

Gynekologisk kreftbehandling og seksualitet

En litteraturgjennomgang av kvinners kroppsoppfatning etter gynekologisk kreftbehandling og dens betydning for kvinners seksualitet

Fariba Ahmadpour



Masteroppgave ved Det Medisinske Fakultet.
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag.
Seksjon for sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

15.12.2011

Gynekologisk kreftbehandling og Seksualitet

En litteraturgjennomgang av kvinners kroppsoppfatning etter gynekologisk kreftbehandling og dens betydning for kvinners seksualitet.

© Forfatter

År:2011

Tittel: En litteraturgjennomgang av kvinners kroppsopfatning etter gynekologisk kreftbehandling og dens betydning for kvinners seksualitet

Forfatter: Fariba Ahmadpour

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Fariba Ahmadpour	Dato: 15.11.2011
Tittel og undertittel: Gynekologisk kreftbehandling og Seksualitet. En litteraturgjennomgang av kvinners kroppsoppfatning og dens betydning for kvinners seksualitet	
Sammendrag: Formål: Å utforske kvinners kroppsoppfatning og seksualitetserfaring etter behandling av gynekologisk kreft. Design: Kvalitativ og utforskende design. Metode: Litteraturgjennomgang ble benyttet til å samle data om eksisterende forskning. Funnene fra disse studiene er benyttet som empirisk grunnlag. Resultater ble sammenliknet for å få en oversikt over funnene, samt over det som skal jobbes videre med. Hovedfenomen: Seksualitet, kroppsoppfatning/ selvbilde, gynekologisk kreft. Resultater: Miste femininitet, negativt selvbilde/ kroppsbilde, menopause problemstillinger, relasjons problemer. Funnene viser at behandlings bivirkninger på seksualitet oppsto direkte fra både fysiske og psykologiske problemer som gjør det vanskelig å opprettholde et sunt seksuelt forhold. Konklusjon: Studien reiser spørsmål knyttet til behandlingstiltak innenfor gynekologisk kreftbehandling og dens betydning for kvinners seksualitet. Funnene viser at kvinners negative kroppsbilde, hadde en betydelig negativ innvirkning på kvinners seksualitet og intimitet.	
Nøkkelord: Gynekologisk kreft, Seksualitet, Psykologisk, kvalitativ metode	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Fariba Ahmadpour	Date: 15.11.2011
Title and subtitle: Gynecologic cancer treatment & Sexuality. A literature review of the international literature on treatment for Gynecologic Cancer and its effects on Female Sexuality.	
Abstract: Purpose: To explore women's sexuality experiences following treatment for gynecological cancer Method: Qualitative and exploratory design. A literature review is used to explore the women's perception after gynecological cancer treatment and its impact on their sexuality. Main research variables: sexuality, self image/body image, gynecologic cancer. Results: Lose femininity, negative self / body image, menopause problems, relational problems. The findings demonstrate that the impact of treatment effects on sexuality arose directly from physical problems as well as perceived psychological difficulties in maintaining a healthy sexual relationship. Conclusion: The study raises issues associated with the management of late treatment effects and its impact on sexuality. Women's negative body image had a significant negative effect on women's sexuality and intimate relationships.	
Key words: gynecologic cancer, psychosexual, sexuality, qualitative method	

Forord

Studietiden har vært en epoke i mitt liv som snart er over. Arbeidet med masteravhandlingen har vært en lærerik og utfordrende prosess, og jeg er nå kommet i mål! Noen ganger møter man på en hump på veien vi kaller livet. Jeg møtte på en slik "hump" sommeren 2010, som gjorde at jeg måtte utsette arbeidet med masteroppgaven. Men det er riktig det som sies: det som ikke dreper deg, gjør deg sterkere". I hvert fall, fikk jeg erfare det, og jeg vil tro at jeg ble sterkere. I løpet av disse årene som student ved Universitetet i Oslo har jeg utviklet meg selv faglig og ikke minst personlig, og jeg føler at jeg har bygget en sterkere grunnmur for det videre livet fremover. Det siste året er blitt viet til masteroppgaven, men jeg takker mine barn Sally, Sana og Sarah som har så stor tro på meg, og for deres oppmuntring og påminnelser om at det finnes en verden utenfor masteravhandling. Når jeg nå sier meg ferdig vil jeg takke min venninne, Berit Søvik, og min datter, Sarah Riahi, for deres støtte og hjelp gjennom denne lange men lærerike prosessen. Spesiell takk til min veileder, Randi Nord for gode råd, innspill, og gode tilbakemeldinger.

Fariba

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon.....	1
1.1	Presentasjon av tema og problemstilling.....	1
1.2	Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	2
1.2.1	seksualitet, det tabuet temaet.....	2
1.2.2	Gynekologisk kreft og seksualitet.....	3
1.3	Gynekologisk kreft.....	4
1.4	Seksualitet.....	5
1.4.1	Sex.....	7
1.4.2	Seksualhelse.....	8
1.5	Tiltak etter gynekologisk kreftdiagnose.....	9
1.5.1	Radikal hysterektomi (fjerning av livmor og livmorhals).....	10
1.5.2	Bekken exenteration (kirurgisk fjerning av bekkenorgan).....	11
1.5.3	Radikal Vulvectomy (fjerning av ytre del av kvinnlig kjønnsorgan).....	12
1.6	Gynekologisk kreftbehandling og Seksualitet.....	14
1.6.1	Fysiske plager som følge av gynekologisk kreftbehandling....	16
1.6.2	Psykiske plager.....	18
1.7	Studiens betydning og hensikten.....	19
1.8	Oppgavens oppbygging.....	21
1.9	Oppsummering.....	22
2	Litteraturgjennomgang.....	24
2.1	Presentasjon av litteratur og kildekritikk.....	25
2.1.1	Åtte kvalitative artikler.....	25
2.1.2	Tre artikler med kombinert metode.....	26
2.2	Oppsummering.....	30
3	Teoretisk forankring.....	32
3.1	Duesunds- og Merleau-Pontys tanker om kroppen.....	33
3.2	kroppsbilde.....	34
3.2.1	Kroppen som subjekt og objekt.....	34
3.2.2	Ideell og reell kropp.....	36

3.2.3	Endret kroppsilde	36
3.3	Sammenhengen mellom kropp og selvbildet.....	37
3.4	Kjønnsidentitet og kjønnsrolle	39
3.5	Oppsummering	41
4	Metode	42
4.1	Litteraturgjennomgang som metode	43
4.2	Førstehånds- versus andrehåndskilder	45
4.3	Litteraturgjennomgang, hva, og hvorfor	45
4.4	Litteraturgjennomgang- hvordan	47
4.4.1	Søkefase	48
4.4.2	Vurderingsfase	50
4.4.3	Analysefase	52
4.4.4	Resultatfase	53
4.5	Kort oversikt over gjennomføring av studien	54
4.6	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	55
4.7	Artikkelvurdering, verktøy for eksklusjon og inklusjon av artikler .	57
Kriterier for vurdering av kvalitet	58	
4.8	Oppsummering	58
5	Analyse og Syntese av funn	60
5.1	Uttrekk og redigering av funn fra artiklene.....	62
5.2	Gruppering av funn	64
5.3	Abstrahering av funn.....	65
5.4	presentasjon av abstraherte funn.....	66
5.5	Oppsummering	70
6	Resultat	71
6.1	Kontroll eller tap av kontroll.....	71
6.2	Å leve med en endret kropp.....	72
6.3	Å akseptere seg selv.....	74
6.4	Tilbake til det normale.....	75
7	Diskusjon	78
7.1	Diskusjon av resultater.....	79

7.2	Problemstillinger rundt selvoppfatning.....	84
7.2.1	problemstillinger vedrørende infertilitets	86
7.2.2	Problemstillinger vedrørende seksualitet	87
7.2.3	Aldringsproblemstillinger: Menopause	89
7.3	Seksualiteten og dens betydning for kvinners livskvalitet	90
7.4	Konsekvensen for sykepleiepraksis	91
7.4.1	Sykepleierens rolle i kommunikasjon om seksualitet.....	93
7.5	Diskusjon av studiens validitet.....	97
7.5.1	Beskrivende, fortolkende, teoretisk og pragmatisk validitet..	97
7.6	Svakheter ved litteraturstudie som forskningsmetode.....	98
7.7	Oppsummering	99
8	Konklusjon.....	101
8.1	Anbefalinger for videre arbeid	102
	Litteraturliste.....	105
	Vedlegg.....	112
	Vedlegg 1. Søkeprosessen (PubMed, CHINAL)	
	Vedlegg 2. Eksempler på individuell artikkelvurdering	
	Vedlegg 3. Eksempler på uttrekk og redigering av funn	
	Vedlegg 4. Eksempler på gruppering, argumentasjon og abstrahering av funn	

1 Introduksjon

En sunn seksualitet er et resultat av at både kropp og sjel er i harmoni, dette er ifølge Master og Johnson (1996) de fleste seksualeksperter enige om. Når vår kropp og tanker eller opplevelser ikke er i harmoni, kan en eller begge områder lide. Det er mange faktorer som kan påvirke hvordan en kvinne oppfatter sin kropp; men en ting er sikkert, jo bedre tanker og følelser en kvinne har om sin kropp, jo mer tilfredsstillende vil hennes seksuelle uttrykk og relasjoner være (Ibid).

Når en person rammes av en kreftsykdom, rettes ofte fokuset på overlevelsesinstinktet og dermed behandlingen av sykdommen, mens seksualfunksjonen ikke har vært oppfattet som en viktig del av denne prosessen.

Gynekologiske kreftpasienter kan oppleve en rekke problemer som følge av kreftsykdom og dens behandling. Det kan være fysiske problemer av forskjellig art, som for eksempel smerter, tretthet. Men ikke minst vil sykdommen ha en innvirkning på kvinners psykiske tilstand som for eksempel selvbilde, kroppsforståelse og seksualitet. Pasientene kan i tillegg oppleve tap og sorgreaksjoner ved å miste et organ eller genitals kroppsdel. Dette kan ofte medføre stor grad av uvisshet og usikkerhet på grunn av tap av seksuelle funksjoner.

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Et sentralt problem når en setter opp en problemstilling, gjelder omfanget av en studie. Polit og Beck (2008) anbefaler at omfanget av problemstillingen skal ha nok bredde til å fange opp det fenomenet som undersøkes på, men fokusert nok til at det gir svar på et spesifikt spørsmål.

Stead, Brown, Fallowfield og Selby (2003) intervjuet 43 leger og sykepleiere som jobbet med behandling av kvinner med gynekologiskreft. 98 % rapporterte at de mente at seksuelle problemer bør diskuteres med pasienten, mens bare 21% rapporterte at de diskuterte dette med pasientene. I tillegg er det få studier gjennomført i forhold til seksualitet hos kvinner med gynekologisk kreftsykdom i Norge.

Dermed vil denne hovedfagsoppgaven ta for seg to problemstillinger:

1: Hvordan oppfatter kvinner sin kropp etter en gynekologisk kreftbehandling?

2: Hva er behandlingens betydning for kvinners seksualitet?

Det blir viktig å starte med en kort forklaring for hva vi legger i seksualitet og gynekologisk kreft.

1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

1.2.1 seksualitet, det tabuete temaet

Ordet "tabu" står for en rekke forbud knyttet til objekter eller fenomener som er fylt av et spesielt innhold. Bruk av ordet "tabu" slik tradisjonell etnografi brukte ordet, er for å beskrive en rekke forbud rundt et fenomen eller objekt. På denne måten ordet til slutt fått en bredere betydning av forbudet, som i "tabuord" og lignende (Pax Leksikon, 1982).

Innenfor psykologi blir ordet brukt for fenomener som individer ikke selv er bevisst, men fortrenger det underbevisste. "Tabuer" er basert på denne filosofien som representerer spesielt farlig form for urenheter. Her virker menneskekroppen ofte å være viktig. Dette innebærer at det man utskiller

eller disponerer som sæd, menstruasjonsblod, etc. blir i de fleste steder i verden definert som "urene" (ibid).

På slutten av 1960- og begynnelsen av 70-tallet fikk kvinners seksualitet en sentral plass i frigjøringspolitikk hvor kvinners rett til kontroll over egen kropp og sin seksualitet og nytelse var målet, men diskusjon om disse temaene ble fortsatt sett som "tabu" i de fleste miljøene i denne perioden. Kvinneforskning gjennomgikk en rivende utvikling som omfatter feministisk- og forskningspolitiske spørsmål, samt kvinners seksualitets erfaring (Lorentzen og Muhleisen, 2009).

Andersen og Cyranowski (1995) hevder at kvinners seksualitet er et forsømt område i empiriske undersøkelser, sammenliknet med den mannlige. Dette kan være fordi, slik Bullough, Shelton og Slavin (1988) skriver, kvinners seksuelle behov er blitt definert og karakterisert gjennom et mannsdominant samfunn. En minimalisering av kvinners seksuelle funksjon og behov vedvarte til midten av 1900 tallet. Det har vært en konflikt mellom kvinners seksuelle behov og samfunnets syn på kvinners rolle som mor (ibid).

"The world came to be made up of good girls and bad girls. The bad girls represented sexuality, the good girls' purity of mind and spirit, unclouded by the shadow of any gross or vulgar thought" (Bullough, et al., 1988). Seksualitet, for mange kan være en av de mest ømfintlige og private sidene ved livet. For mange mennesker er det vanskelig å snakke om seksuelle følelser, lyster og ønsker, også med ensom man står nær. Å fortelle sin partner hva en liker og ikke liker, om usikkerhet og frykt, lyster og opplevelser, gjør sex til noe mye mer enn oppnåelse av orgasme gjennom stimulering av kjønnsorganer (Master og Johansen, 1996).

1.2.2 Gynekologisk kreft og seksualitet

Gynekologisk kreft vil ofte gripe direkte inn i seksuallivet for en kortere eller lengre periode. Det er umulig å gi generelle svar på hvordan disse inngrepene i kjønnsorganene påvirker seksuell opplevelse. Dette er et område der fysiske og psykiske faktorer er tett sammenvevd. Studier (Andersen og Hacker, 1983; Andersen, Van Der Does, 1994; Andersen, Woods og Copelan, 1997) viser at en gynekologisk kreftdiagnose innebærer for svært mange kvinner en endring i seksualiteten, enten som direkte følge av sykdommen eller bivirkning av behandlingen.

Omfanget av seksuell dysfunksjon synes å variere avhengig av hvilken behandling kvinnene får. Dette stemmer med resultater av studier (Schover, Fife og Gershenson, 1989; Flay og Mathews, 1995) som viser at omfanget av seksuell dysfunksjon er høyere hos kvinner som har fått strålbekandling i forhold til de som bare fikk operasjonsbehandling. Samtidig er det høyere risiko for seksuell dysfunksjon når kvinner får en kombinasjonsbehandling, dvs. kirurgi- og strålbekandling, sammenliknet med strålbekandling alene (ibid).

Andersen (1990) hevder at seksuelle dysfunksjoner forekommer hos opptil 90 % av kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft. Thranov og Klee (1994) sier at bare 50 % av kvinnene er i stand til å fullføre samleie etter en livmorhals-, livmor- eller eggstokkreft.

1.3 Gynekologisk kreft

Gynekologisk kreft, er kreft i eggstokk, eggleder, livmor, livmorhals, skjede, klitoris, indre eller ytre kjønnslepper (Kristensen, 2004). Takket være nye behandlingsmetoder, har dødstallene ved gynekologisk kreft siden 1970 blitt betydelig redusert, med en reduksjon på 21 % for livmorkreft, 55% for livmorhals og 8% for eggstokkreft. Samtidig, etterlates disse kvinnene med å takle med kroniske stressfaktorer tilknyttet kreften (Andersen og Hacker, 1983).

Gynekologisk kreft rammer om lag 75000 kvinner i USA (Andersen, et al., 1983). I Norge får 1500 kvinner diagnosen gynekologisk kreft hvert år. Gynekologisk kreft er en av de alminnelige kreftformene i Norge, og utgjør til sammen nesten 25 % av alle krefttyper hos kvinner i Norge. Hvert år får ca 300 kvinner i Norge livmorhalskreft, og nærmere 100 kvinner dør av sykdommen. Eggstokkkreft er i dag den hyppigste og mest dødelige kreftformen hos kvinner, etter brystkreft og tykktarmskreft. Underlivskreft rammer kvinner i alle aldre, mens kreft i eggstokker og livmor opptrer hyppigst etter overgangsalderen (Kristensen, 2004).

Med dette som grunnlag, ønsker jeg å samle eksisterende forskning om seksualitet hos kvinner som har overlevd gynekologisk kreft, og dermed gjøre forskningsresultater om dette emnet mer tilgjengelig for sykepleiere.

1.4 Seksualitet

Seksualitet er et komplekst, flerdimensjonelt fenomen som indikerer biologiske, mellommenneskelige, og atferdmessige dimensjoner (National Cancer Institute, 2009). Dermed kan forandringer som inntreffer i en dimensjon forårsaker forandringer i andre dimensjoner (Fallowfield og Hall, 1991).

WHO's- definisjon av seksualitet:

"Seksualiteten er en integrert del av ethvert menneskers personlighet; mann, kvinne og barn. Seksualiteten er et grunnbehov som utgjør et aspekt av å være menneske, og som ikke kan skilles fra andre livs aspekter. Seksualitet er ikke det samme som samleie eller evnen til å oppnå orgasme, og er heller ikke summen av hele vårt erotiske liv. Alt dette kan være en del av vår seksualitet, men behøver ikke å være det. Seksualitet omfatter så mye mer, den finnes i den energien som driver oss til å søke kjærlighet, kontakt, varme og nærhet. Den uttrykkes i det vi føler, måten vi beveger oss, måten vi berører andre og selv blir berørt.

Seksualiteten handler om å være sensuell, så vel som å være seksuell. Seksualiteten påvirker altså våre tanker, følelser, handlinger, og vårt samspill med andre mennesker. " (www.Kreftforeningen.no)

Man kan argumentere for at WHO's definisjon av seksualitet reflekterer et helhetlig perspektiv. Med et helhetlig perspektiv menes, et perspektiv som inkluderer somatiske, emosjonelle, intellektuelle og sosiale aspekter, religiøse bakgrunn og kultur. Med dette som grunnlag, er det viktig å erkjenne at det finnes ulike definisjoner av hva en normal seksualitet er.

En normalfungerende seksualitet kan defineres av hver pasient og hennes partner innenfor en kontekst av faktorer som kjønn, alder, personlige holdninger og religiøse og kulturelle verdier (Derogatis og Kourlesis, 1981).

Seksualitet kan defineres forskjellig, alt fra ren reproduksjon til det å betrakte den som en underliggende faktor i nærmest alle mellommenneskelige handlinger. Forsøk på å definere hva en "normal" seksualitet er, kan vise seg å være umulig. Det er store variasjoner i menneskers seksuelle atferd, herunder hyppigheten av eller behovet for seksuelle handlinger. Videre kan seksualitet for enkelte være et bredt tema, mens andre ser på det betydelig mer avgrenset (ibid).

Seksualitet er i tillegg et viktig element i vår helse, og kanskje spesielt vår mentale helse. Selv om det ofte ensidig fokuseres på samleie, er dette bare en del av det seksuelle livet. Mens noen mennesker føler at de må prestere noe bestemt, og er fiksert på å oppnå orgasme, spiller nærhet, tillit, varme og kjærtegn en sentral rolle i et godt samliv for andre mennesker (Butler, Banfield, Sveinson, Allen, Downe-Wamboldt og Altender, 1998).

For mange kvinner har det like stor betydning at andre områder på kroppen blir strøket og kjærtegnet, og for de fleste er det følelsesmessige forholdet til partneren det aller viktigste. Noen kvinner opplever seksualiteten som dypt tilfredsstillende uten å ha orgasme i fysiologisk

forstand, mens den fysiske utløsningen betyr svært mye for andre (Basson, 2005; Butler, et al., 1998).

Som diskutert ovenfor, er det et stort spenn mellom hva mennesker legger i seksualitet. For å beskrive hva seksualitet kan handle om for ulike mennesker, vil dermed skrive litt om begrepet sex og seksualhelse.

1.4.1 Sex

Masters og Johanson (1996), knytter "sex" opp mot den fysiske og psykiske funksjonen av det å ha et seksualliv. Dermed kan det diskuteres for at sex er en del av seksualiteten. I dette tilfelle er det behov for en mer avgrenset definisjon av seksuell aktivitet der målet er å kunne:

- Tilfredsstill seg selv
- Tilfredsstill en partner
- Lage barn (reproduksjon)

Denne oppdelingen av sex har vist seg å være nyttig for å se hvilke områder som kan bli berørt av gynekologisk kreftbehandling, og med dette kunne gi en konkret tilnærming til problemområdene. Seksuelle vansker er noe alle voksne kan oppleve fra tid til annen.

I forhold til relevante pasientkarakteristika som krever vurdering, vil det kreves å ta i betraktning, en vurdering av kvinners generell helse, sykdommens stadium, behandlingstype og varighet og globale psykologiske tilpasninger. Kroniske medisinske tilstander, som for eksempel diabetes mellitus eller fedme, kan påvirke både behandlingen og pasientens seksualitet. Videre kan sykdommens stadium påvirker omfanget av behandlingen, noe som igjen kan påvirke pasienters seksuelle funksjon. I tillegg, må en ta i betraktning kvinners alder, sivilstand, utdanning og sosioøkonomisk status når kvinners psykoseksuelle tilstand vurderes (Andersen og Hacker, 1983).

Videre kan det av og til oppstå spesielle vansker som følge av en gynekologisk kreftbehandling. Noen kvinner kan etter en gynekologisk kreftbehandling få enten problemer med å få barn, eller å kunne tilfredsstille seg selv og/eller en partner. Studier (Juraskova, Butow, Roertson, Sharpe, Mcleod og Hacker, 2003; Howell, Fitch og Deane, 2003) tyder på at disse problemene kan komme av endringer som skjer i kroppen, manglende følesans eller endret nevrologiske utfall på grunn av fjerning av kjønnsdeler i underlivet.

1.4.2 Seksualhelse

Seksualhelse defineres i Masters og Johansen (1996) som et begrep for ens helse status vedrørende sykdommer i reproduktive organer, samt emosjonelle, mentale og sosiale - velvære knyttet til seksualitet. Seksualhelse krever at en har et positiv forhold til seksualitet og seksuelle relasjoner, samt muligheten for å ha behagelige og trygge seksuelle erfaringer, uten tvang, diskriminering og vold (ibid).

Woods (1987) nevner tre dimensjoner for seksualhelse. Disse er seksualfunksjon, seksualselvbilde og seksualrelasjoner. Master, et al. (1996) hevder at selvfølelse, holdninger, kunnskap, trivsel og interesse for seksuelle aktiviteter har også blitt identifisert som dimensjoner som har betydning når en vurderer pasientens seksualhelse.

Det er interessant å sammenligne Willmoth (1995) sin studie, der han har funnet en negativ korrelasjon mellom seksuelle interesser og alderdom, men Master, et al. (1996) sin studie viser at en nedgang i seksuell aktivitet for både kvinner og menn, er mer relatert til helse enn alderen. Andre viktige faktorer for seksualhelse slik Master, et al. (1996) skriver, er:

- Kvaliteten på forholdet
- Psykologiske faktorer
- Kultur, verdier og tro

- Selvbilde
- Tidligere erfaringer
- Graviditet
- Omgivelser
- Sykdom
 - Medisinering/ behandling uten kirurgi
 - Kirurgi

Underlivskreft hos kvinner vil forandre både det anatomiske og den psykiske tilstanden. Dette er fordi det er den delen av kroppen som regnes som viktigst når det gjelder seksualitet og seksualliv. Kropp og seksualitet er nært forbundet. Uansett hvilken type gynekologisk kreft en kvinne får, vil de fleste behandlingsformer på en eller annen måte få konsekvenser for kvinners seksualhelse (Anderse, Van Der Does, 1994).

1.5 Tiltak etter gynekologisk kreftdiagnose

En rekke data tyder på at det er viktigere med forebyggende intervensjon og tiltak etter en gynekologisk kreftdiagnose, og under eller umiddelbart etter behandlingsperioden, enn rehabiliteringstiltak (Andersen, Van Der Does, 1994).

Forebyggende tiltak vil være egnet for mange av de seksuelle problemene som gynekologisk kreftpasienter opplever. Mange direkte, permanente og fysiske endringer av behandlingen gir umiddelbare ubehag. Umiddelbare ubehag kan være vanskeligheter med infertilitet, seksuelle problemer, tidlig menopause, kroppsfunksjonsendringer på grunn av kirurgisk operasjon og stressreaksjoner, inklusive post- traumatisk stress (ibid).

Intensiv intervensjon vil i perioden like etter behandling hjelpe kvinner med å mestre utfordringene de møter, som følge av kroppens endringer og seksuelle problemer. Tre studier (Andersen, et al., 1983, 1994, 1997),

viser at kvinners seksuelle aktivitet avbrytes eller svekkes etter et radikalt kirurgisk inngrep, uavhengig av inngrepet (eksempelvis, pelvic exentration vs. vulva cancer kirurgi) (ibid). Det disse studiene har vist, er at kvinners opplevelse av å få underlivskreft er varierende og mangfoldige. Det er dermed viktig å ha kunnskap om ulike inngrep og forslag om behandling, for å kunne lindre ubehaget hos disse kvinnene.

1.5.1 Radikal hysterektomi (fjerning av livmor og livmorhals)

Det har vært motstridende rapporter om seksuelle forstyrrelser som effekt av hysterektomi i seg selv. Radikal hysterektomi kan bidra til at vagina blir forkortet. Dette kan bidra til subjektive følelser for pasienten, som for eksempel at, skjeden er "for kort" for samleie. Nerve- og vaskulære avbrudd i bekkenet kan også resultere i tap av følsomhet og orgasme. De direkte virkningene av atrofisk vaginit, altså betennelse i skjeden, på grunn av østrogenmangel, kan også føre til seksuelle problemer (Andersen, Van Der Does, 1994).

Litteraturgjennomgang av (Anders, et al. 1994 og Master, et al. 1996) viser at fjerning av livmor påvirker anatomiske strukturen i bekken området, inkludert tarm, blære og nerve forsyning til området. I forhold til seksuell funksjon, er endringer i nerve- tilførsel av den øverste delen av vagina vil forstyrre for slimproduksjon og orgasme (ibid). En radikal hysterektomi vil også endre bevegeligheten for organer i bekkenet under samleie, som vil igjen begrense øvre skjeden til å utvide seg i løpet av opphisselse fasen. Livmorhalsen er antatt å være av spesiell betydning i seksuell funksjon, skriver Master og Johnson (1996).

Tap av livmor/ livmorhalsen kan også redusere slimproduksjon i vagina. Den reduserte mengden av sensitive vev i området kan også føre til en nedgang i opphisselse og en redusert sannsynlighet for orgasmer (Master, et al., 1996). For kvinner som beskriver muskelsammentrekninger under orgasme som en god følelse, kan fraværet av livmoren påvirke negativt på

den opplevelsen (ibid). Det er viktig å huske at et inngrep vil nødvendigvis ikke føre til svekket seksuallfunksjon, mener Master, et al. (1996). De hevder at årsaken til hysterektomi kan spille en viktig rolle i pre-og postoperative seksuell funksjon. Kvinner som opplever tunge blødninger eller smerte på grunn av livmor- muskelknuter, vil fjerning av årsaken til deres problem ha sannsynligvis en positiv effekt på seksuell funksjon i postoperativt fasen. Dersom årsaken til operasjonen er kreft, vil postoperative seksuell funksjon bli trolig påvirket av både den psykologiske effekten av å ha en kreftdiagnose og bivirkninger av behandling for kreft, hevder Master, et al. (1996).

Frykten for at symptomer, som hetetokter, skal oppstå under samleie, kan føre til et ubehag som fører til at kvinner trekker seg fra å ha intime forhold og samleie. Hetetokter og vaginal tørrhet vil forsterke kvinners seksuelle vanskeligheter, mener Andersen, et al (1994).

Symptomer på hormonell svikt, som hetetokter, nattsvette, nervøsitet, og depresjon, ble rapportert hos 60 % av kvinnene. Samleiefrekvensen ble redusert for mer enn halvparten (54 %), og 50 % rapporterte ubehag under samleie, og klaget over tørrhet i vagina, i tillegg til smertene fra en forkortet eller trangere vagina (ibid). Østrogen hormonbehandling i form av piller, plaster eller gele er den mest effektive behandlingen for å redusere hetetokter. Dette, samt konservativ kirurgi, er anbefalt av Andersen, et al. (1983, 1994, 1997).

1.5.2 Bekken exenteration (kirurgisk fjerning av bekkenorgan)

Denne operasjonen er skjemmende og produserer mye forstyrrelser i kvinners seksuallfunksjon. Resultater fra studier som fokuserer på dette inngrepet, viser opphør av seksuell aktivitet for flertallet av pasientene (80-90 % av de spurte). Tilgjengelige rapporter kommer fra USA, Canada, Storbritannia, viser et negativt resultat for seksuelle utfall (Andersen, Van Der Does, 1994).

Studiene viser videre at de fleste som er berørt av dette inngrepet, avslutter all seksuell aktivitet når samleie blir umulig. Dermed vil en fremtid, med et endt seksualliv, være urovekkende. Dette kan være en kilde til splittelse og frustrasjoner, noe som også kan føre til skilsmisse (Andersen, et al., 1994).

Selv om mange seksuelle vanskeligheter ofte vil følge kvinnene etter en vaginal rekonstruksjon, kan vaginal rekonstruksjon være en mulighet for at noen kvinner kan opprettholde sin seksualfunksjon etter et slikt inngrep (Andersen, et al., 1994).

Noen pasienter har problemer med de fysiske egenskapene til den nye skjeden. For eksempel kan hulrommet være for stort eller for smalt. Andre har generelle problemer med opphisselse eller orgasme, eller spesifikke hindringer, som smerter eller blødning ved samleie (ibid).

Uavhengig av om hvorvidt pasienter med pelvic exentration gjennomgår vaginal rekonstruksjon, står de overfor den største innvirkning på den seksuelle funksjonen i forhold til andre kvinnelige gynekologiske kreftgrupper. Det finnes dessverre få systematiske beskrivelser eller arbeid som er gjort med disse pasientene i lys av den helbredende hensikten med denne operasjonen (Andersen, et al., 1994).

1.5.3 Radikal Vulvectomy (fjerning av ytre del av kvinnelig kjønnsorgan)

Til tross for de skadene som påføres kvinnelig seksualitet etter en vulva-kirurgi, har oppmerksomheten om seksuelle eller psykologiske resultater for pasientene vært veldig liten. De første rapportene er fra 1983. Som med pelvic exentration, kan vulva behandlinger ha en dramatisk innvirkning på seksualitet og andre områder av kvinners liv. Etter tidlige observasjoner om fordelene ved konservativ behandling, har en individualisert tilnærming for behandling av vulva blitt anbefalt (Andersen, Van Der Does, 1994).

Nedenfor vil data for "godartede" og "ondartede" - kreftsykdom sees separat på grunn av den betydelige forskjellen i behandlingsformen. Den godartede sykdommen ses mest i gjennomsnitt blant den yngre befolkningen, enn de med ondartede (ibid).

Ondartede kreftsykdom i ytre kvinnelige kjønnsorgan

Pasienter med ondartet kreft, i motsetning til pasienter med godartet kreftsykdom, får radikale behandlinger hvor den ytre delen av kjønnsorganet blir fjernet. Mens rapportene er begrenset av små utvalgsstørrelser (N= 9-25), viser de retrospektive evalueringene at minst 30-50 % av pasientene blir seksuelt inaktive. Videre, vises det at av de gjenværende aktive, har 60-70 % seksuelle dysfunksjoner. De pasientene som blir seksuelt inaktive, oppgir grunner for seksuell inaktivitet som, negative kroppoppfatninger hos seg selv og eller partneren, fysiske endringer i kroppen, og alvorlige smerter ved samleie (Andersen og Hacker, 1983).

De vanskelige seksuelle følgetilstander fra vulvakreft, samsvarer med funnene i den internasjonale litteraturen. Å tilføre mindre kirurgiske inngrep, kan forbedre disse resultatene, men data må samles for å bekrefte denne påstanden, skriver Andersen, et al. (1983).

Noen forskere hevder at siden det ofte er eldre mellom 60 til 80 år som får kreft i de ytre delene av kjønnsorganet, kan den seksuelle aktiviteten allerede ha opphørt. Det er en naturlig nedgang i frekvensen av seksuell atferd med alder, for både kvinner og menn. Samtidig, er tilstedeværelsen av en sunn og interessert partner, viktigere for opprettholdelsen av seksuell aktivitet (Andersen, et al., 1983).

Godartede kreftsykdom i ytre kvinnelige kjønnsorgan

Andersen og Hacker (1983) rapporterer om seksuelle utfall for pasienter behandlet med store lokale inngrep og relaterte behandlinger for sin kreftsykdom. Kvinner med godartet kreftsykdom har større sannsynlighet for å være seksuelt aktive ved oppfølging, om de har en tilgjengelig sexpartner. Dersom en pasient har et seksuelt forhold, er sjansen for seksuell dysfunksjon litt høyere enn for "friske" kvinner. Med friske kvinner menes her de kvinner som ikke var rammet av gynekologisk kreftsykdom. Ytterligere analyser av kontrasterende behandlingsmetoder, for eksempel kirurgi versus strålbehandling eller kombinasjonsbehandling, fant ingen signifikante forskjeller i seksuell aktivitet og kroppssoppfatning (ibid).

1.6 Gynekologisk kreftbehandling og Seksualitet

Som nevnt tidligere, bekrefter studiene (Andersen og Hacker, 1983; Andersen, Woods og Copeland, 1997; Andersen, Van Der Does, 1994; Jurskova, et al., 2003; Burns, Costello, Ryan-Woolley og Davidson, 2007) at kvinner som er diagnostisert med og behandlet for gynekologisk kreft, opplever problemer tilknyttet deres seksualitet.

Forskningsresultater (Andersen, et al., 1983; 1994) tyder på at fra 20% til 90% av gynekologiske kreftpasienter opplever seksuelle problemer enten som en konsekvens av selve sykdommen eller som en bivirkning av behandlingen; Kirurgi- strål- og cellegift- behandling er kjent for å bidra til seksuell dysfunksjon på en rekke direkte og indirekte måter.

Rhodes, Kjerulff, Langenberg og Guzinski (1999), utførte en 2 årig prospektiv studie etter hysterektomi. Deres formål var å måle seksualfunksjon etter hysterektomi. Denne omfattende studien (N = 1101) målte seksuell lyst, h

yppighet av samleie, orgasme, dyspareuni (smerter opplevd under penetrasjon) og vaginal tørrhet som utfallsmål.

Det er registrert signifikante forskjeller i seksualfunksjon etter operasjonen for hysterektomi; opplevde orgasme og libido (lyst og opphisselse) var redusert etter operasjonen; en reduksjon fra 10,4 % før operasjonen til 6,2 % ved endepunktet for nevnte studien. Frekvens av samleie er selvsagt avhengig av en rekke faktorer som sykdoms- eller behandlings symptomer, inkludert tilstedeværelsen av en partner som er villig og i stand til å ha et samleie, hevder forfatterne(ibid).

Studiene bekrefter omfanget av seksuell dysfunksjon synes å variere avhengig av hvilken behandling kvinnene får (Andersen, Van Der Does, 1994). En litteraturgjennomgang av studier (Andersen, et al., 1994; Andersen, Woods og Copeland, 1997; Andersen og Hacker, 1983; Schover, Fife og Gershenson, 1989; Flay og Mathews, 1995) viser at omfanget av seksuell dysfunksjon er høyere hos kvinner som har fått strålbekandling i forhold til de som bare fikk operasjonsbekandling. Samtidig er det høyere risiko for seksuell dysfunksjon når kvinner får en kombinasjonsbekandling, dvs. kirurgi- og strålbekandling, sammenliknet med strålbekandling alene.

