fremkommer det et stort forbedringspotensial hos helsepersonell. Sykepleiere og annet helsepersonell som jobber med denne pasientgruppen må ha gode oppdaterte kunnskaper omkring påkjenningene behandlingen har på kvinnens seksualliv. De må også evne å videreformidle informasjonen til kvinnene på en forståelsesfull måte slik at de kan være forberedt på de seksuelle utfordringene som kan oppstå.

Sykepleieren må være åpen, ha god tid og ta initiativ til samtalen uoppfordret uten å presse seg på pasienten. Samtidig må hun lytte godt til pasienten, og ta hennes spørsmål på alvor. Å skape en omsorgsfull relasjon vil være hensiktsmessig for å oppnå tillitt hos kvinnen. Når sykepleieren skal gi informasjon og veiledning om seksualitet, kan PLISSIT-modellen være et nyttig verktøy og kan brukes aktivt. Videre bør informasjonen bli gitt gjennom hele behandlingsforløpet, og det bør dokumenteres hvilken informasjon som er gitt, og når den ble gitt. Informasjonen må være tilpasset til hver enkelt pasient, på den måten kan kvinnen få god oppfølging etter hennes behov.

Som sykepleier bør man også ha kunnskaper om Læring- og mestringssenteret, og være oppdatert på om de arrangerer noen program som er relevante for denne pasientgruppen. Samtidig undersøke om det er støttegrupper, eller personer som har gått igjennom det samme, som kvinnene kan få snakke med hvis det er aktuelt for deres mestring av situasjonen.

Det å ruste kvinnen med god informasjon underveis, vil være et viktig element for at hun skal kunne mestre de seksuelle utfordringene. Samtidig oppfordre henne til åpenhet omkring temaet til sine nærmeste hvis det er aktuelt, slik at hun har god støtte hos dem som også kan bidra til mestring.

Referanseliste

- Almås, E. og Benestad, E. E. P. (2006) *Sexologi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget
- Benner, P. og Wrubel, J. (2016) *Omsorgens betydning i sygepleije. Stress og mestring ved sundhed og sygdom*. København: Munksgaard
- Borg, T. (2010) Seksualitet. I A. M. Reitan. Og T. Kr. Schjølberg (red.) *Kreftsykepleie pasient – utfordring – handling (3.utg. s. 121-130)*. Oslo: Akribe.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. og Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag
- Cleary, V., Hegarty, J., og McCarthy, G. (2011). Sexuality in Irish Women With Gynecologic Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 38(2), E87-96. doi:10.1188/11.ONF.E87-E96
<http://dx.doi.org.ezproxy.hsh.no/10.1188/11.ONF.E87-E96>
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Dancing figures*. Photography. *Britannica ImageQuest*, Encyclopædia Britannica, 25 May 2016.
quest.eb.com/search/139_1908123/1/139_1908123/cite. Hentet: 10 Apr 2017.
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2014) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur og kultur
- Gjessing, R., Borg, T. og Dahl, A. A. (2013) Problemer med seksualitet. I J. H. Loge, A. A. Dahl, S. D. Fosså og C. E. Kiserud (red.) *Kreftoverlevende. Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv (2.utg. s. 87-108)*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Gynkreftforeningen, (u.å.,a) *Livmorhalskreft*. Hentet 5. Januar 2017 fra:
<http://www.gynkreftforeningen.no/kreftformene/livmorhalskreft/>

- Gynkreftforeningen, (u.å.,b) *Hverdagen etter behandling av gynekologisk kreft*. Hentet 21. April fra: <http://www.gynkreftforeningen.no/arrangementer/hverdagen-behandling-gynekologisk-kreft/>
- Hagen, B. og Onsrud, M. (2015). Malinge svulster. I J. M. Maltau, K. Molne og B.-I. Nesheim (red.) *Oberstikk og gynekologi (3.utg. s. 283-297)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jacobsen, A. M. L. (2010) Sykepleieutfordringer ved kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I Reitan og T. Kr. Schjølberg (red.) *Kreftsykepleie pasient – utfordring – handling (3.utg. s. 542-550)*. Oslo: Akribe.
- Jerpseth, H. (2011) Sykepleie ved gynekologiske sykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud og R. Grønseth (red.) *Klinisk sykepleie 2 (4.utg. s. 17-52)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nylenna, M. (2012) *Medisinsk ordbok*. Oslo: Kunnskapsforlaget
- Kreftforeningen (2016) *Livmorhalskreft*. Hentet 9. Januar 2017 fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/livmorhalskreft/>
- Kreftregisteret (u.å.) *Livmorhalskreft*. Hentet 5. Januar 2017 fra: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Livmorhalskreft/>
- Kristensen, G. (2010) Kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I A. M. Reitan og T. Kr. Schjølberg (red.) *Kreftsykepleie pasient – utfordring – handling (3.utg. s. 528-541)*. Oslo: Akribe.
- Kristoffersen, N. J. (2011) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E.-A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie 1 – Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar (2.utg. s. 207-270)*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Landemark, B. F., Almås, E., Brurberg, K. G., Fjeld, W., Haaland, W., Hammerstrøm, K., ... Reinart, L. M. (2012) *Effekter av seksualterapeutiske intervensjoner for seksuelle problemer*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 02 – 2012. ISBN 978-82-8121-462-0 ISSN 1890-1298. Hentet 20. April 2017 fra:

