



Helse og livskvalitet hos personer med colo rectal  
cancer, med vekt på depresjon, sosial støtte og  
seksualitet.

Marita Nilsen

Masteroppgave i klinisk sykepleievitenskap  
Høgskolen i Oslo og Akershus, institutt for sykepleie

Kull: Høst 2009 | deltid.

Dato: 15.09.2014



<b>Navn:</b> Marita Nilsen	<b>Dato:</b> 11.09.14
<b>Tittel:</b> Helse og livskvalitet hos personer med colo rectal cancer, med vekt på depresjon, sosial støtte og seksualitet.	
<b>Sammendrag</b>	
<b>Bakgrunn/Hensikt:</b> Colorectal kreft(CRC) er den raskest voksende sykdommen i Norge. Det vil det være av betydning å få mer kunnskap om hvilke helseplager, og utfordringer pasienter med CRC har, som kreftoverlevende, hvordan denne pasientgruppen opplever sin helse relaterte livskvalitet. Studiens hensikt var å undersøke hvordan faktorene, depresjon, sosial støtte og seksualitet innvirket på livskvaliteten til kvinner og menn med CRC.	
<b>Teoretisk fundament:</b> Søket etter originale studier basert på problemstillingen, ble gjennomført i elektroniske databaser. De fleste søk ble foretatt i Medline og Cinahl. Som teoretisk fundament er valgt livskvalitetsmodellen til Wilson & Clearly(1995) , og Responceeshift (Spranger & Swartz,1999) Aaron Beck´s skjemateori er benyttet som forklaring for utvikling av depresjon. Teori om sosial støtte er hentet fra Dalgard(2009) og Fyrland(2005), med fokus på direkte støtte og bufferhypotesen	
<b>Metode:</b> Datamaterialet er hentet fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, HUNT3 (2006-08).I denne studien ble alle voksne med colorectal kreft(CRC) inkludert. Utvalget besto av 279 personer i alder fra 19 til 91 år, hvorav 152 kvinner og 127 menn. I analysene er brukt beskrivende statistikk som gjennomsnitt, og mål for spredning. I tillegg er benyttet bivariat analyser med kysstabeller og kjikvadrates test, samt student t-test .	
<b>Resultat:</b> Resultatene viser at de fleste pasienter med CRC ,rapporterte god livskvalitet. Forskjellene mellom kjønnene var små, men noen flere kvinner enn menn oppgav lav livskvalitet. Studien viste en signifikant forskjell i livskvaliteten, mellom de med depresjon og de uten. De fleste oppgav å ha god sosial støtte. Her oppgav kvinnene å ha flere støttespillere enn menn. Det var signifikante forskjeller mellom kvinner og menn, for de som oppgav å ikke ha en form for sosial støtte. Her var livskvaliteten var påvirket hos kvinnene men ikke hos menn. For livskvalitet og seksuell liv var forskjellene større kjønnene mellom. Funnene indikerer at de med seksuell interesse og glede hadde høyest livskvalitet.	
<b>Konklusjon:</b> Resultatene tyder på at de tre faktorene, depresjon, sosial støtte og seksualitet kan spille en rolle for livskvaliteten hos både kvinner og menn, hos denne kategorien kreftoverlevende. Resultatene viste noen forskjeller mellom de ulike faktorene og opplevelsen av livskvalitet, samt forskjeller mellom kjønnene. De faktorene som er belyst i oppgaven er viktig med hensyn til den psykiske, sosiale og seksuelle helses påvirkning på livskvalitet, hos pasienter med CRC. Det å identifisere faktorer med betydning for livskvalitet hos denne pasientkategorien er viktig. Det er nødvendig med flere og større studier, er for å avdekke ulike faktorer som i størst mulig grad påvirker livskvaliteten. Kunnskap og forståelse for faktorer som har sammenheng med god livskvalitet, er viktige forutsetninger for at helsepersonell kan møte pasientenes behov, og derved gi målrettet og riktig omsorg og behandling.	
Veileder: Randi Andenæs	

<b>Name:</b> Marita Nilsen	<b>Date:</b>
<b>Title:</b> Health and Life Quality for Persons with Colo Rectal Cancer, with Focus on Depression, Soscial support and Sexuality	
<b>Abstract</b>	
<p><b>Purpose:</b> Colo Rectal Cancer (CRC) is the fastest growing illness in Norway. It will be of crucial importance to obtain more knowledge about what kind of health problems and challenges patients with CRC live with as cancer survivors, how this group of patients experience their health-related life quality. The purpose of this research was to check out how factors like depression, social support and sexuality influence on life quality for women and men with CRC.</p>	
<p><b>Theoretical fundament :</b> Search for original studies based on the issue in question was conducted through electronic databases. Most searches were made in Medline and Cinahl. As theoretical fundament I have chosen the following :The life quality model of Wilson &amp; Clearly (1955) Responceeshift of Spranger &amp; Swartz (1999). The form theories of Aaron Beck, used as explanation for the development of depression. The theory about social support is adapted from Dalgard (2009) and Fyrland (2005), with focus on direct support and the buffer hypothesis</p>	
<p><b>Method:</b> The data material has been adopted from The Health Survey in Nord-Trøndelag, HUNT3 (2006-08). In this study all adults with colorectal cancer (CRC) were included. The sample group consisted of 279 persons aged from 19 to 91 years, whereof 152 were females and 127 males. In the analysis I have used descriptive statistics like average measurements and measurements for proliferation. In addition bivariat analyses with cross tables and kjiquadra tests, in addition to student t-test.</p>	
<p><b>Results:</b> The results show that most CRC patients report good life quality. The differences between sexes were minor, but some more women than men reported low life quality. The study showed a significant difference between those who suffered from depression and those who did not. Most of them said they had experienced good social support. More women reported of of more support than men. There were significant differences between men and women from those who reported to have no social support at all, where life quality for women was influenced , and not for men. As to life quality and and sexual life, the differences between the sexes were more significant. The findings indicate that those with sexual interest and joy have the highest life quality.</p>	
<p><b>Conclusion:</b> The results indicate that the three factors depression, social support and sexuality play a decisive role in the life quality for both men and women – with this category of cancer survivors. The results show some differneces between the three factors and the experience of life quality, and differences between the sexes. The factors focussed on in this survey are important with respect to the influence on life quality that psychic , social and sexual health has on CRC patients. To identify factors of significance for life quality for this category of patients is of great importance. It is also important to undertake more in-depth studies and research to unveil different factors that influence life quality. Knowledge and understanding of factors that are closely related to good- life quality are important assumptions for the fact that health personnel can meet with the patients’ needs , thus being more able to give a correct and to- the- point care and treatment.</p>	
Veileder: Randi Andenæs	

## Forord

Denne oppgaven er slutten på mitt masterstudie, i klinisk sykepleievitenskap. I denne oppgaven har jeg studert den helserelevante livskvaliteten til personer med Colorectal kreft, med vekt på noen variabler som kan ha betydning for pasientenes livskvalitet. Mye av grunnen til at jeg valgte å skrive masteroppgave, har vært mitt engasjement for de kreftrammede. En gruppe jeg alt på grunnutdanningen i sykepleie har følt en ekstra omsorg for.

Gjennom denne oppgaven har jeg fått mulighet til å studere den helserelevante livskvaliteten, til en større gruppe. I den anledning vil jeg rette en stor takk til Høgskolen i Oslo og Akershus, for å ha gitt meg muligheten til å arbeide med rådata fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). En stor takk også til min veileder Randi Andenæs for råd, kommentarer, veiledning, gode innspill og forståelse gjennom hele prosessen.

Det å arbeide med en masteroppgave, har vært både spennende og slitsomt. Til tider også altoppslukende. Oppgaven har vært en prosess, som har utfordret meg faglig og personlig. Jeg har gjennom mange år tenkt på å skrive en masteroppgave, men ventet på det rette tidspunktet, alt skal klaffe med jobb og familie, så å finne rett tidspunkt har vært vanskelig. Når jeg endelig fant "riktig" tidspunkt "gjøv" jeg løs med iver og vilje. For å finne ut at det er ingenting som heter riktig tidspunkt. Livet tar ikke hensyn til masteroppgaver som må skrives. Det har blitt utsettelse først grunnet egen sykdom, "frozen shoulder". Like etterpå ble familien rammet av en stor sorg, min kjære svigersøster Ann Marit fikk diagnosen bukspyttkjertelkreft. I denne perioden var det vanskelig å konsentrere seg, og masteroppgaven ble igjen satt på vent.

Jeg vil benytte anledningen til å takke Bjørnar, min samboer, for hans tålmodighet gjennom en krevende prosess. En stor takk går også til Ranveig, for gode språklige innspill og oppmuntring når det har blitt imot. Ellers vil jeg rette en stor takk til øvrig familie som har bistått med ulik hjelp.

Marita Nilsen

## INNHALDSFORTEGNELSE

INNHALDSFORTEGNELSE.....	6
1 INNLEDNING, TEMA OG PROBLEMSTILLING.....	1
1.1 Sykepleiefaglig perspektiv.....	4
2 Teori.....	6
2.1 Colo Rectal Kreft.....	7
2.2 Livskvalitet og kreft.....	9
2.3 Livskvalitet og helserelatert livskvalitet.....	12
2.4 Helse.....	20
2.5 Depresjon.....	21
2.6 Sosial støtte.....	25
2.7 Seksualitet.....	29
2.8 Kjønnsteori.....	34
3 Data og metode.....	36
3.1 Beskrivelse av utvalget.....	36
3.2 Instrumenter og operasjonalisering av variablene.....	37
3.3 Design.....	41
3.4 Statistiske analyser.....	42
3.5 Forskningsetiske overveielser.....	45
4 Resultater.....	46
4.1 Beskrivelse av utvalget.....	46
4.2 Sammenheng mellom livskvalitet og depresjon, sosial støtte og seksualliv.....	55
5 Diskusjon.....	58
5.1 Hovedfunn.....	58
5.2 Styrker og svakheter med oppgaven.....	71
5.2.1 Reliabilitet og validitet.....	71
5.3 Konsekvenser for praksis.....	73
5.4 Konklusjon.....	76
5.5 Forslag til forskning videre.....	77
6 Kildehenvisning.....	79
7 Vedlegg.....	91



## 1 INNLEDNING, TEMA OG PROBLEMSTILLING.

Norge ligger på toppen i forekomst av Colorectal kreft i Norden. Colorektal kreft (CRC) er betegnelsen på kreftsvulst i tykktarm eller endetarm. Kreftformen er raskt voksende, i 2011 ble det registrert 3961 nye tilfeller av CRC i Norge. Menn har høyest forekomst på 59 % mot kvinner 41 % (Kreftregisteret 2011). Tykktarmkreft er den vanligste kreftform blant kvinner over 70 år (ibid). Tall fra kreftregisteret viser at overlevelseshraten på CRC ligger mellom 58 – 68 prosent for kvinner og 56 – 65 for menn (ibid).

Det finnes flere behandlingsalternativer ved CRC, kirurgi, strålebehandling og kjemoterapi(cellegift). Hvor behandling bestemmes ut fra hvilken stadie sykdommen er i, og kan innbefatte bare kirurgi, hvor tumor fjernes, eller kirurgi i kombinasjon med stråling eller kjemoterapi, eller det gjøres en kombinasjon av alle behandlinger. I noen tilfeller vil stomi bli anlagt enten midlertidig eller permanent (Helsedirektoratet, 2013).

Behandlingene og sykdommen i seg selv kan føre til helseplager i form av depresjon og seksuelle funksjonsproblemer, som igjen kan påvirke livskvaliteten negativt. Studier viser at over 25 % av voksne kreftoverlevende har minst en senvirkning som følge av diagnose eller behandling (Helsedirektoratet, 2013)

CRC rammer flest eldre, fra 65 år og oppover. Antall eldre er økende i befolkningen og vil fortsette å øke i de neste 10-20 årene. Noe som kan bety at andelen eldre som rammes også kan være økende. På bakgrunn av at flere overlever, og flere lever lengre med sin sykdom (Kreftstrategi 2013-2017), vil det være av betydning å vite mer om hvilke helseplager og utfordringer pasienter med CRC lever med som kreftoverlevende.