I følge de nevnte studiene ovenfor, kan generelt gynekologisk kreftrelaterte seksuelle dysfunksjoner hos kvinner gjør seg gjeldende på 3 nivåer:

- Det første, forekommer som en følge av gynekologisk relaterte nevrologiske endringer som kan direkte påvirke seksuelle følelser og/eller seksuelle reaksjoner. Disse vil inkludere redusert libido(seksuallyst), endret genital følelse; som smerter eller nummenhet, nedsatt fuktighet i vagina, redusert frekvens eller intensitet av orgasme.

- Det andre, er i forhold til fysiologiske endringer som kan påvirke seksualiteten indirekte. For eksempel, kan være tretthet, anemi på grunn av medisinsk behandling være en årsak.
- Det tredje, er relatert til de psykologiske, emosjonelle, sosiale og kulturelle aspekter. Disse kan inkludere de negative endringene i kvinners selvbilde og kroppsbildet, der følelsen av å være mindre sexy, attraktive og/eller feminin, kan resultere i depresjon og sinne.

Dermed, deles mekanismen for utvikling av seksuell deysfunksjon hos kvinner etter gynekologisk kreftbehandling i to hovedkategorier, fysisk plager og psykiske plager (Kew, Nevin og Cruickshank, 2002).

1.6.1 Fysiske plager som følge av gynekologisk kreftbehandling

Kirurgibehandling

Gynekologisk kreft rammer de seksuelle organer direkte, og eventuelle komplikasjoner kan variere basert på området kreften har rammet og hvilken behandling man har mottatt. Endringer i sensitiviteten i kvinners kjønnsorganer forekommer blant 60 % av kvinner etter en gynekologisk kreftbehandling. Kirurgi der i blant gir sår og arr, og i noen tilfeller vil man også måtte fjerne deler som ville ha vært en naturlig del i en seksuell akt, som for eksempel fjerning av kjønnsleppene eller klitoris.

Fjerning av eggstokker betyr i tillegg at kroppens hormonbalanse, østrogen, blir endret (Flay, et al., 1995). Reduksjon av østrogen vil føre til vagina atrofi (skjeden produserer færre sekreter, slik at skjedeveggen blir mindre smøret og fleksibel og mer utsatt for rifter og sprekker) som kan gi vanskeligheter i form av smerte ved samleie (Kew, et al., 2002).

Videre, vil radikal kirurgi av ytrekjønnsorgan som involverer fjerning av klitoris, hindrer orgasmefunksjonen hos kvinner. Studier viser at bare mellom 24-50 % av kvinner vil være i stand til å få orgasme etter et slikt inngrep (Ibid).

Strålbehandling

Kew, et al. (2002) hevder at forandringer i kroppen på grunn av strålbehandling vil oppstå i løpet av første tre månedene, og fortsette til ca. tre år etter behandlingen.

Strålebehandling påvirker ens seksualitet direkte i kraft av vev og organ skade. Brachytherapy, en intern strålebehandling som brukes for effektiv kreftbehandling av livmorhalskreft, vil forårsake vaginal stenose (En innsnevring av skjeden, ofte i form av vev forandringer på grunn av tørrhet, tap av elastisitet, og arr vev). I tillegg kan strålebehandling mot buken direkte innvirkning på mageslimhinner, som kan resultere i diaré, og dermed indirekte påvirke seksuell funksjon (Flay, et al., 1995).

I studien til Flay, et al. (1995), forklares komplikasjoner som tørr skjede og smerter ved berøring, ved bruk av stråling. Intensiv strålebehandling mot bekkenområdet kan medføre komplikasjoner som kraftig arrdannelse i skjeden, da dårlig blodsirkulasjon til dette området får vevet til skrumpe sammen. Dette kan gi trangere passasje (stenose), eller økt bindevevsmengde i et vev, som oftest er et uttrykk for reparasjon av skade, dvs. et arrvev (fibrose). Dette kan igjen føre til smerter ved samleie. Smerter kan for eksempel oppstå da det fibrøse vevet ikke vil ha samme funksjon som det opprinnelige. Bindevevsdannelse (fibrose) vil derfor føre til at organet fungerer dårligere, og dermed skrumpe (ibid).

Cellegiftbehandling

Kjemoterapeutiske stoffer har bivirkninger som kan direkte eller indirekte påvirke seksualitet og seksuell funksjon. Kjemoterapi, kan påvirke fertilitet hos kvinner så vel som seksuell funksjon, der for eksempel, direkte skader til eggstokkene kan indusere en for tidlig overgangsalder. Andre bivirkninger av cellegift kan endre ens libido (Flay, et al., 1995).

Mange stoffer påvirker seksualiteten indirekte på grunn av deres bivirkninger, kan dette omfatte: kvalme, oppkast og hårtap. Kew, et al.

(2002) skriver at en behandling med cellegiftkur vil gi anemi og noen ganger kronisk tretthet. Disse bivirkningene vil ofte følge kvinnene etter at de er ferdig med behandlingen. Dette kan igjen redusere libido hos kvinner. Cellegift behandling kan også resultere i forandringer i utseende, som hårtap, hudforandringer og vektøkning ved bruk av Progestogen (ibid).

Slike faktorer kan spille en stor rolle i utviklingen av psykiske plager eller lidelser, og dermed ha betydning for utvikling av seksuell dysfunksjon hos kvinner, skriver Kew, et al. (2002).

1.6.2 Psykiske plager

I motsetning til de fysiske plagene blir de psykiske og sosiale plagene hos mange kvinner med underlivskreft ofte undervurdert (Kew, et al., 2002). Carpenter og Andersen (2008) diskuterer usikkerheten mange kvinner føler etter en så omfattende behandling. Denne usikkerheten blir ikke bedre for disse kvinnene når man tenker på at de har en sykdom i et tabubelagt område. Plagene kan variere fra søvnevansker til økt irritabilitet, redusert selvbilde, nedsatt seksuallyst, og depresjon.

I tillegg skriver Maughan, Heyman og Matthews (2002) at noen av disse kvinnene vil også slite med en redsel for tilbakefall av sykdommen, dersom de har samleie. Redsel for å utføre skade kan resultere i seksuell dysfunksjon som ofte vedvarer etter behandlingen. Disse psykologiske reaksjonene hos kvinner og deres partner kan også utløse seksuelle vanskeligheter (Ibid).

Videre, kan fjerning av kvinners reproduktive organ innebære tap av et komplett og fullstendig selvbilde, som igjen kan gi et endret kroppsbilde (Gaplin, 1996). Dette kan medføre at disse kvinnene føler seg mindre feminine og attraktive (Kew, et al., 2002). Gaplin (1996) beskrev et kirurgisk inngrep som en invasjon i, eller okkupasjon av kroppen. Han mener at uansett om inngrepet er av synlig eller usynlig art, vil kroppen

aldri bli den samme igjen. Dette kan igjen medføre en betydelig endring i kroppsbildet. Kew, et al. (2002) fant ut at sterilitet kan i tillegg medføre sorg og engstelse hos både kvinner og deres partnere, uansett om de allerede har barn fra før eller ikke.

Flere og flere overlever gynekologisk kreft, men med en sterk redusert livskvalitet (Andersen, et al., 1994). Forskning som har livskvalitet som tema etter gynekologisk kreft, identifiserer seksualitet som den viktigste komponenten som blir berørt av kreftbehandlinger (ibid). Dette forsterkes av at disse berørte kvinnene ofte bærer sine problemer i det skjulte.

1.7 Studiens betydning og hensikten

Studier (Howell, 2003; Butler, et al., 1998; Burns, et al., 2007; Schaefer, et al., 1999; Juraskova, et al., 2003; Bruner, et al., 1999; Maughan, et al., 2001; Rasmusson, et al., 2008; Andersen, et al. 1983; 1994; 1997) tyder på en signifikant seksuell svekkelse hos kvinner etter en gynekologisk kreftbehandling.

Konsekvensene av kreft i underlivet kan føles ydmykende å snakke om. Noen opplever også at skadene er nært tilknyttet deres identitet som kvinne. Derfor tier mange om sine plager. Når en kvinne får underlivskreft handler det ikke bare om at vedkommende skal overleve, men også at hun skal leve med bivirkninger av sykdommen, og noen tilfeller leve med kreftsykdommen. Når kvinnene beveger seg bort fra den akutte fasen i sykdommen, er det å kunne gjenvinne en sunn seksuell funksjon avgjørende for å etablere velvære (Andersen, et al., 1994).

Siden gynekologisk kreft har en direkte effekt på kvinners kjønnsorgan, kan de endringene oppleves som et inngrep på deres identitet og kvinnelighet (Borg, 2004). Seksualiteten til kvinner med kreft, er et tema som krever oppmerksomhet (Andersen, et al. 1983; 1994; 1997). Bulter, Banfield, Sveinson, Allen, Down-Wamboldt og Alteneider (1998) mener at

når overlevelse er det viktigste målet, får andre type problemstillinger som seksualfunksjon eller dysfunksjon og intimitet vanligvis ikke like stor oppmerksomhet. Kreft og dens behandling, skaper en rekke utfordringer som enkeltpersoner og familier må lære å tilpasse seg.

I tillegg til å fremme kunnskap om seksuelle problemer hos kvinner med gynekologisk kreft, er en annen viktig grunn for studien at seksuelle problemer kan spille en formidlingsrolle for lidelse som kan oppstå for kreftpasienter i andre områder av livet, etter kreftbehandling. To områder som synes å være særlig relevant for gynekologiske kreftpasienter, er ekteskapelig- / relasjonsomstilling og kroppsbilde (Andersen, et al., 1983).

Andersen (1993) hevder at selv om gynekologisk kreftsykdom, er den nest mest vanlige kreftformen for kvinner, har disse pasientene fått lite psykologisk støtte. Det er få kvalitative undersøkelser som er gjennomført generelt om den type kreftform, og seksualitet. Bulter, et al. (1998) hevder grunnen kan være at det er vanskeligere for en person å se og føle at en kvinnes femininitet vil minskes og trues av å gjennomgå kreftbehandlinger i livmoren eller livmorhalsen. Dette er muligens mest på grunn av den "usynlige" arten for denne krefttypen og dens behandlingsform (ibid).

Studier (Stead, et al., 2003; Ekwall, Ternestedt og Sorbe, 2003; Rasmusson og Thome, 2008;) viser at helsepersonell, inkludert sykepleiere, ofte unnlater å diskutere problemstillinger knyttet til seksualhelse med pasienter og deres partnere. Disse funnene støtter antakelser om at klinisk forskning på området seksualhelse og kreftomsorg har et stort behov for å gi retningslinjer for sykepleiepraksis. Videre, understreker disse forfatterne behovet for å undersøke helsepersonalets kunnskap, verdier, overbevisninger og holdninger til seksualitet i et forsøk for å forbedre helsetjenesten for slike pasienter.

Her blir det viktig at helsepersonell sikrer en god etterbehandling av kvinner når de er ferdigbehandlet. Å ha en god forståelse av fenomenet seksualitet etter en gynekologisk kreftbehandling, vil hjelpe sykepleiere til å gi bedre omsorg og undervisning til de det gjelder. Det er essensielt for helsepersonell å kunne gi disse kvinnene mulighet til å diskutere deres seksuelle tilstand, og uttrykke den følelsesmessige innvirkningen av endringene de opplever. Uten dette, kan man skape en barriere mot utviklingen som disse kvinnene så inderlig trenger (Rasmusson og Thome, 2008).

Dermed er hensikten med denne studien å samle eksisterende forskning på gynekologisk kreftbehandling og kvinners opplevelser av egen kropp og behandlingens betydning for kvinners seksualitet. Ved å gi en oversikt over hva vi "vet" og "ikke vet" kan vi finne ut hvilke spørsmål som er besvart i litteraturen og hvilket område har behov for ytterligere forskning.

Samt, vil dette bidra med å gjøre eksisterende forskningsbaserte kunnskap om gynekologisk kreftbehandling og seksualitet mer tilgjengelig for sykepleierne og andre forskere. Dette kan muligens bidra til en bedre sykepleietjeneste, da det er per i dag mangel på tilbud og prosedyrer for å støtte og hjelpe kvinner med deres etterfølgende plager forårsaket av den gynekologiske kreftbehandlingen.

1.8 Oppgavens oppbygging

I 2. kapittel, presenteres en gjennomgang av et utvalg av eksisterende forskning som har seksualitet og gynekologisk kreft som tema. I de første avsnittene blir internasjonale forskning presentert i form av åtte kvalitative, og tre kvantitative/kombinert metode studier. Kapitlet avsluttes med en oppsummering av hvorfor denne studien er nødvendig på bakgrunn av eksisterende forskning.

Kapittel 3 inneholder en presentasjon av studiens teoretiske forankring. Kapitlet starter med Merlunpoty syn på kropp som et objekt og subjekt fenomen, samt Duesund's syn på kropps- og selvoppfatning.

I 4. kapittel, redegjøres det for studiens design og metodologi. Deretter gis en oversikt over studiens gjennomføring. Videre, redegjøres det for studiens inklusjons- og eksklusjonskriterier, datakilder og datasøk, samt verktøy for vurdering og eksklusjon av artiklene til denne studien. For presentasjon av inkluderte artikler og deres individuelle vurdering.

Kapittel 5 redegjør for studiens analyse. I dette kapitlet presenteres også studiens abstraherte funn. Analyse er redegjort gjennom uttrekk av funn, redegjøring, gruppering og abstrahering.

Kapittel 6 gir en presentasjon av studiens resultat.

Kapital 7 inneholder diskusjon om studiens resultater, og studiens validitet. Det blir beskrevet hvordan resultatene kan benyttes til undervisning av sykepleiestudenter, og for sykepleiere i praksis.

Kapital 8 tar seg av kvinners behov tilknyttet forskjellige gynekologisk kreftbehandling, forslag til intervensjoner og anbefalinger for videre forskning.

1.9 Oppsummering

Kapittel 1 omhandlet studiens bakgrunn, redegjøring, studiens problemstilling og betydning, og til slutt en oversikt over hvordan oppgaven er bygget opp. Det ble vurdert at behovet for kunnskap om seksualitet er økende. Gynekologisk kreftbehandling har hatt framskritt innenfor både behandling og kontroll, og det er mange kvinner med gynekologisk kreft som blir erklært friske. Kvinners overlevelsesrate har blitt forbedret, men de kan oppleve betydelige endringer tilknyttet til sin seksualitet. Studier viser at kvinnene må ofte leve med de

langsiktige effektene med permanent og invalidiserende bivirkninger. Bivirkningene er forskjellige, avhengig av kreftdiagnosen, behandlingen som brukes, og om kvinnene har andre lidelser eller sykdommer i tillegg til kreftsykdommen, fra før.

2 Litteraturgjennomgang

En litteraturgjennomgang er en systematisk, og reproducerbar metode for å identifisere og evaluere de eksisterende studier og arbeid utført av andre forskere om et spesifikt tema. Dette er for å besvare en problemstilling eller finne ut hva forskere allerede har funnet ut om et bestemt emne (Fink, 2010).

Den type informasjon som en samler i en litteraturgjennomgang kan enten være basert på studienes metode eller innhold (ibid). For denne studien er det valgt en samling av data basert på studienes innhold, på grunn av de verdifulle resultater som er funnet i både kvalitative og studier med kvantitativ- eller kombinert metode.

Å samle studier med ulike metode valg, vil forsterke eller underbygge studiens funn. Dette er fordi ved hjelp av kvantitative metoder kan vi få oversikt over svarepresentene om kvinners seksuelle erfaringer etter gynekologisk kreftbehandling gjennom kvantitative målinstrumentene, og dermed kartlegge funnene, deretter ser relasjoner mellom resultatene. Hensikten er å sammenlikne resultatene med funnene fra kvalitative studier for å utvikle ny forståelse av fenomenet kroppsoppfatning etter gynekologisk kreftbehandling og dens betydning for kvinners seksualitet.

"A study's content is its substance and it consists of its objectives, participants, settings, interventions, results and conclusions (ibid, s.162). I følge Fink (2010), er det i en litteraturgjennomgang viktig å finne svar ikke bare på forskningsspørsmålet, men prøve i tillegg å finne eventuelle mangler som kan befinne seg i eksisterende studier. *"what is known and not known- justifying the need for new studies to fill in the gaps"* (ibid.s. 12).

Når en forsker velger en litteraturgjennomgang, må alle kilder systematisk undersøkes, beskrives og begrunnes. Dette gjør det mulig for andre å reproducere ens metode og bedømme studiens konklusjoner (Sandelowski

og Barroso, 2007). Hensikten med en slik studie, slik Krikevold (1997) skriver, er å bidra til en forbedring av sykepleietjenesten via innsamling, analyse og integrasjon av separate forskningsresultat om et forskningstema, for å utvikle og forbedre sykepleiepraksis. For oversikt over vurdering av 11 inkluderte artikler, se vedlegg 2.

2.1 Presentasjon av litteratur og kildekritikk

Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet. Hensikten er at leseren skal få del i de refleksjonene man har gjort seg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen (Dalland, 2007).

2.1.1 Åtte kvalitative artikler

Resultater fra åtte kvalitative forskningsstudier (Butler, et al., 1998; Bruner, et al., 1999; Howell, et al., 2003; Juaskova, et al., 2003; Burns, et al., 2007; Rasmusson, et al., 2008; Ekwall, et al., Likes, et al., 2008) om kvinner med gynekologisk kreft og seksualitet, viser at kvinner opplever store forandringer og vanskeligheter i sitt seksualliv. Disse endringene er knyttet til endringer i selvoppfatning, behandlingsrelatert menopause, nedsatt eller tapt fruktbarhet, endringer og problemer med seksuell respons, og effekten av kreftbehandling i relasjon til partner (ibid).

Kvinner må leve med en endret hormonell tilstand som påvirker dem både fysisk og emosjonelt etter gynekologisk kreftbehandling (Schaefer, et al., 1999; Burns, et al., 2007; Juaskova, et al., 2003). De funnene som er utledet fra kvalitative studier (Howell, et al., 2003; Bruner, et al., 1999; Burns, et al., 2007; Juaskova, et al., 2003; Butler, et al., 1998; Rasmusson, et al., 2008; Likes, et al., 2008; Ekwall, et al., 2003; Likes, et al., 2008), tyder på at seksuell funksjon ikke ble sett på som en

isolert komponent, men var avhengig av hvordan kvinnene oppfattet sin kropp og seg selv etter en gynekologisk kreftsykdom og dens behandling.

Kvinnens beskrivelse gir et bredere konsept for seksualhelse, hvor seksualfunksjon var bare ett av de aspektene. Kvinnens seksualitet inkluderer hvordan kvinner ser på seg selv som et seksuelt vesen og kvinnens parrelasjon, i tillegg til seksualitet (ibid).

Kvinnene i disse studiene (Juaskova, et al., 2003; Schaefer, et al., 1999; Butler, et al., 1998; Howell, et al., 2003; Rasmusson, et al., 2008; Likes, et al., 2008) snakket om en følelse av å miste sin identitet. Dette refererer til kvinnens oppfatninger av hvordan andre ser på dem som en person med gynekologisk kreft. Seksuelt selvbilde ble også påvirket av hvordan kvinnene oppfattet sin egen kropp. Kvinnene var mer bevisste på hva det betyr å være kvinne og hvordan et endret reproduktivt system hadde påvirket deres definisjon av femininitet. Vurdering av de nevnte artiklene kan sees i vedlegg 2.

2.1.2 Tre artikler med kombinert metode

De studiene (Andersen og Hacker, 1983), (Andersen og Hacker, 1983) og (Andersen, Woods og Copeland, 1997) har tatt for seg endringer i kvinnens seksualitet etter ulike gynekologisk kreftbehandlinger knyttet til deres livskvalitet, samt de identifiserer seksualitet som den viktigste komponenten som berøres av kreftbehandling (ibid).

To av artiklene; "Psychosexual Adjustment Following Pelvic Exenteration" og "Psychosexual adjustment After Vulvar Surgery" av Andersen og Hacker (1983), har tatt i bruk en kombinasjons datasamlingsmetode, både gjennom intervju og via spørreskjema. Spørreskjemaene ble analysert ved hjelp av "One-way analysis of variance" og dataene fra intervjuene ble benyttet for å fastslå kvinnens menopausale status.

Den tredje studien (Andersen, Woods og Copeland, 1997) "Sexual Self-Schema and Sexual Morbidity Among Gynecologic cancer Survivors", har en Longitudinal design med One-way analysis of variance (ANOVA) for å vurdere kvinners "sexual self-schema", Multivariate analysis of variance (MANOVA) anvendt til å analysere data for "seksuelle atferd/ sexual behavior", "seksuelle respons syklusen/ response cycle" og " livskvalitet (QoL)".

Resultater fra Andersen, et al. (1983 og 1997) studier viser at hvordan gynekologisk kreftbehandling påvirker kvinners livskvalitet og dermed deres seksualitet. For å unngå feil oversetting, er det valgt å skrive de opprinnelige navnene til de mål instrumentene. Mål instrumentene bestod av; "Individual Difference in sexuality", "Quality of Life (QoL)", "Social network", "Depression", "Stress" og "Sexuality and Sexual Functioning".

Forsøket har to utvalg av "friske kvinner" (kvinner som ikke var rammet av kreftsykdommen, n= 74) og " kvinner med gynekologiskkreft" n=61; som hadde overlevd sykdommen. Resultater fra studiens regresjonsanalyse viser betydelig forstyrrelser i kvinners kroppoppfatning, seksualopplevelse og funksjon etter gynekologisk kreftbehandlinger. Vurdering av de artiklene kan sees i vedlegg 2.

To litteraturgjennomgang: 1) Andersen og Van Der Does (1994) "Treatment for Gynecologic Cancer: A review of the Effects on Female Sexuality". 2) Andersen og Hacker (1983)"Surviving gynecologic cancer and coping with sexual morbidity: an international problem" gir verdifulle informasjoner. Derfor vil de to litteraturgjennomgangene anvendes også i denne studien.

Tabell 1. Oversikt over artikler som inngår i studien (N=11).

Nr.	Studie	Land	Deltager	Design	Analyse	Funn
1	Howell, et al. (2003)	Canada	18 kvinner (35-73 år)	Telefon- Intervju	Innholdsanalyse	Endret - selvbilde, roller og seksualliv
2	Burns, et al.(2007)	UK	13 kvinner over 18 år	Fenomenologi, Intervju	Transkribe, kategorisere, kode data	Negativt- selvbilde og seksualitet
3	Jurskova, et al.(2003)	Australia	20 kvinner (19-64)- år	Intervju	Grounded teori, åpen koding	Negativt - selvbild, seksualliv
4	Butler, et al.(1998)	Canada	17 kvinner (23-76)-år	Spørreskjema, Intervju	Innholdsanalyse	Endret - selvbilde, relasjonsforhold
5	Bruner, et al.(1999)	USA	9 kvinner (over 18 år)	Fokusgruppe- Intervju	Kategorisering.	Negativt selvbilde, rolle, seksualfunksjon
6	Likes, et al.(2008)	USA	6 kvinner (22-72)-år	Fokusgruppe- Intervju	Kategorisering, kode data	Nedsatt seksualfunksjon, negativ selvbilde, endret relasjoner
7	Rasmusson, et al.(2008)	Sverige	11kvinner (35-70)-år	Intervju	Transkribe, kategorisering og koding	Negativt selvbilde/kroppsbilde, endret seksualfunksjon
8	Ekwall, et al.(2002)	Sverige	14kvinner (33-80)-år	Semi-struktur Intervju	Transkribe, kategorisering og koding	Endret kroppsbilde og seksualitet
9	Andersen, Nevile, Hacker (1983) Pelvic Exenteration Cancer	USA	15kvinner, gj.snitt alder 54 år, fra 2 ulike instituer	Semi-struktur Intervju+ Spørreskjem	"One-Way"- analyse av varians	Endret seksual funksjon/aktivitet, negativ endringer i: Kroppsbilde og seksual identitet +ekteskaplig - relasjoner.
10	Andersen, Nevile, Hacker (1983) Vulvar surgery Cancer	USA	15kvinner, gj.snitt alder 53 år, fra 2 ulike instituer	Semi-struktur Intervju+ Spørreskjema	"One-Way" analyse av varians+ "Mann-Whitney"	Endret seksual funksjon/aktivitet, negativ endringer i Kroppsbilde og seksual identitet.
11	Andersen, Woods, Copeland (1997)	USA	61 kvinner med gy.kreft+ 74	Spørreskjema	"One-Way multivariate"- analyse av	Endret seksual funksjon/aktivitet, negativ endringer i

			friske kvinner (gj.snitt alder 45 år for gyn.kreft gr. Og 41 år for frisk gr.)		varianse (MANOVA) og "One-way" (ANOVA)-analyse	Kroppsbilde blant kvinner etter gyn. kreft behandling.ift. friske kvinner.
--	--	--	--	--	--	--

Artikler som ble ekskludert:

Nr.	Studie	Land	Deltager	Design	Analyse
1	<i>Life after cancer: adaptation issues faced by Chinese gynecological cancer survivors in Hong Kong</i> (2002). Forfattere: Alexander Molassiotis, Carmen W.H. Chan, Bernard M.C. Yam, Eunice S.J. Chan, Charlotte S.W. Lam	Kina	18 kvinner	Utforskende, kvalitative datainsamlingsmetode	Innholdsanalyse
2	<i>Living with gynecologic cancer: Experience of women and their partners</i> (2008). Forfattere: Aygu Akyuz, Gulden Guvenc, Ayfer Ustunsoz, Tulay Kaya	Tyrkia	19 kvinner mellom 46-73.	Semistrukturert intervju	Transkriptert basert på Colaizzi
3	<i>Negotiating present and future selves: managing the risk of hereditary ovarian cancer by prophylactic surgery</i> Forfattere: Nina Hallowell & Julia Lawton (2002).	England	2 grupper: A) 23 kvinner (31-45 år) hadde gjennomgått forebyggende eggstokkfjerning B) 26 kvinner (28-50 år) ikke hadde gjennomgått denne prosedyren.	Intervju	Transkriptert basert på Strauss og Corbin

Grunner til ekskluderingen til den første og andre artikler (Alexander, et al., 2002 og Aygu, et al., 2008)) var på grunn av samfunnsmessige og kulturelle forskjeller mellom de landene og vestlige -land. Både kroppsoppfatning og seksualitet varierer stort i forskjellige kulturer verden over. Den tredje studie (Nina, et al., 2002) var på grunn av at artikkelen handlet om en profylaktisk prosedyre for å forebygge utvikling av kreft sykdom og ikke kreft sykdom og dens behandling.

Artikkel, " assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality" (Burns, et al., 2007) og "Post- treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer" (Juraskova, et al., 2003) ble funnet i begge databasene, derfor ble en av hver ekskludert.

2.2 Oppsummering

Generelt kan gynekologisk kreftrelaterte seksuelle dysfunksjoner hos kvinner oppsummeres ved å dele disse inn på tre nivåer. Det første, forekommer som en følge av gynekologisk relaterte nevrologiske endringer etter et kirurgisk inngrep, som kan direkte påvirke seksuelle reaksjoner. Disse vil inkludere libido, forandret genital sensitivitet, og redusert orgasme. Det andre er i forhold til fysiologiske endringer som kan påvirke seksualitet indirekte. Blant annet, vil det inkludere tretthet forårsaket av medisinske behandlinger. Det tredje er den psykologiske endringen i kvinners selvbilde og kroppsbilde. Dette kan inkludere depresjoner grunnet følelsen av å være mindre sexy, attraktiv og feminin.

Endringer i skjeden på grunn av stråling eller kirurgi, mangel på østrogen etter behandling og angst, kan svekke kvinners lyst og respons på sex. Kvinnene kan oppleve sårhet i skjeden etter strålebehandling eller kan finne at det er smalere eller kortere etter operasjonen. Ofte vil blødninger etter sex, gjør henne redd for å skade seg selv ved å ha sex, eller være redd for risikoen for å få et tilbakefall av kreft. Noen kvinner har

problemer med å slappe av fordi hun forventer smerte, og hennes partner har ofte de samme bekymringene for henne. Et vanlig utfall er at paret snakker veldig lite om dette fordi begge er engstelig.

"Lite informasjon og støtte" er et øyefallende funn i alle studiene som er presentert i dette kapitlet. Dette viser igjen til manglende støtte helsepersonell og økende behov fra pasienters side til å kunne snakke om seksualitet.

Til tross for problemer som er forbundet med generalisering av funn, kan denne litteraturgjennomgangen gi en bedre oversikt over for muligens noen av de mest sensitive områdene som påvirker kvinner etter en gynekologisk kreftbehandling.

3 Teoretisk forankring

Ingen kommer uberørt fra en kreftdiagnose (Borg, 2004). Grunfeld, Noreik og Sønderland (1993) skriver blant annet at alle krefttyper griper så dypt inn i vår selvbevissthet og personlighet, at det vil få konsekvenser for vår seksualhelse. Synlige forandringer oppleves som regel som mest traumatisk på grunn av de fysiske endringene som sykdommen og behandlingen fører med seg. Dette kan bli en direkte trussel mot selvbildet. Pasientens opplevelse av både kropp og sinn kan endres og dermed kan dette endre kvinnens opplevelse av seksuell identitet og henholdsvis femininet (ibid).

Kvinner uttrykker ofte at de føler seg som intetkjønn (Bog, 2004). Tap av denne formen for seksualhelse kan føre til sorgreaksjoner, og intensiteten i sorgreaksjonene kan være relatert til hvor viktig kroppsfunksjonen eller kroppsdelen har vært for kvinnen. Å kunne akseptere at en har en kropp som er annerledes kan ta tid. Forholdet til egen kropp og egen seksualitet har stor betydning også for kvinners forhold til sin partner. Å miste et organ kan innebære et tap av helheten, og gi et endret kroppsbilde, men også det å miste en funksjon ødelegger helheten, og kvinner kan oppleve et forandret kroppsbilde (ibid).

Det har vært en utfordring å utarbeide den teoretiske formen til studien. Dette er fordi slik Dalland (2007) skriver den utvalgte teorien er med å utvikle vår innsikt, samt angir hvilket perspektiv vi arbeider innenfor. Siden hensikten med denne studien er å kunne gi en beskrivelse av kvinners selvoppfatning og erfaring av egen kropp og seksualitet, er det viktig at studien har en teoretisk forankring som tillater forståelse for fenomenet kropp.

I dette kapitlet presenteres deler av Merleau-Pontys (1986, 1994) og Duesunds (2001)- syn om fenomenet kropp, samt Lorentzen og Muhleisen (2006) synspunkter om kjønns- rolle og identitet. Til tross for at Duesunds

teori om kropp og selvoppfatning i utgangspunktet er relatert til barn og unge, er hennes syn aktuelt for mennesker i andre alders grupper, blant annet kvinner fordi Duesund presentere kroppen som basis for selvoppfatning, og den oppfatning skjer ikke bare gjennom tanken, men også gjennom kroppen.

3.1 Duesunds- og Merleau-Pontys tanker om kroppen

Merleau-Ponty (1986) skriver om kroppens fenomen, der kropp blir diskutert ut fra et fenomenologisk perspektiv. Merleau-Ponty (1986) hevder at menneskekroppen er et kroppsliggjort liv som favner levd tid, opplevde rom og alle opplevde relasjoner, at den levde kroppen er både subjekt og objekt samtidig, og at den alltid er samtidig både til stede, fraværende og vedvarende i vår bevissthet. Kroppen er både et subjekt og et objekt, i den forstand at den ser og blir sett, berører og blir berørt (ibid).

Duesund (2001) ser på kroppen som en kropp som inkluderer alle kulturelt lærte gester, vaner og normer (levd rom og opplevd relasjon). De kroppslige vanene er lært tidlig i livet gjennom identifikasjon og imitasjon(levd tid). De definerer emosjone som kroppens språk. Emosjon gjør mennesket i stand til å involvere og engasjere seg i situasjoner, og kroppslige reaksjoner sees på som kroppens svar på situasjonen.

Menneskelig kroppslighet er det mest fundamentale mellom selvet og samfunnet. Vår selvforståelse er knyttet til hvordan vi blir oppfattet av andre. Den sosiale konteksten er alltid til stede, og den er inkarnert i oss. Slik fremstår enhver kroppserfaring som en erfaring om oss selv (Duesund, 2001).

3.2 kroppsilde

Kroppsildet omfatter de bevisste og ubevisste integrerte sensasjoner, persepsjoner, begreper, affekter, minner og bilder av kroppen hvert individ har om sin egen kropp. En persons kroppsilde forandrer seg gjennom livet, er sosialt påvirket og er avhengig av en rekke forskjellige faktorer i og utenfor oss selv. Emosjonelle, kognitive og sanselige erfaringer påvirker den mentale forestilling om kroppen. Kroppsilde uttrykker vår relasjon til oss selv med hensyn til dens utseende og funksjon til enhver tid, og har konsekvenser for vårt forhold til andre mennesker (Duesund, 2001).

Videre skriver Duesund (2001) at, den betydningen den enkelte tillegger endringen som skjer i kroppen, kan være bevisst eller ubevisst. Den utløsende årsaken til endringen har betydning; om den skyldes sykdom, medisinsk behandling som gynekologisk kreft behandling, og de tankene den enkelte kvinnen bærer rundt sykdommen. Det kan spille inn om sykdommen eller skaden er synlig for en selv eller også for andre, om endringen er stor eller liten, og i hvilken grad den eventuelt medfører seksuell dysfunksjon eller svikt. Videre vil betydningen påvirkes av om endringene som har skjedd i kroppen er midlertidig eller permanent, om sykdommens prognose er god eller dårlig, og hvilke muligheter den enkelte har til å mestre det som skjedd.

Kroppsildet er som selve ankerfestet for selvbildet gjennom hele livet, hevder Duesund (2001). Derfor vil et operativt inngrep mot kroppen blir regnet som overgrep mot personen selv (Grunfeld, et al., 1993).

3.2.1 Kroppen som subjekt og objekt

"Den fenomenale kroppen er kroppen slik den viser seg for meg eller oppleves av meg og av andre. At kroppen er fenomenal, innebærer altså at den er erfarende, reflekterende og meningssøkende... Den er både

subjekt og objekt, for seg selv og for andre." (Duesund, 2001, s. 29). Duesund (2001) sitt poeng med dette er at mennesker erfarer kroppen både innenfra og utenfra. Mennesker ser og blir sett på samme tid. Vi reflekterer og tolker oss selv i forbindelse med omverdenen, og blir gjensidig fortolket av omverdenen. Denne dynamiske relasjonen mellom subjekt- og objekt i forhold til kroppen er aktuell da den handlende personen er både subjektet i forhold til egne handlinger, og objektet i forhold til andres handlinger. Hvordan vi sanser, føler og erfarer vår egen kropp, hvordan vi berører andre og lar andre berøre oss, gjør kroppen til noe mer enn bare et legeme (ibid).

Det samme er understrekket av Merleau-Ponty (1994). Kroppsbildet er ikke bare summen av inntrykk eller et begrep med rot i assosiasjoner, men snarere en mental gestalt¹, som bidrar til å forme menneskets verden. "I am not in front of my body, I am in it, or rather I am it".

Duesund (2001) viser til begrepet kroppsbilde, som omfatter bevisste og ubevisste forestillinger om kroppen. Videre knyttes kroppsbildet til det indre begrepet eller fantasien vi har om egen kropp og dens funksjon. Dermed kan kroppsbildet forstås på tre nivåer:

- Indre speilbilde av egen kropp
- Indre modell av egen kropp, både som helhet og deler samt interaksjonen mellom disse
- Kroppen som psykologisk erfaring, og måten denne er organisert på (ibid).