<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekter-av-seksualterapeutiske-intervensjoner-for-seksuelle-problemer>

Forskningsetikkloven (2006). Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning Hentet 15. Januar 2017 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-30-56>

Molven, O. (2012) *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal juridisk

Reitan, A. M. (2010) Krise og mestring. I A. M. Reitan og T. K. Schjøberg (red.), *Kreftsykepleie pasient – utfordring – handling (3.utg. s. 72-101)*. Oslo: Akribe.

Renolen, Å. (2015) *Forståelse av mennesker – innføring av psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget

Sekse, R. J., Råheim, M., Blåka, G., og Gjengedal, E. (2012). Living through gynaecological cancer: three typologies. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(17/18), 2626-2635. doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.hsh.no/10.1111/j.1365-2702.2011.04028.x>

Sekse, R. T., Hufthammer, K. O., og Vika, M. E. (2017). Sexual activity and functioning in women treated for gynaecological cancers. *Journal Of Clinical Nursing*, 26(3/4), 400-410. Doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.hsh.no/10.1111/jocn.13407>

Steen, T. (17. Juli 2016) *Thea Steen 1989-2016* (Blogg innlegg). Hentet fra: <https://theasteen.com/2016/07/17/thea-steen-1989-2016/>

Svartdal, F. og Malt, U. (2016) Mestring. *I Store norske leksikon*. Hentet fra: <https://snl.no/mestring>

Tønnesson, Ø. (2013) Seksualitet. *I Store norske leksikon*. Hentet fra: <https://snl.no/seksualitet>

Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., de Kroon, C. D., Stiggelbout, A. M., & Ter Kuile, M. M. (2015). Sexual issues among cervical cancer survivors: how can we help women seek help?. *Psycho-Oncology*, 24(4), 458-464. doi:10.1002/pon.3663

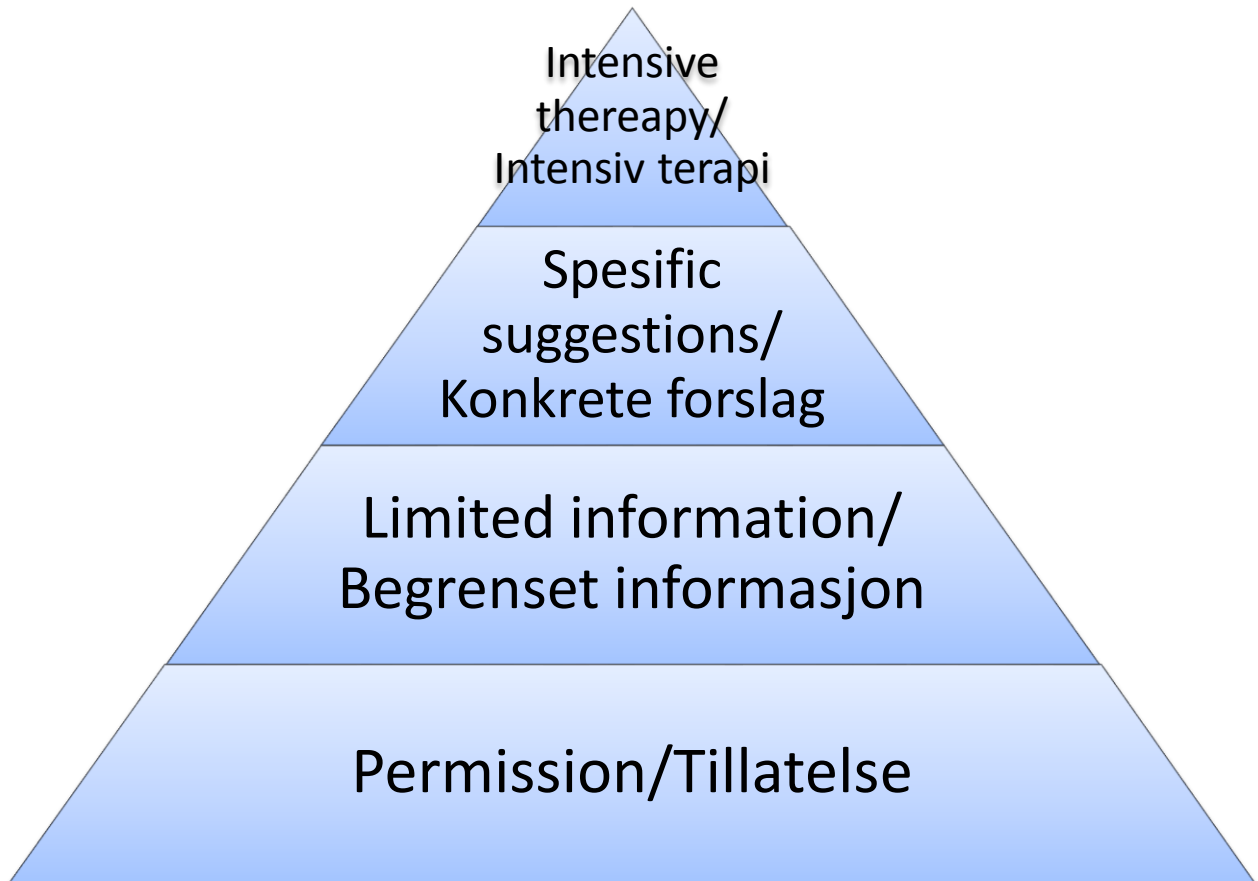
Vedlegg 1 – Søkeprosessen i databasen CINAHL