I nasjonale retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av CRC er det en målsetning å behandle vedvarende helseplager forårsaket av behandling i oppfølgingen av pasientgruppen. Kontrollene gjennomføres hos pasientens fastlege, men den første kontrollen etter operasjon skal foretas av kirurg (Helsedirektoratet, 2012). Retningslinjene gir ingen konkrete tiltak eller råd i oppfølgingen av helseplager etter behandling.

I de senere år har livskvalitet i pasientbehandling fått større oppmerksomhet (Wahl & Hanestad, 2004). Betydningen av livskvalitet og måling av helserelatert livskvalitet innen kreftomsorg ser man gjennom flere ulike utredninger og strategier. I Stortingsmelding 47



(2009) vises det til at målet i behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienter og pårørende. I Norsk Kreftstrategi (2013-2017) settes det fokus på å se de ulike delene av kreftbehandling i sammenheng. Det vil si en helhetlig omsorg som strekker seg fra forebygging, tidlig diagnostikk og screening, til utredning, behandling, oppfølging, rehabilitering og sen effekter. I forhold til rehabilitering og sen effekter ønsker regjeringen mer kunnskap og bredere tverrfaglig samarbeid. Strategien har 5 målområder hvor to av dem er:

Målområde 4: Flere skal overleve og leve lenger med kreft

Målområde 5: Best mulig livskvalitet for kreftpasienter og pårørende (Kreftstrategi 2013-17).

Samhandlingsreformen stiller krav til at pasientene skal få behandling, så nært eget hjem som mulig. Dette forutsetter samarbeid og høy kompetanse i alle nivå av tjenesten. En forutsetning for å kunne gi nødvendig hjelp, er kjennskap til hvilke helseutfordringer pasientene har, samt kunnskap til å yte god hjelp. I ny kreftstrategi er ett av hovedmålsetningene å styrke nasjonal og regional klinisk forskning, herunder også forskning på sen effekter.

Kreftstrategien legger føringer for at det skal legges til rette for, at rehabilitering er integrert i forløpet for kreftpasienter, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.

Kreftbehandlingen skal tilpasses den enkelte krefttype og den enkelte pasients egenskaper muligheter og behov.

Videre heter det at man ønsker indikatorer som sier noe om konsekvenser for pasientens livskvalitet, etter behandling og særlig hos eldre pasienter (Kreftstrategi 2013-2017). For å kunne oppfylle disse retningslinjene, er det viktig med kjennskap til hvilke utfordringer pasientene rapporterer etter sykdom. Resultater fra livskvalitetsforskningen kan være med å danne grunnlag for praksis.

I helsefaglig sammenheng kan man se livskvalitet innenfor tre områder, global livskvalitet, helserelatert livskvalitet og sykdom spesifikk livskvalitet (Wahl & Hanestad, 2004). Denne studien vil undersøke livskvalitet på alle tre nivåer.

Flere studier viser at livskvaliteten kan påvirkes negativt når man rammes av CRC. Til eksempel er det vist i studier at pasienter med CRC, rapporterer høyere grad av depresjon

enn øvrig befolkning (Jansen m.fl., 2011). Ved kreftsykdom endres ofte de familiære relasjonene, noen blir nærmere knyttet og ønsker å bruke tid med sine nærmeste, det blir mindre tid i det daglige for venner og bekjente (Drageset m.fl., 2012). Seksualitet er en viktig del av vår livskvalitet (Fosså, 2009 s.136). Pasienter kan oppleve endret seksualliv, som følge av kronisk sykdom som kreft. Endringen kan være på det fysiske, psykiske eller sosiale plan (ibid). På tross av dette rapporterer kreftpasienter og andre kronisk syke, like god eller til og med bedre helserelatert livskvalitet enn øvrig befolkning (Spranger, 2002). I en review hvor Jansen m.fl. (2010) gjennom 10 ulike studier undersøkte livskvaliteten hos pasienter med CRC fra 1 til 5 år etter sykdomsdebut, fant de at pasientene hadde spesifikke fysiske og psykiske plager som beskrevet over, men rapporterte likevel om god livskvalitet.

Denne studien tar sikte på å beskrive ulike sider av det å leve med CRC, og dens innvirkning på livskvaliteten hos gruppen generelt og kjønnene spesielt. I den siste kreftstrategien nevnes spesielt pasienter med CRC ,som en gruppe man ønsker å vite mer om. Det er derfor viktig i denne oppgaven å se nærmere på denne gruppen, og undersøke hva de spesielt rapporterer om egen helse, og livskvalitet på spesifikke områder som er lite utforsket. Det er funnet lite forskning på pasienter som bor hjemme. Denne studien baserer seg på hjemmeboende pasienter.

**Problemstillingen er som følger:**

**Hvordan er helsen og livskvaliteten hos personer som har colorectal cancer, med særlig vekt på depresjon, sosial støtte og seksualitet, og er det forskjeller mellom menn og kvinner?**

For å besvare oppgavens problemstilling benyttes det data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). Oppgaven benytter data fra ett relativt stort utvalg av personer med CRC noe som gir grunnlag for generalisering til personer med samme sykdom i resten av landet.

## 1.1 Sykepleiefaglig perspektiv

Sykepleiere har tradisjon for å tenke helhetlig omkring å gi pleie og omsorg for pasienter. En tenkning som grunner i holisme, holisme betyr hel, fullstendig (Lazlo, 2003).

Man ser ikke bare sykdommen, men hele menneskets, biologiske, emosjonelle, mentale, sosiale og åndelige dimensjoner av personen er vevd sammen i en integrert helhet (ibid).

Målet med sykepleie er å gi god og riktig sykepleie, slik at pasientens livskvalitet blir så god som mulig.

For å kunne gi riktig og tilpasset sykepleie, må sykepleieren arbeide kunnskapsbasert. Som vil si arbeide og gjøre valg om tiltak innenfor en kontekst, hvor erfaring, forskningsbasert kunnskap, brukermedvirkning/kunnskap og etisk refleksjon er med i beslutningene (Nortvedt m.fl., 2008). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere heter det:

«Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap».

Verdens helseorganisasjon, WHO (2012), definerer kreft som en kronisk sykdom med ettervirkninger som følger pasienten resten av livet. Noe som vil si at pasientene kan trenge oppfølging i mange år etter diagnose.

Som følge av bedre behandling øker antallet på de som overlever kreftsykdom. Dette utfordrer helsepersonell i forhold til at pasientene lever lengre, og med langtidsfølger etter sykdom og behandling (Fosså m.fl., 2009). Pasienter med CRC er en stor og økende pasientgruppe i Norge og sykepleieren vil møte pasientgruppen i ulike kliniske kontekster som sykehus, legekantor og i hjemmesykepleien.

Når noen rammes av kreft vil fokus hos de fleste i begynnelsen være overlevelse (Hordern m.fl., 2007). Det normale livet settes på vent, bekjempelse av sykdom har første prioritet. Pasienten mottar informasjon og råd om behandling, fra helsepersonell for bekjempelse av sykdommen (ibid). Denne perioden preges av oppmerksomhet fra helsepersonell og fokus

på behandling. Etter behandling og utskrivelse fra sykehus, starter hverdagen for den enkelte. En hverdag som aldri kan bli helt som før. På den ene siden er gleden over å ha kommet gjennom sykdom, men også tilvenningen på det som er endret etter sykdom preger pasientens liv. Pasienten vil ha behov for informasjon, og veiledning for på best mulig måte å tilpasse seg en ny livssituasjon.

En hverdag som ikke lengre er preget av dialoger om kurativ behandling, men å lære å leve med sin nye situasjon oftest overlatt til seg selv og familie.

Sykepleieren vil være en viktig støttespiller for pasienten gjennom rehabiliteringen. Sykepleierens ansvar vil også være å gi nødvendig informasjon og veiledning. De vil også naturlig være den med kjennskap, til hvilke utfordringer pasienten kan møte. En svensk studie av Rasmusson m.fl. (2012) undersøkte 106 kreftpasienters informasjonsbehov om seksuelle problemer etter kreftdiagnose, samt om de mottok nødvendig informasjon. 48 % hadde ikke mottatt informasjon til tross for at slik informasjon var ønsket og ble opplevd som nødvendig av pasientene.

Pasienter med CRC er ikke en ensartet gruppe, hverken når det gjelder sykdom og helse eller når det gjelder sosial posisjon. Alle trenger dem sykepleie uavhengig hvor i sykdomsforløpet de befinner seg. Det er sykepleierens ansvar å sørge for å inneha nødvendig kunnskap, for å kunne gi god sykepleie som øker pasientens livskvalitet. Denne studien kan bidra til å belyse noen av de problemstillingene, sykepleieren må være oppmerksom på i forhold til pasienter med CRC.

## 2 Teori

Dette kapitlet starter med en kort innføring i diagnosen og utbredelse av CRC. Videre presenteres de ulike teoriene, som omhandler livskvalitet samt forskning om de ulike faktorene, som kan tenkes å påvirke livskvaliteten hos kreftpasienter. Hensikten er å tydeliggjøre kunnskap på området, og lettere vise hvorfor de ulike faktorene er tatt med i oppgaven.

Livskvalitet er ett vidt begrep som favner de fleste områdene av en persons liv, i denne oppgaven ønsker man å se på noen av faktorene som kan tenkes å påvirke livskvaliteten. På denne måten vil denne oppgaven gi ett nyansert bilde, og kunnskap om CRC pasienten og deres livskvalitet. En kunnskap sykepleiere kan bruke i sitt arbeide, for å sikre en best mulig pleie og livskvalitet hos denne gruppen pasienter. Oppgaven vil også se på om det er forskjeller mellom kvinner og menn, i hvordan de opplever sin livskvalitet. Den vil også se om ulike faktorer påvirker livskvaliteten kjønne mellom, men også om det foreligger likheter blant kvinner og menn. Studier viser at det er forskjeller i hvordan kjønne rapporterer sin livskvalitet, kvinner rapporterer oftere enn menn nedsatt livskvalitet og ulike faktorer påvirker ulikt opplevelsen av livskvalitet (McCaughan m.fl., 2009; Schmidt m.fl., 2005). Dette danner grunnlaget for forskningsspørsmålene, som presenteres under hvert emne.

## 2.1 Colo Rectal Kreft

Colon er den medisinske benevnelsen på tykktarmen, rectum er endetarm. Tykktarmkreft oppstår relativt likt mellom kvinner og menn. Endetarmskreft er hyppigere hos menn enn kvinner, ca 50 % flere tilfeller for menn enn kvinner (Bray m.fl., 2007). I de aller fleste tilfellene er Colo rektal kreft av typen adenokarsinom, en ondartet svulst utgått fra kjertelvev.

### Risikofaktorer og forebygging

Det antas at livsstil faktorer spiller en rolle i forebygging av CRC. Høyt alkoholforbruk og røyking, feil kosthold og lav fysisk aktivitet anses som risikofaktorer for CRC.

Forebyggingstiltak er naturlig nok, endret kosthold, mer fiber og mindre fett. Røykeslutt og lavt alkoholinntak. Økt aktivitetsnivå og vektbalanse kan være gunstig med tanke på forebygging.

### Symptomer

De mest typiske symptomene ved CRC er endringer av avføringsvaner, hele 43 % som diagnostiseres har endrede avføringsvaner. Magesmerter opplever 44 % av pasientene. Blødning er ett vanlig symptom, enten som friskt blod i avføringen eller blandet med avføringen, som viser seg som en mørk rød blødning. Frisk blødning er vanligst for rectalkreft, mens blod i avføringen kan være tegn på kolonkreft. Som følge av blødning kan anemi være et symptom.

Pasientene kan oppleve vekttap og vedvarende kraftløshet (asteni).

Noen pasienter kan ha flere symptomer samtidig. De fleste symptomene er imidlertid ikke spesifikke for CRC, og kan opptre ved andre tilstander i fordøyelsestraktus. Unntaket er mørk rød rectal blødning.