Vi kan ha mange kroppsbilder. Individet er hovedsakelig interessert i seg selv ut fra tre forhold. Disse er utseende, fysisk funksjon og seksualitet, mener Lorentzen og Muhleisen (2006).

¹ Den delen av tolkningsprosessen som har å gjøre med organiseringen av all tilgjengelig informasjon, dvs. erfaring, kunnskap, intuisjon og de ytre impulsene. Hjernen vil prøve å ordne inntrykkene og knytte de delene sammen til en meningsfull helhet. En psykologisk retning som legger vekt på at vi oppfatter helheter og reagerer som en *enhet* (kunnskapsenteret.com).

3.2.2 Ideell og reell kropp

Forstyrrelser i kroppsbildet omfatter kroppens grenser, fremmedgjøring av kroppen og urealistisk opplevelse av kroppen. Duesund (2001) mener at vår kroppsoppfatning blir dannet ut fra opplevelsen av en ideell kropp og en reell kropp. Jo større samsvarer det er mellom disse, desto bedre er kroppsoppfatningen.

Stort sett er kroppsbildet ubevisst for oss, men det er likevel den referanserammen vi forstår verden rundt oss ut fra, og som vi fungerer ut fra (Schilder, 1978). Schilder (1978) definerer kroppsbildet som det mentale bildet vi har av egen kropp til enhver tid og karakteriserer hvordan vi opplever oss selv i miljøet. Dermed blir den "opplevende" kroppen sentral i å gi oss en velfungerende referanseramme.

Lorentzen, et al.(2006) hevder at mannlighet ofte blir sett eller vist i form av fysisk styrke, makt og kjønnsorgan, mens kvinnelighet vurderes på bakgrunn av fysiske egenskaper som ofte er knyttet til forplantningsevne. Hvilke roller kvinnen har, hvilke forventninger som stilles til henne, og hvordan kvinnen oppfatter seg selv i forhold til disse, danner grunnlaget for hennes selvoppfatning (ibid).

3.2.3 Endret kroppsbilde

Kroppsbildet er ikke stillestående. Dette er fordi kroppen vår forandrer seg gjennom hele livet blant annet på grunn av aldring, endring i samfunn og kultur, og muligens gjennom sykdom og dens behandling (Duesund, 2001). En forventet forandring vil ofte være lett å tilpasse seg til, mens en uventet forandring som oppleves dramatisk, er vanskelig å tilpasse seg til (Lazarus og Folkman, 1984). Dette er fordi kroppen kommer i en uønsket situasjon både i forhold til utseende og funksjon, og vil mest sannsynlig kolliderer med vedkommendes kroppsidealer (Duesund, 2001).

Når kroppens fysiologi rammes av gynekologisk kreft og behandlingen av denne, vil kroppen oppleves som problematisk. Denne opplevelsen kan føre til forstyrrelser i disse kvinners kroppsbilde. Kroppen kommer i en uønsket situasjon, både utseende- og funksjonsmessig, som kvinner føler de ikke har kontroll over. Når kroppen viser seg med sine begrensninger, oppstår det mistillit til den. Opplevelse av å ha en forandret kropp, kan derfor lede til psykoseksuell dysfunksjon når kvinner føler at deres kropp blir hemmet i dens utfoldelse (Andersen, et al., 1983).

Duesund (2001) skriver om et forandret/negativt kroppsbilde som en tilstand av personlig utilfredshet, definert av hvert enkelt individ, hvor kroppen ikke lenger underbygger personens selvfølelse, og som begrenser vedkommendes sosiale kontakt med andre. Opplevelsen av utilfredshet av seg selv i det intime forholdet, kan derfor føre til at kvinner trekke seg tilbake fra samsvaret til sin partner.

"Vår selvforståelse er alltid knyttet til hvordan vi blir oppfattet av andre. Den sosiale konteksten er alltid til stede, både i konkret forstand og i vår forestilling om hvordan vi tror andre oppfatter oss. Begge dimensjonene er inkarnerte i oss. Også den dys-fremtredende kroppen inkluderer intersubjektivitet. Kroppen fremtrer på en uønsket måte i et samspill. Følelsen av uønskethet kan dermed forsterkes gjennom dette samspillet." (Duesund, 2001. s. 54).

3.3 Sammenhengen mellom kropp og selvbildet

Begrepet selvbilde er gjerne synonym med begrep som selvoppfatning og selvfølelse. Selvbildet har fått stor oppmerksomhet innenfor en rekke fagområder, som psykologi (Duesund, 2001). Dette er ikke vanskelig å forstå da, siden fenomenet selvbilde uttrykker vår selvrefleksjon, og har konsekvenser for våre relasjoner med andre individer og samfunnet for

øvrig. Duesund (2001) viser til selvbildet som summen av de egenskaper, holdninger og verdier en person bevisst opplever å ha, og en vurdering av disse. Selvbildet utvikles i tråd med samfunnet og kulturen en tilhører.

Den levende, subjektive, og erfarende kroppen er utelatt i de fleste definisjoner av selvbilde og selvoppfatning. Dette vil kanskje avspile den dualismen som har preget både forsknings og helsepersonelle forestillinger om det å være menneske (Martinsen, 2003). Duesund (2001) hevder at denne dualismen innebærer en oppsplitting av mennesket i tanke og kropp for å forklare tilværelsen. Dette vil igjen innebære å redusere kroppens mangetydighet til entydighet.

Duesund (2001) skriver videre at, det blir i dagligtale ofte referert til selvbildet i forbindelse med utseende, men det å føle seg som et helt menneske og fungere normalt er også viktig for hvilket selvbilde man skaper. Andersen, et al. (1983; 1994) hevder at å føle seg svak, trett og slapp, samt å ha en endret kropp med endrede kroppsfunksjoner vil kunne være en trussel mot selvbildet. Men det er viktig å merke seg at en endret kropp, ikke nødvendigvis fører til et endret kroppsbilde og derigjennom endret selvbilde (ibid).

Det er viktig i denne sammenheng å skille selvbildet fra selvtillit. Selvtillit forstås ofte som graden av sikkerhet og fortrolighet man føler i forhold til egne ferdigheter og egenskaper. Selvbildet blir derimot en videre og dypere opplevelse av hvordan en person føler seg (Duesund, 2001). Følelser, tanker og selvbildet, står i et gjensidig påvirkningsforhold. Tankene påvirker følelsene og motsatt, og videre vil begge påvirke vårt selvbilde. På samme måte kan vårt opplevde selvbilde også bidra til å påvirke både tanker og følelser, enten i en positiv og konstruktiv retning, eller en mer negativ og i verste fall destruktiv retning (ibid)

En refleksjon over de overnevnte begrepene og perspektivene er at, selvet og kroppen forstås som uadskillelige aspekter ved mennesket. Selvbildet

er dermed et komplekst begrep. Det handler like mye om kroppen og dens utseende og funksjon, som følelsen av egenverd, og det å føle å ha en plass i en sosial sammenheng sammen med andre og sin partner. Det å kunne fungere "normalt", og inneha rollen som en kvinne fortsatt etter en gynekologisk kreftbehandling, er viktige elementer i kvinners selvbylde.

Duesund (2001) hevder at kroppsidealet er innlemmet i kulturen og betegner en indre standard for bedømmelse. Disse kroppsidealene forandrer seg gjennom et kontinuerlig samspill mellom kroppen og samfunnet. Kroppsidealene forandrer seg og påvirkes på ulike måter. Gjennom samfunnets normer og verdier, tillegges bestemte egenskaper/identitet for de rollene vi til enhver tid inngår i.

3.4 Kjønnsideitet og kjønnrolle

Ordet identitet kommer fra det latinske *idem*, som betyr "den samme". Kjønnsideitet er definert som en persons selvopplevde kjønnstilhørighet, altså en persons subjektive opplevelse av å tilhøre et visst kjønn (Lorentzen og Muhleisen, 2006). Innenfor samfunnsvitenskap vises det til sosiale og kulturelle – identiteter. Forståelsen av hva kjønn er, må nettopp knyttes til tid og sted. Identitet er forutsetningen og kilder for menneskets tanker og handlinger. En autonom subjektstilstand er betingelsen for dannelse av ens identitet (ibid).

Når kvinner i den nåværende sosiale orden kjemper med å finne identitet, skyldes objektivisering av kvinner i samfunnet. Kroppen er identitets forankringspunkt, og så lenge kvinnens kropp objektiviseres hemmes også kvinners identitetsdannelse (Lorentzen og Muhleisen, 2006).

Simone de Beauvoir (her i Duesund, 2001, s.57) mener at det er menns blikk som er normgivere, og dette blikket har opphav i kultur og sosiale forhold. Kvinner blir tvunget til å fremtre i forhold til de normene om kropp og utseende som er satt av menn. Her vil dette bety at kvinner vil

ofte prøve å etterligne det bildet som forventes av menn og samfunnet for øvrig.

Merleau-Ponty (1994) hevder at kroppen står i sentrum for utvikling av identitet. Han vektlegger det gjensidige samspillet i menneskelig relasjoner, og vektlegger kroppens rolle. Lorentzen, et al. (2006) hevder at kroppen har en betydelig innvirkning på menneskers identitet, og seksualitet.

I forhold til kroppens betydning for identiteten skriver de om de forventningene som knytter seg til det å være jente eller kvinne.

Dette vil ofte dreie seg om tradisjonelle oppfatninger som for eksempel, at gutter skal være flinke med bil og at jenter skal være attraktive, samt om personens funksjonsevne. Med funksjonsevne her vil dette bety at å kunne føde barn og ha omsorg for barnet ble ansett som feminine i både vestlige og ikke- vestlige land (ibid).

På grunn av sykdommen, gjennomgår kreftpasienter ofte store endringer i sin forplantningsevne som i sin tur vil ha betydning for vedkommendes rolle - og identitets oppfatning. En kvinnes kroppsforståelse er i tillegg, nær tilknyttet hennes personlighet og betydningen av å være en kvinne. Derfor må kvinners kroppsforståelse sees i en sammenheng mellom den fysiske kroppen og det sosiale livet.

Gjennom livet går vi inn i en rekke forskjellige roller, som for eksempel rollen som mor, partner, elsker, og kone. De rollene kan skiftes med tid og ikke minst omgivelser. Noen roller er klare og tydelige for oss, andre roller er vi ikke alltid like klar over å ha, og i til hvilken grad de preger oss, eller er viktig for oss. Rollene vi enten tar på oss, eller pålegges av andre, er en viktig del av vår identitet (Lorentzen, et al., 2006).

Cullberg (1994) sier at den psykiske opplevelse ved tap av en organ er avhengig av hvilken betydning dette har hatt for individets egen identitet. For eksempel, har livmoren symbolsk betydning og ofte blir sett som en representant for kvinnelighet og femininitet. Tap av kvinnelige

kjønnsorganer kan utgjøre en alvorlig skade på en kvinnes seksuelle identitet og på hennes påfølgende selvidentitet.

Dersom endringer i livet, for eksempel i form av gynekologisk kreftsykdom, gjør at kvinner må endre noen av disse kravene som er nevnt over, eller ta et oppgjør med andre i forhold til dem, kan det medføre utvikling og mestring, samtidig som følelse av tap og nederlag. Kvinner kan miste roller de har i dag, eller miste roller de kan ha forventet i fremtiden. Et eksempel på dette kan være rollen som mor (Jacobsen, 2007).

Tap reaksjoner etter en gynekologisk kreftsykdom er ikke uvanlig. Det kan være både tap av organer, tap av funksjon og tap av roller. Uansett kan det å oppleve et tap av noe innvirke på selvbildet.

3.5 Oppsummering

Selvbildet ble definert som den oppfattelsen eller indre mental bilde en person til enhver tid har av seg selv. Selvbilde er av betydning for mestringsevnen. Det påvirker i tillegg motivasjonen man har til å tilpasse seg nye situasjoner etter en sykdomsdiagnose og behandling. Dette henger igjen sammen med årsaken til det endrede selvbildet og hvilken betydning endringen har for den det gjelder. For eksempel, hvilke innvirkning fjerning av livmor, eggstokker, eller kjønnslepper har for kvinners selvbilde, seksualliv, roller og samliv.

Mennesker lever forskjellige liv, med forskjellig fokus på hva som er viktig. Det som er viktig for ett menneskets selvbilde og identitet kan være helt annerledes enn det som er viktig for andre. Derfor må alltid begrepene kroppsbilde og selvbilde sees i en sosial sammenheng. Behovet for trygghet, kjærlighet og anerkjennelse blir virkeliggjort gjennom sosiale forhold. Egenverd, selvfølelse og identitet er alle begreper som kan brukes i forsøk på å forstå "selvet", skriver Duesund (2001).

4 Metode

Metode er de verktøy som kan benyttes for å samle informasjon. Den type informasjon vi samler inn, kalles data, og de innsamlede data kalles empiri. Metode er en systematisk måte å undersøke virkeligheten på. Ved hjelp av metode skjerper man oppmerksomheten rundt det forskeren ser etter, for eksempel ved systematisk litteratursamling (Polit og Beck, 2008).

Kirkevold (her i Bjerkreim, Mathisen og Nord, 1996) hevder at et av de største bidragene kunnskapsbasert praksis har ført med seg, har vært etableringen av sekundærforskning, det å forske på andres forskning. Dette kan gjøres på flere måter. Innenfor kvantitativ forskning har systematiske oversikter etter hvert blitt en etablert artikkelsjanger. Dette kan gjøres ved å utføre en litteraturoversikt.

En litteraturoversikt er en fortolkende sammenligning av forskningsresultater. Det er grunn til å tro at et økt omfang av litteraturoversikt vil bidra til å heve forskningens status og resultater, da en sammenlikning av studier på tvers av hverandre vil ha større utsagnskraft enn enkelte studiene i seg selv (ibid).

I metodeavsnittet skal vises hvordan undersøkelsen for denne studien er gjennomført. Valget av metodisk tilnærming skal ideelt sett være et valg av den metoden som er best egnet til å kaste lys over den gitte problemstillingen. Hvilken metode man velger som forskningsinstrument blir derfor en avveining av hvilke sider av virkeligheten man ønsker, skriver Dalland (2007).

4.1 Litteraturgjennomgang som metode

En kilde er et dokument som er forfattet med en bestemt hensikt og innenfor en gitt kontekst. Det betyr at kilden gjenspeiler ikke bare den forståelse og kunnskap som var rådende da den ble skrevet, men også hvilken hensikt kilden hadde (Holme og Solvang, 1996). Holme, et al. (1996) skiller *kognitive* kilder (som er berettende, for eksempel, dagbøker, brev) og *normative* kilder (som er vurderende, for eksempel, lover og regler). Holme, et al. (1996) sitt poeng med denne inndelingen er å si at de fleste tekster inneholder begge deler, men at de må brukes på ulike måter.

Normative kildeelementer kan utelukkende sees på som uttrykk for holdninger, mens de berettende kan brukes til å si noe om situasjonen som sådan. En kilde som skal bli brukt som en beretning må være meddelende og kognitiv (beskrivende). Den skal kunne fortelle om hvordan et fenomen var oppfattet, eller i alle fall å hjelpe oss med å komme så nær sannheten som mulig. Litteratur er naturligvis preget av forfatterens ståsted (Holme, et al., 1996).

Videre, skilles det også mellom *første-* og *andrehåndskilder*. Mens forfatteren av en førstehåndskilde selv har deltatt i, opplevd, tenkt eller undersøkt det kilden forteller, refererer andrehåndskilder til en førstehåndskilde, med de muligheter det gir for tolkninger (ibid).

I litteraturgjennomgang benyttes informasjon som er skrevet eller samlet inn av andre, om et bestemt tema. Dermed menes det å velge ut sekundærdata. Hovedproblemet er tilknyttet tilliten vi velger å gi den valgte kilden. I en litteraturgjennomgang er det viktig å vurdere både metoder og innhold av en kilde. Derfor bør det gis en kort beskrivelse av artiklens innhold og vurdere grundig hvordan de kan brukes som bevis. En gjennomgang av innhold uten en forståelse av dens metodiske kvalitet, kan føre til falske konklusjoner (Fink, 2010).

Denne studien legger opp til en sammenfattende undersøkelse av forskningsresultater om kvinners kroppsbilde etter en gynekologisk kreftbehandling og dens betydning for kvinners seksualliv. Undersøkelsen er derfor rettet mot innhenting, vurdering og sammenfatning av empiriske forskningsresultater på dette område. Først gis det en redegjørelse for oppgavens perspektiv, da dette vil få betydning for valg av data, analyse og dermed for resultatet som helhet.

I denne studien vil et humanistisk perspektiv være fremherskende. Samtidig, er den biomedisinske kunnskapen også en viktig del av denne studien. Å ha et humanistisk perspektiv kan innebære en søken etter fortolkninger av meningsfulle fenomener. Kvalitative forskningstradisjoner som fenomenologi og hermeneutikk, er en metode for generering av kunnskap hvor man undersøker hvilken mening hendelser og erfaringer har for de som opplever dem, og hvordan de kan fortolkes eller forstås også av andre. Dataene fra kvalitativ tilnærming egner seg derfor helst for bearbeiding og fortolkning (Patton, 2002).

Kvantitative metoder som blir brukt sammen med kvalitative metoder, er også aktuelle. Ved å bruke kvalitative metoder blir det ofte mulig å forstå meningen med tallene fra kvantitative metoder, og ved å bruke kvantitative metoder er det mulig å gi presise uttrykk for kvalitative ideer (Polit, et al., 2008). Med dette mener de at selv om kvantitativ analyse består av opptelling, betyr det ikke at dataene består av bare tall. De representerer også en mening i tilfeller hvor utvalgene blir bedt om å si seg enig eller uenig, i ett eller flere utsagn i et spørreskjema (ibid). Derfor vil studier som tar for seg seksualitet og livskvalitet som tema, vil også være aktuelle.

4.2 Førstehånds- versus andrehåndskilder

Det første spørsmålet vi skal stille om kilden, er om artikkelen er produsert av en som selv var til stede under den situasjonen eller hendelsen vi ønsker å studere. Informasjon fra en person som selv har deltatt i noe, kalles førstehåndskilde. En andrehåndskilde er informasjon fra en person som selv ikke har vært tilstedet ved en hendelse, men som har hørt eller lest om den fra andre (Jacobsen, 2005).

Jo lengre bort vi kommer fra førstehåndskilden, desto flere personlige fortolkninger blir presentert (ibid). Derfor er førstehåndskilder å foretrekke. Samtidig, vil dette avhenge av problemstillingen. Siden hensikten med den studien er å få en oversikt over hvordan kvinner oppfatter sin seksualitet etter gynekologisk kreftbehandling, vil det være interessant å vite hvordan samme hendelse blir tolket av ulike forskere. I en slik situasjon kan andrehåndskilder være like interessante som førstehåndskilder.

4.3 Litteraturgjennomgang, hva, og hvorfor

Som nevnt tidligere, er litteraturgjennomgang en systematisk oppsummering av forskningsresultater om et bestemt tema (Polit og Beck, 2008). Poilt, et al. (2008) hevder at å utføre en litteraturstudie betyr å gjøre en fullverdig studie, i den forstand at forsker må starte med et spørsmål, gjennomføre en plan for å samle informasjon, og analysere og tolke sin data. Hensikten med en litteraturgjennomgang slik Fink (2010) skriver, er å finne ytterligere informasjon om et tema for å få blant annet avdekke eventuelle gap eller uoverensstemmelser i kunnskapsgrunnlaget.

Hensikten med en litteraturgjennomgang slik Fink (2010) skriv vil være å identifisere og skape en oversikt over tidligere forskning og litteratur som er skrevet om den problemstillingen man ønsker å undersøke om. Som et utgangspunkt blir det viktig å lese ganske bredt i forhold til det feltet man

ønsker å undersøke for å berike den forståelsen man sitter med. Dette er nyttig for senere å kunne gjøre en avgrensning av tema og å etablere et perspektiv som man gjennom forskningen ønsker å ta.

En bred tilnærming til feltet kan være med på å gi en oversikt over feltet som i neste omgang kan føre til at man oppdager tendenser og at det eksisterer områder i forskningen som ligger utforsket, noe som kan gi en retning for forskning. Det kan også gjøre det mulig å fastslå hvordan ens forskning utvider eller forbedrer studiene som allerede er gjort. På denne måten skaper man et aktuelt og relevant forskningsområde som det vil være viktig å gå inn i. Noe som vil være en begrunnelse eller rettferdiggjøring for studiet man gjennomfører. Samt, vil dette bidra til å legge grunnlaget for en ny studie som kan identifisere relevante behandlingsformer eller egnede forskningsmetoder (Fink, 2010).

Polit, et al., (2008) skriver, å utføre en litteraturgjennomgang innebærer å identifisere funn, gruppere disse i kategorier og å gruppere kategoriene som et detaljert, komplekst og helhetlig bilde, i et forsøk for å forstå et problem.

I følge Jacobsen (2005) er poenget med å utføre en litteraturgjennomgang sammensatt av tre scenarioer:

1. Når primærkildene ikke er tilgjengelige. I mange sammenhenger vil det være meget vanskelig å samle inn informasjon direkte fra kildene når kildene ikke er villige til å gi intervjuer, eller observeres.
2. Når vi ønsker å få tak i hva mennesker faktisk har sagt og gjort. Gjennom nedtegninger, kan vi finne-ordrett-hva som har blitt sagt i et tidligere intervju.
3. Når vi ønsker å få tak i hvordan andre forskere har fortolket en viss situasjon eller hendelser.

Det hender at gransking av deltagernes subjektive opplevelser er problematisk på grunn av etiske dilemmaer. Studier om gynekologisk kreft og seksualitet står overfor slike etiske problemstillinger, da temaet seksualitet er et sensitivt tema og kvinnen befinner seg i en sårbar situasjon. Ruyter, Førde og Solbakk (2007) skriver om betegnelsen "sårbare grupper" som vanligvis brukes synonymt med "utsatte grupper". En gruppe regnes gjerne som sårbar fordi det er spesiell grunn til å mistenke at individene som inngår i gruppen, kan ha særskilte utfordringer forbundet med å gi fritt informert samtykke til at forskning utføres på dem.

Fink (2010) hevder at siden forskerne bruker artikler fra ulike tider i en litteraturgjennomgang, kan dette ha betydning for validiteten i funnene. Dette er fordi dataene kommer fra ulike tidsperioder og sosiale endringer kan ha skjedd mellom disse periodene. Dette er et dilemma som både forskere og denne studien sannsynlig vil støte på.

4.4 Litteraturgjennomgang- hvordan

Som nevnt tidligere, er kvalitativ forskning fortolkende. Den involverer studier av empirisk materiale som personlig erfaring, livshistorie, intervjuer, observasjoner og historiske og visuelle tekster. Primært orienterer kvalitativ forskning seg mot leting og funn. Denne type forskning resulterer ofte i individers egne beretninger om sine holdninger, motivasjon og atferd. Kvalitativ forskning har en tendens til å fokusere på "historien", og er ofte i motsetning til kvantitativ forskning, som har fokus på "tall" (Polit, et al. 2008).

Ved en litteraturgjennomgang, slik Fink (2010) skriver, samles funn fra ulike studier med ulike metoder, hvor resultatene kan sammenliknes. En litteraturstudie er ikke bare en kvalitativ teknikk, men en kan benytte sekundære data i form av statistiske resultater.

Fink (2010) hevder at et søk etter aktuell litteratur om et tema, ikke bør fokuseres på om en undersøkelse er kvalitativ eller kvantitativ, men istedenfor konsentrere seg om studiens nøyaktighet og verdien av dens funn.

Sandelowski og Barroso (2007) hevder at en høy grad av evidens kan oppnås ved en høy grad av validitetsbestrebelse. Disse bestrebelsene inkluderer en eksplisitt og systematisk tilnærming i prosessen, som skal være synlig i det endelige produktet. Ved en kildegransking får vi tak i hva mennesker sier og mener om et bestemt tema, som er samlet inn av andre forskere. På samme måte som i systematiske oversikter, er det også viktig at litteraturgjennomgang har et klart fokus for å kunne fremskaffe presise resultater.

Fremgangsmåten og strategien for å gjøre en litteraturundersøkelse er hentet fra Sandelowski, et al. (2007), og er inndelt i fire deler:

1. Søkefase
2. Vurderingsfase
3. Analysefase
4. Resultatfase

4.4.1 Søkefase

Valget av kilder er avhengig av hvilken informasjon som trenges for å besvare problemstillingen. Den første fasen vil bestå av en systematisk litteratursøk og innhenting av relevante vitenskapelige artikler som er baserte på empiriske studier. Disse artiklene kan være kvalitative, kvantitative, eller kombinert av begge. Det kan være vanskelig å finne kvalitative studier, da de fleste bibliografiske databaser ikke indekserer artikler etter forskningsmetode. I tillegg, finnes det ingen tilsvarende database til Cochrane Controlled Trials Register, innen kvalitativ forskning.

Mange av de samme prinsippene for litteratursøk innen systematisk oversikt vil imidlertid også gjelde her. Sandelowski, et al. (2007) hevder

at validiteten av studiens resultater avhenger av at litteraturinnsamlingen er uttømmende for feltet. Dersom dette kravet skulle imøtekommes her, ville det innebære en innsamling av alle artikler og avhandlinger omkring kvinners opplevelser av deres seksualitet etter en gynekologisk kreftbehandling. På grunn av de gitte rammer for denne oppgaven i forhold til antall ord, ville det imidlertid være umulig å ta med så stor mengde materiale som ville fremkomme ved en fullstendig uttømmende datasamling.

En tilpassning ble derfor foretatt ved dannelse av inklusjon- og eksklusjonskriterier, som var styrende for søkeprosessen. For denne studien er det valgt to relevante databaser. I de valgte databaser ble der tilstrebet en uttømmende innsamling av publiserte artikler. De artiklene ble inkludert i studien i det omfang at det var mulig å fremskaffe dem innenfor den avgrensede tidsperioden. Studiens problemstilling var styrende for søkeprosessen, som bestod av hvilke elementer/faktorer som skulle søks etter, fastsettelse av inklusjon- og eksklusjonskriterier, og utvikling av søkestrategi.

Fastsettelse av søke ble foretatt ut fra Polit, et al. (2008)'s og PICO's (Patients problem, Intervention, Comparison og Outcomes) anbefalinger. Disse søkeordene var, populasjon (kvinner), fenomen (gynekologisk kreft+ seksualitet), metode(kvalitative+ kombierte metod) og tid. Det første kriteriet var populasjon. Her ble det fokusert på, kvinner mellom 25-65 som hadde fått gynekologisk kreftbehandling. Ved identifisering av populasjon, slik beskrevet i "PICO", er det nyttig å spørre seg selv flere spørsmål. Hva er de viktigste egenskapene til denne pasienten? For eksempel, kvinners sykdom, eller helsetilstand, alder, rase, tidligere plager og aktuelle medisiner.

Det neste kriteriet ble bestemt ut fra fenomen og kontekst. Dette kan beskrives med kvinners opplevelser av sitt seksualliv etter en gynekologisk kreftbehandling. Dette resulterte i termer, som var relatert

til opplevelser av endringer i kvinners psykiske tilstand som for eksempel selvbilde, deres sosiale tilstand som for eksempel rolle. Dermed ble det valgt artikler som hadde fokus på følelsemessige aspekter og opplevelser etter gynekologisk kreftbehandling, med spesielt fokus på endringer i seksuell opplevelse, følelser og tanker.

Artiklenes metode ble valgt som neste kriteriet. Siden studien er en litteraturgjennomgang, ble derfor både kvalitative og kvantitative artikler som var anvendelig til denne studien, anvendt.

Til sist ble det fastsatt tidsrammer. Dette betyr at alle relevante artikler publisert fra 1980 til 2010, ble inkludert. Oversikt over den anvendte søkeprosessen er skrevet, se vedlegg 1

4.4.2 Vurderingsfase

Kritisk vurdering av studiene handler om at vi kan stole på kildene. I en litteraturstudie vil det alltid benyttes data fra andre studier. Det vil bety at kilder har gått igjennom et tolkningsledd. Førstehåndskilder vil gi mer pålitelig informasjon enn andrehåndskilder, samtidig vil man kunne i en litteraturgjennomgang tolke innholdet i ulike type kilder i lys av hverandre. Dette vil øke studiens pålitelighet, mener Jacobsen (2005).

Det har vært diskusjoner rundt hvor mange artikler som er tilstrekkelig til å kunne gjennomføre en litteraturstudie. Jo større antall, desto bedre høyere nivå av pålitelig data kan tenkes oppnådd. Et for stort antall kan imidlertid vanskeliggjøre dype analyser. Et antall på 10-15 artikler er blitt anbefalt av veileder.

Polit, et al. (2008) hevder at en bør ha forhåndsbestemte kriterier for å velge artikler blant studier. Eksempler på kriteriene kan være, i hvor stor grad artikkelens referanser er relevante, eller om de er engelsk- eller skandinaviskspråklige artikler. Et annet kriteriet kan være kvaliteten på studiens metodikk. Det vil si, i hvilken grad funnene gjenspeiler

sannheten, eller i hvilken grad de undergraver skjevheter, som da kan si noe om funnenes troverdighet (Polit, et al., 2008).

Som nevnt tidligere, er litteraturgjennomgang en metode for innsamling av informasjon for besvarelse av en problemstilling. For at vi skal kunne samle informasjon som er riktige, må forskeren vurdere studienes validitetssystem (kvalitetsvurdering). Med validitetssystem menes at studien har valgt relevante metode i forhold til sin problemstilling, og at studien har redegjort for det de har gjort for å minske feil i sin konklusjon. (Lund og Haugen, 2006).

Reliabilitet og validitet forbindes ofte med kvantitative metoder. Mens reliabilitet viser til dataens pålitelighet, viser validitet til dataens gyldighet, i forhold til problemstillingen som skal belyses. Datamaterialet blir sett på som pålitelig dersom andre forskere oppnår de samme resultatene ved å bruke det samme grunnlaget og de samme dataene (Lund, et al., 2006).

Selv om reliabilitets- og validitetsbegrepet assosieres med kvantitative metoder, er det høyst legitimt å diskutere pålitelighets- og gyldighetsproblematikk også i forhold til kvalitative metoder. Pålitelighets- og gyldighetsspørsmålet kan da sees på som en form for kvalitetssikring av forskningsprosessen. Forskeren sikrer at informasjon er samlet inn på en pålitelig måte, og at opplysningene har gyldighet i forhold til problemstillingen eller de teoretiske begrepene som skal belyses (ibid).

For at en artikkel skal betraktes som relevant, må den oppfylle bestemte kvalitetskrav (Lund, et al., 2006). Da kan det stilles spørsmål i forhold til artikkelens holdbarhet; eksempel kan være:

- hvem er deltageren i studien
- hva er formålet med studien
- hvor riktig eller troverdig er studien

I vurdering av kildens troverdighet er det flere faktorer og spørsmål som spiller inn (Polit, et al., 2008):

- Er det en primær eller sekundær kilde?
- Hvilken evne og vilje hadde kildens opphav til å berette sannheten?
- Hvilke kontrollmuligheter (kvalitetssikring) hadde kildeinnholdet?
- Hvor sannsynlig er innholdet i beretningen?

Disse forholdene virker inn på hvordan materialet bør leses og hvordan det kan brukes for å belyse problemstillingen. Dersom flere respektive uavhengige studier kommer frem til samme resultat eller konklusjon, styrkes tiltroen til kilden, skriver Jacobsen (2005).

4.4.3 Analysefase

Analyse er en metode for systematisk å avdekke meningen eller budskapet i funnene. Jobben er å bryte ned funnene i mindre komponenter og beskrive hvordan de forholder seg til hverandre. I litteraturstudier blir tolkninger som andre forfattere har kommet frem til, analysert (Sandelowski, et al., 2007).

Analyse av litteratur, vil si en systematisk uttrekking av ideer, teorier, begreper fra litteraturen. Syntese av funnene, vil derfor si å trekke røde tråder mellom de delene som er identifisert i analysen (Polit, et al., 2008). Fink (2010) mener at arbeidet ikke er å sette sammen data til den opprinnelige ordningen, men heller se etter en ny orden. Det vil si å analysere slik at man viser sammenhenger og mønstre som tidligere ikke har vært produsert.

Sandelowski, et al. (2007) skriver at analysen er basert på funn som dernest reduseres til et sett færre kategorier. Først beskrives materialet for å få oversikt over innsamlet informasjon. Det sentrale blir dermed å finne de relevante kategoriene, og å fylle disse kategoriene med innhold. Man ser så på likheter og ulikheter mellom ulike enheter tilknyttet

kategorier som er definert. Til slutt tolkes innholdet for hva dataen beskriver og hvilke svar de gir til problemstillingen.

Polit, et al. (2008) hevder at metoden innebærer induksjon og tolkning, da forskeren prøver å forstå og overføre ideer og konsepter på tvers av studiene. I analysefasen identifiseres fremtredende tema og mønstre blant funnene (ibid). Data sammenliknes for å finne om de forskjellige studiene har kommet fram til samme funn eller om det finnes motstridende resultater.

Denne studien er basert på en fortolkende tilnærming. Som alltid vil det i slike studier være en risiko for at data tolkes på mindre adekvate måter. Det kan være vanskelig å validere denne studiens tolkninger av data. Studien vil dermed, for å gjøre dette potensielle problemet minst mulig, underbygge tolkningene som er gjort, ved hjelp av sitering, samt være grundig i bruken av kilder. Studien skal kunne leses og forstås av personer som har liten kjennskap til dette temaet fra tidligere.

4.4.4 Resultatfase

Resultatfasen besto i dannelsen av en syntese i lys av resultater av analysen. Å komme fram til et resultat er en prosess hvor en setter sammen relevante bruddstykker av viten og dermed kommer frem til en ny erkjennelse.

I denne studien, menes med relevante bruddstykker, det å finne beskrivelser av forhold som syntes å være av betydning for opplevelsen av psykososialt stress forbundet med seksualitet etter en gynekologisk kreftbehandling. Dette betyr at data fra studiene blir sett i forhold til hverandre. På denne måten forsøkes en integrasjon av funn med en ny tolkning som er mer enn bare et sammendrag av funnene (Sandelowski, et al., 2007).

Hovedformålet er å formidle en presis tolkning av et fenomen og sammenlikne de individuelle studiene for å oppnå enighet om en felles konstruksjon for å forbedre vår forståelse av fenomenet.

4.5 Kort oversikt over gjennomføring av studien

Utvalget av tekster har vært styrt av det tematiske innholdet i tekstene, og har vært styrt av det overordnede spørsmålet, nemlig studiens problemstilling.

Litteratursøk ble gjennomført i februar 2010 etter artikler og studier som beskriver kvinners kroppserfaringer og dens betydning for deres seksualitet etter en gynekologisk kreftbehandling. Søket ble gjort i følgende databaser; PubMed og Cinahl. Denne problemstillingen etterspør kvinners erfaringer og oppfatninger og ville derfor i utgangspunktet best kunne besvares ved kvalitative studier. Søket ble imidlertid ikke begrenset til en bestemt type studie. Det var ønskelig å inkludere mest mulig relevante forskningsfunn. Det ble tilstrebet så lik fremgangsmåte som mulig i de ulike databasene, og følgende emneord ble benyttet; seksualitet, gynekologiskkreft, både engelsk og nordisk språklige, kvinner mellom 25-65. Hvert emneord ble søkt for seg, og siden kombinert på ulike måter, eksempelvis; seksualitet eller gynekologiskkreft. Søkesettet ble så kombinert med resultatlisten fra exp Neoplasms, med bindeordet "AND" for å spisse og målrette søket. Til slutt ble søket begrenset til aldersgruppen 25-65.