Søkeord	Avgrensning	Treff	Inkludert i oppgaven
Cervical cancer		4966	0
Cervical cancer AND sexuality		160	0
Cervical cancer AND sexuality AND survivor		13	0
Cervical cancer AND quality of life	År: 2011-2017	82	0
Cervical cancer AND sexual*	År: 2011-2017	187	Vermeer, Bakker, Kenter, Kroon, Stiggelbout & Kuile, 2014
Cervical cancer AND relationship* AND sexual*	År 2011-2017	72	0
Cervical cancer AND body image	År: 2011-2017	6	Cleary, Hegarty, & McCarthy, 2011
Cervical cancer AND sexual* AND treatment	År: 2009-2017		0
Cervical cancer AND coping	År: 2009-2017	10	0
Gynecological cancer AND coping	År: 2009-2017	16	Sekse, Råheim, Blåka & Gjengedal, 2012
Gynecological cancer AND sexuality	År: 2009-2017	24	Sekse, Hufthammer & Vika, 2017

Vedlegg 2 – Søkeprosessen i databasen PubMed

Søkeord	Avgrensning	Treff	Inkludert i oppgaven
Gynecologic cancer AND coping	Siste 5 år	36	0
Cervical cancer AND coping	Siste 5 år	33	0
Cervical cancer AND coping	Siste 10 år	65	0

Vedlegg 3 – PLISSIT – MODELLEN



PLISSIT-modellen beskriver ulike måter å forholde seg til og behandle seksuelle problemer. Modellen kan være hensiktsmessig i blant annet seksualopplysning, rådgivning og behandling (Almås og Benestad, 2006 s. 67).

Vedlegg 4 – Eksempel på kritisk vurdering

Sekse et. al 2012

Kandidat 522

Living through gynecological cancer –
three typologies.

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i min praksis?

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

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

Kandidat 522

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p>TIPS: • Er det oppgitt en problemstilling for studien?</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart 0</p>	<p>Nei 0</p>
<p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS: • Har studien som mål å forstå og belyse, eller <u>beskrive</u> fenomen, erfaringer eller opplevelser?</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart 0</p>	<p>Nei 0</p>

Beskrive erfaringer hos kvinner.

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS: • Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart 0</p>	<p>Nei 0</p>
<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p>TIPS: I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)? 	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart 0</p>	<p>Nei 0</p>
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p>TIPS: Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er metoden som ble valgt god for å belyse 	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart 0</p>	<p>Nei 0</p>

Kommentar:

Kommentar: 16 kvinner. Alle ~~had~~ har gått gjennom gynekologisk behandling. Målet er å se hvordan de kommer seg igjennom perioden, intrusjoner over lengre tid. Kunne er få samme etiske greppe med ukultvæll bakgrunn.

Kommentar: Dybde intrusjoner både før og etter siste kontroll, og når kvinner

2 Var blitt definert som "langtidsavvikelse"

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? • Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? 	<p>Intervjuer gjort over lengre tid.</p>
--	--

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p>TIPS: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. → Ja, fremgår tydelig. → Ja</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p>TIPS: Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: → Ja. → Ja, står tydelig på 7. side nederst.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p>TIPS: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Det ser ut til at det bare er forskerne som gikk gjennom materialet.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Kandidat 522

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 			
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>

Kommentar: Regional Committee for Medical and Health Research Ethics og registrert i Norwegian Social Science Data Service.

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan du oppsummere hovedfunnene? Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
--	--	------------------------	---------------------

Kommentar: Kommer svært tydelig fram, blir beskrevet godt og delt inn i "gapper".

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å samsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar: Jo kunne er ikke så mange noe som blir bemerket. Resultatene passer bra i min bachelor, da det handler om ulike måter kunne mestet å gå gjennom kreft.</p>
---	---