15 – 25 % av alle med CRC debuterer med akutte magesmerter, (akutt abdomen), med tarmslyng (Ileus). Større blødninger fra endetarmen eller perfusjon av tarm.

## Diagnose og behandling

I nasjonale retningslinjer er behandlingen for CRC standardisert, retningslinjene har bakgrunn i nasjonale og internasjonale studier og retningslinjer (Helsedirektoratet, 2013). Koloskopi er første valg ved de fleste sykehus for utredning av tykktarmskreft (colon cancer), hvor diagnosen stilles ved biopsi (vevsprøve). Bildediagnostikk som CT- kolografi og MR- kolografi spiller en viktig rolle i diagnostiseringen. Ofte benyttes både biopsi og bildediagnostikk i påvisningen av tykktarmkreft (Helsedirektoratet, 2013).

For endetarmskreft (rectal cancer) er rektoskopi med biopsi den mest vanlige (ibid).

Sykdommens stadium er viktig i valg av behandlingsmetode, i Norge brukes et klassifiserings system som kalles Dukes, dette beskriver svulstens relasjon til tarmen (Kjellmo & Drolsum, 2007).

A: Tumor uten gjennomvekst av muscularis propria, ingen lymfeknutemetastaser

B: Tumor med gjennomvekst av muscularis propria, ingen lymfeknutemetastaser

C: Tumor med lymfeknutemetastaser

Kirurgi, strålebehandling og kjemoterapi(cellegift) er behandlingalternativene ved CRC.

Behandlingen bestemmes ut fra stadielinndelingen. Og kan innbefatte bare kirurgi, hvor tumor fjernes, eller kirurgi i kombinasjon med stråling eller

kjemoterapi, eller det gjøres en kombinasjon av alle behandlinger. I noen tilfeller vil stomi bli anlagt enten midlertidig eller varig (Helsedirektoratet, 2013).

Preoperativ strålebehandling av endetarmskreft kombinert med cytostatika er den mest anvendte metoden i Norge i dag. Denne metoden har gitt bedre resultater i forbindelse med økt total overlevelse, og redusert forekomsten av lokalt tilbakefall enn preoperativ strålebehandling og kirurgi alene. Tykktarmkreft behandles primært i Norge med radikal kirurgi (Norsk GastroIntestinal Cancer Gruppe; NGICG, 2006).

## Overlevelse

Leveutsiktene har gjennomgått en stadig forbedring de siste 30 årene.

I dag er det relativ overlevelse på 60 % for tykktarmskreft, og 65 % for endetarmskreft.

Tidlig diagnostisering er viktig for overlevelsen. Overlevelse er sterkt avhengig av utbredelse, (stadie og eventuelt metastasering). Overlevelsesprosenten er lavest de første årene, men stiger etter 5 år overlevelse.

I Norge er det satt i gang et pilotprosjekt, prosjektet er et medisinsk forskningsprosjekt på screening for tykk/endetarmskreft og forstadier til tarmkreft (NORCCAP), hvor tenkningen er tidlig diagnostisering og bedre overlevelse. De første tall fra studien, tegner til at slik screening kan være effektiv for å fremme overlevelse (Kreftregisteret, 2013).

## 2.2 Livskvalitet og kreft

Tidligere var helbred eneste mål på behandling, selv om dette fortsatt har høyeste prioritet er også livskvalitet under og etter sykdom blitt ett viktig mål på behandling (NOU 1997:20)(Kreftregisteret, 2013).

Livskvalitet og kreft har fått større oppmerksomhet de senere år, et søk på Medline hvor man kombinerer ordene *cancer og quality of life* gir 10259 treff. Dette viser at kreft er mer enn sykdom, kreft påvirker hele mennesket, fra det eksistensielle til de mer dagligdagse utfordringene, og må anses som en langvarig sykdom med ettervirkninger som i større eller mindre grad følger pasienten resten av livet (Fosså, 2009 s.147).

På bakgrunn av at mange kreftpasienter lever med sen virkninger av sykdom og behandling, mange resten av livet, blir kreft ansett som en kronisk sykdom(Helsedirektoratet, 2013).

Psykiske påkjenninger som frykt, angst, ensomhet og depresjon oppleves ofte av de som lever med en kreftdiagnose, disse påkjenningene kan føre til nedsatt livskvalitet (Fosså, 2009).

Livskvaliteten til den enkelte kreftpasient er ofte lavest ved diagnosetidspunktet, og gjennom behandling. Den psykiske påkjenningen ved å ha en livstruende diagnose ,samt



bivirkninger av behandling antas som faktorer som bidrar til nedsatt livskvalitet. De fleste domeneene av livskvalitet er på kort sikt påvirket av diagnose, og behandling hos pasienter med CRC (Conroy & Blazeby, 2003).

Livskvaliteten bedrer seg over tid, men for noen kreftpasienter kan fysiske og psykiske bivirkninger forekomme mange år etter diagnose. Jansen med flere (2011) undersøkte livskvaliteten til pasienter med CRC, og fant at disse pasientene rapporterte større problemer enten i samvær med familien, eller sosial kontakt med andre. De opplevde også flere følelsesmessige problemer, sammenlignet med øvrig befolkning. Pasienter under 60 år rapporterte flere problemer og lavere livskvalitet de første årene etter diagnose, sammenlignet med eldre (ibid). Dette kan forklares med ulik behandlingsregime. Yngre får mer kjemoterapi enn eldre, som igjen kan påvirke livskvaliteten. Imidlertid opplever eldre etter hvert dårligere livskvalitet, noe som kan henge sammen med at økende alder naturlig kan ha sammenheng med økte helseplager (Ibid).

Depresjon og psykososiale problemer oppleves av mange som ett problem 10 år etter diagnostisering (Caravati-Jouvencaux m.fl., 2011). En litteraturstudie gjort av Jansen med flere (2010) inkluderte 10 studier om livskvalitet hos pasienter med CRC. Studiene fant at pasienter med CRC generelt sett har god livskvalitet. Fire av studiene fant en høyere grad av psykisk velvære, og lavere grad av fysisk velvære hos pasienter med CRC i forhold til kontrollgruppene. To studier fant høyere prevalens av depresjon blant pasienter med CRC. Jansen m.fl. (2010) konkluderte med at flere og mer spesifikke studier, er nødvendig for å avdekke stress og depresjon hos pasienter med CRC. En mindre kvalitativ studie, intervjuet 20 pasienter med CRC som var under eller ferdig med behandling. Pasientene rapporterte at opplevelsen av å ha kontroll, følelsesmessig støtte fra familie, venner eller andre pasienter hadde stor betydning for deres livskvalitet. Det samme gjaldt selvfølelse og opplevelsen av å mestre (Wilson m.fl., 2008).

En oversiktsartikkel hvor 10 studier var inkludert fant at pasienter med CRC, hadde god livskvalitet 5 år etter behandling. Men studiene viste også at pasientene, hadde flere psykiske og fysiske plager enn den øvrige befolkning. De mest fremtredende faktorene som påvirket livskvaliteten var, fordøyelsesbesvær, depresjon og frykt for residiv. Det viste seg at også alder og sosialt nettverket påvirket livskvaliteten (Jansen m.fl., 2010).

Selv om de fleste undersøkelser viste liten innvirkning på livskvaliteten, kan man tenke at ett samvirke av ulike faktorer, har betydning for den enkelte.

Ved gjennomgang av litteraturen fant jeg mange studier med fokus på livskvalitet og kreft, ofte med flere diagnoser i samme studie inkludert CRC. Mange av studiene omhandler helse relatert livskvalitet og kreft. (Ramsey m.fl., 2002 ; Jouvenceaux m.fl., 2011 ; Jansen m.fl., 2011).

De ulike studiene har fokus på psykiske og fysiske symptomer, på sykdom knyttet til sykdomstadiet og behandling pasienten har gjennomgått (Simon m.fl., 2007)(Pereira m.fl., 2012 ; Conroy& Blazeby, 2003). Flere av studiene som omhandlet pasienter med CRC, hadde fokus på forskjeller i livskvalitet mellom pasienter med og uten stomi (Baldwin m.fl., 2009 ; Sharpe m.fl., 2009 ; Ross m.fl., 2007).

Studiene har brukt ulike måleinstrumenter, og forskjellige tilnærminger som gjør at de ikke nødvendigvis måler livskvalitet likt. I tillegg er de fleste studiene gjort på pasienter under behandling, denne studien gjøres på pasienter som er ferdig behandlet.

Ett hvert menneske er unikt. Det som påvirker noen, kan være ubetydelig for andre. Slik er det individuelle forskjeller som er bestemmende, for hvordan livskvaliteten oppleves og vurderes av den enkelte.

## 2.3 Livskvalitet og helserelatert livskvalitet

De siste 30 år har livskvalitetsforskningen, blitt mer og mer viktig innenfor helseforskningen (Ferrans.2005 ). Livskvalitetsforskningen oppfattes ofte som forskning på ” det gode liv”, og kan ha en forankring innenfor økonomi, sosiologi, psykologi og medisin (Næss, 2011 s.23).

Det var fagretninger innenfor disse feltene, som først satte fokus på livskvalitet. Deres fokus var hvilke forhold i samfunnet som kunne påvirke menneskenes livskvalitet.

Medisin og sykepleieforskningen, kom noen år senere, hvor området innenfor medisin var først. Rundt 1980-90 ble sykepleiefaget for alvor oppmerksom på livskvalitet som forskningsområde. I Norge ble livskvalitet satt på dagsorden i 1992, da Hanestad disputerte med livskvalitet hos mennesker med insulinavhengig diabetes (Rustøen, 2001, s 14). Innen medisin og sykepleie, har det meste av forskningen blitt gjort innen onkologi. Hovedvekten ble lagt på hvordan sykdom og behandling, påvirker livskvaliteten hos pasienter.

I dag er ordet livskvalitet noe de fleste vil ha en oppfatning av. Media omtaler livskvalitet i ulike sammenhenger, relatert til helse, økonomi eller lykke (Næss, 2011, s.16). Også reklamebransjen ser nytte av livskvalitetsbegrepet. Vi ser stadig ulike preparater, som gir lovnader om økt livskvalitet hos både mennesker og dyr.

Livskvalitet er et ord som brukes på forskjellige måter, og med ulike betydninger og man kan derfor snakke om flere livskvalitetsbegrep (Næss, 2011, s.18). Begrepet livskvalitet antyder en forventning, om at livet skal ha en viss standard og kvalitet. I målinger og sammenligninger, er det viktig å avklare hvilke områder som undersøkes, og hvilke verdier, mål og definisjoner som er lagt til grunn (Næss, 2011).

Livskvalitet er også et begrep med mange dimensjoner (Wahl & Hanestad, 2003, s.25). Fagmiljøer har målt ulike sider ved livskvalitet. Dette gjorde det vanskelig å sammenligne de forskjellige undersøkelsene (Ferrans, 2005). Vi ser en sammenheng med at livskvalitetsforskningen foregår innenfor flere fagfelt, hvor noen fokuserer på psykisk indre velvære (Næss, 2010). Andre igjen har en mer multifunksjonell tilnærming, som inkluderer fysisk og psykisk velvære som viktige faktorer for livskvaliteten (Dibble m.fl., 1998).

Det er imidlertid enighet om, at livskvalitet er subjektivt, og at det videre er et fler og multidimensjonalt begrep som ivaretar et helhetsperspektiv. Siden livet består av flere dimensjoner, må livskvalitet også gjøre det (Gjengedal & Hanestad, 2007). Vi kan si at livskvalitet er blitt et erfaringsbegrep, som blir benyttet av personer for og naturlig uttrykke hva de selv føler, om seg selv og sin situasjon (Wahl & Hanestad, 2004).

Når sykdom rammer, er det naturlig å tenke at også livskvaliteten blir påvirket. Helse påvirker livskvalitet, og livskvalitet kan på sin side påvirke helse. Slik sett henger helse og livskvalitet sammen (Mæland, 1993). Rammes man eksempelvis av kreft, vil man i tillegg til fysiske påkjenninger også oppleve at man kan preges psykisk og sosialt.