Søket ble begrenset til skandinavisk og engelskspråklig litteratur. Videre ble søket begrenset til studier publisert etter 1980 for å fokusere på nyere forskning. Tittelen og sammendragene ble lest og vurdert i forhold til relevans av temaet. Kriteriene var at de skulle omhandle kvinners seksuelle opplevelse og erfaring, samt kvinners kroppsoppfatning etter

gynekologisk kreftbehandling. Oversikt over litteratursøk er tilgjengelig i vedlegg 1.

4.6 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjons kriterier er viktige elementer i en litteraturgjennomgang, da de bestemmer kriterier for utvelgelse og inkludering av artikler. En studie er kvalifisert for inkludering når den inneholder relevant informasjon i forhold til studiens problemstilling, er tilgjengelig og møter bestemte krav for metodologisk kvalitet (Fink, 2010; Poilt, et al., 2008).

I denne studien inneholder litteraturgjennomgangen alle kvalifiserte studier, uavhengig av metodisk tilnærming. Denne tilnærmingen brukes i henhold til studiens formål, som er å få en bredere forståelse av kvinners erfaringer om deres seksuelle tilstand etter gynekologisk kreftbehandling.

For å få et mest effektivt søk, ble det tatt en totrinnsprosess for utvelgelse av relevante artikler. Gjennom det første trinnet blir studiens populasjon, publiseringsspråk, studiens setting og metoder, samt hvilket år de er publisert, valgt ut. Andre trinn, er å kunne bedømme kvaliteten på artiklene. Dette er for å kunne identifisere de beste studiene. Å kunne vurdere studiens metodologiske kvalitet refererer til hvor godt en studie har blitt designet og gjennomført, for å nå sine mål.

Fink (2010) mener at den eneste måten man kan komme tilnærmet nøyaktighet i et litteratursøk, er ved å ha fokus på studier som har høy kvalitet. Dette er fordi disse studiene er bedre på å overholde strenge forskningsstandard.

Studiens inklusjonskriterier:

- Alle empiriske studier skal være på engelsk og skandinavisk. Dette er for å unngå for stor kulturell spredning i materialet og språklige misforståelser.
- Forskningsartiklene må ha gynekologisk kreftbehandling og dens betydning for kvinners seksualliv som sitt tema.
- Forskningsartiklene skal ha kvinner som har gjennomgått behandling for gynekologisk kreft, overlevd sykdommen.
- Alle kvinner i studien skal være mellom 25-65. Alderen ble begrenset fordi en rekke biologiske og psykososiale faktorer spiller en viktig rolle i aldersrelaterte endringer av kvinnelige seksualitet.
- Forskningsartiklene skal være publisert etter 1980. Avgrensningen fra 1980 ble foretatt for å redusere datamaterialet, men også er begrunnet i at, i 1970-tallet skjedde en stor forandring i samfunnets syn på kvinner, tanker om kvinners roller i samfunnet, og ikke minst behandlingsformer innenfor gynekologisk kreft forbedret seg fra den tiden.

Studiens eksklusjonskriterier:

- Forskningsartikler med fokus kun på gynekologisk kreftbehandling.
- Forskningsartikler med fokus kun på seksuell dysfunksjon generelt hos kvinner. Dette er da seksuelle vansker er noe alle voksne kvinner kan oppleve fra tid til annen på grunn av ulike årsaker som depresjoner, angst og andre type sykdommer.
- Forskningsartikler hvor undersøkelsen ikke er gjennomført i vestlige land. Dette er på grunn av kulturelle og samfunnsmessige forskjeller mellom vestlige - og ikke-vestlige verdier og normer. Merleau-Ponty (1994) hevder at menneskekroppen er et kroppsliggjort liv som favner levde tid, opplevde rom og alle relasjoner. Derfor vil sosiale og kulturelle forskjeller være bestemmende for menneskers kroppssyn.
- Forskningsartikler som handler om seksuell dysfunksjon hos kvinner på grunn av andre årsaker enn gynekologisk kreftbehandling.

4.7 Artikkelvurdering, verktøy for eksklusjon og inklusjon av artikler

De verktøy som brukes for å skaffe frem data omfatter både metode, begreper, og teoretiske perspektiver. Men metode er ikke bare teknikker rundt undersøkelse, det er også læren om å samle inn, organisere, bearbeide, analysere og tolke fakta på en så systematisk måte, at andre kan bruke akkurat den samme "oppskriften" og gjøre den samme undersøkelsen (Polit, et al., 2008; Dalland, 2007).

Kvalitetsvurderingen av artiklene, er basert på Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006 (en sjekklister for å vurdere kvalitative og kvantitative artikler), samt Polit, et al. (2008) har retningslinje til å vurdere forskningslitteratur som inngår i en litteraturgjennomgang. Hensikten er å sjekke om artiklene oppfyller inklusjonskriteriene samt ta en vurdering av artiklenes metodologisk valg og innhold.

Hovedpunktene som ble gjennomgått i hver artikkel var:

- Tittel, forfatter, publikasjonsår.
- Hvor studien er utført.
- Aldersammensetning,
- etnisk opprinnelse
- Studiens metode og design
- Hovedfunn
- Problemstilling, og hensikten med studien
- Forskerbakgrunn
- Utvalg og inklusjonskriterier
- Datasamlingsstrategier
- Konklusjoner, diskusjon og forslag for videre arbeid
- Egen vurdering

Individuelle vurderingen av artiklene ble gjort ved hjelp av skalaen: tilfredsstillende, tilfredsstillende, uklar/delvis tilfredsstillende og ikke-tilfredsstillende.

Kriterier for kvalitetsvurdering av inkluderte artikler

Spørsmål som ble stilt i kvalitetsvurderingen av de inkluderte artiklene er:

- 1) Beskrives metodene som ble brukt for å finne svar på problemstillingen?
- 2) Beskrives inklusjons- og eksklusjons kriterier for utvelgelse i den aktuelle studie?
- 3) Ble kriteriene for å vurdere intern kvalitet beskrevet?
- 4) Ble validiteten til studien vurdert av en annen som ikke var medforsker?
- 5) Ble forfatterens konklusjoner underbygget med data og/eller analyse fra andre studier?

Kriterier for vurdering av kvalitet

Høy kvalitet: 5 av kriteriene var møtt

Moderat kvalitet: minst 4 av kriteriene var møtt

Lav kvalitet: færre enn fire av kriteriene var møtt

4.8 Oppsummering

Litteraturstudie har som formål å oppsummere tilgjengelig og relevant forskning om et bestemt emne. Det klargjør hva en vet og hva en ikke vet om det aktuelle tema. Det avdekker kunnskapshull og viser vei for videre forskning. Metodiske fremskritt når det gjelder å trekke sammen

kunnskap fra flere studier om et bestemt tema, har ledet oss til systematiske litteraturgjennomgang. Ordet systematisk beskriver det vesentligste kjennetegn ved fremgangsmåten en forsker utarbeider, på en systematisk med klart definerte mål, en omfattende søkestrategi, klare kriterier for hvilke studier som skal inkluderes og ekskluderes, kvalitetsvurdering av de inkluderte studiene og gode metoder for å sammenstille resultatene. I neste kapital skal redegjøres for studiens resultat gjennom analyse og syntese gjennom sammenlikning av artiklenes funn.

5 Analyse og Syntese av funn

Det er tre faser i analyse: 1. beskrivelse 2. systematisering og kategorisering av funn og 3. sammenbinding. Å kategorisere data betyr å samle ulik informasjon i ulike grupper. All informasjon om et spesielt tema kan kalles en kategori. Med sammenbinding menes å etablere sammenheng mellom ulike kategorier.

I denne oppgaven ble det benyttet en induktiv tilnærming. En induktiv tilnærming slik Polit, et al. (2008) skriver, går fra empiri til teori, hvor forskeren med et åpent sinn, samler inn relevante data, systematiserer disse, bryte ned data i dens bestanddeler og beskriver hvordan de forholder seg til hverandre.

"Researchers observe certain patterns, trends or associations among phenomena... as a basis for predications. Related literature should be examined to learn what is already known on a topic,..” (Polit, et al., 2008. s. 95).

En syntese av funnene vil derfor være hensiktsmessig der forskeren tolker funnene i ulike artikler på tvers av hverandre og deretter lager forbindelser mellom de delene som er identifisert i analysefasen. Dette handler bare ikke om å oppsummere funnene, men heller en tolkning av helheten (ibid).

Med bakgrunn i studiens problemstilling, ligger det analytiske fokuset på de betydningene kvinner anvender, og dens relasjoner til identitet, selvbilde og kroppsbilde, og dets betydning for kvinners seksualitet.

Dermed stilles følgende analysespørsmål til materialet:

- Hvordan beskriver kvinner sin kropp etter en gynekologisk kreftbehandling?
- Finnes det gjennomgående mønstre i beskrivelsene?

- Hvilke betydninger har kvinners tanker og opplevelser om gynekologisk kreft, deres kropp og seksualitet?
- Hvordan definerer kvinner deres seksualitet, intimitet og relasjoner?
- Hvilke behov har disse kvinnene og hvordan kan de hjelpes, dersom de har behov for hjelp?

Polit, et al. (2008) skriver at ved å ikke ha forutinntatte holdninger og forventninger i forhold til data, skal forskeren kunne avdekke data som gjengir virkeligheten i en gitt sammenheng. Hensikten, slik Sandelowski, et al. (2007) skriver, er å kartlegge de hovedpunktene i et tema og hvordan sammenligninger av resultater kan gjøres. Videre skriver de at målet for analyse er ikke bare å forstå et fenomen bedre, men det også om å lage sammenheng mellom resultater, og deretter finne et gap i litteraturen som kan bli et tema for fremtidige forskning, eller at en selv produsere en ny syntese.

Analysen handler om uttrekk eller skille mellom delen av funnene. Det vil si, å trekke ut komponenter for å redigere og utlede forholdet mellom dem og dermed velge de viktigste punktene. Artikkene kan analyseres både kvalitativt og kvantitativt. Kvantitative analyse av dokument innebærer at vi teller en egenskap ved artiklene, for eksempel forekomsten av bestemte kategorier. Kvalitativ analyse er mer åpen i sin tilnærming til teksten, den handler om at forskeren tolker meningsinnholdet i det som blir sagt eller skrevet (Sandelowski, et al., 2007).

Sandelowski, et al. (2007) beskriver syntese som en handling hvor en lager forbindelser mellom delene som ble identifisert i analysefasen, for å danne en sammenhengende helhet med en ny ordening. Syntese handler om gruppering og omorganisering av elementer, hentet fra analysen, for å identifisere forholdet mellom dem. Syntese av funnene bør vise sammenhenger og mønstre som ikke har vært presentert tidligere.

5.1 Uttrekk og redigering av funn fra artiklene

Klassifisering av funn kan gjøre oss i stand til å lage forbindelser mellom ideer og funn som finnes i forskjellige artikler over en gitt tidsperiode, og dermed øke vår forståelse for et gitt fenomen. Klassifiseringen innebærer sortering og organisering av funn i kategorier og merking av disse kategoriene. Det er en måte å redusere informasjon til en håndterbar mengde for å få oversikt over et emne. Klassifisering er derfor en nødvendig del av en analytisk fase når en velger en litteraturstudie (Sandelowski, et al, 2007).

I den analytiske delen, er det valgt å presentere empirien og analysene samlet, heller enn å skille dem i separate kapitler. Klassifisering av funnene er underbygget av deltagersitater. Dette er gjort da et fortolkende opplegg er best tjent med nærhet mellom materialet og tolkningene. På den måten kan man slippe gjentakelser, samtidig som det er viktig å styrke validiteten, slik at leseren lett kan se hvordan ulike debatter tolkes (Jacobsen, 2005). For å øke validiteten er det valgt å dokumentere for funn, redigerte funn, gruppering av funn, abstrahering av funne og argumentasjon for disse (for mer informasjon, se vedlegg 3 og 4).

Et eksempel på funn som er trukket ut fra studien Butler, et al. (1998), viser hvordan dette funnet er underbygget av deltagersitater:

Funn:

" The physical changes resulting from cancer of the reproductive organ were associated with need to reaffirm one's identity as a sexual being, a woman, a mother, and a partner." (s.691).

Eksempel på deltagersitater som støtter opp funnet i den nevnte artikkelen er:

"Another joke that I had that didn't get over well was, well gee I guess that I'm not any different from any other guy when it come to the inside anyway." (s.691).

"I don't feel less of a woman but I am not sexually active person so again I might feel differently if I will to enter into a relationship." (s.691).

"..., sex is, I don't know, it's very different when you're at that stage now... I don't know how to describe it [sex], but it [cancer] changed it... sex is different when you're not trying to make children."

"Just a sense of loss... a grieving that I lost my femininity... (reproductive organ)... they are symbols of womanhood, I suppose".

"These are my reproductive organ... this is my womanhood... this is what we are all about..."

I følge Sandelowski, et al. (2007), kan en samling av funn fra ulike studier tjene som et empirisk grunnlag for fortolkende integrasjon av funnene, og dermed øke validiteten av resultatet. Funnene er trukket ut med hensyn til studiens problemstilling som viser hva som ønskes å svares på. Alle funnene hadde gynekologisk kreftbehandling, kvinners kroppsfatning og dens betydning for kvinners seksualitet som tema.

Dataene fra artiklene er samlet i grupper for å se at noen typer data ligner hverandre eller omhandler samme tema. Hensikten er å forenkle detaljerte data for den senere analysen. Samt vil dette også muliggjøre sammenlikning av ulike data. Sandelowski, et al. (2007) mener at redigerte funn alltid bør være så nær de opprinnelige funn. Derfor ble funnene skrevet på det opprinnelige engelske språket og den opprinnelige konteksten ble bevart i forsøk på å være så nær originalteksten som mulig, for å unngå eventuelle feiltolkninger.

Tabell 2. Et eksempel på uttrekking og redigering av funn

Artikkel og sosiodemografiske faktorer	Uttrukne funn	Redigerte funn
<p><i>"Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women,s sexuality"</i></p> <p>Forfattere: Burns,M., Costello,J., Ryan-Woolley, B. , Davidson, S. (2007)</p> <p>Utført: England</p> <p>Deltagere: 13 kvinner, 2-3 år etter behandling</p>	<p>"The impact of treatment effect on sexuality arose directly from physical problems as well as perceived psychological difficulties in maintaining a healthy sexual relationship."</p> <p>"The experiences of the women who were interviewed in relation to sexual activity and physical problems highlight the relationship between physical effects following treatment and sexuality."</p>	<p>Women with cervical cancer experienced that the impact of treatment effect on their sexuality. That problem arose directly from physical problems as well as perceived psychological difficulties in maintaining a healthy sexual relationship.</p> <p>The experiences of the women with cervical cancer who were interviewed in relation to sexual activity and physical problems, highlight the relationship between physical effects following treatment and sexuality.</p>

Redigeringen av funnene er, som det vises i eksempelet, svært lik det originale funnet. Hensikten var å holde seg så nær den opprinnelige teksten som mulig, for ikke å redigere bort tekstens mening og dermed risikere å mistolke på et senere tidspunkt. Redigeringen hadde samtidig en viktig funksjon ved den senere grupperingen av funnene. Ord som "women" i de originale uttrekkene gjør det ikke klart om det er kvinner med gynekologisk kreft sykdom. Ordet "women" ble derfor byttet ut med "women with gynecological cancer" eller med den bestemte gynekologiske kreftformen, for eksempel: " women with cervical cancer".

5.2 Gruppering av funn

Etter redigering av funn, vil noen funn som handler om samme tema grupperes. Etter å ha sammenlignet og kombinert funnene, får man frem

et bilde av fysiologiske, psykologiske og sosiale problemer forårsaket av gynekologisk kreft behandling.

I følge Sandelowski, et al. (2007), skal man ikke gruppere funnene bare etter de samme funnene, men også tenke på om det går an å gruppere funn som også motstrider hverandre. Det er forskeren selv som bestemmer hvordan funnene skal grupperes, men grunnen til grupperingen bør begrunnes. Dette vil øke studiens gyldighet. Dermed tydeliggjøres de likheter og motsetninger som finnes i funnene (ibid). I følge Sandelowski, et al. (2007) kan en gruppering av funn blant annet brukes til å bestemme om funnene bekrefter, utvider, motsier eller komplementerer hverandre. For mer om gruppering av funn vennligst se vedlegg 4.

5.3 Abstrahering av funn

Å abstrahere funn er i følge Sandelowski og Barroso (2007) å fremsette en påstand, der man kortfattet beskriver innholdet av funnene i de enkelte grupper. Begrunnelse for disse abstraksjoner av funnene skal dokumenteres for å øke validiteten.

Et eksempel på abstrahering av funn ut ifra 3 artikler vises nedenfor:

Artikkel og sosiodemografiske faktorer	Grupperte funn
Forfattere: Butler, Banfield, Sveinson, et al., (1998)	" The physical changes resulting from cancer of the reproductive organ were associated with a need to reaffirm one's identity as a sexual being, a woman, a mother, and a partner."
Forfattere: Burns, Costello, Ryan-Woolley og Davidson (2007)	" Women's perspective revealed that negative perceptions of body image related largely to weight gain."

Abstrahert

Å miste femininitet

Forfattere: Bruner og Boyd (1999)	" Body image concerns were expressed by most of the women... in terms of personal appearance and body functioning".
-----------------------------------	---

Ut ifra de grupperte funn, ble det abstrahert funn slik: "Å miste femininitet". Grunnen til dette er at noen av kvinnene følte at de var mindre feminine etter deres behandling for gynekologisk kreftbehandling. Deres selvbilde og identitet var forandret på grunn av sykdommen og dens behandling. "Å miste femininitet" fremkom ut fra de følgende grupperte funn som viser en endret kroppsoppfatning hos kvinner etter en gynekologisk kreftbehandling.

5.4 presentasjon av abstraherte funn

På grunnlag av besluttet grupperinger av funnene, ble 5 funn relatert til seksualitet og kropp, abstrahert, samt gitt begrunnelse for. Disse ble formulert som: "endret identitet og rolle", "mistet femininitet", "infertilitet", "menopause", "relasjons problemstillinger".

Endret identitet og rolle

Begrunnelse: Mange kvinner identifiserer seg som intetkjønn. Det er vanskelig for de kvinnene å bryte ut av den kvinnerollen som tildeles dem, selv om de skulle ønske de kunne gjøre det. Å identifisere seg som intetkjønn er knyttet til å miste sine kvinnelige reproduksjonsorganer som symboliserte deres kvinnelighet. Resultater fra studier viser at når kvinner føler seg mindre "kvinnelig", vil dette ha en negativ betydning for kvinners seksualfunksjon. Ved fjerning av kroppsdel, fjernes også den nedfelte identiteten. Kvinner er ikke bare kropp, hun er eller blir en annen (eller mindre) person, hun ser annerledes ut, føles annerledes, opptrer annerledes og tror blir sett på som annerledes av andre.

Mistet femininitet

Begrunnelse: Kvinner kan erfare deres kropp i en negativ retning; at deres kvinnelighet har gått tapt som følge av kirurgi. Et sentralt problem for kvinnene er virkningen av behandlingen på kroppsbilde. Kvinner opplevde at deres kroppsbilde besto av hvordan de følte om både deres ytre og indre utseende. Det indre var forbundet med redusert libido og fruktbarhet, og det ytre kroppsbilde var relatert til vektøkning etter behandlingen og arrdannelse etter kirurgien. Deres behov for å "se bra ut", påvirket deres seksuelle selvbylde.

Infertilitet

Begrunnelse: Data antyder at for noen kvinner er fjerning av eggstokker fylt med motsetninger. På den side har fjerning av en farlig kroppsdelt, gitt dem mulighet til å utrydde kreft og derved gjenvinne kontroll over fremtiden deres, men på den andre siden, erkjenner de at deres behandling, truet visse aspekter ved deres identitet, det å kunne føde barn. De fysiske endringer vil ta fra dem håpet om å kunne få barn i fremtiden, og i sin tur, vil endre hensikten med seksuelle relasjoner, for noen kvinner. Derfor opplever disse kvinnene merkbare endringer i deres intime relasjoner.

Menopause

Begrunnelse: Fjerning av eggstokkene ble oppfattet som tidlig aldring som krever noen grad av "biografisk rekonstruksjon". Dette da kvinnene må ta en revurdering av selvet på nytt. Kvinner som ikke befant seg i en overgangsalderfase ved kreftdiagnosen, opplevde fysiske endringer som hetetokter, tørr skjede og hudforandringer på grunn av mangel på østrogen og senere psykologiske endringer som humørsvingninger er alle vanskelig å bære på.

Relasjonsproblemer og frykt for å miste partneren

Begrunnelse: Kvinner føler ofte begrenset eller ingen seksuell lyst etter behandling, men er i tillegg engstelige for at partneren føler

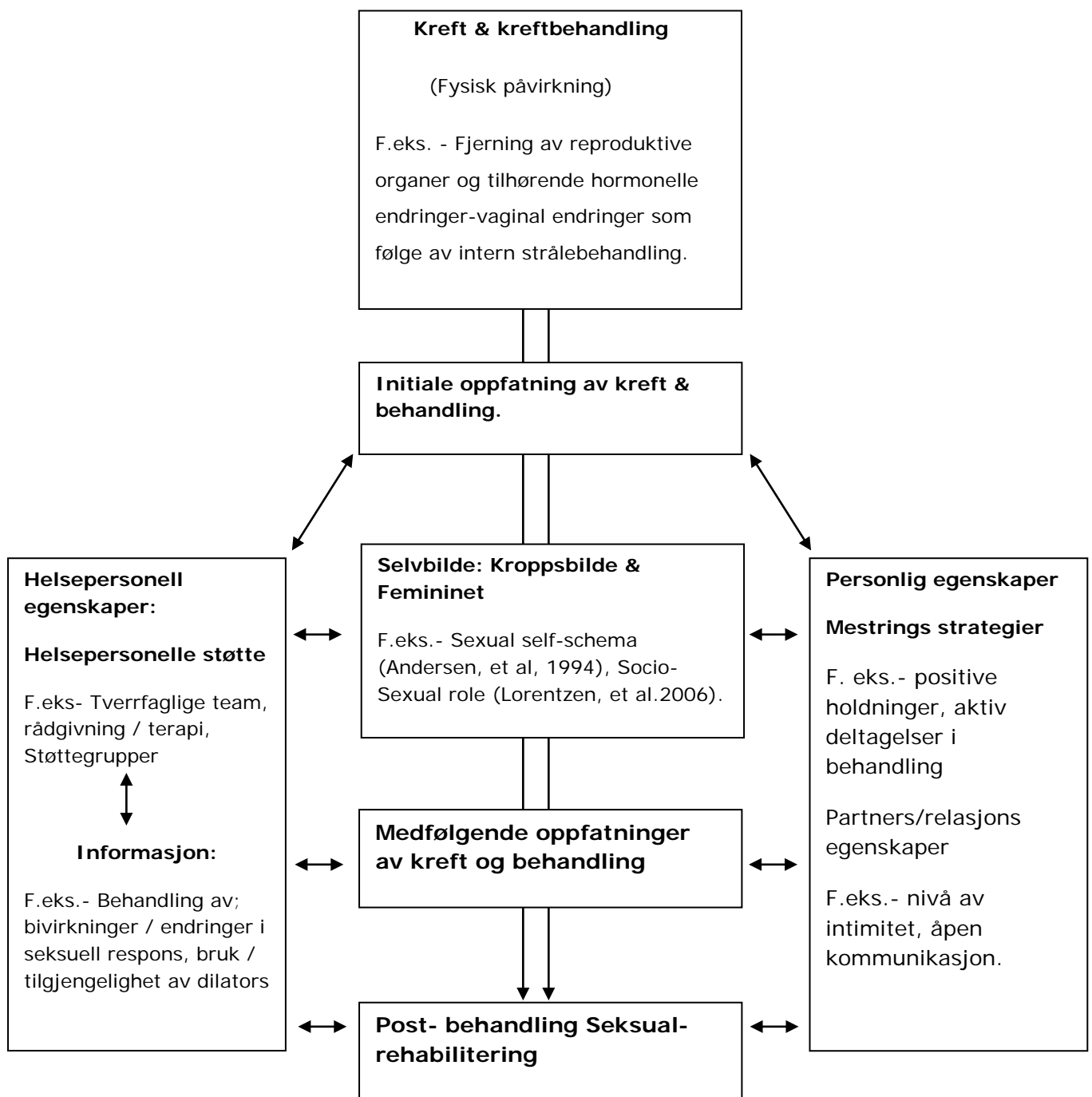
seg seksuelt fratatt, og dermed har et ønske om å gjenopprette seksuell kontakt så snart som mulig, for å redusere belastningen på partneren og på forholdet. Kvinnene føler seg ofte drastisk endret som kvinne, gjennom og etter behandlingen. Samtidig, lengter de etter å kunne uttrykke seg seksuelt, men kan ikke forestille seg hvordan de kan gjøre overgangen fra følelser av angst og frykt om sex, til å føle seg "som en ekte kvinne " igjen. Fysiske endringer resultert fra behandlingen vil ofte skape ubehag som kan være en barriere for intime relasjoner. Dette kan dermed endre seksuelle relasjoner mellom kvinnen og deres partner.

De fem abstraherfunn, dannet grunnlaget for en ny tolking som representerte mitt tema. Dette betydde at funnene knyttet til opplevd kroppoppfatning og dens betydning for kvinners seksualitet etter gynekologisk kreftbehandling, ble sammenliknet i et forsøk for å integrere funnene. Dette skulle bidra med å skape en nyansert tolking av helheten.

"Tilbake til det normale" ble valgt som en ny tolkning av de 5 abstraherte funn. Dette syntes å være av betydning for opplevelsen av psykososiale belastninger i forbindelse med gynekologisk kreftbehandling. For de fleste kvinnene var tilpasningen til livet etter deres behandling preget av anstrengelser for å vende *tilbake til det normale*, til tross for de endringene behandlingen medført deres kropp og liv.

Resultater av denne integrasjon blir fremstilt i en sammenfattende tekst, som er presentert i resultatavsnittet etter analyseresultatene. I tillegg har det blitt gjort et forsøk på å være illustrativ ved å utfylle teksten med en figur (se figur 1).

Figur 1. Den foreslåtte modellen omfatter komponenter som antas av betydning for kvinners kroppsoppfatning og seksuell funksjon etter gynekologisk kreftbehandling.



5.5 Oppsummering

I dette kapitlet ble det redegjort for oppgavens analyse og syntese. Ut ifra analyse fremkom 5 abstraherte funn (endret identitet og roller, mistet femininitet, infertilitet, menopause, relasjonsproblemer og frykt for å miste partneren) og grunner for valg av de abstraherte funnene beskriver kvinners erfaringer etter gynekologisk kreftbehandling og dens betydning for kvinners seksualopplevelse. Målet for syntese ble kort skrevet. I neste kapittel, presenteres studiens resultat (syntes), gjennom konstant sammenlikning mellom studiens abstraherte funn.

6 Resultat

Å komme fram til et resultat, er en prosess der en setter sammen bruddstykker av viten og derved kommer frem til en ny erkjennelse, som er hentet ut fra de inkluderte studiene (Sandelowski, et al., 2007). Et fortolkende arbeid innebærer både induksjon og tolkning. Hovedformålet er utvikling av teori og konsepter basert på de inkluderte studiene (Polit, et al., 2008). Intensjonen er å formidle en presis tolkning av et fenomen og å sammenlikne de individuelle studiene for å oppnå enighet om en felles konstruksjon av fenomenet. De funnene som er bearbeidet ved sammenlikninger i analysen, utgjør det empiriske grunnlaget som gir bevis for studiens resultater (Sandelowski, et al., 2007).

Til hensyn til oppgavens begrensning i forhold til antallsord, ble det bestemt å referere til artiklene i form av nummer (nr.) til hver artikkel som er vist i tabell 1.

Eksempel: Howell, et al. (2003)= nr.1

Burns, et al. (2007)= nr.2

6.1 Kontroll eller tap av kontroll

Å gjennomgå gynekologisk kreftbehandling ble beskrevet som en brå oppvåkning (nr.1,3,9). Kvinner kan oppleve glede for å ha overlevd, men på samme tid er sjokkerte over det som har skjedd (nr.3).

Sjokket er beskrevet som livet var rystet (nr.1,2,3,4,5,7,9), og at de hadde mislyktes" som kvinne (nr.1, 2,3,4,5,6,7,9). De opplevelsene kan føre til følelser av usikkerhet. Den usikkerheten som mange kvinner opplever etter gynekologisk kreftbehandling kan være på bakgrunn av både fysiske og psykiske endringer (nr.1,2,3,4,5,6,7,9,10,11).

I studiene (nr.1,2,3,4,5,6,7,9), beskriver kvinner det å leve med usikkerhet som spesielt utfordrende. Følelser og opplevelser av usikkerhet utfordret alle aspekter av deres eksistens. Usikkerhet var knyttet til lidelse og frykt for fremtiden, det ukjente, mangel på kontroll over kroppen og livssituasjonen, og den pågående bekymringen for tilbakefall av kreft dersom de har intime relasjoner. I studien nr.1 beskrives kvinners opplevelser slik; noen kvinner følte at det å fjerne deres eggstokker var en krenkelse av deres fysiske vesen. Krenkelsen forbundet de med å bli tatt fra muligheten til å kunne velge å bli gravid.

Flere funn beskrev følelsesmessige endringer kan oppstå som resultat av gynekologisk kreftbehandling. Disse inkluderte angst, frustrasjon og sorg. For noen av kvinnene kunne disse vare i en lengre periode, der de opplevde både fysisk og mental utmattelse flere år etter gynekologisk kreftbehandling. Disse følelsene kunne være relatert til smerte og tanken om tilbakefall av kreft dersom de skulle ha intime relasjoner (nr.1,2,3,4,5,6).

Forskerne i studiene (nr.1,2,3,5) pekte på at kvinnene var sårbare etter gynekologisk kreftdiagnose. Sårbarhet, var knyttet til kvinners følsomhet for hvordan samfunnet og hennes partner oppfattet dem. Sårbarhet kan ha en negativ innvirkning på kvinners rehabilitering. Følelser av usikkerhet og ikke ha kontroll, kombinert med bekymringer om smerte, kunne undergrave kvinners selvtillit og kroppsbilde som ofte resulterte i anstrengte relasjoner som igjen belastet kvinnenens intime forhold.

6.2 Å leve med en endret kropp

Funnene (nr.1,2,3,4,6,7, 10,9, 10) viser at kvinners opplevelse av seg selv var endret i betydelig grad. De var ikke lenger de samme menneskene de hadde vært før sykdommen. Endringer forårsaket av diagnosen, førte til at kvinnene følte seg annerledes, og videre strevde

med å integrere disse endringene i deres liv. Erkjennelse av at livet nå var forandret for alltid, var en kilde til følelsesmessige plager, selv når kvinnene hadde støtte fra familie og venner.

Kvinner måtte endre sitt liv og sine forhold på mange måter, som et resultat av sin diagnose og behandling. Kroppsendringer og oppfatningen av deres "jag", påvirket deres følelse av normalitet. Gjennom tiden med kreft følte mange av kvinnene behov for å gjøre "normale" ting og være eller føle seg "normale" igjen, men mange visste heller ikke hvordan de skulle oppnå dette. Lære å leve med den endrede livssituasjonen, handlet om hvordan de skulle tilpasse deres oppfatninger av "normalitet" (nr.1, 2,3,4,5).

Tilpasning syntes å være rettet mot å forstå, akseptere og forholde seg til den nye situasjonen (nr.1,3,5). Kvinnene i disse studiene gjennomgikk en prosess der de kjempet for å redefinere "selvet" ved å søke etter en balanse med å leve med tapet og kroppsendringer.

Erfaringer med tap var et konsistent trekk fra flere av funnene som beskriver; tap av kontroll, tap av vanlig funksjon, tap av troen på seg selv og sin kropp, og tap av vanlige roller som mor, elsker og som kvinne (nr.1,2,3,4,5,6,7,8). Alle disse tapene kunne føre til restriksjoner, som bidro til opplevelsen av å være stresset.

Funnene i studiene (nr.2,3,4,5,6,7,8) beskriver betydning av kunnskap og informasjon for å mestre endringene som påvirker de seksuelle funksjonene. Disse funnene var rettet mot å integrere kunnskap og bevissthet om de endringene. Mangel på kunnskap og informasjon om bivirkningene til gynekologisk kreftbehandling viste seg å være et betydelig problem. Det ble uttrykt ønske om informasjon om gynekologisk kreft og dens behandlingseffekt og bivirkninger både med hensyn til deres kropp og deres seksuelle funksjon.

Temaet "informasjonsmangel" kom fram som den nest høyest funn i studienes resultater. Mangel på kunnskap om kroppens fysisk- og funksjons endringer etter behandling, kunne føre til at kvinner og deres partnere tilpasset deres relasjon i forhold til sykdommen ved å redusere eller legge til side deres seksuelle og intime fysiske relasjoner.

6.3 Å akseptere seg selv

Å akseptere forandringer, syntes å være en prosess som var individuell og kunne variere over tid. Det viser seg (studier nr.1,2,3,4,5,6,7) at kvinner brukte mye energi på å tenke over hva andre mente om henne og hennes kropp. Det er oftest nyttig å bli bevisst på slike ting og komme i gang med å sjekke ut hva som stemmer i praksis, og forstår det som skjer i kroppen. Det å få et bredt spekter av nye erfaringer, gir vanligvis økt bevissthet og forståelse og et grunnlag for endring.

Flere funn (nr.1,2,3,4,5,6,7,9,10,11) viser at mestring kan være en kamp for å opprettholde troen på seg selv til tross for følelser av angst,frustrasjon og depresjoner. Funnene i studiene (9,10,11) viser at nesten alle kvinnene viste symptomer på depresjoner på grunn av kroppsendringer enten umiddelbart eller innen to uker etter operasjon, og at depresjonen kunne vare i flere år etter behandlingen.

I strebet etter å oppnå en "risikofri" kropp, gjennomgår kvinner en behandling som vil endre visse genitale områder som definerer deres seksualitet. Som følge av dette vil også aspekter ved deres identitet, liv og relasjoner fornedres som selvfølgelig ikke nødvendigvis er til det bedre. Funnene viser at kvinnene må revurdere sin rolle og kroppoppfatning for å gjenoppta deres rolle som kvinne og / eller elsker. Funnene fra studiene (nr.1,3,4,5,6) viser at ny integrering av rollene før sykdommen, oppleves som både et ønske og en byrde da de må redefinere "det normale" for å gjenoppta selvet på nytt.

Funnene (nr.3, 4, 5,6) viser at det er nødvendig å forsones seg med kroppsendringene for å oppnå velvære. Ved forsoning mellom kropp og sykdom, kunne kvinner oppnå balanse i deres hverdag og relasjoner. Med balanse menes at kvinners kropp og sinn er i stand til å jobbe sammen igjen uten de spenningene som oppstår på bakgrunn av behandlingen. Funnene beskriver omstillingen som en kamp, der kvinnene måtte kjempe for å oppnå balanse i forhold til seg selv og andre.

Følelser som frustrasjon, sorg og tap, er tydelige reaksjoner som kommer frem i funnene. Funnene beskriver at kvinnene etter en stund aksepterte den uunngåelige effekten behandlingene hadde på deres kropp, og til slutt ga slipp på visse ønsker som for eksempel en eventuell graviditet og visse seksuelle stillinger. Samtidig, å akseptere de permanente endringene som følge av behandlingen, følte tungt å svelge for de fleste kvinner.