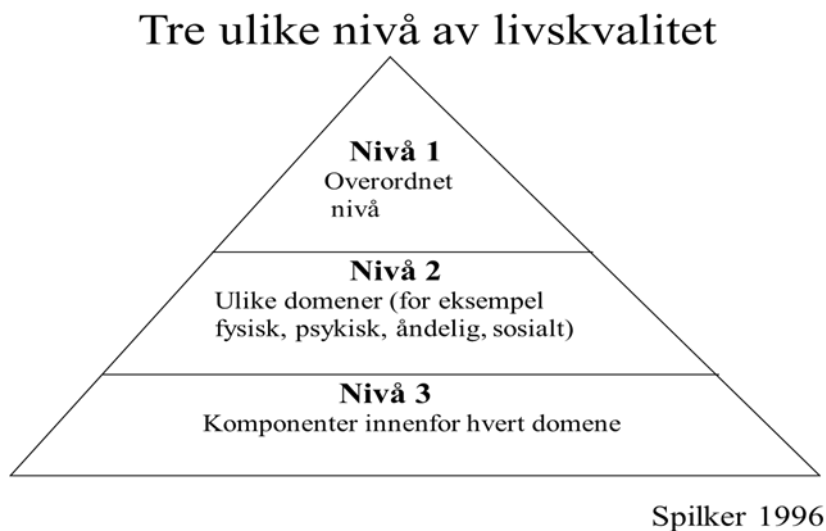
WHO's definisjon av helse viser nettopp dette: « *at helse ikke bare er fravær av sykdom, men også en tilstand av fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende* » (WHO :1947 i Hanestad & Wahl).

Denne definisjonen er utvidet i forhold til tidligere definisjoner, hvor helse ble sett som målbare biologiske og fysiske forandringer i kroppen (Mæland, 1993). Definisjonen viser at helse inneholder flere domener, noe også begrepet livskvalitet gjør (Hanestad & Wahl, 2004). Og skille helse og livskvalitet er vanskelig, begge har mye felles innhold men omfatter også viktige forskjeller (Mæland, 1993). Det er for eksempel ikke naturlig at aspekter som har med religion, eksistensialistisk opplevelse og sansemessige erfaringer hører med til helsebegrepet, men hører inn under livskvalitet (Ibid). I følge Mæland (1993) er det flere måter å se sammenhengen, mellom helse og livskvalitet. Vi kan se det som to ulike begreper, eller helse som en del av livskvalitet og livskvalitet som en del av helse. Mæland mener det er naturlig å se begrepene som to ulike begrep med en felles del (Ibid).

For lettere å kunne klargjøre helsens betydning på livskvalitet, ble begrepet helserelatert livskvalitet innført. Hensikten var å tydeliggjøre hvordan helse, sykdom og symptomer kunne påvirke livskvaliteten (Ferrans, 2005). Den helserelaterte livskvalitetsforskningen tar utgangspunkt i sykdom, og det sykdommen fører med seg for pasienten. Dette evalueres av pasienten selv, som oftest ved hjelp av spørreskjemaer, bestående av fysiske, psykiske og sosiale dimensjoner som et minimum (Wahl & Hanestad, 2003).

I helsefaglig sammenheng kan man se livskvalitet innenfor tre områder. Disse er global, helserelatert og sykdom spesifikk livskvalitet (Wahl & Hanestad, 2004 s. 24). Spilker (1996 i Wahl & Hanestad, 2004) har utarbeidet en modell som illustrerer livskvalitet gjennom tre ulike nivåer, som sammen illustrerer en definisjon på livskvalitet (Rustøen, 2004. s.15) (Figur 1 nedenfor).

Figur 1.

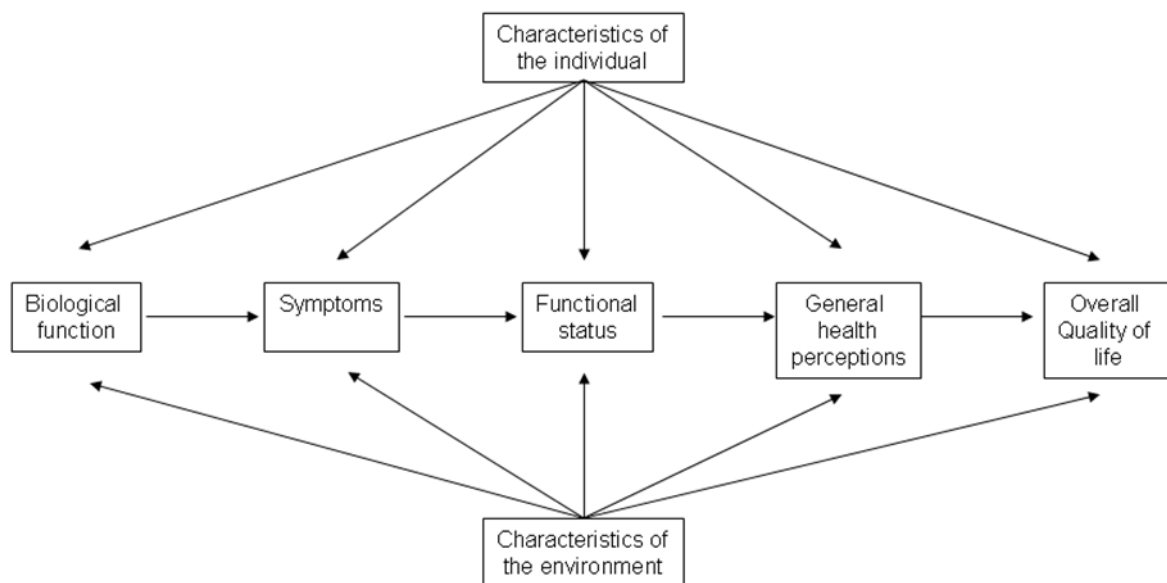


I Spilker's modell som er formet som en pyramide, er overordnet nivå øverst (nivå 1). Her er global livskvalitet plassert (Wahl & Hanestad, 2004). Global livskvalitet er knyttet til en persons tilfredshet med livet som helhet. Dette kan være lykke, mening med livet eller om personen har nådd de mål han har satt seg (Ibid). Global livskvalitet kan slik forstås som en følelse av velvære eller tilfredshet ved ulike dimensjoner av livet, fysisk, psykisk, sosial og eksistensielt. Nivå 2 i modellen omhandler helserelatert livskvalitet. Det vil si hvordan sykdom påvirker personens helseoppfatning. Sykdom vil påvirke områder av livet som tilfredshet, funksjon og uførhet knyttet til fysiske, psykiske og sosiale områder. (Wahl & Hanestad, 2004 s. 32). Nivå 3 i modellen er sykdoms – spesifikk livskvalitet og omfatter personens oppfattelse av spesifikke plager forbundet med sykdom. I følge modellen kan man forstå begrepet livskvalitet som en følelse av velvære eller tilfredshet ved ulike dimensjoner av livet. De ulike nivåene omfatter multidimensjonale forhold og kan virke gjensidig inn på hverandre (Ibid). Spilker's modell viser én måte å definere livskvalitet på som også favner betydningen helse har på livskvalitet.

Denne studien vil ha fokus på alle nivåene i modellen. I modellens første nivå vil studien ha fokus på hvordan opplever sin livskvalitet i forhold til depresjon, sosial støtte og seksualfunksjon. I modellens andre nivå vil studien ha fokus på, hvordan de opplever sin livskvalitet i forhold til helsestatus. Og i modellens tredje nivå, som er det øverste nivå i pyramiden har studien fokus på hvor tilfreds CRC pasientene er med sin tilværelse generelt (Global livskvalitet).

På bakgrunn av teori og tidligere forskning har Wilson & Clearly (1995) utviklet en livskvalitetsmodell (Figur 2). Modellen viser sammenhengen mellom sykdom, symptomer og livskvalitetsrelaterte aspekter og hvordan disse påvirkes av personen selv og omgivelsene rundt.

Figur 2. Wilson & Clearly livskvalitetsmodell.



I den ene enden av modellen er biologisk og fysiologiske variabler. Symptomer, funksjon og generell helseoppfatning er tre nivåer langs kontinuumet. I den andre enden finner man global livskvalitet. En beveger seg fra biologiske og fysiske faktorer, via de ulike symptomene, til mental og fysisk funksjonsstatus, og videre til opplevelse av helse og livskvalitet (Wilson & Clearly, 1995).

Kjennetegn ved den enkelte og en persons egenskaper kan påvirke alle områdene, også personens omgivelser kan ha betydning (Wilson & Clearly, 1995). Biologiske og fysiologiske

faktorer blir forstått som funksjon i celler, organ og organsystem. Det å ha diagnosen CRC vil være en faktor som påvirker biologisk og fysiologiske funksjoner i kroppen. Symptomer er opplevelse den enkelte person har av en unormal fysisk, emosjonell eller kognitiv tilstand. Dette kan være fysiske symptomer på sykdom, som smerte, men kan også vise til psykiske symptomer som kan komme i kjølvannet av en kreftdiagnose, eksempelvis depresjon. Symptomopplevelsen er unik for den enkelte pasient og kan avvike mellom pasienter med samme diagnose (Ibid). Funksjon forstås med personens evne til å utføre spesielle oppgaver. Oppgavene kan være av fysisk, sosialt eller psykisk karakter. Det å få diagnosen kreft, gjennomgå krevende og langvarig behandling, fulgt av kontroller, kan være en utfordring og belastning for pasienten. Dette kan påvirke pasientens funksjon, fysisk, psykisk og sosialt. Generell helseoppfatning er pasientens opplevelse av disse faktorene. Pasientens helseoppfatning er påvirket av de forhold som er viktige for pasienten selv. Noen opplever god helse til tross for sykdom og noen kan være frisk, men opplever nedsatt helse. Overordnet livskvalitet er plassert helt til høyre i modellen, og er den subjektive opplevelsen av å være tilfreds med livet som helhet. Pasienten kan ha god overordnet livskvalitet til tross for sykdom (Wilson & Cleary, 1995).

Emosjonelle og psykiske faktorer er ikke inkludert i selve modellen, men det understrekes at disse faktorene er viktige og komplekse. Karakteristikk ved personen og dens omgivelser, er med på å påvirke de øvrige faktorene i modellen. Det er ifølge forfatterne ikke nødvendigvis en sterk sammenheng mellom de ulike nivåene i modellen og pasientens samlede opplevelse av livskvalitet. Foruten første nivå vil indirekte og direkte påvirkning av miljøkarakteristikk og personlighet kunne påvirke den samlede livskvaliteten, som er siste nivå i modellen.

De senere år har modellen til Wilson og Cleary blitt brukt i ulike studier både på friske og syke personer. Modellen har oppnådd god empirisk evidens og gyldighet (Valderas & Alonso, 2008). Modellen er egnet for å gi et teoretisk perspektiv, på helserelatert livskvalitet og sammenhenger mellom opplevd helse, sosial støtte og depresjon hos kreftpasienter.

Det å leve med kreft fører med seg helsemessige utfordringer for pasienten, både under og etter sykdom og behandling. Selve sykdommen gir ofte fysiske plager i tillegg til at

behandling kan føre med seg bivirkninger på kort og lang sikt. Utfordringene kan være av fysisk og /eller psykisk karakter. Eksempelvis er det vist i studier at rapporterer høyere grad av depresjon enn øvrig befolkning (Pereira m.fl, 2012 ).

Ved kreftsykdom endres ofte de familiære relasjonene, noen blir nærmere knyttet og ønsker å bruke tid med sine nærmeste. Slik kan kreftsykdom virke positivt ved at familierelasjoner styrkes, og negativt ved at venner og bekjente kommer mer i bakgrunnen av det sosiale liv. Alle endringer kan hver for seg bidra og føre til nedsatt helserelatert livskvalitet. På tross av dette rapporterte kreftpasienter, og andre kronisk syke like god eller til og med bedre helserelatert livskvalitet enn øvrig befolkning (Spranger, 2002). I en review hvor Janson m.fl (2010) gjennom 10 ulike studier undersøkte livskvaliteten hos fra 1 til 5 år etter sykdomsdebut, fant de at pasientene hadde spesifikke fysiske og psykiske plager som beskrevet over. Pasientene rapporterte likevel om god helserelatert livskvalitet.

Helsepersonell vurderer ofte pasientens helserelaterte livskvalitet som dårligere, enn hva pasienten selv rapporterer (Rapkin & Schwartz, 2004 ). Dette kan være en pekepinn på at ikke alle aspekter, ved helserelatert livskvalitet er kjent og undersøkt i de tidligere studiene. Studiene viser ofte til målinger som omhandler hvilke virkning/bivirkning sykdom og behandling har på helserelatert livskvalitet (ibid). Tidsaspektet i de ulike studiene varierer fra diagnostidspunkt, til ett år etter og longitudinelle studier opp til 10 år etter sykdom. Sprangers & Schwartz (1999) hevder at tidsaspektet innenfor måling av helserelatert livskvalitet har stor betydning. Det er de longitudinelle målingene, som best viser hvordan pasienten opplever sin helserelaterte livskvalitet. Pasientene gjennomgår en prosess som vil ta tid før tilpasning og endring skjer.

Sprangers & Schwartz (1999) introduserte en modell for å forklare sammenhengen mellom kronisk sykdom, og helserelatert livskvalitet. Modellen forklarer hvorfor pasienter til tross for sykdom, og påkjenninger rapporterer god helserelatert livskvalitet. De belyser fenomenet helserelatert livskvalitet inn i ett mønster, som de refererer som «response shift». «Response Shift» defineres som en forandring i egne selvevaluerte mål, og forklarer hvordan helserelatert livskvalitet betyr forskjellig for ulike mennesker til ulike tider. I denne modellen forsøker de å forstå hvordan helserelatert livskvalitet endres ved endring av



helsestatus. Over tid skjer en forandring av oppfattelsen/opplevelsen av egne mål, verdier og forventninger. Det vil si at fysiske symptomer kan være uforandret, men pasienten opplever likevel en bedret helserelatert livskvalitet. Endringene har funnet sted på det psykiske plan.

Sprangers & Schwartz (1999) hevder at det er flere momenter som ligger til grunn før en slik endring finner sted, der den utløsende årsak kan være sykdom som for eksempel CRC med de fysiske og psykiske belastninger sykdommen medfører for pasienten. Modellen viser at bakenforliggende faktorer også medvirker i prosessen, her menes sosiodemografiske variabler som kjønn og utdanning. Hvilken personlighet pasienten har, er han positiv med høy selvfølelse, eller er han negativ med lav selvfølelse? Hvilke forventninger pasienten bringer med seg i situasjonen og åndelig overbevisning, er også en faktor som kan være med på å forme hvordan pasienten tilpasser seg sin nye situasjon. Modellen viser til mekanismer knyttet til adferdsmessige, kognitive og affektive prosesser som innvirker på resultatet. Dette kan være hvilken mestrings stil pasienten har, og om pasienten opplever støtte fra familie og nære venner (sosial støtte). Evne til å sammenligne seg med andre i samme situasjon, og hvilke personlige forventninger pasienten har. De hevder videre at prosessene iverksettes umiddelbart hos pasienten. Dette som en naturlig prosess, for å kunne imøtekomme sykdommens innvirkning på dagliglivet. Prosessene har potensial til å endre pasientens indre verdier, standarder og mål, altså en rekonseptualisering.

Opplevelsen av helserelatert livskvalitet, kan således endres som følge av prosessene pasienten gjennomgår. Prosessene kan operere alene eller sammen eller overlappende, men i hvilket omfang er uklart da det er et komplekst og sammensatt fenomen. Ved hjelp av modellen, ønsker de å vise at påvirkende faktorer som beskrevet ovenfor, kan forandre en pasients opplevelse av sin livskvalitet. De påviser hvordan helserelatert livskvalitet oppfattes, forskjellig for ulike mennesker til ulike tider. Hvordan man responderer forskjellig på like ting, og kan dermed ende opp med ulikt resultat. De viser videre til hvordan helserelatert livskvalitet, er et flerdimensjonalt konsept og subjektivt fenomen. Disse forandrer seg over tid for alle mennesker, avhengig av de ytre faktorer som omgir hvert enkelt menneske. De argumenterer for at modellen er nyttig, i forståelsen av fenomenet helserelatert livskvalitet.

Modellen er dynamisk og gir rom for at opplevelsen av helserelatert livskvalitet er forandelig. Dette fordi faktorer kan påvirke ulikt ulike personer ut fra deres egne forventninger, tidligere erfaringer og opplevelsen ved å bli syk Sprangers & Schwartz (1999) Forskningsspørsmålet er som følger:

**Hvordan er livskvaliteten hos menn og kvinner med CRC?**

## 2.4 Helse

Ordet helse kommer fra gammelnordisk *heill* og kan forstås i betydningen frisk, lykke og guddommelig (Mæland, 2009, s.10). I oldtiden ble helse sett som en velsignelse, et tegn på at gudene var fornøyde. Man levde som man burde, og gudene var fornøyde. Ble en person rammet av sykdom, var det en straff fra gudene. Slik ble sykdom og helse ett personlig anliggende, mellom den enkelte person og gudene. Helse ble målt etter hvor godt forhold personen hadde til gudene.

I dag er heldigvis samfunnets forståelse av helse og sykdom annerledes, og forklares og forstås ulikt i forskjellige kulturer. I vestlig kultur har helse innenfor medisinske fag i mange ti'år vært forklart som fravær av sykdom(Ot.prp. nr. 27. (2002-2003). Sykdom har vært forstått som endringer i fysiologiske prosesser, dokumentert gjennom objektive funn. Helse har vært oppfattet som en normaltilstand i kroppen knyttet til fysiologiske prosesser. En slik tankegang er knyttet til den biomedisinske modellen, som forklarer helse og sykdom gjennom objektive funn som normale eller abnormale prosesser i kroppen (ibid).

Helse forstås i dag som noe mer enn fravær av sykdom. WHO's definisjon (1948) åpner for en bredere og mer nyansert forståelse av hva helse er. ifølge denne definisjonen er helse en tilstand av fullkomment fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom (Rustøen, 2001). I tillegg er helse en subjektiv opplevelse. Samme sykdom trenger ikke påvirke opplevelsen av helse likt for to individer. Definisjonen åpner opp for å se helse i et flerdimensjonalt perspektiv, hvor hele mennesket og dets situasjon inkluderes. Helse blir mer enn fravær av sykdom, og kropp og sjel sees i sammenheng med den sosiale dimensjonen. Samhandling med andre er også er en del av vår helse, i likhet med livskvalitet er det individets subjektive opplevelse av helse som vektlegges.

Hjort kom i 1982 med en helsedefinisjon, som la vekt på helse som overskudd til hverdagens krav (Hjort, 1982). Dette er en definisjon som viser to sider av menneskelivet, sykdommen og evnen til mestring som viktige faktorer for helse( NOU 1997: 7).

En som lever med kreft, kan oppleve og ikke ha overskudd til å mestre hverdagens krav.

Dette kan være praktiske hverdagslige gjøremål, eller opprettholdelse av sosial kontakt med

andre. Det er ikke sykdommen, men dens konsekvenser for personens funksjon og livsutfoldelse som er knyttet til helse. Helse er individuelt betinget, og viser til den helhetlige opplevelsen. Og rommer som sagt flere dimensjoner, noe også livskvalitet gjør. Man kan si at livskvalitet er de subjektive sidene ved helse.

## 2.5 Depresjon

Depresjon er en samlebetegnelse for en rekke ulike lidelser, og blir innen psykiatrien betegnet som stemningslidelser. Disse kan oppstå i ulike sammenhenger avhengig av årsak og både biologiske, psykiske og sosiale faktorer kan være årsaker til depresjon (Malt, Retterstøl og Dahl, 2003). Kjennetegnene ved de ulike lidelsene kan være like, men opptrer i større eller mindre grad alt etter hvor alvorlig lidelsen er.

Ved å ta hensyn til genetiske forhold, biologiske funn og kliniske data, utgjør stemningslidelsene et spektrum hvor ulik grad av biologisk disposisjon og psykososiale belastninger er avgjørende for det kliniske bilde(Ibid). Stemningslidelser kan deles inn i 6 grupper. I denne studien vil en anta at depresjon utløses av en traumatisk hendelse (krise) som diagnosen CRC kan være, og hører da under kategorien tilpasningsforstyrrelser. Ubehandlet kan en tilpasningsforstyrrelse utvikle seg til en alvorligere depressiv lidelse (Malt, Retterstøl og Dahl, 2003).

Depresjon kan forekomme som en enkel episode eller følge et mønster med tilbakevendende episoder. Det internasjonale diagnosesystemet ICD-10 har ulike graderinger av depresjon, avhengig av alvorlighetsgrad og tilleggssymptomer. Gruppen innenfor ICD-10, F32.0, F32.1 og F32.2 omhandler depresjon uten psykotiske symptomer. Innenfor disse tre F32-gruppene skilles det mellom: *mild depressiv episode*, *moderat depressiv episode* og *alvorlig depressiv episode*. Den diagnostiske inndelingen gjøres etter hvor alvorlig tilstanden til pasienten er. Det er tre hovedkriterier som er felles for alle gruppene: (1) vedvarende senket stemningsleie, (2) tap av evnen til å føle glede og interesse, og (3) tretthet og redusert energi (Helsedirektoratet, 2009; Malt m.fl., 2003). Disse hovedsymptomene må være fremtredende de fleste av dagene og ikke forandre seg med

konteksten. Ved alle de tre diagnostiske inndelingene må episoden vare i minst to uker (Ibid).

Depresjon kan forklares ut fra ulike teorier, og det synes å være ganske stor enighet om at arv og miljøfaktorer spiller en avgjørende rolle (Malt m.fl., 2003). Også biokjemiske teorier benyttes for å forklare depressive tilstander. Depresjon forklares ved at stress i livssituasjoner fører til nevrokjemiske forandringer i hjernen som karakteriserer depressive tilstander (Gelder m.fl., 2009).

Aaron T. Beck ansees som grunnleggeren av kognitiv terapi (Malt m.fl., 2003). Denne sier deprimerte individer utvikler tilnærmet automatiserte, negative tanker om verden, seg selv, og fremtiden. Teorien bygger på ulike skjema, lik Piaget når han beskrev de psykologiske strukturene som integrerer og knytter mening til hendelser (Malt m.fl., 2003). Beck mener at skjemaene dannes i tidlig alder, gjennom nære relasjoner som strukturering av negative mellommenneskelige erfaringer (Beck m.fl., 1979, gjengitt av Halvorsen, 2012).

Beck postulerer relativt stabile kognitive strukturer gjennom grunnleggende skjemaer om selvet, omgivelsene og fremtiden, som påvirker personens tankesett, følelser og atferd (Halvorsen, 2012). Skjemateorien presenterer utviklingen av en depresjon som et sårbarhets/stress forhold, gjennom interaksjonen mellom kognitive strukturer og negative livshendelser (Beck et al., 1979, gjengitt i Halvorsen, 2012). Som sårbarhetsmodell forklarer den spesifikke mekanismer involvert i utvikling av depresjon. Det sentrale sårbarhetstrekket er negative skjemaer, som automatisk aktiveres i gitte situasjoner. Teorien om lært hjelpeløshet-/håpløshetsteorien (Seligmann, 1975, gjengitt i Malt m.fl., 2003) mener at personen forventer negativt resultat ut fra situasjonen han er i. Det vil si som et resultat av erfaring han har lært over tid, at han ikke har kontroll med utfallet av situasjoner, og at ønsket resultat ikke kan oppnås gjennom egne anstrengelser. Motivasjonen til å gjøre noe selv med situasjonen er lav, kognitive funksjoner er nedsatt, emosjonell engasjement er redusert og selvaktelsen lav. Teorien hevder at det ikke er traumet i seg selv som er årsak til depresjonen, men tanker om at ingen har kontroll over situasjonen (Hummelvoll, 2006). Teorien om håpløshet ble bygget på teorien til Seligmann i Abramson m.fl. (1989). Håpløshet karakteriseres på samme måte som hjelpeløshet, ved negative forventninger om fremtiden, og en antakelse om ikke å kunne påvirke hva som vil skje (Abramson m.fl., 1989).