6.4 Tilbake til det normale

Nøkkelbegrepet "*tilbake til det normale*" er relatert til å forholde seg til kroppsendringer og kunne leve med disse endringene. Å komme tilbake til det *normale* handler om å kunne gjenoppta sine aktiviteter. Her vil det bety å finne en ny definisjon av hva normalt er, der kvinnen trenger å endre tidligere forventninger og oppfatninger av "*normalitet*". Det handler om å finne balanse mellom den reelle og ideelle kroppen.

Å bli rammet av gynekologisk kreft kan bli oppfattet som en trussel mot livet, selvbilde og kroppsbilde. Dette vil forårsake stor usikkerhet i forbindelse med å gjenoppbygge selvet etter en slik sykdomsdiagnose og behandlingen av denne. En utarbeidelse av å definere selvet på nytt, er en prosess som er karakterisert av arbeidet med å integrere kroppsendringer i eksisterende relasjoner, og blir drevet

av et ønske om å oppnå sikkerhet og ønske om å komme tilbake til det som personen oppfatter som vanlig og normalt.

Å erkjenne at virkeligheten er endret og at en må tilpasse seg forskjellige tap (som for eksempel tap av identitet og rolle, tap av kontroll, tap av autonomi, og tap av seksuell funksjon), er en krevende prosess.

Tilpasningen handler om å lære å leve med de begrensningene og forandringene som oppstår for den enkelte. Dette innebærer innsats for å opprettholde eller gjenvinne den tapte troen på seg selv og å få kontroll over det som oppfattes som begrensninger. Tapet av troen på sin egen kropp, kan være et resultat av at det kroppsbilde er truet. En positiv gjenoppretting av kroppsbilde er å kunne endre på måter man kan se på seg selv.

Å gå tilbake til det *normale*, kan i tillegg relateres til arbeidet med å opprettholde *normale* roller. Kvinner er ofte spesielt knyttet til deres rolle som å kunne føde, altså rollen som mor, og rollen som et feminint menneske og elsker. De kan være så fokusert på deres ideelle oppfatning av disse rollene, at for noen vil dette føre til tap av interesse for å ha intime forhold. Dette kan sees i følgende funn: "Sexual relationships between husbands and wives were altered as a result of ovarian cancer. The physical changes also altered hopes of being able to have children in the future and, in turn, altered the purpose of sexual relationships" (studie nr.1, p.12).

Dette kan være relatert til at for noen kvinner finnes det en sammenheng mellom oppfatningen de har av deres sykdom og de tilpasningsstrategier de velger. Kvinnens usikre situasjon, kan utløse følelsemessige reaksjoner i form av depresjon, sinne, isolering, undertrykking av følelser og manglende tro på seg selv og sin kropp.

Dette kan suppleres av følgende funn: "Many women suggested that it was not only the physical after-effect of surgery that had the potential to undermine their relationships.... also experience uncontrollable personality changes.... many women said they were worried that they would be

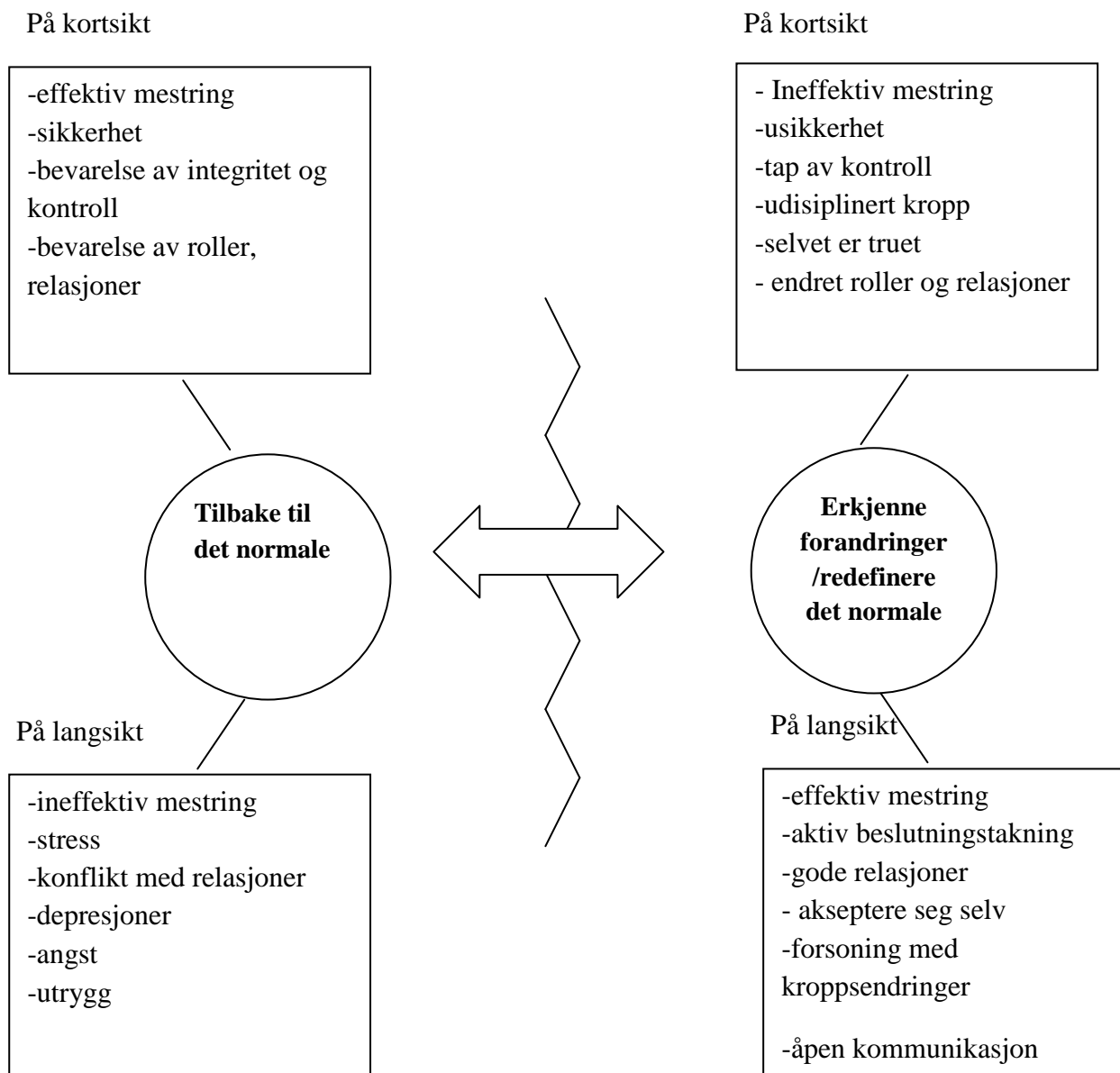
different person following surgery... that they perceived a fundamental connection between material bodies and selves." (nr.1).

Her vil det være viktig for å kunne mestre livets utfordringer, å oppleve kontinuitet i tilværelsen, mener Cullberg (1994).

Mestring er beskrevet som en kamp for kontroll, ved å forhandle med seg selv, prøve å stole på egne verdier, og endre egne holdninger og atferd.

For at kvinnene skal oppleve kontinuitet, må de forstå sin situasjon og tro på at det finnes løsninger. Resultater fra syntesen kan illustreres i følgende figur (figur 2):

Figur 2: Effektiv og ineffektiv mestring etter gynekologisk kreftbehandling



7 Diskusjon

Kvinner som har eller har hatt gynekologisk kreft, slik det er diskutert i kapittel 1, vil mest sannsynlig ha seksuelle relasjoner som er påvirket av kvinnenens opplevde selvbilde. Kvinners kroppsoppfatning som "mindre kvinnelig" mot deres ideelle standard blir oppfattet som brudd med det "normale". I dette kapitlet sees det nærmere på resultater fra forrige kapittel knyttet til teori.

Umyndiggjøringen av disse kvinnene diskuteres på grunnlag av argumenter som fremlegges gjennom, blant annet, manglende valg, og manglende kontroll over kroppen. Normalitet i forhold til seksualitet diskuteres i lys av brudd med normer for "riktig" kvinnelighet, og hvordan dette påvirker kvinners psykiske tilstand.

Resultatet i denne studien gir likheter så vel som forskjeller i kvinners erfaringer og behov. Resultatet viser at tanker om kreftdiagnose var dominerende og kvinnene i hovedsak var fokusert på behandlingen, for å komme gjennom sykdommen.

Andersen, et al. (1994) viser i sin litteraturgjennomgang en variasjon i hvor raskt en kommer seg gjennom sykdommen og behandlingen etter en gynekologisk kreftbehandling. Når kvinner er ferdig behandlet og erklært "frisk", kommer tanker og spørsmål om seksualitet opp hos både kvinnene og deres partnere. Andersen, et al. (1983) viser at enslige kvinner vil fortære begynne å tenke om seksualitet og deres seksuelle relasjoner, fordi de ønsker å begynne et eventuelt forhold i nær fremtid.

Resultater fra studier (1,2, 3,8, og Maughan, et al., 2001) viste variasjoner i når det er mest hensiktsmessig å ta opp spørsmål tilknyttet seksualitet, for å redusere bekymringer for hva fremtiden kan bringe.

Samtidig, viser resultater fra disse studiene (1,2,3, og Maughan, et al., 2001), at mangel på informasjon og kunnskap om konsekvensene for seksualitet kan være et signal om at teamet seksualitet ikke er tillatt å snakke om, og antagelig øke usikkerheten i forhold til endringene som skjer i disse kvinners kropp. Alle kvinner i disse studiene, uttrykte bekymringer i forbindelse med endringene som skjedde i kroppen. For å få tilstrekkelig informasjon, ble det uttrykt behov for informasjon både muntlig og skriftlig, og at tilstrekkelig informasjon bør gis av en kompetent person, i en fortrolig samtale.

7.1 Diskusjon av resultater

Kontroll eller tap av kontroll var det de fleste kvinner i studiene, anså som det vanskeligste å forholde seg til. På den ene siden beskriver kvinnene om kirurgi som en mulighet for å gjenvinne kontrollen over deres kropp, og forhåpentligvis sikre overlevelse. På den andre siden beskriver de kirurgi som årsaken til tap av kroppslig kontroll.

Kirurgisk fjerning av eggstokker er fremdeles en standard komponent i gynekologisk kreftbehandling. I ukene og månedene etter behandlingen opplever kvinner, som var pre-menopausale ved diagnose, de første fysiske symptomene på mangel på østrogen og senere den psykologiske tilstanden rundt overgangsalderen.

Mange kvinner mener at dette aspektet ved behandlingen må få langt mer oppmerksomhet enn den får i dag, da dette ofte skjer plutselig og tidligere i livsløpet enn det som er forventet. Hetetokter, hudendringer, vaginal tørrhet, humørsvingninger, samt risikoen for osteoporose og kardiale risikofaktorer, er eksempler på de bekymringene som kvinner beskriver som stressende, og hvor de ikke har kontroll.

Tanker om å ha en "disiplinert" kropp, er viktig for kvinnenens selvidentitet som ofte blir gjentatt i kvinnenens beskrivelser. Med en disiplinert kropp

menes her en kropp som får menstruasjon, fravær av hetetokter og humørsvinger på grunn av østrogen mangel og å kunne velge å bli gravid. I henhold til kvinnenes beskrivelser, er deres identitet som "ung kvinne", avhengig av å ha en bestemt type kropp. Mange kvinner beskriver de fysiske virkningene av overgangsalderen som en trussel mot selvet, da menopause resulterer i en kropp som ikke lenger er mottakelig for disiplin.

Følelse av tapt identitet, refererte til den oppfatningen av måten deres partnere eller andre mennesker, så på dem som kvinne. Dette tyder på at seksuell funksjon ikke blir sett på som en isolert komponent, men er avhengig av måten kvinnene oppfatter endringene som er pålagt deres seksuelle liv, som følge av gynekologisk kreft og behandlingsformene. Dette stemmer med Duesund (1995) og Merleau-Pontys (1986) tanker om at vår kropps- eller selvforståelse er knyttet til måten vi blir oppfattet av andre, og hvordan andre møter vår kropp. Andres positive, negative, eller nøytrale reaksjon kan bli medvirkende til vår selvoppfatning.

Vi påvirkes også av et komplisert samfunn med idealer, holdninger og forventninger. På samme måte som vår kropp er i endring hele livet, endres kvinners kroppsbilde under påvirkning i positive og negative retninger (Duesund, 2001).

Når kvinner blir behandlet for gynekologisk kreft, sliter ofte de med følelsen av å være mangelfulle i flere år etter behandling. De beskriver sin kropp som både "den synlige og usynlige". Det synlige, knyttet til deres form og utseende, og den usynlige, knyttet til deres reproduktiv organ. Kvinnene beskriver hva det betyr å være kvinne og hvordan det endrede reproduktive systemet, har påvirket deres definisjon av seg selv som kvinne.

Duesund (2001), hevder at menneskets kropp er det mest fundamentale mellom selvet og samfunnet. Dette kroppsidealet er innlemmet i kulturen som endrer seg gjennom et samspill mellom kroppen og samfunnet.

Gjennom samfunnets normer og verdier, tillegges bestemte egenskaper for de rollene vi til enhver tid inngår i.

Lorentzen, et al. (2006) hevder at seksualitet er regulert og preget av sosiale verdier og det samfunnet en lever i. Derfor kan endringer i kroppen som følger av en gynekologisk kreftbehandling innebære at kvinnene må gjennomgå en revurdering av disse verdiene. Dette er fordi forholdet mellom kropp og sinn er betydelig mer komplekst enn dagens helsediskurser innebærer.

For disse kvinnene, påfører en fjerning av deres kroppsdelers gjennom kirurgi gynekologisk kreftbehandling, både tap og gevinst i forhold til deres identitet. Den iboende motstridende opplevelsen blir, å leve videre, og sorgen av å miste en del av seg og sin identitet. Kroppen er både subjektiv, objektiv og personlig erfarende. Vi *er* en kropp, og vi *har* en kropp, og vi merker både oss selv og andre gjennom kroppen, hevder Merleau-Ponty (1994).

Mange av kvinnene i studiene, nevner eggstokkene som "selvet". Det er ikke slik at medisinen fjerner den "farlige delen", men de fjerner det "iboende selvet". Selv om kirurgi blir oppfattet som et relativt uunngåelig valg, er fortsatt ingenting som er enkelt for disse kvinnene. Kropp og sinn påvirker hverandre i et gjensidig forhold, og bygger vår personlige identitet.

Merleau-Ponty (1994) skriver, vi har ikke bare en kropp, men selvet og identiteten er nedfelt i kroppen vår. Livet leves gjennom kroppen, og den er avhengig av relasjonene våre til andre mennesker. Det gjør kroppen både relasjonell og individuell på samme tid.

Merleau-Ponty (1994) bruker begrepet *den levde kroppen*. Det hentyder til at alle de erfaringer vi har av å leve i verden, er noe vi først og fremst har, er, og gjør, som kropp. Livet leves i og uttrykkes gjennom kroppen. Merleau-Ponty ser på kroppen som en helhet der alle deler står i et indre forhold til hverandre. Det handler aldri om bare en fysisk, materielle, eller psykisk verden. Det er gjennom helheten, gjennom den integrerte levde

erfaringen, at mennesket opplever verden og er i verden (ibid). Det å gjennomgå en gynekologisk kreftbehandling, dermed kan sees på som et mer komplisert valg.

Tapene er mange og sorgen er intens, og arbeidet med å gjenoppbygge en følelse av å være "hel og verdig" om selvet, er vanskelig og tar lang tid. Det første skrittet for den type pasienter, er å erkjenne at de må leve med følgetilstander som for eksempel sterilitet, seksuell svekkelse eller for tidlig overgangsalder.

Merleau-Pony verdsettes kroppens erfaringer som primære (1994).

Knytted slike perspektiver til sykepleie kan det legitimeres, at både sykepleiere og pasienter bør ha mer fokus på det som erfares med og i kroppen. Det er vanskelig å endre en tilstand, uten først å akseptere tilstanden.

Den onkologiske yrkesprofesjonelle kan tilby disse kvinnene hjelp med det medisinske problemet, og kan videre tilby henvisning for støtte i forbindelse med de emosjonelle problemene. Selv etter at komfortabel sex er blitt restaurert, sliter ofte kvinner med hva kreftbehandlingen har betydd for dem som kvinner, i et forsøk på å gjenvinne en visjon av seg selv som komplett, feminin, verdig, vital og en seksualpartner.

Et forsøk på å reparere en visjon av seg selv, som muligens er ødelagt eller skadet, og å få tilbake en følelse av styrke, energi, gnist, sjarm, humør og attraktivitet i sin kvinnelige væremåte, er noe som går langt utover den fysiske seksuelle reaksjonen.

Å kunne gjenoppta selvet etter gynekologisk kreftbehandling krever en ny revurdering av det normale. Dette innebærer at det normale blir redefinert for å kunne oppnå forsoning med kroppsendringer, og kontroll over situasjonen etter behandlingen. Dette vil for en del handle om å gi en seksuell revurdering som medfører nye måter å ha sex på, og dermed hjelper kvinnene til å føle seg som andre "friske" kvinner. Grunnen til at mange kvinner forblir engstelige, kan være knyttet til kvinners måte å

håndtere bekymringer på. Dessverre, har mange kvinner en tendens til å holde bekymringene knyttet til seksualitet inne, uten å prate med andre. I slike tilfeller vil kvinnene befinne seg i en verden der de opplever at de blir langt mindre forstått og akseptert.

Mange kvinner med gynekologisk kreft må kjempe med en enorm følelse av ensomhet og isolasjon (nr.1,4,7,8,). Sammenlignet med brystkreft, er gynekologisk kreftprognose mindre sosialt og emosjonelt akseptabel, mener Andersen og Hacker (1983; 1994). Dette gjør det vanskelig for kvinner å snakke om sine reaksjoner og følelser i forhold til denne tøffe situasjonen de befinner seg i.

Relasjoner til partner kan bli kraftig påvirket. En kvinne i et forhold kan i tillegg forsøke å beskytte sin partner ved å tie stille om hvordan effekten av kreft påvirker hennes følelser og kropp. Det kan ta måneder eller år for å etablere en likevekt i forholdet. Dette kan ha sammenheng med at ofte reagerer partnerne i et forhold ulikt på krefterfaring, og disse ulike måtene kan føre til flere typer friksjon i forholdet. De opplevelsene som er vanskeligst å diskutere med en partner, er ofte risikoen for død, de seksuelle vanskene, overgangsalder problemstillinger og ufruktbarhet (ibid).

Etter en gynekologisk kreftbehandling kan kroppen erfares som hinder for deltakelse i et intimt og seksuelt forhold. Kroppen blir uønsket.

Desintegrasjon fra egen kropp innebærer splittelse i selvpplevelsen.

Kroppen oppleves fremmed og uberegnelig. Opplevelse av desintegrasjon fra en mellommenneskelig verden følger med. Handlingsrommet snevres inn og relasjoner endres. Framtiden kjennes uforutsigbar og utrygg.

Opplevelse av samhörighet kan i tillegg trues, og den hverdagslige fortroligheten raser sammen, som igjen følges av tap av opplevelse av å høre hjemme i sin kropp og sin verden (Leder, 1992; Scarry, 1985).

Merleau-Ponty (1986) peker på at kroppen er vår primære erkjennelseskilde og alle handlingers subjekt. Med det som utgangspunkt,

kan en si at endringer i kroppen endrer livsverdenen. Seksuell dysfunksjon hos kvinner etter en gynekologisk kreftbehandling taler om grunnleggende endringer i kvinners relasjoner til seg selv og sin partner. For den kvinnen som er rammet av gynekologisk kreft, kan det fortone seg som om hele hennes tilværelse står på spill. Det blir viktig å skape ny mening, ny integrasjon, og omskape verdensbilde, slik Scarry (1985) beskriver. Merleau-Ponty (1986) hevder at kroppen burde sees på som en levd erfaring og som en livshistorie, og ikke som et abstrakt objekt, entydig, gitt, og av en materiell størrelse.

Dersom helsepersonell skal kunne hjelpe kvinnene i en slik situasjon, er betydningen av anerkjennelse og innsikt i disse kvinners livsverden viktig for å kunne forstå og hjelpe dem. Å hjelpe kvinner til rekonstitusjon av livsverdenen vil hjelpe kvinner og eventuelle partnere til å finne nye handlingsmuligheter.

Carlsson and Strang (1998) hevder at kvinner mestrer bedre gynekologisk kreftbehandling og uventede komplikasjoner når de har fått tilstrekkelige informasjon og veiledning. Dette kan være fordi tilstrekkelig forberedelse tillot kvinnene å opprettholde kontroll. Dette er i samsvar med studier (1,2,3,4,5,6,7,8) som fant at psykologiske faktorer som følelse av kontroll og positiv selvfølelse, er viktige faktorer i seksuell tilpasning hos kvinner.

7.2 Problemstillinger rundt selvoppfatning

Ifølge Woods (1987) skal pasienters selvoppfatning av hva som er viktig for dem, betraktes som et grunnleggende aspekt for helseomsorgen. Den individuelle opplevelsen som hver kvinne har etter gynekologisk kreftbehandling, bør utgjøre grunnlaget for helsetjenesten hun får. Kvinners selvoppfatning har mest sannsynlig endret seg i en negativ retning, og deres "kvinnelighet" har muligens blitt redusert som følge av behandlingen.

Store forstyrrelser i selvoppfatning har blitt dokumentert av nesten alle studier som er henvist til i denne oppgaven. Kvinnene er for eksempel svært nøye med å holde sin abdomen tildekket og viser konsekvent økt angst og depresjon etter stomi og kirurgiarrdannelse. Alle kvinnene viste i tillegg tegn til å føle seg lite tiltrekkende og forvirret, med hensyn til hva deres seksuelle roller skal være i fremtiden. Lignende forvirring ble også rapportert av kvinnenes partnere (Maughan, Heyman, Matthews, 2001).

Det kom fram at store emosjonelle lidelser etter gynekologisk kreft kan dukke opp tidlig etter behandlingen og kan fortsette under den lange restitusjonstiden, både hos kvinnene og deres partnere. Kvinner opplever å gjennomgå betydelige endringer i sine roller etter gynekologisk kreft. Konsept "The baby thing" (Schaerfer, Ladd, Lammers, Echenberg, 1999) gir ny innsikt i følelser knyttet til tapet av en naturlig livsprosess og rettigheten til å kunne velge å bli gravid. Denne følelsen, følelsen av å bli umyndig, har vist seg ikke å være noe mindre, selv om kvinnene og partnerne deres har barn fra før.

I følge Merleau-Ponty (1986), sier disse kvinners situasjon eller selvoppfatningskontekst, noe om den enkelte kvinnes nåværende ståsted, samtidig som å være preget av fortiden og tanker på fremtiden. Personen er ikke skilt fra sin verden som subjekt eller objekt.

En persons opplevelse av situasjonen sier noe om hvor involvert vedkommende er, og gir retning for hvilke mestringsmuligheter den enkelte har (Lazarus, et al., 1984). Sykepleierens oppgave er å assistere kvinner med de opplevelsene, behovene og problemene som oppstår innenfor disse områdene. Dette innebærer å se på mennesket som en tolker av mening og meningsammenheng, mener Merleau-Ponty (1994).

Mennesker vil alltid påvirke og være påvirket av sin situasjon eller kontekst. Gjennom endringene og prosessene, vil kvinner og deres eventuelle partnere søke å etablere mening. Dersom denne meningen bryter sammen som følge av tap, trussel, krise eller sykdom, vil de

oppleve meningsløshet og kaos, og befinne seg i en stressfylt situasjon (Lazarus, et al., 1984). Å etablere ny mening, krever en drastisk omdefinering av begrepet "normalitet" og "kvinnelighet" (Lorentzen, et al., 2006).

7.2.1 problemstillinger vedrørende infertilitets

Kvinnene i studiene (1,2,3,4,5,6,7), snakket om evnen til å skape og gi liv, som sentral i deres sorg. Dermed kan et kirurgisk inngrep som resulterer i fjerning av eggstokker resultere i følelse av stort tap. Det er ikke bare kvinner som ikke hadde barn som uttrykte bekymring og sorg for å miste valgmuligheten til å få barn. De som hadde barn, uttrykte også potensialet til å kunne reprodusere som en viktig del av deres egen identitet.

En tolkning av kvinners uttrykk forteller oss noe om hva eggstokkene symboliserer. Altså, et tegn på femininitet. Eggstokkene blir sett på som en svært viktig rolle i opprettholdelse av ens femininitet. For disse kvinnene er en kropp med eggstokker en kropp med potensiell for reproduksjon. Dermed ble fjerning av eggstokkene oppfattet som en trussel mot egen identitet, da det resulterer i tap av kontroll over ens fruktbarhet.

Merleau-Ponty (1994) peker på at vår eksistensielle status er at vi er i og bebor en verden som i utgangspunktet er sosial og kulturell. Tenkningen om livsverdenen viser videre til en dyp og uoppløselig samhørighet mellom subjektet og omverdenen. Den handler om vår forståelse av verden som er grunnet i kroppens forståelse av sine omgivelser eller situasjonen.

Studier (1,2,3,4,5,6,7,) viser at infertilitet oppleves som fravær av selvtillit; fra hva som hadde vært konstituert som en viktig selvbeslutningskapasitet, reproduksjon. Mange kvinner har også oppfattet og opplevd tap av eggstokkene som undergraving av sin egen identitet. I følge Leder (1992) og Lorentzen, et al. (2006), er det å være kvinne det

samme som å ha en bestemt type nedfelt identitet. Mens kjønn er sosialt konstruert, argumenteres for at kjønnsidentitet aktivt opprettholdes gjennom før-bestemte idealer.

Den ideelle feminine kroppen sier noe om hvordan en kvinnes kropp skal se ut og virke. Den skal ha en bestemt kroppslig form. "Den ideelle feminine kroppen", utgjør en trussel mot kvinners identitet når kroppen ikke lenger tilsvarer "de feminine idealene".

Mange kvinner antydte at det ikke bare var de fysiske endringene av behandlingene som undergravde deres relasjoner. Opplevelse av ukontrollerbare personlighetsendringer etter gynekologisk kreftbehandling, er noe kvinnene ofte gir uttrykk for. De sa at de var bekymret for at de ville være forskjellige personer før og etter operasjonen.

7.2.2 Problemstillinger vedrørende seksualitet

Som nevnt tidligere i kapittel 1, er seksualitet vanskelig å definere, da det kan både være entydige handlinger og relasjoner, og så videre.

Seksualitet står for en mengde mangfoldige betydninger og blir vurdert ulikt av hver enkelt kvinne og mann (Lorentzen, et al., 2006). Videre skriver Lorentzen, et al. (2006), at det er vesentlig forskjell mellom kvinners og menns seksuelle syn og forhold, der hans er genital, aktiv, dominerende og undertrykkende, mens hennes er forsiktig, diffus, omsorgsfull og egalitær (ibid. s. 257).

Studier (1,2,3,4,5,6,7, 8, 9, 10,11,12) viser at kvinner ofte kan føle lite eller ingen seksuallyst rett etter en gynekologisk kreftbehandling.

Samtidig, føler disse kvinnene angst for at deres partnere skal føle mangel på seksuell kontakt, og ønsker dermed å gjenopprette denne kontakten så snart som mulig for å redusere belastningen på partneren og på forholdet.

Kvinnene kan forsøke å opprette den seksuelle kontakten i de første ukene eller månedene etter behandling, selv om de finner det ofte ubehagelig, og i verste fall, vondt. Samtidig viser studier (nr.1, 2, 3, 7 og Maughan, et al., 2002) at partnerne, dersom kvinnene har en, kan også føle angst med å gjenoppta denne seksuelle kontakten, fordi de er redde å påføre smerter.

Corney, Everett, Howells og Crowther (1992) og Rasmusson, et al. (2008) mener at kommunikasjons vanskeligheter kan skape stress i et forhold, og kan føre til følelsesmessige reaksjoner hvor partnere trekke seg tilbake for enhver form for intimitet.

Gjenopptakelse av samleie kan fremkalle angst for begge partnere, men åpen kommunikasjon om problemer kan forhindre eller redusere langsiktige seksualproblemer. Corney, et al. (1992) mener at problemet med kommunikasjon kan skape stress i et forhold, og kan føre til følelsesmessige reaksjoner, der begge parter som resultat, kan trekke seg tilbake for enhver form for intimitet. Gjenopptakelse av samleie kan fremkalle angst for begge parter, men åpen kommunikasjon kan forhindre eller redusere langsiktige seksuelle problemer.

Maughan, et al. (2002) mener at for å løse dette problemet trengs det helsepersonell som involverer partnerne til disse kvinnene i diskusjonene om omsorg og problemer. Å gi kunnskap knyttet til den kroppslige og følelsesmessige endringer hos kvinner etter gynekologisk kreftbehandling til begge partnere, lette parets gjensidige kommunikasjon.

En trygg relasjon med partner viste seg å være av stor betydning for kvinnen å komme seg gjennom behandling, deres syn på sin kropp og ikke minst hjelper kvinner med å gå videre i livet. Helse profesjonelle må huske at partnerne har like mye behov for informasjon og råd om seksuelle vanskeligheter, som kvinner har etter en gynekologisk kreftbehandling, skriver Rasmusson, et al. (2008).

7.2.3 Aldringsproblemstillinger: Menopause

Kvinner som har vært behandlet for gynekologisk kreft, sliter ofte med følelsen av å være mangelfull i årevis etter behandling. Tapene er mange, sorgen er sterk, og arbeidet for å gjenoppdage en hel og fullverdig følelse av selvtillit er vanskelig, og tar vanligvis lang tid.

Merleau-Ponty (1986) hevder at "levde kropper" oppfatter, skaper, uttrykker og inkarnerer (legemliggjør) mening i gjensidig avhengighet med sine omgivelser. Det retter oppmerksomheten mot levde kropper som uttrykksfelt og erfaringskilde. Med utgangspunkt i kroppen som uttrykksfelt er følgende temaer sentrale: Hva levde kropper uttrykker om situasjonen her og nå, og hva levde kropper uttrykker om sin livssituasjon og livserfaring. I det første tilfellet rettes oppmerksomheten mot kommunikasjonen i møtet mellom klinikker og pasient. Levde kroppers evne til å skape og uttrykke mening konstituerer relasjoner mellom mennesker (Ibid).

Å miste eggstokkene og dermed mangel på østrogen hormoner, er en del av gynekologisk kreftbehandlingens senbivirkninger. Mange kvinner i disse studiene (nr.1,2,3,4,5,6,7,9,10,11) mener at dette aspektet av behandlingen fortjener langt mer oppmerksomhet enn den får, da dette ofte skjer plutselig og tidligere i livsløpet enn det som er forventet. Dette problemet forårsaker endringer som, infertilitet, hetetokter, hudforandringer, vaginal tørrhet, humørsvingninger, samt at kvinner står i fare for osteoporose og kardiale risikofaktorer.

Yngre kvinner som får en vellykket gynekologisk kreftbehandling og er blitt erklært friske, rapporterer at problemstillinger tilknyttet menopause ofte føles som "for mye". Hele opplevelsen for de yngre kvinnene er overveldende i og med at det ikke bare er kreft, men også for tidlig overgangsalder, infertilitet og tap av seksualitet som de i tillegg må forholde seg til.

Merleau-Ponty (1994) mener at opplevelsen av mening både skapes og uttrykkes direkte i kroppen. Erfaringen av å være i kontakt med ens egen kropp er viktig for hele eksistensen til en person. En mulig implikasjon av det er at kvinners seksuelle tilstand er relatert til hva slags kroppslig nærvær og refleksjon hun har til sin egen kropp. Livsverdenen viser til kvinners erfaringsverden slik hun til daglig erfarer den og gir den mening.

7.3 Seksualiteten og dens betydning for kvinners livskvalitet

Til tross for emosjonelle traumer som følger en kreftdiagnose og de vanskelige behandlingene, mestrer de fleste individer deres nye livssituasjon og gjenopptar sine livsrutiner dersom de forblir sykdomsfri, mener Andersen, et al. (1994). Samtidig, men igjen til tross for den generelle positive prognosen for de som overlever kreft, er forekomsten av episoder med avbrudd i det daglige livet en stor belastning for både pasientene og deres familie. Et av de områdene som er vanskelige, er den direkte effekten av sykdommen og / eller behandlingene på det fysiologiske.

Videre kan de fysiske følgetilstandene gi forstyrrende virkninger på pasientens psykologiske tilstand, som for eksempel økt psykologisk ubehag i form av negativ kroppsoppfatning. Selv når uheldige fysiologiske effekter ikke forekommer, forblir mange kreftpasienter bekymret for sin helse. Disse bekymringene varierer fra helsebekymringer til angst for døden. Dermed har forskere, i tillegg til de fysiologiske effektene, også fokusert på de psykologiske tilstandene som følger kvinner etter en gynekologisk kreftsykdom. Dette kan inkludere traumatisk stress, avbrutte mellommenneskelige relasjoner, ufruktbarhet og bekymringer omkring det seksuelle.

Studiene til Andersen (1983) og Andersen, et al. (1994), inkluderer livskvalitet i forhold til seksualitet. Disse studiene viser at overlevelse etter en gynekologisk kreftsykdom, er generelt positive. Denne

konklusjonen er underbygd av faktorer som synes å være viktige moderatorer for utfallet. For eksempel korrelerer omfanget av behandling som kvinner får med kvinners selvpålevelse. Kvinner som får konservativ behandling vil generelt rapportere bedre psykologisk utfall enn de som gjennomgår radikal behandling. Tilsvarende rapporterer "eldre" pasienter mindre ubehag enn "yngre" pasienter etter en gynekologisk kreftbehandling når det gjelder kroppsendringer (ibid).

7.4 Konsekvensen for sykepleiepraksis

Når kroppen blir syk, endres altså livsverdenen på grunnleggende vis. Utgangspunktet for å kunne hjelpe er å anerkjenne og få innsikt i den virkeligheten kvinner med gynekologisk kreft opplever. En felles kommunikativ grunnlag gir forutsetninger for et best mulig handlingsgrunnlag (Rasmusson og Thome, 2008).

Fortellingen om det å være syk og konsekvensene av dette, er en viktig kilde til innsikt i kvinners livsverden for klinikere. Det å binde sammen erfaringer og hendelser til en historie med mening og sammenheng er med på rekonstituere livsverdenen for den det gjelder (Rasmusson, et al., 2008). Det gjør erfaringen av det å være syk mer forståelig. Med klinikerens eller terapeutens hjelp kan også utforskning av sykehistorie gi mulighet for å gi vesentlige livserfaringer ny mening, med mulighet for å se nye handlingsmuligheter. Det kan rett og slett være del av terapien, da kvinners perspektiv først og fremst har basis i en verden av levd erfaring knyttet til den nåværende situasjonen (ibid).

I vårt tilfelle handler det om kvinnenens og klinikerens forståelse av seg selv og den andre, slik det uttrykkes i det felles møtet. Det er altså relasjonens kvalitet som kommer i søkelyset. Klinikerens sensitivitet når det gjelder å ta inn og fortolke den andres kroppslige ytringer, er kilde til kunnskap om hvordan pasienten opplever situasjonen her og nå og viktig for den videre samhandling.

Å anvende slik informasjon på fruktbart vis, er imidlertid avhengig av at klinikerer også retter oppmerksomheten mot egen måte være oppmerksom på. Og det hele må sees i lys av den spesielle situasjonen. Det medisinske blikket er ikke skarpt når det gjelder å se etter og systematisere kunnskap om hva kropp uttrykker (Travelbee, 2003). Helsepersonell er først og fremst ute etter å bekrefte eller avkrefte objektiviserbar sykdom inne i kroppen, men for å forstå et fenomen må man kjenne det gjennom sansingen (Martinsen, 2003).