Kreftpasienter har aldri noen garanti for å bli frisk, og har heller ingen direkte påvirkning på utfallet av behandlingen. Man kan da tenke seg at de har en sårbarhet som kan gi seg utslag i håpløshet og depresjon.

Den kognitive sårbarhetsfaktoren defineres som en depressiv attribusjonsstil, og ses ved spesifikke slutninger som gjøres i møte med negative livshendelser (Abramson m.fl., 1989). Attribusjonsstil er hvordan en person persiperer, og tolker hendelser og er kausal (årsaks) tenkning i forhold til egen og andres atferd. Abramson (1989) hevder at attribusjonene varierer på tre dimensjoner: stabil, intern, og global. Mennesker løper en større risiko for å bli deprimerte, om de attribuerer negative hendelser til faktorer som er *interne* (i personen selv), *stabile* (mer eller mindre permanente), og *globale* (uttrykk på mange ulike områder). En stabil slutning, vil si at man antar at det er en lav sannsynlighet for å kunne påvirke forekomsten av noe (Abramson m.fl., 1989). Eksempelvis at man anser det som lite sannsynlig, å kunne unnsnippe negative hendelser eller konsekvenser. Globale slutninger er generaliseringer, i den betydning at de inkluderer og omhandler noe mer enn den enkelte situasjonen de er basert på (Abramson m.fl., 1989).

Skjemateorien til Beck og håpløshetsteorien til Abramson har begge fokus på kognitive faktorer som sårbarhetsfaktorer for utvikling av depresjon.

Det å motta en kreftdiagnose, og å leve med sykdommen kan gi en rekke psykiske reaksjoner. Depresjon er det mest vanlige rapporterte symptomet hos kreftpasienter (Artherholt & Fann, 2012). Kreftpasienter lever over tid med en diagnose som kan være livstruende. Dette innebærer lange perioder med usikkerhet før, under og etter behandling, noe som kan være en stor påkjenning for pasienten. Forskning bekrefter at psykologiske problemer, hos pasienter med kreft er et utbredt problem. Inntil en tredjedel av pasientene, utvikler depresjoner eller angstforstyrrelser, som kan vare lenge etter avsluttet behandling (Degrogatis, 1983; Parle, Jones, Maguire, 1996; Stein, Hermanson, Spiegel, 1993).

Pasienter med CRC gjennomgår ofte en tøff behandling med kirurgi, stråling og cellegiftkurer, avhengig av svulstens lokalisasjon og stadier. De gjennomgår kontroller med ulikt intervall, fra 5-10 år etter sykdomsdebut. Kontrollene blir av pasientene rapportert som en

følelsesmessig påkjenning, som forklares av redselen for å avdekke tilbakefall av sykdommen (Wilson m.fl., 2010).

Psykiske reaksjoner på alvorlig sykdom er vanlig, men mer individuelt betinget. De fleste opplever en psykisk reaksjon på kreftsykdom (Næss m.fl., 2011). Reaksjonene vil ofte være av kortsiktig varighet, som en naturlig reaksjon på en truende hendelse, mens for enkelte kan reaksjonene bli mer alvorlig (Næss m.fl., 2011). Genetikk, personlighet, sosial situasjon, alder, livsfase og personlige faktorer kan påvirke personens evne til å mestre alvorlig sykdom (Malt m.fl. 2003). Fysiske og psykiske belastninger kan føre til nedsatt livskvalitet på kortere og lengre sikt (Næss, 2011 ; Wilson & Cleary, 1995). Psykisk sykkelighet blant kreftpasienter er godt dokumentert og ligger 2 – 3 ganger høyere enn i befolkningen for øvrig (Fredheim m.fl. 2001). En dansk studie (Jansen m.fl., 2010) har undersøkt risiko for å utvikle behandlingstrengende depresjon hos kreftpasienter. Studien omhandlet kreftpasienter fra 1973-2003, og viste en økt risiko for depresjon hos kreftpasienter sammenlignet med øvrig befolkning. Andre studier viste at depresjon er underbehandlet hos kreftpasienter (Fallowfield m.fl., 2001 ; Sharpe m.fl., 2004). På grunn av overlapping av medisinske og psykiatriske symptomer, kan diagnosen depresjon være vanskelig å stille hos kreftpasienter (Spiegel D., 1996). Studier viste at opplevde høyere depresjon enn befolkningen for øvrig. Depresjon kan ha sammenheng med nedsatt livskvalitet (Jansen m.fl., 2010) (Pereira m.fl., 2012). En metaanalyse av kreftpasienter, hematologiske pasienter og palliative pasienter viste at 30-40 % av disse opplevde ulike stemningslidelser, deriblant depresjon. Studien fant ingen forskjell mellom palliative pasienter og andre (Mitchell m.fl., 2011).

Ubehandlet depresjon vil kunne føre til en mer alvorlig lidelse, og studier viste at til tross for avdekt depresjon hos kreftpasienter var 70% ubehandlet for sin lidelse (Fallowfield, 2001).

Depresjon kan forveksles med somatiske symptomer, som også er vanlige ved kreftsykdom, som fatigue, søvnløshet og nedsatt matlyst.

Forskningsspørsmålet blir som følger;

**Hva er forekomsten av depresjon hos menn og kvinner med CRC? Hvordan er sammenhengen mellom livskvalitet og depresjon?**

## 2.6 Sosial støtte

God fysisk og psykisk helse er en viktig ressurs, for at vi skal fungere i hverdagen og håndtere de utfordringer vi møter. På 1970-tallet ble teorier om sosial støtte, sentralt i forståelsen av hva sosiale nettverk gjør for oss og helsen vår. Sosialt nettverk kan forstås som uformelle relasjoner, mellom mennesker som samhandler mer eller mindre regelmessig med hverandre (Finset, 1986, i Fyrand, 2005. s 34). Vårt uformelle nettverk skapes via eget initiativ og behov, og består oftest av familie, venner, naboer og arbeidskolleger (Fyrand, 2005. s.35).

Den nordamerikanske legen John Cassell, psykiaterne Sidney Cobb og Gerald Caplan var pionerer på feltet sosial støtte. I følge dem kan sosial støtte, forstås som det sosiale nettverkets funksjon. Nettverket kan ha positiv betydning, for vår helse og livskvalitet og kan sees på som et nett av sosiale relasjoner som omgir en person. Gjennom vårt sosiale nettverk finner sosial støtte sted (Bø m.fl., 2007 ; Cohen m.fl., 2000).

Det å være integrert i et nettverk, og å bli støttet når vi behøver det, er viktig for at vi skal trives og føle oss verdsatt. Mennesker med utpreget sosialt støttenettverk, føler i større grad at de mestrer og kontrollerer sine omgivelser (Fyrand, 1994 s. 121).

Det finnes ulike definisjoner på sosial støtte, avhengig av hvilket forskningsfelt som bruker begrepet. Fellesnevneren i definisjonene er at andre bidrar med hjelp og "oppbacking" for å imøtekomme aktuelle behov hos den som trenger det (Dalgard, 1995, s.26).

Sosial støtte kan mottas på ulike måter. Følelsesmessig støtte forbindes med empati, omsorg, kjærlighet og tillit, og mottas ofte fra familie og nære venner. Det er til disse de fleste henvender seg, når vanskelige livs hendelser som eksempel kreftsykdom rammer. Det er de nære forbindelsene man føler seg trygg på, og det er også de som kjenner personen best



som kan tilpasse den hjelpen som trengs. Man må nesten ha opplevd samme situasjon, for å forstå hvordan personen har det. Naturlig nok er det den som kjenner personen best, som kan tilpasse den hjelp som er nødvendig. Studier viser at pasienter som mottar slik støtte, har mindre angst og depresjon (Dalgard, 1995). Nylig diagnostiserte kvinner med brystkreft, oppgav i en kvalitativ studie at vissheten om at familien og profesjonelle var tilgjengelig og støttende gav trygghet. Den sosiale støtten var en viktig ressurs, samt det å være fortrolig med noen var essensielt for disse kvinnene (Drageset m.fl., 2012).

Dalgard (1995) beskriver Instrumentell støtte, som materiell og praktisk hjelp. Informasjonsstøtte er råd som kan være til nytte når en har problemer, og for kreftpasienter kan slik støtte være informasjon og helsesråd fra helsepersonell. Vurderingsstøtte vil si konstruktive tilbakemeldinger, og bekreftelser på en selv som deler av sosial støtte (Dalgard m.fl., 2009). For kreftpasienter kan en slik støtte være, samtaler med nær familie og venner. Det å oppleve at andre viser omsorg, og å få bekreftelser på egen betydning for andre, kan være en støtte under sykdom.

De ulike funksjonene er vanskelig å skille, og glir lett inn i hverandre. Sosiale bånd, vil gi mulighet for at de ulike sosiale støttefunksjonene finner plass. Å ha noen å snakke med, uttrykke sine tanker og følelser til, kan gi emosjonell støtte å ha positiv effekt. Samtalene kan også inneholde råd og veiledning, og kan således også være informerende støtte.

Opplevelsen av sosial støtte gjennom samtaler kan være en tilhørende støtte. Det at en ikke er alene med sine problemer, men har noen å dele det med, gir en følelse som kan ha positiv effekt (Ushino, 2004).

De ulike formene for støtte kan integreres i to ulike modeller. Den ene kalles «Direktehypotesen», og her er antagelsen at støtten er virksom uavhengig av om vi er utsatt for påkjenninger eller ikke. Et støttende nettverk bidrar til direkte helsegevinster, gjennom at en føler seg verdsatt og respektert, og at livet oppleves stabilt og forutsigbart. Den andre kalles «Bufferhypotesen» eller den indirekte hypotese. Her antar en at den sosiale støtte er først og fremst virksom, når en utsettes for påkjenninger av en styrkegrad der ens mestringsevne utfordres. Her er den nettverketsdempende virkningen av stressopplevelsene sentral (Dalgard m.fl., 1995; Sanderson, 2004; Ushino, 2004). Opplevelsen av å ha sosial støtte tilgjengelig, har vist seg å være viktigere enn å direkte motta støtte. Sosial støtte samvarierer positivt med utfallsmål som fysisk og psykisk helse. Særlig trekkes emosjonell støtte frem som en viktig faktor forbundet med det fysiske og det psykiske (Thoits, 1995).

Det å få en kreftdiagnose kan utløse en personlig krise, når helse og liv er truet. De fleste som diagnostiseres med kreft opplever dette, og da vil sosial støtte ha en positiv effekt på helsen, uansett livs belastninger og sosiale forhold (Fosså m.fl., 2007). Sosial støtte virker gjennom å styrke individets mestringsevne, som bidrar til å redusere stressnivået. (Dalgard m.fl., 2009). I denne studien ønsker man å se på om den sosiale støtte i form av å ha noen å snakke med, samt å ha tilgjengelig hjelp til praktiske oppgaver, samvarierer positivt i forhold til livskvalitet. Funn i studier viser at sosial støtte bidrar til mindre depresjon, som igjen kan påvirke helse relatert livskvalitet (Hann m.fl. 2002; Nausheen m.fl., 2007). Følelsesmessig støtte er her tenkt som å ha noen å snakke fortrolig med, dele sine tanker og følelser med, og slik sett bli styrket gjennom ett sosialt nettverk. Studier fra USA og Japan viste at sterke sosiale bånd, hvor en hadde mer eller mindre regelmessig kontakt med venner, naboer, barn og familie, ble assosiert med færre symptomer på depresjon blant eldre (Sugisawa m.fl., 2002). Mennesker som har god sosial støtte har raskere tilfriskning etter alvorlige sykdommer enn de med et dårligere sosialt støttenettverk (Sanderson, 2004).