Når helsepersonell har sitt fokus ensidig rettet mot den medisinsk-vitenskapelige representasjonen av sykdommen, beveger han eller hun seg vekk fra kvinners erfaringsverden. Slik kan det oppstå en kommunikasjons- kløft mellom de to (Travelbee, 2003). Om det er tilfelle får sykehistorien kun relevans i den grad den kan brukes i forhold til patologiske forhold i kroppen. For å understreke, dette er selvsagt et viktig siktemål. Disse kvinnene er tjent med at legen følger kvinners symptomer, og legen er forpliktet til å gjøre det. Å stille en korrekt diagnose kan handle om liv og død. Det er et nødvendig fokus, men langt fra tilstrekkelig, mener Andersen (1990).

For å kunne hjelpe disse kvinnene på en god måte, må helsepersonell også være oppmerksom på sykehistorien som kilde til innsikt i kvinners opplevde realitet. Som levde kropp i dyp samhørighet med omverdenen (Merlau-Ponty, 1994), har mennesker grunnleggende erfaringer som skaper basis for kommunikasjon. Både klinikere og pasienter har forankring i en livsverden. Å stille seg åpen for den andres erfaringsverden er imidlertid ikke gitt. Det utfordrer til å sette egen forforståelse på prøve og skjerpe evnen til lydhørhet (Travelbee, 2003).

7.4.1 Sykepleierens rolle i kommunikasjon om seksualitet

Seksualitet er en viktig del av menneskers helse, men det viser seg at sykepleiere og andre helsepersonell overser dette av en rekke årsaker. Denne studien har beskrevet endringer i seksuell funksjon etter gynekologisk kreftbehandling knyttet til kvinners kroppssoppfatninger. Men det som kommer tydelig fram er at mangel på informasjon, opplysninger og kunnskap om kroppens fysiologiske endringer, er i tillegg en kilde til stress og negative kroppserfaringer hos kvinnene.

Kunnskapsgapene på disse områdene er betydelige. Det mest iøynefallende av disse er mangelen på forskning om seksuell funksjon og formidling av kunnskap til kvinner, før og etter inngrepet. Det er generelt akseptert at før kirurgi og andre medisinske tiltak, har pasienter behov for informasjon, både slik at de kan gi informert samtykke til inngrepet og for å legge til rette for forståelsen.

Adekvat preoperativ utdanning av kvinner og deres partnere kan være nyttig i å forebygge eventuelle psykiske problemer i den postoperative perioden, mener Maughan, et al. (2002). Når feilaktige opplysninger er innarbeidet i kvinners oppfatninger, kan det være vanskeligere å gi dem faktisk informasjon. For kvinner som opplever endringer i sin seksualitet på grunn av gynekologisk kreftbehandling, kan fravær av kommunikasjon om seksualitet med helsepersonell medføre en ekstra byrde for pasientene når det gjelder deres syn på selvet (studier nr. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,).

Helsepersonelle snakker ikke om seksuelle problemer med pasientene og gir ikke informasjon eller undervisning i dette området (studier nr. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7). De kan være tilbakeholdne med å stille spørsmål om pasientenes seksuelle funksjon fordi de er flau, eller at de ikke tror at seksualitet er en del av pasientens problem, eller føle at de ikke er trent tilstrekkelig for dette. Dette kan føre til at sykepleiere føler at å spørre om seksualitet er en invasjon på pasientenes privatliv.

Sykepleierne i studien (Stead, et al., 2003) oppgir at de ikke vet hva den riktige intervensjonen som de burde velge for diverse seksuelle problemer. I studiene (nr.1,2,3,4,5,6,7,8) beskriver kvinner med gynekologisk kreft at diskusjonen om seksuelle problemer er hensiktsmessig. Selv for dette, er sykepleiere mer villig til å vente på at pasientene tar initiativ til samtalen enn å stille pasienter spørsmål om deres seksualitet. Dette resulterer i at temaet seksualitet ikke blir inkludert i behandlingen, og dermed ikke gir pasientene helhetlig omsorg som fokuserer på alle aspekter ved konsekvensene av deres sykdom.

Forslag til informasjonsdeling før gynekologisk kreftbehandling, inkluderer en-til-en rådgivning fulgt av en mulighet for videre diskusjon med helsepersonell (Bachmann, 1990). Det ble også bemerket at helsepersonell bør være mer komfortabel med å snakke om kvinners seksuelle problemstillinger enn å snakke bare om mekanismene i det kirurgiske inngrepet (Rasmusson, et al., 2008).

Å snakke om seksualitet kan oppfattes som en stor barriere som er vanskelig å overvinne, men det er noen relativt enkle strategier for å inkludere dette som del av den kliniske omsorgen. Den første er å ta opp personlige holdninger som kan hindre sykepleierne i å inkludere dette temaet i pleie og omsorg. Personlige holdninger til seksualitet må vurderes, og dette kan gjøres privat eller på arbeidsplassen der mulighetene for diskusjon kan gis. Seksualitet er et problemområde som angår helsevesenet, og det er et område der, som tidligere nevnt, sykepleiere ikke er veldig komfortable. Imidlertid finnes det utallige måter å rette dette forholdet på.

Gode kommunikasjonssevner er avgjørende og grunnlaget for all sykepleier. En måte for sykepleiere å inkludere temaet seksualitet i sin praksis på, er å bruke PLISSIT- modellen (P = Permission, LI = Limited informasjon, SS = Spesifikke Forslag, IT = Intensive terapi). PLISSIT- modellen er hentet fra Den norske Sykepleiehandboken for Multippel

Sklerose pasienter som tar utgangspunkt i den kanadiske Care Plan som ble utarbeidet av kanadiske sykepleiere i år 2000. Den norske versjonen er utarbeidet av sykepleiere og nevrologer i samarbeid med Serono Nordic AB. Kapital 5 i denne boken handler om seksualitet hos Multippel Sklerose (MS) pasienter, men det viser seg at forslagene for kommunikasjon om seksualitet kan benyttes også for andre pasients grupper.

Det første nivået (P) i denne modellen innebærer å gi pasientene tillatelse å snakke om seksuelle problemer. Et eksempel på å gi tillatelse på, kan være å si: "Kvinner som gjennomgår denne prosedyren ofte har spørsmål eller bekymringer om seksualitet. Er det noe du ønsker å snakke om?" Alle sykepleiere burde være i stand til å fungere på dette nivået.

Det andre nivået (LI), begrenset informasjon, refererer til faktiske opplysninger fått i respons på et spørsmål eller observasjon. For eksempel: "Det er greit å kysse og kose med din partner; ikke vær bekymret hvis du blir opphisset. Dette er ikke skadelig, og vil faktisk framskynde din helbredelse".

Det tredje nivået innebærer å gjøre et bestemt forslag (SS) til pasientene, noe som krever en dypere kompetanse. Et eksempel på dette er, "Hvis du finner samleie smertefullt, spesielt på grunn av dyp penetrasjon, kan du foreslå for partneren din at du vil bruke en "side-by-side" posisjon, eller at du er på toppen. På denne måten kan du styre dybden på penetrasjonen og hastigheten på skyvningen, noe som vil redusere sjansen for at du opplever smerter under samleie".

Det fjerde nivået omhandler intensiv behandling (IT) som trengs for alvorlige eller mer langvarige seksuelle problemer. Følgende uttalelse vil være hensiktsmessig: "Det høres for meg ut som om de seksuelle problemene du beskriver har hatt langvarig effekt på deg. Derfor vil jeg

henvise deg til Dr. X, som er ekspert på dette området." (Den norske sykepleiehåndboken for MS, s.113).

Kunnskap om og forståelse for medisinsk behandling og dens mulige bivirkninger for seksualitet, ble funnet å være en viktig del av mestringen for å håndtere den endrede situasjon hos både kvinnene og deres partner. Kvinnene og deres partnere har rett til å bli informert i forbindelse med undersøkelser, behandling og bivirkningene av denne.

Mangel på informasjon om en eventuell endret seksualfunksjon etter en gynekologisk kreftbehandling, kan virke slik at kvinner og deres partner takler eventuelle psykiske og relasjonsproblemer dårligere. Å øke kvinners kunnskap om seksuelle vanskeligheter etter gynekologisk kreftbehandling vil virke som et verktøy som bedrer kvinners psykologiske mestringsevne og dermed deres tilpasning i intime relasjoner (Rasmusson, et al., 2008).

Lazaruz, et al. (1984) skriver at den psykologiske mestringen handler om måten man psykisk takler problemene med å mestre det sosiale miljøet, og peker mot å ta kontroll over eget liv. Kvinner opplever i større eller mindre grad at sykdommen og dens behandlingseffekt fører til et "brudd i livet". De får en diskontinuitet, i motsetning til å leve et stabilt, forutsigbart liv med god helse. Mestring handler derfor om å opprette kontinuitet, rekonstruere følelsen av helhet og forsøke å skape orden og sammenheng og derigjennom kontroll over eget liv (ibid).

Både informering og undervisning vil, om den er vellykket, føre til en læring hos pasienten. En slik læring kan føre til endring av kunnskaper, ferdigheter og holdninger. I de fleste tilfeller ønsker man seg at alle tre blir endret, men det endelige målet med læringen er ikke en "mental endring", men en bedre helse og mestring (Rasmusson, et al., 2008). For å oppnå dette, vil veiledning fra helsetjenesten være sentral. Det er ikke nok å fortelle hva pasienten skal gjøre, man må lytte til pasienten og gi

vedkommende den informasjonen som vedkommende opplever som viktig.

7.5 Diskusjon av studiens validitet

Å etablere og opprettholde et audit trail, er en nøkkelkomponent for å optimere gyldigheten av undersøkelsen. Et audit trail er definert som registrering av alle dataoppføringer som en person har gjennomført over en bestemt periode.

Tilstedeværelsen av en pålitelig litteratursøk samt individuelle vurderinger av artiklene, og enkeltheten med å følge sporet, er alle indikator på god intern kontroll og dermed danner basis for objektivitet (Sandelowski, et al., 2007). I følge Sandelowski, et al. (2007) skal en audit trail inneholde dokumentasjon relatert til søkestrategier, overveielser og beslutninger som er tatt i utarbeidelsen av studien. Dette kan betraktes som bevis på disse avgjørelsene og betraktningene.

Undersøkelsens audit trail består derfor av dokumenter der søkeloggen for hver database vises. Dette er vist i vedlegg 1. Den består i tillegg av et separat dokument som inneholder sine egne betraktninger og vurderinger av de enkelte artikler, noe som gjenspeiles i vedlegg 2. Sandelowski, et al. (2007) rapporterer at bruk av audit trail kan visualiseres som "å tenke høyt strategi". Dermed er audit trail primære produkt er selve prosessen.

Dette undersøkende audit trail er viktig for studiens gyldighet da det bidrar til å dokumentere de valgene som er gjort og begrunnelsene i forhold til selve prosessen. Denne studien inneholder egne vurderinger, basert på de inkluderte studiene.

7.5.1 Beskrivende, fortolkende, teoretisk og pragmatisk validitet

Sandelowski og Barroso (2007) beskriver fire typer gyldighet med hensyn til funn som må tas i betraktning. Disse er: beskrivende, fortolkende,

teoretisk og pragmatisk validitet. Beskrivende validitet, refererer til den faktiske nøyaktigheten av data. Dette betyr at alle relevante studier er funnet ved hjelp av et uttømmende søk, og som identifiserer de riktige elementene, og funnene i disse artiklene er presentert. I denne studien rådførte jeg meg med en bibliotekar i det helsefaglige fakultet. Dette ble gjort for å diskutere søkestrategier, og sikre et uttømmende søk.

Den fortolkende gyldighet, refererer til en rettferdig representasjon av forfatterens forståelser og forutsetninger (Sandelowski, et al., 2007). Det ble tatt individuelle vurderinger av artiklene der forskerens bakgrunn, og teoretiske og metodologiske forankring ble vurdert. Det ble i tillegg tatt en komparativ vurdering av artiklenes resultater, for å forstå grunnlaget for funnene bedre.

Teoretisk gyldighet omhandler troverdigheten til forskerens tolkninger av studiens funn, mens pragmatisk validitet handler om bruken og overførbarheten av kunnskapen til praksis. I hensikt til studiens teoretiske gyldighet, ble det tatt en konstant målrettet sammenlikning av forfatterens fremgangsmåte. Videre handler den pragmatiske gyldigheten, i henhold til Sandelowski, et al. (2007), blant annet om å møte andre forskere og diskutere forskjellige tolkninger av studien, og om å få kliniske eksperter til å vurdere de integrerte funnene. Dette har ikke vært mulig i denne studien, da oppgaven er utformet som en individuell oppgave.

7.6 Svakheter ved litteraturstudie som forskningsmetode

En svakhet ved en litteraturstudie er at forskerens bakgrunn og perspektiv kan påvirke utvelgelsen og tolkningen av studiene. Dersom forskeren har et snevert perspektiv, kan utvelgelsen av studier bli skjev og føre til ensformighet. Tekster som kan være relevante for problemstillingen kan

bli utelatt dersom forskeren ikke synes tekstene "passer inn" i sin studie. Tolkningmuligheter kan dermed bli utelatt dersom forskeren mener at de ikke er i overensstemmelse med hans eller hennes perspektiv. Disse utfordringene kan motvirkes ved at de valgte studiene vurderes ut i fra ulike perspektiver, og at forskeren velger studier ut i fra ulike kategorier og drøfte disse ut fra ulike tolkningsmuligheter.

En annen utfordring, ved kvalitativ analyse, er at forskeren ikke bruker studier som er autentiske eller troverdige, eller mistolker hvem studiene er representativ for. For å unngå disse feiltolkningene bør forskeren vurdere studienes bakgrunn i forhold til kilder for å unngå å inkludere studier som ikke er troverdige. Forskeren bør i tillegg vektlegge studiens innhold, ut i fra situasjonen den er skrevet i, for å unngå feiltolkninger av teksten.

7.7 Oppsummering

Til tross for positive tilpasninger i det daglige livet for de kvinnene innenfor gynekologisk kreftsykdom, vil seksuelle forstyrrelser for de fleste forekomme (Andersen, Woods, Copeland, 1997; Andersen og Hacker, 1983). Selv om gode sosiale forhold, kan gi en betydelig støtte til kvinner, dersom de må tilpasse seg eventuelle psykologiske problemer, er det klart at de ikke kan forhindre de fleste av de betydelige seksuelle problemene. En fokusering på sentrale aspekter ved seksualiteten, som adferd- og seksualtilpasning som et tema, har ikke vært hovedfokuset innenfor medisinsk forskning.

Forskere er enige om at fokus på psykologiske aspekter ved seksualiteten, som seksuell selvbilde eller selvfølelse, er viktige. Disse dimensjonene har til og med blitt vurdert av atferdsmessige forskere, i studier vedrørende seksuelle utfall for pasienter med gynekologisk kreft. Nå må fokuset settes på pålitelige og gyldige tiltak (Andersen, et al., 1997).

Til slutt, må helsepersonell erkjenne kvinners lidelser som oppstår på grunn av en livstruende sykdom, og evaluering av seksuell funksjon bør skje i sammenheng med en mer generell psykologisk evaluering. Angst og depresjon, som kan ha betydelig innvirkning på seksualitet, er felles og vedvarende vilkår for kreftpasienter og for gynekologiske onkologipasienter. Derfor bør globale tiltak for seksualveiledning, og konkrete tiltak for disse kvinners følelsesmessige tilstand, vurderes.

8 Konklusjon

Å få gynekologisk kreft, vil forandre kvinner både fysisk og psykisk. Tre studier (Andersen, et al., 1983; 1994; 1997), som er i samsvar med andre studier som ble diskutert i denne studien, viser at kvinners seksuelle aktivitet avbrytes eller svekkes betydelig etter behandling for gynekologisk kreftbehandling.

Kvinner som behandles for gynekologisk kreft i form av kirurgi, kjemoterapi og/eller strålebehandling kan oppleve tidlig menopause, endret kroppsbilde, samt endret fertilitet og seksuell funksjon. I tillegg får pasientene ofte plager i blære- og tarm systemet. Kvinner kan i tillegg få et endret selvbilde på grunn av endringer i kroppens funksjonsevne.

Når det gjelder kvinners kroppsoppfatning viser studiene at kvinners opplevelse av å få underlivskreft er varierende og mangfoldige.

Studier viser at gynekologisk kreftbehandlingens mål har stort sett vært å kurere og å forlenge kvinners liv. Nye og effektive behandlingsmetoder har klart å forlenge kvinners liv; men det viser seg at de kvinnene måtte håndtere store psykiske plager. Disse plagene er stort sett i forhold til traumatisk stress, relasjonsproblemstillinger, ufruktbarhet, negativt selvbilde og bekymringer omkring deres seksualfunksjon.

Kvinnens seksuelt selvbilde ble påvirket av hvordan kvinnene oppfattet sin egen kropp etter gynekologisk kreftbehandling. Kvinnene var mer bevisste på hva det betyr å være kvinne og hvordan et endret reproduktivt system hadde påvirket deres definisjon av feminitet.

Studier fra (Andersen, et al. 1983, 1994) viser at et negativt kroppsbilde, kan ha innflytelse på kvinners livskvalitet. Redusert livskvalitet i ytterste konsekvens kan det få betydning for videre helbredelses- eller

rehabiliteringsprosess (ibid). Her blir det viktig at helsepersonell sikrer en god etterbehandling av kvinner når de er ferdigbehandlet.

Funnene knyttet til sykepleiere og deres motvilje til å diskutere seksuelle problemer med pasienter, er kanskje ikke overraskende. Å føle seg ukomfortable til å snakke om seksualitet med pasienter, har like mye satt sine spor i forsknings miljøet. Det er få studier som er utført av sykepleiere om denne pasientgruppen og seksualitet, men de få studiene som ble funnet gjennom litteratursøk, er i stor grad kvalitative, og dermed gir rike beskrivende data som er nyttige.

Å ha en god forståelse av fenomenet seksualitet etter en gynekologisk kreftbehandling, vil hjelpe sykepleiere til å gi bedre omsorg og undervisning til de det gjelder. Det er essensielt for helsepersonell å kunne gi disse kvinnene mulighet til å diskutere deres seksuelle tilstand, og uttrykke den følelsesmessige innvirkningen av endringene de opplever. Uten dette, kan man skape en barriere mot utviklingen som disse kvinnene så inderlig trenger.

8.1 Anbefalinger for videre arbeid

Å iverksette tiltak for å hindre eller behandle seksuelle problemer for disse kvinnene, vil trolig gi bedret psykisk og fysisk tilstand for denne pasientgruppen. Det medisinske samfunnet kan bistå dette ved å øke disse kvinners og deres eventuelle partners kunnskap om endringene som vil komme, og hvordan dette kan takles. Når kvinner opplever mindre emosjonelle plager, vil et rehabiliteringsprogram hjelpe kvinner til å bedre justere bivirkningene av behandlingen. Forebyggende arbeid må gjøres før seksuelle vanskeligheter har stabilisert seg på et alvorlig, kronisk nivå som igjen kan vanskeliggjøre senere intervensjon.

Det viktigste nå, er å understreke at tilfredsstillende data eksisterer for å begynne intervensjonsforsøk. En anbefaling kan være å revurdere radikal

kirurgi, dersom mulig, til fordel for mindre kirurgiske behandlinger. For eksempel, hvorvidt ovarias funksjon er bevart eller erstattende østrogenbehandling er gitt, vil antagelig påvirke seksualiteten blant pre - menopausale kvinner. Når en vil vurdere kvinners seksuelle funksjon etter en gynekologisk kreftbehandling, burde en ta hensyn til omfanget av organfjerning, som eggstokker og livmor, og derav følgende skader i bekken.

Funnene indikerer behovet for behandlingssentre der seksuelle problemstillinger kan diskuteres etter en gynekologisk kreftbehandling, samt der forbedret individualisert informasjon kan gis til kvinner og deres partnere. Offentlige tilbud kan forbedres ved å sikre at helsepersonell blir gjort mer bevisste på seksuelle vanskeligheter hos kreftpasienter, gjennom et forbedret tilbud.

Erotisk aktivitet (herunder, fantasi og masturbasjon) og partners aktiviteter som genital stimulering, må muligens særlig inkluderes i fremtidige undervisningsprogrammer, da disse nødvendigvis vil bli en del av den seksuelle aktiviteten etter behandlingen (Andersen, et al. 1983).

For noen kan seksuelle problemer bli mindre viktig når de er i en livstruende tilstand som i en kreftsykdom. Dessuten er det mange mennesker som får seksuelle problemer over et tidspunkt. Uavhengig av årsaker gjenspeiler disse posisjonene ofte en holdning som ignorerer eller minimerer lidelsene til kvinner med seksuelle problemer. Kanskje den største begrunnelsen for forskning hviler på fremskritt i behandlingen.

Gynekologisk kreftbehandling vil for mange kvinner være helbredende, og flere skal leve med permanente organendringer. Disse kvinnene trenger å skifte fokus fra å "være i live" til "å leve" skriver Andersen, et al (1994).

Til slutt, og ikke minst, er det behov for forskning i Norge tilknyttet gynekologisk kreftbehandling og seksualitet. Slik litteratursøket viser, er

det per dags dato, ikke gjort forskning om kvinners seksuelle erfaring etter en gynekologisk kreftbehandling, i Norge. Det er viktig å studere denne problemstillingen ut fra et norsk og nordisk perspektiv og se fenomenet seksualitet i sammenheng med demokratiserings- og likestillingsprosesser i Norden. Selv om de fysiske endringene etter en gynekologisk kreftbehandling kan være det samme for kvinner verden rundt, vil allikevel seksualitet og kroppsoppfatning fremdeles ha forskjellig betydning avhengig av hvor man befinner seg i verden.

Litteraturliste

Andersen, B. (1993): Predicting sexual and psychological morbidity and improving the quality of life for women with gynecologic cancer. *Cancer*, 17.

Andersen, B.L., Hacker, N.F. (1983): Psychosexual Adjustment After Vulvar Surgery. *International Journal of Gynecologic Cancer*. 62(4): 457-462.

Andersen, B.L., Hacker, N.F. (1983): Psychosexual Adjustment Following Pelvic Exentration. *International Journal of Gynecologic Cancer*. 61(3): 331-338.

Andersen, B.L., Hacker, N.F. (1983): Treatment for Gynecologic Cancer: A Review of the Effects on Female Sexuality. *International Journal of Gynecologic Cancer*. 203-211.

Andersen, B.L. (1990): How cancer affects sexual functioning. *Cancer*.

Andersen, B.L., Van Der Does, J. (1994): Surviving gynecologic cancer and coping with sexual morbidity: an international problem. *International Journal of Gynecologic Cancer* 225-240.

Andersen, B.L., Cyranowski, J.M. (1995): Women's sexuality: Behaviors, response, and individual differences. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 63, 891-906.

Andersen, B.L., Woods, X.A., Copeland, L.J. (1997): Sexual Self-Schema and Sexual Morbidity Among Gynecologic cancer Survivors. *International Journal of Gynecologic Cancer*. 221-229.

Bachmann, G. (1990). Psychosexual aspects of hysterectomy. *Women's Health International*.

Basson, R. (2005): Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMA/* 172 (10): 1327-33.

Borg, T. (2004): Seksualitet. I Reitan, A. M., Schjølberg, T., *Kreftsykepleie; Pasient- utfordring- handling*. Oslo. Akribe.

Bullogh, V. L., Shelton, B. K., slavin, S. (1988): *The subordinated sex: A history of attitudes toward women*. University of Gorgia Press (Athens). ISBN.

Burner, D.W., Boyd, C. (1999): Assessing women's sexuality after cancer therapy: Checking assumptions with the focus group technique. *Cancer Nursing*. Volume 22(6), 438-447.

Burns, M., Costello, J., Ryan-Woolley, B., Davidson, S. (2007): Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality. *European Journal of Cancer Care* 16, 364-372.

Butler, L., Banfield, V., Sveinson, T., Allen, K. (1998). Conceptualizing Sexual Health in Cancer Care. *Western Journal of Nursing Research*.

Carlsson, M.E., Strang, P.M. (1998): Educational support program for gynecological cancer patients and their families. *Acta Oncol* 37: 269-275.

Carpenter, K. M., Andersen, B. L. (2008). Psychological and Sexual Aspects of Gynecologic cancer. *Glob. libr. women's med.*, ISSN: 1756-2228.

Corney, R., Everett, H., Howells, A., Crowther, M. (1992): The care of patients undergoing surgery for gynecological cancer: the need for information, emotional support and counseling. *Journal of Advanced Nursing* 17 (6), 667-671.

Cullberg, J. (1994): *Mennesker i krise og utvikling- en psykodynamisk og sosialpsykiaterisk studie*. Oslo: Aschehoug.

- Dalland, O. (2007): *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Degroatis, L.R., Kourlesis, S.M.(1981): An approach to evaluation of sexual problems in the cancer patient. *CA Cancer J Clin.* 31 (1): 46-50
- Den norske sykepleiehandboken for MS. (2000). Utarbeidet av sykepleiere og nevrologer i samarbeid med Serono Nordic AB.
- Duesund, L. (2001): *Kropp, kunnskap og selvoppfatning*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ekwall, E., Ternestedt, B.M., Sorbe, B. (2003): Important aspects of Health Care for Women With Gynecologic Cancer. *Oncology Nursing*.VOL 30, NO 2.
- Fallowfield,L., Hall, A. (1991): Psychosocial and sexual impact of diagnosis and treatment of breast cancer. *British Medical Bulletin*, 388-399
- Fink, A. (2010): *Conducting research literature reviews; From internet to paper*. SAGE Publications, Inc.
- Flay, L.D, Matthews, J.H.L. (1995): The effect of radiotherapy and surgery on the sexual function of women treated for cervical cancer. *Int J Radiat Oncol Bio Phys.* 31: 399
- Gaplin, C.(1996): Body Image changes associated with surgery. *British Journal of Theatre Nursing* 6 (7):22-23.
- Grunfeld, B., Noreik, K., Sönderland, K. (1993). Seksuelle forhold i behandlingssituasjonen. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening;* 113(14)1744-6.
- Holme, I. M., Solvang, B. K. (1996): *Metodevalg og metodebruk*. Tano AS
- Howell, D., Fitch, M., I., Dean, K.A. (2003): Impact of Ovarian Cancer Perceived by Women. *Cancer Nursing.* 26 (1). 1-9.

Jacobsen, D.I. (2005): *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 2. UTGAVE. Høyskoleforlaget AS.

Jacobsen, A.M.L. (2007): *Det handler om å leve*. Hovedoppgave

Juraskova, I., Butow, P., Robertson, R., Sharpe, L., McLeod, C., Hacker, N. (2003): Post- Treatment Sexual Adjustment Following Cervical And Endometrical Cancer: A Qualitative Insight. *Psycho-Oncology* 12: 267-279.

Kew, F.M., Nevin, J., Cruickshank, D.J. (2002): Psychosexual impact of gynecological malignancy. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* 4: 193-6.

Kirkevold, M. (1997): Integrative nursing research-an important strategy to further the development of nursing science and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 1997, 25, 977-984

Kirkevold, M. (1996): Oversiktsartikler- et middel for å fremme integrasjon av sykepleieforskning. I *Visjon, viten og virke*. 1996. (s. 100-117). Bjerkreim, T., Mathisen, J., Nord, R. (1996)

Kristensen, G. (2004): Kreft I kvinnelige kjønnsorganer. I Reitan A. M. & Schjølberg T. K. *Kreftsykepleie; pasient-utfordring-handling*. Oslo, Akribe Forlag.

Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal and coping*. New York; Springer.

Leder, D. (1992). The tale of the two bodies: The Cartesian corpse and the lived body. I Leder D., (red.) *The body in medical thought and practice*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Lorentzen, J., Muhleisen, W. (2006). *Kjønnsforskning*. Universitetsforlaget 2006. 2.opplag 2009.

- Lund, T., Haugen, R. (2006): *Forskningsprosessen*. Unipub AS.
- Martinsen, K. (2003): *Fenomenologi og Omsorg*. Universitetsforlaget.
- Master, W., Johnson, V. (1996): *Human Sexual Response*. Boston, Massachusetts: Little, Brown.
- Maughan, K., Heyman, B., Matthews, M. (2001): In the shadow of risk. How men cope with a partner's gynecological cancer. *International Journal of Nursing Studies* 39 (2002) 27-34.
- Merleau-Ponty, M. (1986): *Phenomenology and perception*. London: Routledge & Kegan.
- Merleau-Ponty, M. (1994): *Kroppens fenomenologi*. Oslo. Pax Forlag AS.
- Nasjonal kunnskapssenter for helsetjenesten. Slik oppsummerer vi forskning. *Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*, Oslo. 2009.
- National Cancer Institute. U.S. National Institutes of Health. *Sexuality and Reproductive Issues (PDQ)*. Last Modified 2009.
- Patton, M.Q. (2002): *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Sage Publications Inc.
- PICO, <http://www.usc.edu/hsc/ebnet/ebframe/PICO>
- Pilot, D.F., Beck, C.T. (2008). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott William & Wilkins.
- Rasmusson, E.M., Thome, B. (2008): *Women's Wishes and Need for Knowledge Concerning Sexuality and Relationships in Connection with Gynecological Cancer Disease*. Spring Science+ Business Media. 26: 207-218

- Rhodes, J., Kjerulff, K., Langenberg, P., Guzinski, G. (1999):
Hysterectomy and sexual functioning. *Journal of the American Medical Association*. 282 (20), 1934-1941.
- Ruyter, K.W., Førde, R., Solbakk, J.H. (2007). *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sandelowski, M., Barroso, J. (2007): *Handbook for synthesizing qualitative research*. Springer, New York, NY, PP. xv-232.
- Scarry, E. (1985): *The body in pain. The making and unmaking of the world*. Oxford University Press.
- Schaefer, K.M., Ladd, E.C., Lammers, S, E., Echenberg, R.J. (1999): *In your skin you are different: Women living with ovarian cancer during childbearing years*. Sage publications, Inc.
- Schilder, P. (1978): *The image and appearance of the human body*. International University Press, New York.
- Schover, L.R., Fife, M., Gershenson, D.M. (1989): Sexual dysfunction and treatment for early stage cervical cancer. *Cancer* 1;63(1):204-12.
- Stead, M.L., Brown, J.M., Fallowfield, L., Selby, P. (2003): Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *British Journal Cancer*, 88, 666-671.
- Thranov, I, Klee M. (1994): Sexuality among gynecologic cancer patients. *Gynecol Oncol.* ;52(1):14-9.
- Travelbee, J. (2003): *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- WHO. Constitution of The World Health Organization. (Hentet fra www.who.int/10/2010). www.kreftforeningen.no.

Wilmoth, M. (1995). A comparison of the effects of lumpectomy versus mastectomy on sexual behaviors. *Cancer Practice*, 125-285.

Woods, F.N. (1987): Toward a holistic perspective of human sexuality: Alteration in sexual health and nursing diagnoses. *Holistic Nursing Practice*, 1(4):1-11.

vedlegg 1. Søkeprosessen

PubMed:

PubMed	Søkeord	Tilleggsbegrensning	Antall artikler
#1 (søk 1)	Female genital neoplasms		154528
#2	"sexuality"[Mesh]		22177
#3	#1 AND #2		114
#4	"sexuality/psychology"[Mesh]		4615
#5	#1 AND #4		15
#6	qualitative research		56209
#7	#5 AND #6	Publiseringsdato etter 1980 til nå, artiklene skulle være engelsk, norsk, svensk eller dansk	9

CHINAL:

CHINAL	Søkeord	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S1	(MH "Genital Neoplasms, Female+")	Search modes- Boolean/Phrase	Interface- EBSCOhost search Screen- Advanced Search	10292
S2	(MH "Sexuality+")	Search modes- Boolean/Phrase	Interface- EBSCOhost search Screen- Advanced Search	16649
S3	(MH "Qualitative Studies+")	Search modes- Boolean/Phrase	Interface- EBSCOhost search Screen- Advanced Search	46411
S4	S1 and S2	Search modes- Boolean/Phrase	Interface- EBSCOhost search Screen- Advanced Search	231
S5	S3 and S4			18

Vedlegg 2. Eksempler på individuell artikkelvurdering

1) Impact of Ovarian Cancer Perceived by Women (2003).

Howell, Doris MScN; Fitch, Margaret I. PhD, RN; Deane, Karen A. MN

Formål: Den handler om kvinners perspektiver i forhold til eggstokkreft, både fysisk og psykisk. Kvinners oppfattelse vil stort sett oppleves å miste sin femininitet etter fjerning av eggstokkene, mener forfatteren.

Bakgrunn: Forskeren skriver at det er noen få studier som har undersøkt effekten av eggstokkreft på kvinners livskvalitet. Derfor er det et stort behov for å forstå den unike opplevelsen av å leve med eggstokkreft fra kvinnenes perspektiv. Forskeren har redegjort for konteksten som datasamlingen foregikk innenfor.

Metode: Problemstillingen har som mål å forstå og fortolke, eller beskrive (et fenomen eller) subjektive erfaringer eller synspunkter. Hvordan det er å leve med eggstokkreft og dens virkning på kvinners liv. Telefon-Intervju ble valgt til å samle data. Hver telefon-intervjuene varte i 1 time. Datasamlings metode er omfattende nok, både i bredden og i dybden.

Utvalg: 18 kvinner (35-73 år) med gynekologisk kkreft fra to kreftsenter ble intervjuet. Strategiske utvalg for utvalget kommer fram under studiens Resultatet. Redegjørelsen er omfattende hvor forfatteren gjort rede for hvem som hadde deltatt.

- Blant deltagerne, hadde noen blitt diagnostisert for eggstokkreft 5 måneder og noen 12 år før start av intervjuet.
- Gift=12, 6=uten partner (singler, skilt, separert).
- 12 av kvinner hadde 1-4 barn.

- Mindre enn videregående skole utdanning=2 , Fullført videregående=6 , hadde deltatt for universitet utdanning=7, hadde oppnådd universitet vitnemål=3
- 8= var hjemmeværende, 6= langtids ufør, 4= Hadde gått tilbake på jobb etter diagnosen (enten full- eller deltids jobb).

Analyse: Dataene ble skrevet ut ord for ord og så kodet i forhold til kategoriene. For å underbygge funnene, ble dataene diskutert og lest av tre forskere. Fortolkningen av dataene er forståelig og tydelig. Analyse tilnærmingen er ikke nevnt men ut fra datainnholdet kan merkes at forfatteren har anvendt en innholdsanalyse, hvor mønstre i data ble identifisert og kategorisert; og der er en klar sammenheng mellom innsamlende data og kategoriene som forfatteren har kommet fram til. Forfatteren har gjort forsøk på å underbygge sine data ved å se om lignende mønstre er identifisert gjennom andre studier; som for eksempel " The experience of women with breast cancer" og andre typer gynekologiskkreft.

Etisk vurdering: Studien var godkjent av Forsknings Etisk Komité i Sunnybrook samt Women's Health Science Centre i Toronto. Utvalgte kvinner ble forsikret om at deltagelse etter enhver nekt for deltagelse ville på ingen måte påvirke omsorgen som ble gitt, dvs. deltagelse var helt frivillig. Informasjon om deltagelse og konfidensialitet av samlet data ble gitt før verbal godkjenning ble hentet fra hver deltager.

Min Vurdering: Studienes formål er ikke å se på kvinners seksuelle opplevelser, men kvinners livskvalitet generelt. Men i intervjuene kommer tydelig fram betydningen av seksualitet for kvinners livskvalitet.

2) Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality (2007).

Burns M; Costello J; Ryan.Woolley B. & Davidson s.

Formål: Å utforske kvinners seksuelle opplevelser etter behandling for livmorhalskreft.