Vi mennesker er sosiale vesener, og vårt sosiale miljø kan påvirke hvordan vi tilpasser oss de utfordringer vi møter (Belle, 1989). Det å leve med kreft, kan gi både følelsesmessige og praktiske utfordringer (Fosså m.fl., 2009). Sykdommen oppleves ofte som en trussel mot selve livet, det som før var trygt er nå mer usikkert, livet endres betydelig. Kontroller og venting på prøvesvar blir en del av livet, hvor angsten for tilbakefall alltid vil være tilstede. Som følge av sykdom opplever mange endret sosial kontakt i forhold til før (Ell, K, 1996). Det kan være at man må slutte i arbeid, og heller ikke lengre har overskudd til å delta i sosiale sammenhenger. Det sosiale nettverket man er vant til, kan oppleves å bli endret som følge av den nye livssituasjonen (ibid). Praktiske gjøremål kan være utfordrende, og mangel på overskudd, smerter eller hele situasjonen kan være så overveldende at det hemmer en i de daglige gjøremål. Ofte er det nær familie og nære venner, man finner hjelp og støtte hos (ibid).

Studier viser at familierelasjoner ofte blir sterkere i situasjoner, hvor sykdom rammer (Fyrand, 2005). Familier blir sterkere knyttet sammen, og den som er syk opplever bedre sosial støtte enn før. Familien mobiliserer krefter, og trer ofte støttende til ovenfor den som er rammet av sykdom (Fyrand, 2005). Sykdommens varighet kan være av betydning, for hvor god støtten er, og de med kort forventet levetid opplever gjerne at støtten varer med

samme «kraft» hele sykdomsperioden. Hos de kronisk syke, kan styrken på slik støtte variere. Noen ganger vil den oppleves som sterk, andre ganger svakere eller fraværende (ibid). Når vårt sosiale nettverk endres, kan det få følger for hvordan vi opplever vår livskvalitet. Studier viste at sosial støtte var viktig, for opplevelse av livskvalitet (Sultan m.fl., 2004).

Med andre ord kan støtte fra familie og venner, være en viktig faktor for hvor godt en pasient tilpasser seg sin situasjon, og hvordan den enkelte opplever livskvaliteten. Studier viser at kreftpasienter har større behov for støtte, og oppfølging fra familie og venner under og etter sykdom. Livskvaliteten er bedre hos dem som opplever en slik støtte (Fløtten m.fl., 2008). En norsk studie av Drageset m.fl. (2012) undersøkte brystkreftpasienters opplevelse og betydning av sosial støtte, mellom diagnose og operasjon. Studien viste at sosial støtte var en viktig ressurs i mestring av diagnosen, og det å ha hjelp tilgjengelig gav trygghet. Undersøkelsen viste også at kvinnene opplevde det å snakke, og møte andre kvinner i samme situasjon, ble betegnet som viktig og var en støttende funksjon i mestringen av sin situasjon. Sosial støtte virker positivt på flere områder i en persons liv. I studier som har undersøkt sosial støtte og depresjon, er det funnet at de som opplevde god sosial støtte også rapporterte mindre depresjon (Sirri m.fl., 2011; Hann m.fl., 2002).

Sosial støtte kan påvirke helse og livskvalitet, fordi den virker som en buffer i livet og styrker mestringsevnen. ( St.Meld.34 (2012–2013).

For at helsepersonell skal kunne bidra med økt helse og livskvalitet, for pasienter i sykehus og ellers, er det viktig å ha kunnskaper om hvilke betydning sosiale relasjoner har under- og etter sykdom (Hutchison C, 1999).

Sosial støtte kan forklares som summen av støtte og hjelp, vi får gjennom relasjoner til andre mennesker. Det kan være omsorg, trøst og konstruktive tilbakemeldinger, eller støtte av mer praktisk art, for eksempel økonomisk bistand, hjelp, informasjon og råd.

**Hvordan er sammenhengen mellom livskvalitet og sosial støtte? Og er det forskjell mellom menn og kvinner?**

## 2.7 Seksualitet

Seksualitet er en naturlig drivkraft som de fleste har ett forhold til og setter pris på.

Seksualiteten er en del av vår identitet (Fosså m.fl., 2007). Intimitet og seksualitet hører ofte sammen, og de fleste har behov for denne kontakten med ett annet menneske. Som frisk har de fleste en velfungerende kropp som responderer som forventet, også seksuelt, og hvor den seksuelle opplevelsen er en naturlig del av livet.

WHO definerer seksualitet som:

*"Seksualitet er en integrert del av ethvert menneskes personlighet, noe som ikke kan skilles fra andre sider av livet. Seksualitet er ikke det samme som samleie eller evnen til å få orgasme, seksualitet er mye mer. Den finnes i den energi som driver oss mot å søke kjærlighet, varme og nærhet. Seksualitet uttrykkes i hvordan vi beveger oss, og hvordan vi berører og berøres av andre"* (WHO 1986 gjengitt i Kreftforeningen, 2005).

Som vi ser er denne definisjonen mer omfattende og allmenngyldig, enn vi kanskje i dagliglivet tenker på det som. Seksualitet omfatter vår søken etter kjærlighet, kontakt, varme og nærhet, og er en integrert del av personligheten. Det er et grunnleggende behov, som kan variere fra person til person. Videre kan definisjonen tolkes slik at seksualitet er en del av menneskets liv, som ikke kan holdes utenom andre sider av livet. Det reflekterer et helhetlig perspektiv, som betyr at fysiske, psykiske, kulturelle og sosiale faktorer er bestemmende for hva seksualitet er for den enkelte. Seksualitet og intimitet, er en integrert del av det å være menneske (Fosså m.fl., 2009).

Seksualitet er mer enn samleie. Seksualitet gir mulighet til å utvise hengivenhet til ett annet menneske, men også å vise lidenskap og kjærlighet. Seksualitet rommer evnen til å gi noe av seg selv, og det er en måte å vise og motta omsorg på. Den følelsesmessige intimiteten er et

behov for å være nær noen, bli tatt på og kjærtegnet. Det kan være en fysisk trang til å være god mot en annen, hvor man gir og mottar kjærlighet. Både kvinner og menn har naturlig seksuelle behov, men dens betydning og hvilke behov innenfor seksualiteten som har størst betydning kan være ulikt og oppleves forskjellig for hver enkelt (Ibid). For eldre mennesker er ofte seksualiteten det som skiller kvinner fra menn (Butler og Lewis, 2002).

Med dette som grunnlag er det viktig å bekjenne, at endringer innenfor de ulike faktorene kan føre til at seksualiteten ikke er slik den enkelte ønsker den skal være. Sykdom, behandling og bivirkninger, fysisk og psykisk, kan bidra til at den seksuelle helse blir redusert og at den seksuelle lyst, behov og intimitet kan bli endret. Seksualitet og intimitet er viktig for en persons velvære og vil slik sett være en del av personens livskvalitet (Hassan m.fl., 2007 ;Krebs L.U. (2008).

### Seksuell funksjon/dysfunksjon

Seksualfunksjon deles forenklet inn i tre deler; Lyst (libido), opphisselse (lubrikasjon) og orgasme (Heimann m.fl.,1997).

Seksuell dysfunksjon; Er forstyrrelser i en eller flere av områdene nevnt ovenfor.

### Seksualitet og helse

Seksuell helse er en tilstand av fysisk, følelsesmessig, mental og sosial velbefinnende i forbindelse med seksualitet. Seksuell helse gir en mulighet til å ha positive seksuelle opplevelser som fremmer helse. Woods (1987) nevner seksualfunksjon, seksualbilde og seksualrelasjon som faktorer som må være tilstede for god seksuell helse. Denne kan bli skadelidende når sykdom rammer. Studier viste at kreftpasienter opplevde seksuell dysfunksjon, etter sykdom eller behandling. En nederlandsk studie av Lange m. fl (2008) undersøkte hvilke faktorer som kunne føre til seksuell dysfunksjon, etter behandling for rectal kreft. Operativ behandling gav hos over 70 prosent av mennene erektil dysfunksjon, ejakasjonsproblemer og stomi problemer (lekkasjer). Hos kvinner var smerter ved samleie, tørre slimhinner og vaginal tørrhet rapportert i mellom 56 og 61,5 prosent av tilfellene.

### Seksualitet og alder

Naturlig for begge kjønn, reduseres produksjon av kjønnshormoner ved økende alder. For menn betyr det nedsatt testosteronnivå, som regulerer seksuell lyst. En Europeisk studie av

menn mellom 40 – 79 år med lavt testosteronnivå, viste nedsatt libido og erektil dysfunksjon (Wu m.fl., 2010.). Når Kvinner er i menopausal alder reduseres produksjon av kjønnshormoner. Reduksjon i hormonnivåene kan medføre nedsatt seksuell lyst og nedsatt seksuell glede (Bencroft, 2007). Ifølge Bencroft (2007) har kvinner en forhøyet risiko for depresjon etter menopausen, som forklares med nedsatt hormonproduksjon. Depresjon vil kunne påvirke seksuell funksjon negativt for både menn og kvinner (Althof, 2005).

Aldringsprosessen i seg selv kan medføre tilstander som igjen påvirker evne, interesse eller seksuell glede. Både fysisk og psykisk endres vi mennesker med alderen. Endringer i fysisk og psykisk funksjon kommer naturlig med alderen. Naturlige endringer kan være nedsatt førlighet og for å kunne opprettholde seksuallivet i eldre år er det nødvendig med god helse. En studie av Dennerstein m.fl. (2002) viste at friske kvinner og menn hadde seksuell aktivitet livet gjennom. Flere studier bekrefter at seksuell aktivitet, mer er predikert av helse enn påvirket av alderen (Bortz m.fl., 1999 ; Kontula & Mannila, 2009).

Ett eksempel er slitasjegikt, som medfører smerter og stivhet i ledd. Andre tilstander som medfører medisinsk behandling som diabetes og hypertensjon, er også sykdommer som rammer flest eldre. Medisineringen og tilstandene i seg selv kan bidra til seksuelle problemer (Shell & Smith, 1994).

Seksuell dysfunksjon som erektilе problemer, blir av menn oppgitt som den fremste årsak til nedsatt seksuell aktivitet (Smith m.fl., 2007). Kvinner oppgir manglende lyst og interesse som årsak til mangel på seksuell aktivitet (Nicolosi & Leumann m.fl., 2004).

Sosiologiske og kulturelle faktorer, kan ha innvirkning på den eldre befolkningens seksualitet. Hva som forstås som akseptabelt, hvem som kan utfolde sin seksualitet og når, varierer i tid og rom. I vårt samfunn er det mer akseptert at ungdom uttrykker sin kjærlighet og intimitet offentlig, mens eldres uttrykk og deres seksualliv er mer tabubelagt i vårt samfunn.. Eldres seksualliv er mer tabubelagt i vårt samfunn.

En studie av Smith m.fl. (2007) undersøkte seksuell funksjon hos kvinner og menn over 70 år. For menn var erektil dysfunksjon den hyppigste årsak til nedsatt seksuell aktivitet. For kvinner var manglende lyst årsak til nedsatt seksualfunksjon(ibid). En studie av Nicolosi & Laumann m.fl. (2004) bekrefter at nedsatt seksuell lyst og interesse er ett vanlig problem hos eldre kvinner. Seksuell dysfunksjon er funnet å være vanligere for kvinner enn menn (Laumann m.fl., 2006).

### Seksualitet og kjønn

Menn har lengre forventet seksualliv enn kvinner. En studie av Lindau m.fl. (2010) hvor 6000 middelaldrende og eldre menn og kvinner deltok, viste at flere menn enn kvinner var seksuelt aktive. Den største forskjellen mellom kjønnene var blant de eldste (75-85 år), hvor 38,9 prosent av mennene mot bare 16,8 prosent av kvinnene var seksuelt aktiv.