Bakgrunn: Behovet for å bedre kreftomsorg i Storbritannia, er bakgrunnen. Forfatterne mener at sykepleieforskning innenfor kvinners seksuelle opplevelser etter en gynekologisk kreft behandling har vært begrenset. Det finnes en overflod av kvantitative studier som kaster lys på den fysiologiske siden av sykdommen og behandlingens virkning, såkalt den biomedisinske delen, men det har vært lite studier om subjektive opplevelser hos kvinner med gynekologisk kreft særlig i forhold til seksuelle aspekter som forholdet til partner, kroppsbilde, psykologiske bekymringer. Videre mener de at det er et klinisk og faglig ansvarlighet å opplyse pasienter, fremme seksuell helse og hjelpe dem med å mestre seksuelle problemer. Forskerne har sykepleie (PHD), utviklingsfag-sykepleie og sosialarbeider som sitt faglige bakgrunn. Studien har DOH-guiden (Department of Health i England) som deres utgangspunkt i arbeidet

Metode: Studien har en deskriptiv fenomenologi design som er inspirert av Husserlian. Fenomenologi design brukes i sykepleieforskning for å utvikle et rik og detaljert kunnskap om subjektive opplevelser. Denne tilnærmingen er basert på å få en større forståelse av levde opplevelser. Siden hensikten med denne studien er å kunne forstå kvinners indre opplevelser og erfaring av deres seksualliv, er det viktig at studien har en teoretisk tilnærming som tillater forståelse av mellommenneskelig liv. Videre er den primære kilden for kunnskap, kvinners erfaringer. Dermed må metoden for å kunne tappe denne kilden være i samsvar med teorier

om sosialt liv, menneske- skapt mening og betydningen av livets erfaringer. Derfor er fenomenologi som filosofisk posisjon og erkjennelsesteoretisk grunnlag en hensiktmessig metode valg.

Utvalg: Forfatteren gir et tilfredsstillende beskrivelse av hvordan og hvorfor de utvalgte kvinnene ble valgt. Inklusjons- og eksklusjons kriterier gir et klart bilde av hvem skal være med denne studien og hvorfor. Et purposive utvalg av 13 kvinner som er ferdigbehandlet i 2-3 år før denne studien, deltok i denne studien. 28 kvinner ble kontaktet, 15 nektet å delta. Forfatteren begrunner årsaken til ikke-deltakelse på bakgrunn av studiens sensitive tema; at det er vanskelig for mange kvinner å prate om deres personlige seksuelle opplevelser.

Datasamling: For å utforske kvinners opplevelser, er en semistruktur – dybde intervju brukt for å samle data. Dette omfatter en tilnærings metode der kvinners erfaringer og opplevelser i fokus. Det kvalitative forskningsintervjuet kan beskrives som en faglig samtale som har som mål å innhente beskrivelser av de intervjuedes opplevelser med deres egne formuleringer (Kvale et al, 2009). Dybde-intervju metode er egnet når hensikten er å fange opp et nyansert bilde av den enkeltes situasjon og gi en dypere forståelse av informantens virkelighet.

Analyse: Studien anvender Miles, Huberman (1994) og Colaizzi (1978) guid som analyse verktøy. Alle intervjuene ble lagret på lydbånd, dermed skrevet ned ord for ord. Dataene ble identifisert og kategorisert. Innsamlede data og kategoriene viser en klar sammenheng. For å styrke studiens troverdighet, ble materialet gjennomlest av en uavhengig og erfaren forsker.

Etiske vurderingen: Studien ble godkjent av LREC, Local Research Ethics Committee. Alle informantene ble forsikret angående anonymisering, og

om enhver opplysning ville forbli konfidensiell. Informanten's samtykke ble innhentet før studiens start.

3) Post-Treatment Sexual Adjustment Following Cervical and Endometrial Cancer: A Qualitative Insight (2003).

I. Juaskova, P. Butow, R. Robertson, L. Sharpe, C. McLeod & N. Hacker

Formål: Å beskrive problemene knyttet til seksualitet etter gynekologisk kreftbehandling.

Bakgrunn: Behandling for gynekologisk kreft, kan ha direkte innvirkning på kvinners seksualitet. Psykoseksuelle problemer er noe forsømt aspekt av livskvalitet hos kvinner med gynekologisk kreft. Utforskning av psykoseksuelle følgetilstander etter gynekologisk kreft behandling, vil bidra med til utvikling av eventuell behandling for å bedre seksuelle justering og dermed forbedret livskvaliteten hos de kvinnene.

Metode: Studien har en kvalitativ design. Semi- strukturt intervju metode, for å oppnå et nøyaktig bilde av kvinners seksuelle opplevelser etter en gynekologisk kreft behandling.

Utvalg: 25 Kvinner som fylte inklusjons-kriterier ble valgt fra 2 ulike sykehus. 5 av kvinner nektet å delta på grunn av seksualitet var et for sensitiv tema å prate om. Forfatterne gir en klar beskrivelse av utvalget, om hvem som deltok eller ei og årsaken til ikke-deltagelse, og om hvor mange. Studien har klare inklusjons-kriterier

Datasamling: Dataene ble samlet enten via telefonsamtale eller intervjuer ansikt til ansikt. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og utskrevet ord for ord.

Analyse: En kvalitativ fenomenologi tilnærming basert på grounded teori ble anvendt til å beskrive kvinners opplevelser knyttet til to ulike behandlingsformer og dens betydning for kvinners seksuelle opplevelser.

Funnene ble kategorisert (åpen koding) og deretter ble kategoriene sammenliknet på tvers av hverandre mellom deltagerne. Troverdighet av funnene ble underbygd ved at en psykolog innenfor gynekologisk kreft senter som ikke var involvert i denne studien leste materialet.

Etisk vurdering: Godkjenning for denne studien ble hentet fra The Central Sydney Area Health Servis og fra University of Sydney Human Ethics Committees. Deltagerne har fått informasjon om målet med studien. Kvinner som hadde gitt sitt samtykke ble informert at de kunne trekke seg fra studien når som helst uten at den skulle ha noe betydning for deres eventuell fremtidige behandling.

4) Conceptualizing Sexual Health in Cancer Care (1998).

Butler, L., Banfield, V., Sveinson, T., Allen, K., Downe-Wamboldt, B. & Alteneder, R.R.

Formål: Å beskrive kvinners opplevelser i forhold til endringer i seksuelle funksjoner knyttet til kvinners kropp, seksuell tilfredsstillelse, og følelse av intimitet etter behandling for gynekologisk kreft.

Bakgrunn: Hvordan kvinner kan føle eller se seg selv som seksuelle vesener og deres oppfatning av hvordan andre ser på dem har ikke blitt godt undersøkt. Det er lite viten om den langsiktige effekten av behandlingen på den seksuelle helsen til kvinner som er diagnostisert for gynekologisk kreft; fordi når kvinners overlevelse er et viktig mål, blir spørsmål om seksuell funksjon og intimitet vanligvis mindre viktig som behandling prosedyrer. Kreft og dens behandling, skaper en rekke utfordringer. Seksuell helse innenfor kreftbehandling har ikke blitt legitimert hverken i litteratur eller klinisk praksis.

Metode: Denne studien er en del av en større forsknings prosjekt som hadde anvendt både kvalitative og kvantitative metode. Denne studien

bruker kvalitative utforskende design som metode hvor en semi-struktur intervju er anvendt for å oppnå informasjon om kvinners opplevelser. For kvantitative delen, måtte deltagerne fyller 2 spørreskjemaer.

Utvalg: Studien gir en beskrivelse av hvem og hvor mange kvinner deltok i forskningen. 17 kvinner med gynekologiskkreft deltok, fra 23 til 76 år. Studien mangler inklusjons- og eksklusjons kriterier. Kvinnene ble valgt ut av sykepleierne eller gynekolog i kreft senteret. Det vil tyde på at utvalget kvinner med gynekologiskkreft er trukket tilfeldig fra klinikken, noe som vil begrunne for hvorfor studien ikke har inklusjons kriterier.

Datasamling: Studien brukte en semi- strukturert intervju guid. Elementene i den intervju guiden ble utviklet på bakgrunn av litteraturen og helsepersonell erfaringer fra kreftsenteret. Intervjuene ble lagret på en lydbånd og skrevet/transkriberte ordrett fra lydbånd og deretter kategorisk. Forfatteren gir en omfattende belysning av hvordan dataene ble samlet. Siden målet med studien var å få tak i informasjon fra kvinners opplevelser, vil en intervju datasamlings metode være hensiktmessig.

Analyse: De demografiske dataene ble analysert ved hjelp av deskriptiv statistikk og for dataene fra intervju ble anvendt innholds analyse, det vil si, kategoriene /møstre i data ble utviklet og identifisert induktivt fra de samlede dataene. Fortolkningen av dataene er forståelige og rimelige. Kategoriene som ble identifisert i løpet av analysen ble styrket ved å trekke inn andre studier og sammenligne resultater; eller 3 forskere kategorisert dataene uavhengig og separert og resultatet ble sammenliknet.

Etisk vurdering: Studien ble forklart i detaljer for deltagerne og deretter ble samtykk fra dem hentet. I studien står ikke noe om temaet ble forelagt for Etisk komité. Dette kan være fordi denne studien var en del av

en større prosjekt men forfatteren burde ha redegjort for dette i denne studien.

5) Assessing women's sexuality after cancer therapy: Checking assumptions with the focus group technique (1999)

Forfattere: Bruner, Debra Watkins R.N; Boyd, Coleen

Formål: Siden kreft og kreftbehandling svekker seksuell helse i mangfoldige måter, er derfor å fremme seksuell helse avgjørende for å bevare livskvalitet. Å kunne hjelpe pasienter i deres seksuelle vanskeligheter, må bli en integrert del av en helhetlig pleie. Å utvikle forskningsdata instrumenter som er pålitelige, gyldige, og relevante for pasientenes behov blir derfor viktig.

Bakgrunn: En nøyaktig vurdering av kvinners seksual dysfunksjon etter gynekologiskkreft- og brystkreft behandling, er bakgrunnen for denne studien. Forskning på seksual dysfunksjon etter en gynekologiskkreft behandling har vist seg å være gjennomført i små grupper og det finnes fortsatt mange spørsmål som ikke er svart. Nye cellegiftbehandling og nye kombinerte behandlinger krever nye studier i forhold til dens virkning på kvinners seksualitet. Derfor vil det være avgjørende å utvikle nye og nøyaktige instrumenter som kan fange inn kvinners oppfatning og opplevelser i forhold til seksualitet.

Metode: En pilot studie med fokusgruppe design er anvendt til å utforske kvinners opplevelser etter behandling for enten gynekologisk- eller bryst kreft. Polit og Beck (2008) hevder at en fokusgruppe design kan dra nytte av dynamikken i gruppen for å få tilgang til dypere og rikere informasjon på en effektiv måte fordi deltagerne kan bli motivert til å prate på grunn av det andre sier. Intervjuene ble lagret på lydbånd og skrevet ord for ord. Forfatteren har valgt en pilot studie fordi de ønsket å få tak i kvinners generelle opplevelser før de setter i gang en større studie. Polit et al mener at når en forsker planlegger å gjennomføre en studie, vil være

hensiktsmessig å anvende en pilot studie for å samle data med høy kvalitet.

Utvalget: 12 kvinner ble kontaktet men bare 9 kvinner deltok i studien. Kvinnene ble rekruttert via kreftsenteret, de ble invitert til denne studien. Det finnes ingen inklusjon- og eksklusjons kriterier

Datasamling: For datasamlingen ble anvendt fokusgruppe intervju hvor en gruppe av aktuelle kvinner med enten gynekologisk- eller bryst kreft ble samlet til å svare på noe på forhåndsbestemte spørsmål om temaet "kreftbehandling og seksualitet".

Analyse: De dataene som dukket fram mest, ble kategorisert. Studien mangler analyse del.

Etisk vurdering: Samtykke ble hentet fra deltagerne.

6) "Assessing women's sexuality after cancer therapy". The impact of gynecologic cancer.

Wendy M. Likes, Cynthia Russell, Todd Tillmanns

Formål: Å utforske kvinners erfaringer med "vulvar intrapithelial neoplasia"¹ under diagnose og behandling. Behandlingen går på å fjerne/kutte en del av det berørte området i ytrekjønnsorgan. Studien utforsker kvinners erfaringer med VIN for å identifisere sykdommens påvirkning på kvinners seksualitet og dens betydning for kvinners livskvalitet

Bakgrunn: Det er få studier som har utforsket den viktige kliniske problemstillingen, sannsynligvis på grunn av det er relativt lite antall kvinner som krever kirurgi for VIN. Publiserte studier tyder på at kvinnene

¹ Den unormale spredning av godartet eller ondartet celler i slimhinnenes ytre kjønnsorgan som kjønnsleppene, klitoris og ytre delen av vagina.

etter operasjon for VIN kan øke betydelig risiko for nedsatt seksuell funksjon, global livskvalitet, og forholdet tilfredshet, depresjon og dårlig kroppsbilde. Denne undersøkelsen ble gjennomført som en pilotstudie for å teste ut spørsmålene som skulle benyttes for en større studie. Å forstå effekten av kirurgi på kvinners seksualitet med VIN, kunne bidra til utvikling av tiltak og kvalitetsutvikling for å forbedre kvinners livskvalitet.

Utvalg: Studiepopulasjonen besto av 6 hvite kvinner i alderen 22-72. De kvinnene som oppfylte inklusjonskriterier ble kontaktet fra "Community Oncology Clinic". Inklusjonskriterier: 1) Fra 18 år til oppover 2) Å ha diagnose for VIN 3) Å kunne kommunisere på engelsk.

Eksklusjonskriterier: Andre type kreft som brystkreft. 2 av 8 av deltagerne kunne ikke være med og studien har klart å redegjøre for grunnen.

Metode: En pilot studie med fokusgruppe design er anvendt til å utforske kvinners opplevelser etter behandling for VIN. Denne metodikken er anvendt fordi metoden hjelper å utforske innskrenkende temaer som gynekologisk kreft og seksualitet. Med fokusgruppe vil intervjuer forskeren dra nytte av dynamikken som finner seg i gruppen fordi interaksjonen mellom deltagerne vil bidra med til å generere rikere data på en effektiv måte (Polit, et al 2008). Gjennom deltagerens interaksjon kan de validere hverandres oppfattelser, erfaringer og tanker om emnet. En intervju- guid ble anvendt til å styre dialogen i gruppen. Intervjuene ble notert og lagret på et lydbånd i tillegg.

Analyse: Dataene ble identifisert og kategorisert.

Etisk vurdering: Det er hentet informt samtykke fra deltagerne etter at de fikk godkjenning fra "Institutional Review Board". Siden studiens tema var et sensitivt tema, var det kvinnelige forskere som fikk ansvaret for å lede diskusjoner i gruppen til hensyn til deltagerens komfort.

7) Women's Wishes and Need for Knowledge Concerning Sexuality and Relationships in Connection with Gynecological cancer Disease (2008).

Else-Marie Rasmusson & Bibbi Thome

Formål: Hensikten med denne studien var å undersøke kvinners ønsker og behov for kunnskap om seksualitet og relasjoner i forbindelse med gynekologiske kreft.

Bakgrunn: En forbedring av sykepleietjeneste for kvinner med gynekologisk kreft sykdom. Det er lite kunnskap om hva kvinner med gynekologisk kreft sykdom og eventuell deres partner har behov for i forhold til seksualitet. Seksualitet er en av viktige elementene for velvære, og i kreftomsorgen snakkes mye om betydningen av velvære. Sykepleiere ønsker å tilby omsorg fra en helhetlig og etisk perspektiv. Å trekke oppmerksomheten til seksualitet er derfor en forutsetning for et helhetlig syn. For å kunne tilby en helhetlig omsorg, er det viktig å forstå kvinners behov og opplevelser om seksualitet fra kvinners perspektiv.

Utvalg: 11 kvinner med gynekologisk kreft sykdom som har vært gjennom behandlingen. Inklusjonskriterier: 1) 35-70 år. 2) Har fått onkologisk behandling for livmorhalskreft eller eggstokkreft med eller uten kirurgi. 3) Å kunne kommunisere på svensk. Studien klarer å gi en tydelig beskrivelse av utvalget og legitimere for sine inklusjonskriterier.

Metode: Denne studien har brukt kvalitativ metode, og er bygget på intervjuer med kvinner som har blitt behandlet for kreft i eggstokkene og kjønnsleppene.

Datasamling: Den kvalitative intervju metoden ble valgt for å forstå problemstillingen fra de intervjuedes perspektiv. Intervjumetoden er valgt fordi forfatteren ville skrive om kvinners uttrykk knyttet til muligheter /

begrensninger for seksuelle relasjoner i en situasjon hvor kvinnen er behandlet for gynekologisk kreft.

Analyse: Intervjuene ble transkribert ordrett av den første forfatteren og analysert ved hjelp av innholdsanalyse. I en innholdsanalyse er forskeren opptatt av betydningen i hver setning i teksten. Tekstene ble delt i menings- enheter og deretter organisert og kategorier. Kategori prosessen var i samarbeid med en annen forfatter og resultatene fra begge ble sammenliknet for å øke resultatenes troverdighet.

Etisk vurdering: Deltagerne ble informert om at deltakelse var frivillig, og de kunne avslutte deltakelsen når som helst, uten at fremtidige kliniske avtaler eller behandling får konsekvenser av deres nekt i deltagelse. Innholdet i intervjuene var beskyttet og uidentifiserbare. Det ble hentet samtykke fra de kvinnene som ville delta i studien. Godkjenning av det etiske Komité, Board of Care science Ethic" var innhentet.

Egen vurdering: Selv om studien handler om kvinners kunnskapsbehov ift. seksualitet, kommer rikelige informasjon frem i kvinners utsagn om deres opplevelser knyttet til seksualitet etter behandling. Derfor inkluderes denne studien.

8) Important Aspects Of Health Care for Women With Gynecological Cancer (2003).

Ewa Ekwall, RN, MSNu, Berit-Marie Ternestedt, RNT, PhD & Bengt Sorbe, MD, PhD.

Formål: Å beskrive hva kvinner, diagnostisert med primær gynekologisk kreft rapporterer som viktig i løpet av deres behandling for gynekologisk kreft.

Bakgrunn: For å forbedre helsetilbudet, trenger helsepersonale informasjon om hvordan de kvinner opplever sin situasjon og hvordan de

mestrer hverdagen. Det er lite informasjon om hva de kvinnene mener som betydningsfulle.

Utvalg: 14 kvinner som har fått diagnose gynekologisk kreft. Utvalget ble rekruttert gjennom Kreftregisteret i en spesialisert gynekologisk omsorgs enhet ved et universitetssykehus i Midt-Sverige. Studien redegjør for sine informanter gjennom en beskrivelse av hvem som ble valgt og hvorfor ved å klargjøre for sin inklusjonskriterier; 1) Alle kvinner som har fått stråle- eller cellegift behandling i løpet av høst 1996 eller vår 1997. 2) Hadde ingen tidligere kreftdiagnose. 3) Å kunne snakke svensk.

Metode: Kvalitative metode med semi- struktur intervju ble anvendt. Polit, et al (2008) skriver at når forskerne stiller spørsmål med "hva" eller "hvordan", er det hensiktsmessig å bruke et kvalitativt forskningsintervju, der kvinnenes erfaringer og opplevelser er i fokus. Det kvalitative forskningsintervjuet kan beskrives som en faglig samtale som har som mål å innhente beskrivelser av de intervjuedes opplevelser med deres egne formuleringer.

Datasamling: Intervjuene ble tatt opp på lydbånd. Deltagerne skulle, i tillegg til sin beskrivelse av sine erfaringer, ble bedt om svare på spørsmål, som "Hvordan føler du deg?", "Hva synes/tenker du om?".

Analyse: Alle intervjuene ble skrevet fra lydbånd, kodet og kategorisert. Det er anvendt innholdsanalyse basert på Patton's analyse metode. Analyseprosessen er beskrevet detaljert. For å oppdage eventuelle uoverensstemmelser i kategoriene, foretok en uavhengig forsker kategorisert kodene og resultater ble sammenliknet i forhold til hver intervju med prosjekt ansvarlige forskeren. Dette er gjort for å styrke funnenes troverdighet og underbygge dataene.

Etisk vurdering: Informt samtykke ble hentet fra de aktuelle informantene men studien hadde ikke redegjort for hvordan de oppbevarte dataene, eller om et lokal etisk komité ble kontaktet.

Tre kvantitative + kvalitative artikler (Kombinertmetoder) (nr.9,10,11)

Siden valget i denne studien er basert på alle artikler som er relevante, er det bestemt å velge ut artikler som imøtekommer en viss metodologi med kvalitative design. De tre inkluderte studiene har anvendt en kombinert metode, dvs. både kvalitativ og kvantitativ. Grunnlag for inkludering av de artiklene er å kunne gi en bredere og dypere beskrivelse av fenomenet seksualitet knyttet til gynekologisk kreftbehandling. En utelukkning av artikler på grunn av et ulikt metodologisk valg, kan føre til eksklusjon av funn som er verdifulle for praksis, mener Sandelowski og Barroso (2007). I de studiene som måler kvinners seksuelle funksjon etter en gynekologisk kreft behandling, ville forskerne utforske hvordan opplevd seksualitet påvirker kvinners livskvalitet. Instrumentene som ble benyttet til å måle seksuell funksjon/ dysfunksjon, klarer å gi en tydelig beskrivelse om hva de begrepene betyr og dens betydning for kvinners livskvalitet.

9) Psychosexual Adjustment Following Pelvic Exenteration (1983). Barbara L. Andersen, PhD and Neville F. Hacker, MD

Formål: For å undersøke postoperative psykologiske, sosiale og seksuelle funksjon hos kvinner som har gjennomgått en "pelvic exenteration"²

Bakgrunn: Bekken"exenteration" er en ødeleggende operasjon for mange kvinner. Det er den eneste behandlingsformen som finnes for kreft i bekkenområde. Selv om mye er skrevet om medisinske aspekter ved

²En kirurgisk fjerning av organer innen en kropps- hulrom som f.eks fra bekken/pelvic

denne operasjonen, er det fortsatt få beskrivende studier av psykologiske tilpasning eller endring i seksuell funksjon som oppstår for disse pasientene etter en slik operasjon.

Definisjons av hovedvariabel: "sexually active" er definert som, "Kvinner som hadde engasjert seg i samleie eller en tilsvarende aktivitet minst én gang per måned for de foregående seks måneder ble definert som seksuelt aktive" (Egen oversettelse). Studien mangler definisjoner for begreper som "depresjon", "Kroppsbilde" og "selvoppfatning /seksuell-identitet".

Utvalg: 15 kvinner (13 hvit, 2 svart) som var fri for kreftsykdom deltok fra to ulike instituer i studien. Gjennomsnitt alder var 54 år og all deltagerne var fri for kreft etter behandling. Studien gir en klar beskrivelser om hvem som deltok i undersøkelsen.

Metode: Studie har en blandet metode, hvor semi-strukturert intervjuene utgjør den kvalitative delen og deretter supplert med kvantitative data. Det ble det anvendt deskriptiv/beskrivende statistisk i form av spørreskjemaer. God beskrivelse av årsak til metodevalg; et semi - strukturert intervju var en vurderings strategi for å lokke fram unike opplevelser av deltagerne. Den kvalitative delen oppfattes som beskrivende, ikke tolkende. Standard informasjon ble hentet ved hjelp av spørreskjemaer som muliggjorde en objektiv vurdering og samt sammenlikning av resultatene med normative grupper.

Beskrivende statistikk brukes til ulike formål, som utvalgets egenskaper, beskrive sentrale forsknings-variabler, og dokumentere metodologiske egenskaper/funksjoner. De er sjelden brukes til å besvare problemstillingen (Polit, et al, 2008).

Datasamling: I løpet av den første timen ble en individuell semi-strukturerte intervjuet gjennomført av en forsker som ikke var kjente med

pasientene og ukjent til alle sider av studien, som gynekologisk behandling og kvinners psykososial tilpasninger. Et spørreskjema ble fylt av deltagerne i løpet av andre timen. Det var tatt i bruk 3 målingsinstrumenter; 1) Psychologic Distress (Symptom Checklist-90; Beck Depression Inventory). 2) Psychosocial Adjustment (Katz Social Adjustment Scales). 3) Seksuell funksjon (Derogates Sexual Functioning Inventory; Sexual Arousal Inventory)

Studien gir en god beskrivelse for hvilke instrumenter er anvendt for å måle sine variable.

Analyse: One-Way analyse av varians er anvendt for å sammenlikne kvinners seksuell tilpasninger etter en gjennomført "pelvic exenteration". Sammenlikning ble tatt i 3 hoved områder: 1) Utvalgets demografiske egenskaper som partnerskap status, inntekt, etc. 2) Seksual aktivite og ikke-aktive. 3) "normal vagina" versus "abnormal vagina". Funnene innhentet fra intervjuene hadde vært nyttige til å tolke varians i de 3 områdene mellom gruppene, skriver forfatteren.

Etisk vurdering: Studien har ikke redegjort for den delen.

10) Psychosexual Adjustment After Vulvar Surgery (1983)

Barbara L. Andersen, PhD and Neville F. Hacker, MD

Formål: Å undersøke hvordan behandling for "Vulvar kirurgi"³ påvirker kvinners psykologisk, sosial, ekteskapelige og seksuelle funksjoner.

Bakgrunn: Til tross for den sterkt ødeleggende effekt den type operasjon har på kvinners kjønnsorgan, har det vært kun korte beskrivelser av psykoseksuelle utfall for disse pasientene. For å kunne hjelpe den type pasienter og eventuelt deres partner, var nødvendig med ytterligere forskning.

³ Et kirurgisk inngrep hvor kvinners ytre deler av kjønnsorgan fjernes på grunn av kreft i disse lokalene.

Definisjons av hovedvariabel: "sexually active" er definert som; "Kvinner som hadde engasjert seg i samleie eller en tilsvarende aktivitet minst én gang per måned for de foregående seks måneder. De ble definert som seksuelt aktive" (Egen oversettelse)

Utvalg: 15 kvinner med gjennomsnitt alder 55 hadde deltatt i denne studien. Kvinnens demografiske informasjoner er beskrevet i detaljert.

Metode: Studie har en blandet metode, hvor semi-strukturert intervjuene utgjør den kvalitative delen og deretter supplert med kvantitative data. Det ble det anvendt deskriptiv/beskrivende statistisk i form av spørreskjemaer. God beskrivelse av årsak til metodevalget - en semi-strukturert intervju var en vurderings strategi for å lokke fram unike opplevelser av deltagerne. Den kvalitative delen oppfattes som beskrivende, ikke tolkende. Standard informasjon ble hentet ved hjelp av spørreskjemaer som muliggjorde en objektiv vurdering og samt sammenlikning av resultatene mellom grupper.

Datasamling: I løpet av den første timen ble en individuell semi-strukturerte intervjuet gjennomført av en forsker som ikke var kjente med kvinnens helse tilstand og studiens innhold og formål. Et spørreskjema ble fylt av deltagerne i løpet av andre timen. Det var tatt i bruk 3 målings instrumenter; 1) Psychologic Distress (Symptom Checklist-90; Beck Depression Inventory). 2) Psychosocial Adjustment (Katz Social Adjustment Scales). 3) Seksuell funksjon; det er ikke nevnt hvilket/hvilke instrument det er anvendt.

Analyse: One-Way analyse av varians og Mann-Whitney test er anvend. One-Way analyse ble anvendt for å sammenlikne forskjellen mellom gjennomsnitt verdier mellom to grupper, en med seksual deysfunksjon på grunn av vulvar kirurgi og friske og "normale" kvinner.

Etisk vurdering: Ingen redegjørelser for etiske refleksjoner.

Egen vurdering: Studien klarer å gi en god beskrivelse av hva sin metode valg og grunnen til det valget. Resultater er tydelig og rikelig med informasjon om vulvar kreft behandling og dens virkning på kvinners seksualitet.

11) Sexual Self-Schema and Sexual Morbidity Among Gynecologic Cancer Survivors (1997).

Barbara L.Andersen, Xichel A.Woods, og Larry J.Copeland

Formål: Å forbedre dagens seksualvurderings skjemaer hos pasienter ved å sammenlikne to grupper av kvinner; gynekologisk kreft overlevende (n = 61) og gynekologisk friske kvinner (n = 74). Denne sammenlikningen var i forhold til livskvalitet, seksuell funksjon og generelle helse.

Bakgrunn: Seksual selvskjemaer utgjør et betydelig avvik i å forutsi dagens seksuell atferd og reaksjonsevne hos pasienter. Individuelle forskjeller hos pasienter, som psykologiske og atferdsmessige faktorer, spiller en viktig rolle for forskning i helsepsykologi og ikke minst kreftforskning.

Utvalg: 61 kvinner med diagnose gynekologisk kreft (stage 1 eller 2).

Cervix (n=22, stage 1; n=3, stage 2)

Endometrium (n=21, stage 1; n=4. Stage 2)

Vulva (n=2, stage 1; n=1, stage 2)

Vagina (n=1, stage 1)

Utvalgene hadde fått behandling som inkluderte: bare kirurgi, eller en kombinasjon av kirurgi og strålbehandling/ kjemoterapi.

Gjennomsnittalder: 49 år (fra 24 til 73)

Utdannelse: gjennomsnitt 13 år

Rase: 2 afroamerikansk, og 59 europeer

79% var post- menopausale, enten naturlig (49%) eller tidlig menopausal (33%) på grunn kreftbehandling, 66% var gjft eller hadde samboer.

Metode: Deltagerne skulle fylle "Sexual Self-Schema Scale". Det ble tatt en test- retest reliabilitet (.75) som indikerte stabilitet i resultater. 2- uker estimatet .89, og 2- måneder estimatet .88. Resultater fra Seksuell selv-skjema viste betydelige forskjeller i seksuell funksjon hos de to gruppene.

Datasamling: Å fylle spørreskjema;

1)"Individual Difference in Sexuality";

2)"Quality of Life (QoL)": "Social network", "Depression", "Stress"

3) "Sexuality and Sexual Functioning": "Sexual behavior", "Sexual response cycle", "Global evaluation, for dette elementet ble Derogatis Sexual Functioning Inventory anvendt".

4) "Health Status": "Systems evaluation", "Menopausal status and symptoms", "Physical activity", "Extent of disease- treatment".

Analyse: One-way (grupp: kreft vs. frisk) multivariate analyse of variance (MANOVA) ble anvendt til å måle livskvalitet. Resultater viste ikke noe betydelige forskjeller, men resultater for seksualfunksjon viste betydelige forskjeller mellom friske- og kreft gruppe.

Etisk vurdering: Ingen redegjørelser for etiske refleksjoner.

Vedlegg 3. Eksempler på uttrekk og redigering av funn

Artikkel og sosiodemografiske data	Uttrukne funn	Redigerte funn
<p>1) <i>"Impact of ovarian Cancer Perceived by Women"</i></p> <p>Forfattere: Howell, D., Fitch, M., Dean, K.A. (2003)</p> <p>Delatgere: 18 kvinner mellom <u>35-73 år</u></p>	<p>"changing roles and fears for husbands, altered sexuality"</p> <p>"The sense of frustration and loss the women reported is evident in their comments about having to let go of these activities [sex life]. "</p> <p>"Women feeling different about themselves, and they struggled with integrating these changes in their lives."</p> <p>"Sexual relationships between husband and wives were altered as a resulted of ovarian cancer."</p> <p>"Physical changes resulted from treatment and created discomfort that was a barrier to intimate relations."</p> <p>"The physical changes also altered hopes of being able to have children in the future and, in turn, altered the purpose of sexual relationships."</p>	<p>The most of women with ovarian cancer experience changing roles and fears for husbands and altered sexuality.</p> <p>The sense of frustration and loss the women with ovarian cancer reported is evident in their comments about having to let go of these activities [sex life].</p> <p>The most of women with ovarian cancer feeling different about themselves, and they struggled with integrating these changes in their lives.</p> <p>Sexual relationships between husband and wives with ovarian cancer were altered as a resulted of ovarian cancer.</p> <p>Physical changes resulted from treatment and created discomfort that was a barrier to intimate relations for the most of the women with ovarian cancer.</p> <p>The physical changes also altered hopes of being able to have children in the future and, in turn, altered the purpose of sexual relationships for the women with ovarian cancer.</p>

<p>*****</p> <p>2) <i>"Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality"</i></p> <p>Forfattere: Burns, M., Costello, J., Ryan-Woolley, B. og Davidson, S. (2007)</p> <p>Deltagere: 28 kvinner (over 18 år).</p>	<p>"They described feeling a lack of control over their future and fear of facing the unknown."</p> <p>"The women found the sense of not being able control the events in their lives was difficult [control moods, to bear children, etc.]"</p> <p>"Accepting the permanent changes resulting from treatment and complications was burdensome... feeling of loss of control."</p> <p>*****</p> <p>"The impact of treatment effects on sexuality arose directly from physical problems as well as perceived psychological difficulties in maintaining a healthy sexual relationship."</p> <p>"The impact of balder and bowel dysfunction on sexuality, anxiety about sexual activity, lack of interest in sex, body image and an adverse influence on intimate partner relationships."</p> <p>"Pain in relation to sexual activity was influenced by bladder and bowel problems."</p>	<p>The women with ovarian cancer described feeling a lack of control over their future and fear of facing the unknown.</p> <p>The women found the sense of not being able control the events in their lives was difficult [control moods, to bear children, etc.]</p> <p>Accepting the permanent changes resulting from treatment and complications was burdensome for the women with ovarian cancer. They have feeling of loss of control.</p> <p>*****</p> <p>The impact of treatment in cervical cancer effects on sexuality arose directly from physical problems as well as perceived psychological difficulties in maintaining a healthy sexual relationship were experienced by the most of women.</p> <p>Anxiety about sexual activity, lack of interest in sex, body image and an adverse influence on intimate partner relationships were experienced by the most of the women.</p> <p>The most of the women were experienced pain in relation to sexual activity that was influenced by bladder and bowel problems.</p>
---	---	--

<p>*****</p> <p>3) <i>“Post- Treatment Sexual Adjustment Following Cervical and Endometrial Cancer: A Qualitative insight”</i></p> <p>Forfattere: Juraskova, I., Butow, P., Robertson, R.,</p>	<p>“In relation to sexual activity and physical problems highlight the relationship between physical effects following treatment and sexuality.”</p> <p>“Several women were been reluctant to resume, or were anxious about sexual intercourse following treatment. This related to fear of cancer returning.”</p> <p>“A negative alteration in body image is personally defined and experienced... that negative perceptions of body image related largely to weight gain following treatment.”</p> <p>“The impact of treatment on body image, which, when associated with reduced libido, is an indicative finding.”</p> <p>“Concerns regarding body image negatively influenced the self- concept in relation to sexuality and femininity.”</p> <p>*****</p> <p>“Those who identified their femininity with their ability to bear children experienced a more acute sense of loss with the removal of their uterus, irrespective of whether or not they had yet produced</p>	<p>Physical problems and women’s comments highlight the relationship between physical effects following treatment and sexuality.</p> <p>Several women with cervical cancer were been reluctant to resume, or were anxious about sexual intercourse following treatment. This related to fear of cancer returning.</p> <p>A negative alteration in body image is personally defined and experienced by women with cervical cancer. The negative perceptions of body image related largely to weight gain following treatment.</p> <p>The impact of treatment on body image, which, when associated with reduced libido, is an indicative finding that were experienced by women after cervical cancer treatment.</p> <p>Concerns regarding body image negatively influenced women’s self- concept in relation to sexuality and femininity after treatment for cervical cancer.</p> <p>*****</p> <p>Women who identified their femininity with their ability to bear children experienced a more acute sense of loss with the removal of their uterus, irrespective of whether or not they had yet produced</p>
--	---	---

<p>Sharpe, L., Mcleod, C. og Hacker, N. (2003)</p> <p>Deltagere: 20 kvinner (19-64) år.</p>	<p>children"</p> <p>"They felt this loss [reproductive organs] might have a negative influence on their current partnerships and jeopardized their chances of forming any intimacy."</p> <p>"They reported a poor body image and a lowering of self-esteem."</p> <p>"Women who did not equate their femininity with their childbearing abilities did not report changes in their sense of being feminine following the removal of their reproductive organs"</p> <p>"Many women reported fear and insecurity regarding future sexual interaction with their partners. A number of women reported that the fear was so great that they became emotionally detached during their early sexual experiences."</p> <p>"Satisfactory sexual expressions for many women equated more with the expression of intimate aspects (sensuality, disclosure, reassurance) than with coital aspects of their sexual relationship."</p>	<p>children.</p> <p>Women in age of (20-40) with cervical/ endometrial cancer felt loss of reproductive organs might have a negative influence on their current partnerships and jeopardized their chances of forming any intimacy.</p> <p>Some women with cervical/ endometrial cancer reported a poor body image and a lowering of self-esteem.</p> <p>Women in age of (50-64) who did not equate their femininity with their childbearing abilities did not report changes in their sense of being feminine following the removal of their reproductive organs.</p> <p>Many women with cervical/ endometrial cancer reported fear and insecurity regarding future sexual interaction with their partners. A number of women reported that the fear was so great that they became emotionally detached during their early sexual experiences.</p> <p>For the most of women with cervical/ endometrial cancer, satisfactory sexual expressions was equated more with the expression of intimate aspects (sensuality, disclosure, reassurance) than with coital aspects of their sexual</p>
---	---	---

<p>*****</p> <p>4) <i>"Conceptualizing sexual Health in cancer care"</i></p> <p>Forfattere: Butler, L., Bafileld, V., Sveinson, T., Allen, K., Downe-Wamboldt, B. og Alteneder, R. R. (1998).</p> <p>Deltagere: 7 kvinner (23-76)</p>	<p>"Many indicated a need, despite their own difficulties, to provide their partner with what they thought he wanted, i.e. sexual intercourse."</p> <p>"Some women felt if they could not fulfill their partner's desire for sexual intercourse, then they should not prevent his seeking sexual satisfaction elsewhere."</p> <p>"Most women felt that their partners were afraid to resume sexual intercourse. Some interpreted this behavior as disinterest or rejection of them as a woman."</p> <p>*****</p> <p>"Women who were in relationships but were not married expressed more difficulty than those who were married."</p> <p>"Many women who had long-term relationships with their partners found that in some ways, this experience had a positive effect for them."</p> <p>"Intimacy was also described as an important aspect when</p>	<p>relationship.</p> <p>Many women with cervical/ endometrial cancer indicated a need, despite their own difficulties, to provide their partner with what they thought he wanted, i.e. sexual intercourse.</p> <p>Many women with cervical/ endometrial cancer felt if they could not fulfill their partner's desire for sexual intercourse, then they should not prevent his seeking sexual satisfaction elsewhere.</p> <p>Most women with cervical/ endometrial cancer felt that their partners were afraid to resume sexual intercourse. Some interpreted this behavior as disinterest or rejection of them as a woman.</p> <p>*****</p> <p>Women with gynecological cancer, who were in relationships but were not married expressed more difficulty than those who were married.</p> <p>Many women with gynecological cancer who had long-term relationships with their partners found that in some ways, this experience had a positive effect for them. Intimacy was also described as an important aspect by some</p>
---	--	---

	<p>women felt they were not ready for intercourse.”</p> <p>“The physical changes resulting from cancer of the reproductive organs were associated with a need to reaffirm one’s identity as a sexual being, a woman, a mother, and a partner.”</p> <p>“Some women expressed a sense of lost identity based on their perceptions of how others viewed them a woman.”</p> <p>“Women perceived that their body image consisted of how they felt about both their external and internal appearances. Their need to look good influenced their sexual self-concept.”</p> <p>“They described their external appearance as being visibly altered in term of weight gain, scarring, and tattooing...and their internal appearance was altered as changing of the reproductive organs.”</p> <p>“A number of women reacted to being diagnosed with gynecological cancer and the impact that becoming part of a cancer system had on their</p>	<p>women with gynecological cancer when women felt they were not ready for intercourse.</p> <p>The physical changes of the reproductive organs resulting from cancer were associated with a need to reaffirm one’s identity as a sexual being, a woman, a mother, and a partner.</p> <p>Some women with gynecological cancer expressed a sense of lost identity based on their perceptions of how others viewed them a woman.</p> <p>Women with gynecological cancer perceived that their body image consisted of how they felt about both their external and internal appearances. Their need to look good influenced their sexual self-concept.</p> <p>Women with gynecological cancer described their external appearance as being visibly altered in term of weight gain, scarring, and tattooing...and their internal appearance was altered as changing of the reproductive organs.</p> <p>A number of women reacted to being diagnosed with gynecological cancer and the impact that becoming part of a cancer system had on their</p>
--	---	---

<p>*****</p> <p>5) <i>"Assessing women's sexuality after cancer therapy"</i>. The impact of gynecologic cancer.</p> <p>Forfattere: Bruner, Debra Watkins R.N, Boyd, Coleen</p> <p>Deltagere: 2 kvinner med gynecological cancer+ 7 with breast cancer</p> <p>*****</p> <p>6) <i>"Women's wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease"</i></p>	<p>view of the self, in term of their sexuality."</p> <p>"A number of the women referred to side effects of the cancer treatments on body functions that had direct effect on their sexual well-being.. fatigue, diarrhea, vaginal dilation, pain, nausea, hot flashes, and inability to have intercourse were most frequently cited concerns."</p> <p>*****</p> <p>"The physical aspects of sexual functioning are impaired in multiple ways... desire, arousal, and orgasm were impaired in many of the women."</p> <p>"Women attributed many of the sensations [menopause, weight gain] interfering with their sexuality to their cancer therapies [hysterectomy], as predicted by self-regulation theory."</p> <p>"The women expressed negative emotions to the physical sensations they experienced after [gynecological] cancer therapy."</p> <p>*****</p> <p>"The women experienced a change in their perception of their bodies in a negative direction and that their womanliness had been lost as</p>	<p>view of the self, in term of their sexuality.</p> <p>A number of the women with gynecological cancer referred to side effects of the cancer treatments on body functions that had direct effect on their sexual well-being.. fatigue, diarrhea, vaginal dilation, pain, nausea, hot flashes, and inability to have intercourse were most frequently cited concerns.</p> <p>*****</p> <p>The physical aspects of sexual functioning are impaired in multiple ways... desire, arousal, and orgasm were impaired in women with gynecological cancer.</p> <p>Women with gynecological cancer, attributed many of the sensations [menopause, weight gain] interfering with their sexuality to their cancer therapies [hysterectomy], as predicted by self-regulation theory.</p> <p>The women with gynecological cancer, expressed negative emotions to the physical sensations they experienced after [gynecological] cancer therapy.</p> <p>*****</p> <p>Women with gynecological cancer experienced a change in their perception of their bodies in a negative direction and that their womanliness had been</p>
--	---	---

<p>Forfattere: Else-Marie Rasmusson og Bibbi Thome (2008).</p> <p>Deltagere: 11 kvinner (35-70) år.</p> <p>*****</p> <p>7) <i>Important aspects of health care for women with</i></p>	<p>a result of surgery."</p> <p>"There were concerns relating to how the bodily changes could affect relations in the future."</p> <p>"Tiredness in connection with treatment led to reduced sexual desire and it required more planning to have the energy for close contact, which was experienced as troublesome."</p> <p>"Women experienced negative bodily changes both physically and psychologically and that their femininity had been lost due to uncertainty about what the treatment actually had done to their bodies."</p> <p>"Sexuality was described as being closely coupled to well-being."</p> <p>"Younger fertile women described infertility as a great loss and the inability to be a mother was painful."</p> <p>"Younger women expressed thoughts about being infertile as strongly tied to sexuality."</p> <p>*****</p> <p>"The women's desire for sexual intercourse had diminished."</p>	<p>lost as a result of surgery.</p> <p>Women with gynecological cancer were concerns relating to how the bodily changes could affect relations in the future.</p> <p>Tiredness in connection with treatment led to reduced sexual desire and it required more planning to have the energy for close contact, which was experienced by women with gynecological cancer, as troublesome.</p> <p>Women with gynecological cancer experienced negative bodily changes both physically and psychologically and that their femininity had been lost due to uncertainty about what the treatment actually had done to their bodies.</p> <p>Sexuality was described as being closely coupled to well-being by women with gynecological cancer.</p> <p>Younger fertile women with gynecological cancer described infertility as a great loss and the inability to be a mother was painful.</p> <p>Younger women with gynecological cancer expressed thoughts about being infertile as strongly tied to sexuality.</p> <p>*****</p> <p>The women's desire for sexual intercourse had diminished</p>
---	--	---

<p><i>gynecological cancer"</i></p> <p>Forfattere: Ekwall, E., Ternestedt, B.M., og Sorbe B. (2002).</p> <p>Deltagere: 14 kvinder, Sweden</p>	<p>"They felt that only those who had been through the same thing could truly understand what it was like. They thought it was difficult for relatives and health-care personel to understand what they were experiencing."</p> <p>"They described how the disease had affected their daily lives, including their sexuality."</p> <p>"The women's accounts indicated that their disease negatively affected how they perceived their bodies and self-image."</p>	<p>during and after gynecological cancer treatment.</p> <p>Women with gynecological cancer felt that only those who had been through the same thing could truly understand what it was like. They thought it was difficult for relatives and health-care personel to understand what they were experiencing.</p> <p>Women with gynecological cancer described how the disease had affected their daily lives, including their sexuality.</p> <p>Women with gynecological cancer indicated that their disease negatively affected how they perceived their bodies and self-image.</p>
<p>*****</p> <p>8) <i>"In your skin you are different: Women living with ovarian cancer during childbearing years"</i></p> <p>Forfattere: Schaefer, K.M., Ladd, E.C., Lammers, S.E., og Echenberg, R.J. (1999).</p> <p>Deltagere: 5 kvinder</p>	<p>*****</p> <p>"Women who have an early surgical menopause sometimes experience mood swings, body changes, and life-pattern disruptions for which they are unprepared."</p> <p>"The experiences of night sweats and mood changes were confusing and frightening."</p> <p>"Body changes [gained weight because of estrogen deficiency/lost weight because of</p>	<p>*****</p> <p>Women with ovarian cancer that have an early surgical menopause, sometimes they will experience mood swings, body changes, and life-pattern disruptions for which they are unprepared.</p> <p>The experiences of night sweats and mood changes were confusing and frightening for the women with ovarian cancer.</p> <p>Body changes [gained weight because of estrogen deficiency/lost weight because of</p>

	<p>radiation therapy] were also difficult.”</p> <p>“Not being able to have children was a painful outcome of ovarian cancer for all women. Reagardless of whether actually had planned to have more children; these women described the loss of childbearing ability as a choice being taken away from them.”</p> <p>“Some women felt like less than a women; there is an emptiness that they felt.”</p> <p>“Some women were concern [sadness and depression] about the welfare of her husband and his not being able to have children with her.”</p> <p>“They felt useless, like a nothing. Although they were alive, they questioned the value of the life they had left.”</p> <p>“The women described complex changes in their relationships... sexuality and intimacy was often in conflict. Most of the women shared that their partners’ “being there” was extremely important to enduring the cancer diagnosis and treatment.”</p>	<p>radiation therapy] were also difficult for the women with ovarian cancer.</p> <p>Not being able to have children was a painful outcome of ovarian cancer for all women. Reagardless of whether actually had planned to have more children; these women described the loss of childbearing ability as a choice being taken away from them.</p> <p>Some women with ovarian cancer felt like less than a women; there is an emptiness that they felt.</p> <p>Some women with ovarian cancer were concern [sadness and depression] about the welfare of her husband and his not being able to have children with her.</p> <p>Some women with ovarian cancer felt useless, like a nothing. Although they were alive, they questioned the value of the life they had left.</p> <p>Some women with ovarian cancer described complex changes in their relationships... sexuality and intimacy was often in conflict. Most of the women shared that their partners’ “being there” was extremely important to enduring the cancer diagnosis and treatment.</p>
--	---	---

	<p>”Intimacy was necessary for emotional support, whereas sexual intercourse was described as a “back-burner” issue.”</p> <p>”The women’s lack of interest in sexual intercourse was natural; lose of estrogen and progesterone both contribute to decreased libido.”</p> <p>”Some women felt that their women-ness had been compromised by the removal of their wombs. They questioned who would want them. They handled their fears by telling husbands to find someone else who could meet their sexual needs and have their children.”</p> <p>”The women told us they changed in significant and important ways; they were not the same people they were before their illness. Fatigue, physical changes ... and perception of self affected their sense of normalcy. “</p> <p>”Throughout life with cancer was the need to do normal things and be normal person. The temporal nature of striving for a sense of the normal provides the context of being</p>	<p>Intimacy was necessary for women with ovarian cancer, for their emotional support, whereas sexual intercourse was described as a “back-burner” issue.</p> <p>The women’s lack of interest in sexual intercourse was natural after treatment for ovarian cancer; lose of estrogen and progesterone both contribute to decreased libido.</p> <p>Some women with ovarian cancer felt that their women-ness had been compromised by the removal of their wombs. They questioned who would want them. They handled their fears by telling husbands to find someone else who could meet their sexual needs and have their children.</p> <p>The women with ovarian cancer described that they had changed in significant and important ways; they were not the same people they were before their illness. Fatigue, physical changes ... and perception of self affected their sense of normalcy.</p> <p>Women with ovarian cancer described that to live a life with cancer was the need to do normal things and be normal person. The temporal nature of striving for a sense of the normal provides the context of</p>
--	--	---

<p>out of sync with their own life cycle."</p> <p>"Being different involves both not being the type of woman expected to get ovarian cancer and also the cancer making "me" (personal self) different."</p> <p>*****</p> <p><i>"Sexual self-schema and sexual morbidity among gynecologic cancer survivors"</i></p> <p>Forfattere: Andersen, B.L., Woods, X.A., Copeland, L.J. (1997).</p> <p>Deltagere: 61 Kvinner med gynecologisk kreft+ 74 friske kvinder</p>	<p>being out of sync with their own life cycle.</p> <p>For the most women with ovarian cancer being different involves both not being the type of woman expected to get ovarian cancer and also the cancer making "her" (personal self) different.</p> <p>*****</p> <p>Women with gynecological cancer appear to undergo significant sexuality disruption; this is a familiar outcome; tests and provides support for specific mechanisms, both medical and psychological, which may lead to differential levels of sexual morbidity.</p> <p>"These women appear to undergo significant sexuality disruption; this is a familiar outcome; tests and provides support for specific mechanisms, both medical and psychological, which may lead to differential levels of sexual morbidity."</p> <p>"Sexual outcomes after cancer consist with that women with a more negative sexual self-concept, in contrast to women with a more positive view, would have greater sexual morbidity. Women with a more negative sexual schema were to have more difficulties because they have negative feelings about their sexuality. In the context of cancer, with disease or treatment factors causing direct changes to the sexual body or sexual responses and symptoms of premature menopause, we anticipated that women with negative sexual self-schemas would evidence lower rates of activity and less</p>	<p>Sexual outcomes after gynecological cancer consist with that women with a more negative sexual self-concept, in contrast to women with a more positive view, would have greater sexual morbidity. Women with a more negative sexual schema were to have more difficulties because they have negative feelings about their sexuality. In the context of gynecological cancer, with disease or treatment factors causing direct changes to the sexual body or sexual responses and symptoms of premature menopause, we anticipated that women with negative sexual self-schemas would evidence lower rates of</p>
---	---	--

<p>responsiveness... or they may be prone to negative cognitions or feelings, such as embarrassment, about any body changes."</p> <p>*****</p> <p>"Psychosexual adjustment after vulvar cancer surgery"</p> <p>Forfattere: Andersen, B.L. og Hacker, N.F. (1983)</p> <p>Deltagere: 15 kvinner fra to ulike institusjoner.</p>	<p>activity and less responsiveness... or they may be prone to negative cognitions or feelings, such as embarrassment, about any body changes after gynecological cancer treatment.</p> <p>*****</p> <p>"Significant disruption in sexual activity. These women reported having previously varied sexual lives, but when assessed postoperatively, there was a marked reduction in sexual activity. This may be partially caused by the blunting of genital or pelvic sensitivity and numbness after surgery."</p> <p>"A area of importance for these women is sexual identity or self-concept... greater disruption of body image after pelvic exentration than vulvectomy...the magnitude of body image disruption reported by women after vulvectomy was extreme, and for some this was an important deterrent to sexual activity."</p>	<p>activity and less responsiveness... or they may be prone to negative cognitions or feelings, such as embarrassment, about any body changes after gynecological cancer treatment.</p> <p>*****</p> <p>Women with ovarian cancer experienced significant disruption in sexual activity. They reported having previously varied sexual lives, but when assessed postoperatively, there was a marked reduction in sexual activity. This may be partially caused by the blunting of genital or pelvic sensitivity and numbness after surgery.</p> <p>Women with pelvic exentration experienced greater disruption of body image in compared to vulvectomy patients...the magnitude of body image disruption reported by women after vulvectomy was extreme, and for some this was an important deterrent to sexual activity.</p>
---	--	--

Vedlegg 4. Gruppering, argumentasjon og abstrahering av funn

Nøkkelkonsept	Redigert funn	Argumentasjon	Abstrahert funn
<p>Endret identitet og rolle/ Mistet femininet</p>	<p>The physical changes of the reproductive organs resulting from cancer were associated with a need to reaffirm one's identity as a sexual being, a woman, a mother, and a partner.</p> <p>Some women with gynecological cancer expressed a sense of lost identity based on their perceptions of how others viewed them a woman.</p> <p>Women with gynecological cancer experienced a change in their perception of their bodies in a negative direction and that their womanliness had been lost as a result of surgery.</p> <p>Women with gynecological cancer experienced negative bodily changes both physically and psychologically and that their femininity had been lost due to uncertainty about what the treatment actually had done to</p>	<p>Redigerte funn viser at mange kvinner med gynekologisk kreft etter behandling opplever negativ endringer i deres rolle og identitet som kvinne. Funnene jeg tolket som relatert til negativ endret identitet og mistet femininet ble derfor gruppert under nøkkelkonseptet mistet femininet.</p> <p>Eksempler som viser kvinners uttalelser knyttet til "mistet femininet" er:</p> <p>"I'm not going to be female anymore."</p> <p>"it's part of you that makes you woman really.."</p> <p>"Following the operation I began to wonder if it wil ever be the same, will I feel myself to be a woman."</p> <p>"I feel completely dead inside; the doctor took everything out. Since the operation. I</p>	<p>Mange kvinner identifiserer seg som "intetkjønn". Det er vanskelig for de kvinnene å bryte ut av den kvinnerollen som tildeles dem, selv om de skulle ønske å gjøre det. Å identifisere seg som "intetkjønn" er knyttet til å miste sin kvinnelig reproduksjons organer som symboliserte deres kvinnelighet. Resultater fra studier viser at jo bedre kvinner føler komfort med deres kropp og føler seg "kvinnelig" jo større nivået for bedre seksualfunksjon. Ved fjerning av kroppsdel, fjernes også den nedfelta identiteten. Kvinner er ikke bare kropp, hun er eller blir en annen (eller mindre) person, hun ser annerledes ut, føles annerledes, opptrer annerledes og blir sett på som annerledes av andre.</p>

	<p>their bodies.</p> <p>Some women with ovarian cancer felt like less than a women; there is an emptiness that they felt.</p> <p>Some women with ovarian cancer felt useless, like a nothing. Although they were alive, they questioned the value of the life they had left.</p> <p>Some women with ovarian cancer felt that their womanliness had been compromised by the removal of their wombs. They questioned who would want them.</p> <p>For the most women with ovarian cancer being different involves both not being the type of woman expected to get ovarian cancer and also the cancer making "her" (personal self) different.</p>	<p>haven't like my body..I imagine my vagina and then my empty abdomen..."</p> <p>"just a sense of loss...a grieving that I lost my femininity ... they (reproductive organs) are symbols of womanhood, I suppose".</p>	
Infertilitet	Younger fertile women	Disse funnene viser at	Dataene antyder at for

	<p>with gynecological cancer described infertility as a great loss and the inability to be a mother was painful.</p> <p>Younger women with gynecological cancer expressed thoughts about being infertile as strongly tied to sexuality.</p> <p>Not being able to have children was a painful outcome of ovarian cancer for all women. Regardless of whether actually had planned to have more children; these women described the loss of childbearing ability as a choice being taken away from them.</p> <p>The physical changes also altered hopes of being able to have children in the future and, in turn, altered the purpose of sexual relationships for the women with ovarian cancer.</p>	<p>kvinner med gynekologisk kreft og etter dens behandling opplever at å ikke kunne føde barn hadde forandret deres syn på seg selv som kvinne, samt hensikten med seksuelle relasjoner og retten til å foreta et valg.</p> <p>Eksempler som viser kvinners uttalelser knyttet til "infertilitet" er:</p> <p>"sex is different when you're not trying to make children".</p> <p>"the removal of my uterus and ovaries would destroy my life and leave me an empty clone."</p> <p>"taking away the opportunity of being able to go through another pregnancy. I was avoid."</p>	<p>noen kvinner, er fjerning av eggstokkene full av med motsetninger. Fra en side fjerning av en farlig kroppsdel, gitt dem mulighet til å utrydde deres kreft og derved gjenvinne kontroll over deres framtid, men fra andre side de kvinnene erkjenner at deres behandling, truet visse aspekter ved deres identitet, å kunne føde barn. De fysiske forandringer vil ta håpet om å kunne få barn i fremtiden, og i sin tur, vil endre hensikten med seksuelle relasjoner for noen kvinner. Derfor vil de kvinnene oppleve merkbare endringer i deres intime relasjoner.</p>
Menopause	Physical changes resulted from treatment created discomfort that was a	Disse redigerte funn viser at kvinner etter gynekologisk kreftbehandling kan	En fjerning av eggstokkene ble oppfattet som tidlig aldring som krever

	<p>barrier to intimate relations for the most of the women with ovarian cancer.</p> <p>Accepting the permanent changes resulting from treatment and complications was burdensome for the women with ovarian cancer. They have feeling of loss of control.</p> <p>A number of the women with gynecological cancer referred to side effects of the cancer treatments on body functions that had direct effect on their sexual well-being.. fatigue, diarrhea, vaginal dilation, pain, nausea, hot flashes, and inability to have intercourse were most frequently cited concerns.</p> <p>Women with gynecological cancer, attributed many of the sensations [menopause, weight gain] interfering with their sexuality to their cancer therapies [hysterectomy], as</p>	<p>oppleve humørforandringer, kroppsforandringer og brudd i livsløpet (å bli gammel før sin tid). Disse forandringene var altfor tungt å bære for mange kvinnene.</p> <p>"To wake in the night being wet through with sweat, feels really tough when one is only 36. Someone could prepared me for this..."</p> <p>"there were times when I felt like I was walking through a bubble... I am functioning ..but my mind is not sharp or clear.. I'd have trouble concentrating."</p> <p>"I didn't think so much about sex but more about my body. It feels as though the sensuality is lost."</p>	<p>noen grad av "biografisk rekonstruksjon". Dette er fordi de må ta en revurdering av selvet på nytt; en av effektene av kirurgi er forkortelse av biologiske tid. Det resulterer i en annen forventet biografi blir realisert før sin tid: en aspekt som er forventet av en eldre. Kvinner som ikke befant seg i den overgangsalder fasen ved diagnosen, opplevde fysiske endringer som hetetokter, tørr skjede og hudforandringer på grunn av mangel på østrogen og senere psykologiske endringer som humørsvingninger vanskelig å bære.</p>
--	--	--	---

	<p>predicted by self-regulation theory.</p> <p>The women with gynecological cancer expressed negative emotions to the physical sensations [menopause] they experienced after [gynecological] cancer therapy.</p> <p>Women with ovarian cancer that have an early surgical menopause, sometimes they will experience mood swings, body changes, and life-pattern disruptions for which they are unprepared.</p> <p>The experiences of night sweats and mood changes were confusing and frightening for the women with ovarian cancer.</p>		
--	--	--	--

<p>Endret seksualitet/intimitet</p>	<p>The most of women with ovarian cancer feeling different about themselves, and they struggled with integrating these changes in their lives.</p> <p>The sense of frustration and loss the women with ovarian cancer reported is evident in their comments about having to let go of these activities [sex life].</p> <p>The women with ovarian cancer described feeling a lack of control over their future and fear of facing the unknown. The women found the sense of not being able control the events in their lives was difficult [control moods, to bear children, etc.]</p> <p>The most of the women were experienced pain in relation to sexual activity that was influenced by bladder and bowel problems.</p>	<p>Redigerte funn viser at kvinner opplever negative endringer knyttet til deres seksualitet og intime relasjoner. De endringene var knyttet til både det fysiske og psykiske forandringer etter behandling.</p> <p>Kvinner uttrykte deres opplevelser i dette forholdet slik:</p> <p>"My perception of my body is that I feel that my sensuality is gone."</p> <p>"I wondered if it would give me pain and feel different for hil as it feels like a big hole straight through, since there isn't anything in there."</p> <p>"It should be negative to have intercourse, should the womb begin to bleed. The blood can run out into the fallopian tubes then into the body, spreading the cancer."</p>	<p>Kvinner som er behandlet for gynekologisk kreft opplever ofte problemer knyttet til deres seksualitet. De endringene er på grunn av både det fysiske og psykiske endringer etter behandling, som på direkte eller indirekte måter endrer kvinners seksualfunksjon.</p>

	<p>For the most of women with cervical/ endometrial cancer, satisfactory sexual expressions was equated more with the expression of intimate aspects (sensuality, disclosure, reassurance) than with coital aspects of their sexual relationship.</p> <p>Intimacy was also described as an important aspect by some women with gynecological cancer when women felt they were not ready for intercourse.</p> <p>A number of women reacted to being diagnosed with gynecological cancer and the impact that becoming part of a cancer system had on their view of the self, in term of their sexuality.</p> <p>The physical aspects of sexual functioning are impaired in multiple ways... desire, arousal, and orgasm were impaired in women with gynecological cancer.</p>		
--	---	--	--

	<p>Sexuality was described as being closely coupled to well-being by women with gynecological cancer.</p> <p>The women's desire for sexual intercourse had diminished during and after gynecological cancer treatment.</p> <p>Women with gynecological cancer felt that only those who had been through the same thing could truly understand what it was like. They thought it was difficult for relatives and health-care personal to understand what they were experiencing.</p> <p>The women with ovarian cancer described that they had changed in significant and important ways; they were not the same people they were before their illness. Fatigue, physical changes ... and perception of self affected their sense of normalcy.</p>		
--	--	--	--

	<p>Women with ovarian cancer described that to live a life with cancer was the need to do normal things and be normal person. The temporal nature of striving for a sense of the normal provides the context of being out of sync with their own life cycle.</p> <p>Women with gynecological cancer appear to undergo significant sexuality disruption; this is a familiar outcome; tests and provides support for specific mechanisms, both medical and psychological, which may lead to differential levels of sexual morbidity.</p> <p>Women with ovarian cancer experienced significant disruption in sexual activity. They reported having previously varied sexual lives, but when assessed postoperatively, there was a marked reduction in sexual activity. This may be partially caused by the blunting of genital or</p>		
--	--	--	--

	pelvic sensitivity and numbness after surgery.		
Negativt Kroppsbilde	<p>Physical problems and women's comments highlight the relationship between physical effects following treatment and sexuality.</p> <p>A negative alteration in body image is personally defined and experienced by women with cervical cancer. The negative perceptions of body image related largely to weight gain following treatment. The impact of treatment on body image, which, when associated with reduced libido, is an indicative finding that were experienced by women after cervical cancer treatment.</p> <p>Concerns regarding body image negatively influenced women's self- concept in relation to sexuality and femininity after treatment for cervical cancer.</p> <p>Some women with cervical/ endometrial</p>	<p>Redigerte funn viser at kvinner opplever deres kropp som problematikk knyttet til vektøkning, fysisk funksjon, attraktivitet, ..</p> <p>Kvinner uttrykte deres opplevelser knyttet til kroppsbilde slik:</p> <p>"...That is one the worst things really. I have to wear baggy clothes because of the fat I've put on and I just can't get rid of it you know."</p> <p>"Because I was taking the Tamoxifen, I noticed my libido just went away... and I was taking Megace and I gained over 18 pounds and that has me very concerned."</p> <p>"You don't want to go out in public because things do not fit right. You are wearing jackets to cover things..."</p> <p>"...I feel kind of ugly. I'm wearing a colostomy bag, and</p>	<p>Kvinner kan erfarne deres kropp i en negativ retning; at deres kvinnelighet hadde gått tapt som følge av kirurgi. En sentral problem for kvinnene var virkningen av behandlingen på kroppsbilde. Kvinner opplevde at deres kroppsbilde besto av hvordan de følte om både deres ytre og indre utseende. Den indre var forbundet med redusert libido og fruktbarhet, og den ytre kroppsbilde var relatert til vektøkning etter behandling og kirurgi arr- dannelse. Deres behov for å se bra ut, påvirket deres seksuelle selvbylde.</p>

	<p>cancer reported a poor body image and a lowering of self-esteem.</p> <p>Women with gynecological cancer perceived that their body image consisted of how they felt about both their external and internal appearances. Their need to look good influenced their sexual self-concept.</p> <p>Women with gynecological cancer described their external appearance as being visibly altered in term of weight gain, scarring, and tattooing...and their internal appearance was altered as changing of the reproductive organs.</p> <p>Women with gynecological cancer indicated that their disease negatively affected how they perceived their bodies and self-image.</p> <p>Body changes [gained weight because of estrogen deficiency/ lost weight because of radiation therapy]</p>	<p>my whole life just changed overnight..."</p>	
--	--	---	--

	<p>were also difficult for the women with ovarian cancer.</p> <p>Sexual outcomes after gynecological cancer consist with that women with a more negative sexual self-concept, in contrast to women with a more positive view, would have greater sexual morbidity. Women with a more negative sexual schema were to have more difficulties because they have negative feelings about their sexuality. In the context of gynecological cancer, with disease or treatment factors causing direct changes to the sexual body or sexual responses and symptoms of premature menopause, we anticipated that women with negative sexual self-schemas would evidence lower rates of activity and less responsiveness... or they may be prone to negative cognitions or feelings, such as embarrassment, about anybody changes after gynecological cancer</p>		
--	---	--	--

	<p>treatment.</p> <p>Women with pelvic exenterating experienced greater disruption of body image in compared to vulvectomy patients...the magnitude of body image disruption reported by women after vulvectomy was extreme, and for some this was an important deterrent to sexual activity.</p>		
<p>Relasjons problemstillinger og frykt for å miste sin mann</p>	<p>The women's lack of interest in sexual intercourse was natural after treatment for ovarian cancer; lose of estrogen and progesterone both contribute to decreased libido.</p> <p>The most of women with ovarian cancer experience changing roles and fears for husbands and altered sexuality.</p> <p>Sexual relationships between husband and wives with ovarian cancer were altered as a resulted of ovarian cancer.</p>	<p>Redigerte funn viser at kvinner opplever vanskeligheter ift sine parrelasjoner. Disse kvinnene opplever store belastinger og stress i forhold til intime relasjoner.</p> <p>Kvinner uttrykte deres opplevelser i forhold til relasjonsproblemer slik:</p> <p>"The pain itself after (sexual intercourse) is absolutely unbearable. I'm doubled in two and then I'm on the toilet all night for hours. I mean that's not very nice is it."</p>	<p>Kvinner føler ofte lite eller ingen seksuell lyst etter behandling, men er engstelig for at hennes partner føler seg seksuelt fratatt, og hun gjerne ønsker å gjenopprette seksuell kontakt så snart som mulig for å redusere belastningen på partneren sin, og på forholdet. Hun føler seg drastisk endret som en kvinne ved behandling og lengter etter den gledelig seksuelle uttrykk, men kan ikke forestille seg hvordan hun vil gjøre overgangen fra følelser av angst og frykt om sex og om seg selv</p>

	<p>The impact of treatment in cervical cancer effects on sexuality arose directly from physical problems as well as perceived psychological difficulties in maintaining a healthy sexual relationship were experienced by the most of women.</p> <p>Anxiety about sexual activity, lack of interest in sex, body image and an adverse influence on intimate partner relationships were experienced by the most of the women.</p> <p>Women in age of (20-40) with cervical/ endometrial cancer felt loss of reproductive organs might have a negative influence on their current partnerships and jeopardized their chances of forming any intimacy.</p> <p>Many women with cervical/ endometrial cancer reported fear and insecurity</p>	<p>"I mean all that affects the relationship you have with your husband in the long run because you can't be intimate when you're going to the toilet every few minutes with the diarrhea and sore down below. It's terrible really."</p> <p>"at the moment, I've no inclination that way (for sexual activity) what so ever, it can put a strain on your marriage because obviously your husband is still wanting to be sexually active when you don't want to be. So it can be problem..."</p>	<p>som en partner til å føle seg "som en ekte kvinne "igjen. Fysiske endringene resulterte fra behandling vil ofte skape ubehag som er en barriere for intime relasjoner.</p> <p>Dette kan dermed endre seksuelle forhold mellom mann og kvinne.</p>
--	--	--	--

	<p>regarding future sexual interaction with their partners. A number of women reported that the fear was so great that they became emotionally detached during their early sexual experiences.</p> <p>Many women with cervical/ endometrial cancer indicated a need, despite their own difficulties, to provide their partner with what they thought he wanted i.e. sexual intercourse.</p> <p>Many women with cervical/ endometrial cancer felt if they could not fulfill their partner's desire for sexual intercourse, then they should not prevent his seeking sexual satisfaction elsewhere.</p> <p>Most women with cervical/ endometrial cancer felt that their partners were afraid to resume sexual intercourse. Some interpreted this behavior as disinterest or rejection of them as</p>		
--	--	--	--

	<p>a woman.</p> <p>Several women with cervical cancer were been reluctant to resume, or were anxious about sexual intercourse following treatment. This related to fear of cancer returning.</p> <p>Women with gynecological cancer, who were in relationships but were not married, expressed more difficulty than those who were married.</p> <p>Some women with gynecological cancer who had long-term relationships with their partners found that in some ways, this experience had a positive effect for them.</p> <p>Women with gynecological cancer were concerns relating to how the bodily changes could affect relations in the future.</p> <p>Tiredness in connection with treatment led to</p>		
--	---	--	--

	<p>reduced sexual desire and it required more planning to have the energy for close contact, which was experienced by women with gynecological cancer, as troublesome.</p> <p>Women with gynecological cancer described how the disease had affected their daily lives, including their sexuality.</p> <p>Some women with ovarian cancer were concerned [sadness and depression] about the welfare of her husband and his not being able to have children with her.</p> <p>Some women with ovarian cancer described complex changes in their relationships... sexuality and intimacy was often in conflict. Most of the women shared that their partners' "being there" was extremely important to enduring the cancer diagnosis and treatment.</p>		
--	---	--	--

	<p>Intimacy was necessary for women with ovarian cancer, for their emotional support, whereas sexual intercourse was described as a "back-burner" issue.</p> <p>Some women with ovarian cancer felt that their womanliness had been compromised by the removal of their wombs. They questioned who would want them. They handled their fears by telling husbands to find someone else who could meet their sexual needs and have their children.</p>		
--	--	--	--