Kvinnelig og mannlig seksualitet kan være forskjellig med hensyn til behov. Menns seksualitet er ofte sterkere og mer orientert mot tilfredsstillelse, mens kvinners seksualitet er mer forbundet med ønske om nærhet, ømhet eller et behov for omsorg (Fosså, 2007).

Undersøkelsen til Lindau (2010) viste at flere enslige menn oppgav å være mer seksuelt aktive enn enslige kvinner. Det kan bety at kvinner og menn har ulikt utgangspunkt, men for kvinner er seksualitet av mer følelsesmessig betydning, mens det for menn er mer tilfredsstillelse som er drivkraften (Fosså, 2007).

### Seksualitet og Colo Rectal Cancer

Sykdom, behandling og bivirkninger, både fysisk og psykisk, kan bidra til at den seksuelle helse blir redusert og at den seksuelle lyst, behov og intimitet kan bli endret.

Pasienter med CRC ,rapporterer flere problemer med seksualitet enn øvrig befolkning. En undersøkelse gjort av Kreftforeningen (2013) som inkluderte 2921 pasienter, viste at svært mange pasienter rapporterte sen effekter etter kreftsykdom. Flere sen effekter oppsto på tvers av diagnoser, og seksuelle problemer var en av sen effektene man så. Hele 64 prosent av respondentene i Kreftforeningens undersøkelse rapporterte seksuelle problemer. Av disse opplyste 23 prosent at problemene i stor grad hadde innvirkning på livet. En nederlandsk studie av Oudsten m.fl. (2012) som omfattet 906 med en gjennomsnittsalder lik denne studien (70 år), rapporterer høyere grad av seksuelle problemer enn øvrig befolkning. Videre viste studien at alder, stomi og depresjon var korrelert med lavere seksuell funksjon og glede. Ulike behandlingsmetoder kan påvirke seksuell funksjon. En studie av Hendren m.fl. (2005) viste at både kvinner og menn opplevde større seksuelle problemer etter operasjonen. Pasienter med CRC kan oppleve endret selvbilde, som følge av kroppslige forandringer. Behandling for CRC kan medføre at pasienten får anlagt permanent stomi. Kvinner har rapportert mangel på seksuell glede som følge av stomi, hvor endret utseende, frykt for lekkasjer og lukt er til hinder for seksuell glede og lyst (Ramirez m.fl., 2009). Dette ser man også igjen hos brystkreftopererte som rapporterer seksuelle problemer etter

diagnosen, hvor kvinnen har mistet ett bryst og fått endret kroppsbilde (Ussher m.fl., 2012). Begge gruppene rapporterer sammenheng mellom støtte fra partner og seksuell nytelse. Noe som kan tyde på at støtte og forståelse fra ektefelle/partner er viktig, for å opprettholde et seksualliv etter sykdom. Andre rapporterte nedsatt glede ved sitt seksualliv, som følge av tretthet. Andre igjen opplevde at den seksuelle gleden, ble tatt fra dem etter at kreftsykdommen rammet. Noen rapporterte også nedsatt seksuell evne etter behandling (Bruheim m.fl., 2010).

**I hvilken grad er det sammenheng mellom livskvalitet og seksualliv? Og er det forskjell mellom menn og kvinner?**



## 2.8 Kjønnsteori

Kjønnsteori er et tverrfaglig felt, som stiller spørsmål om hva kjønn er og hvordan kjønnsforskjeller oppstår (Mortensen, m.fl., 2008). Kjønnsteori stiller spørsmål om hvilke forutsetninger er det som ligger til grunn, for at kjønn fremstår i samfunnet slik det gjør i dag (ibid). Kjønn er biologi, men også identitet, og opplevelsen av kjønn er kulturavhengig. Også strukturelle dimensjoner innen kulturen er med på å forme hva kjønn er (NOU:1999). Freud var den første som stilte spørsmål, om hva kjønn er på en vitenskapelig måte. Hans psykoanalyse åpnet en ny tankegang innen kjønnsteori. Kjønn er sosialt og kulturelt konstruert, ifølge Freud (Mortensen, m.fl., 2008). Det finnes mange ulike forklaringsmodeller for å forklare kjønnsulikheter innen helse og sykdom. I dag er det ingen teori alene som kan forklare hvorfor det er kjønnsforskjeller innen helse (NOU:1999). Biologiske og sosiokulturelle teorier, er to retninger innen vitenskapen som brukes for å forklare kjønnsforskjeller. Jeg vil i det følgende kort beskrive den biologiske og sosiokulturelle tenkningen innen kjønnsteori.

Kvinner og menn er forskjellige og har ulik biologi. Når man skal forklare de biologiske ulikhetene mellom kjønn, brukes ofte de hormonelle ulikhetene. Det vil si hjerneforskjeller mellom kvinner og menn, samt kroppslige ulikheter som forklaring på hvorfor det er kjønnsforskjeller i helse og sykdom (Lorentzen & Muhleisen, 2009). Det vil si at vi rent kroppslig skiller kvinner og menn. Det er ulik anatomi, som betyr at de fleste tilfeller så er kvinner mindre enn menn (NOU:1999). Det er funnet ulikheter i hjernene mellom kjønnene, hvor kvinner og menn har over 100 forskjellige strukturer som påvirker hjernen ulikt (Gurian & Stevens, 2004). Forskjellene ligger i hvordan strukturene påvirker kjønnenes handlinger, og følelser ulikt. Menn hadde tilbøyelighet til mer impulsivitet enn kvinner, mens kvinner oppfattet andres følelser bedre enn menn (ibid).

Hormonelle ulikheter er også en forklaring på kjønnsforskjeller. Testosteron er det viktigste mannlige kjønnshormonet, mens det hos kvinner er østrogen. Begge kjønn produserer hormonene, men de forekommer i ulik mengde hos kvinner og menn (Lorentzen & Muhleisen, 2009). Menn har naturlig mer testosteron enn kvinner, hormonet forbindes med høyere aggresjonsnivå, økt seksuell lyst og dominans (ibid).

Kjønnsrollene skapes ifølge flere gjennom de sosiale og kulturelle livsvilkårene individene lever i. Tradisjonelt sett har vårt samfunn klare kjønnsroller, hvor menn er blitt sett som det sterke og kvinner som det svake kjønn (NOU:1999).

Kvinner og menn assosieres med ulike egenskaper, som skiller det sterke fra det svake med tydelige linjer. Menn assosieres ofte med det sterke, selvsikre, aggressive, ambisiøse og selvhjulpne i motsetning til kvinner som mer assosieres med adjektiver som kjærlig, medlidende, mild, varm og føyelig (NOU:1999).

Menn ble i hvert fall tidligere opplært til i mindre grad å vise sine følelser, til ikke å gråte og til å tåle smerte. Kvinner kan på den andre siden åpent uttrykke sine følelser, uten å miste anseelse(ibid). Mens seksualitet er mer akseptert og mens seksuell lyst er naturlig, mens kvinnens seksuelle lyst er mer unevnelig(NOU:1999).

Selv om vi i dag er mer likestilte, kan man gjenkjenne oppfatninger av kvinner og menn som beskrevet over. Samfunnet er med på å forme vår oppfatning av det kvinnelige og mannlige kjønn. Kulturen endres gjennom generasjoner, og oppfatningen av kjønn endres med de strukturer som samfunnet endres inn i. Et eksempel er kvinners betydning i samfunnet, og samfunnsstruktur. Tidligere var det flest husmødre, mens menn var forsørgeren. Etter hvert ble det mer vanlig at kvinner tok utdanning, og gikk ut i arbeidslivet. I dag står vi med en struktur som mer likestiller enn skiller kjønnene. Gjennom endring i strukturen, endres også kulturen og oppfatningene av kjønn. Rollefordelingen endres og med den også kjønnsoppfatninger om likheter og forskjeller (NOU:1999). Judith Butler har en diskursiv tilnærming til kjønn. Hun ser på kjønn som en gjøren, heller enn en væren(Mortensen, m.fl., 2008). Med det mener Butler å si at istedenfor å tenke at kjønn er biologi så er kjønn sosialt. Det er hvordan vi fremstår og hvordan vi handler som kvinner og menn, som primært avgjør hva kjønn er.

Hun fornekter ikke det biologiske kjønn, men er opptatt av at vi er sosiale kjønn, påvirket og avhengig av de sosiokulturelle forutsetningene vi lever i. I følge Butler ses kjønnene gjennom tre aspekter: Det kroppslige kjønn (sex), forstått som kvinne eller mann. Det sosiale kjønn(gender), som sees som feminint eller maskulint, og seksualiteten og det seksuelle begjær(Butler, 1990).

## 3 Data og metode

I dette kapittelet blir datamaterialet som er benyttet i oppgaven presentert, oppgavens validitet og reliabilitet blir beskrevet. Utvalgssammensetningen blir beskrevet.

### 3.1 Beskrivelse av utvalget

Datamaterialet i denne studien baserer seg på registerdata fra den tredje Helseundersøkelsen i Nord Trøndelag (HUNT3). Det utføres kontinuerlig arbeid med kvalitetssikring av data og rutiner, og våren 2011 ble HUNT sertifisert etter standarden ISO 9001. Helseundersøkelsene er godkjent av REK og Datatilsynet, og det er mulig å koble data fra HUNT mot andre sentrale registre når det foreligger godkjenning av REK (<http://www.ntnu.no/hunt>).

HUNT, omfatter alle innbyggere i fylket som er 13 år og eldre. Dette gjør HUNT til den mest omfattende helseundersøkelsen som er gjennomført i Norge. Internasjonalt er den også en av de største. Undersøkelsene har vært gjennomført over tre perioder, HUNT1 (1984-1986), HUNT2 (1995-1997). Den tredje helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, HUNT 3, ble gjennomført fra oktober 2006 til juni 2008. Det ble samlet inn data gjennom spørreskjema og kliniske undersøkelser. Deltagerne fikk invitasjon i posten (postalt skjema), med spørreskjema 1. Ved deltagelse ble det utlevert skjema 2 avhengig av alder og kjønn. Hver deltaker måtte før deltagelse avgi et skriftlig samtykke, og samtykket kan når som helst trekkes tilbake.

I tillegg fikk voksne som svarte bekreftende på om de har mottatt alternativ behandling, har eller hadde hatt brystkreft, prostatakreft eller tykk/endetarms kreft (CRC) utdelt ett eller flere spørreskjema 3 (Q3). Totalt ble det benyttet 18 forskjellige spørreskjema i basisundersøkelsen i HUNT 3.

I denne studien er alle kvinner og menn, som har besvart spørreskjema Q3 i HUNT, som omhandler tykk/endetarmskreft inkludert. Alle spørsmål må være besvart av de som deltar. I tillegg er det hentet svar fra spørreskjemaene Q1 og Q2, de ulike variablene vil bli presentert under pkt. 4.3. Data fra HUNT er koblet opp mot opplysninger om utdanning og inntekt fra SSB. I alt deltok 50807 i HUNT 3 undersøkelsen, herav 27758 kvinner og 23049 menn. Alle som hadde besvart Q3 skjema om tykk/endetarmskreft ble inkludert i studien, 346 i alt. Av

disse ble 67 ekskludert på grunn av missing og man sto igjen med ett utvalg på 279 respondenter, herav 152 kvinner og 127 menn. Som vist i utvalgssammensetningen (figur 1).

## 3.2 Instrumenter og operasjonalisering av variablene

### Livskvalitet

For å måle livskvalitet er enkeltspørsmål fra SF-36 Short Form anvendt i HUNT (Ware m.fl., 1992). SF-36 er et generelt måleinstrument for helsestatus og helserelatert livskvalitet, og skjemaet kan brukes på voksne, uavhengig av spesifikk mål eller sykdomsgruppe. SF-36 er oversatt og validert for bruk i Norge, skjemaet er også anvendt på normalbefolkningen i Norge (Loge & Kaasa, 1998a i Rustøen, 2001). Det er utført en rekke validitets og rehabiliteringsstudier i en rekke land, som dokumenterer skjemaets gode psykometriske egenskaper (Wahl og Hanestad, 2004) (Loge og Kaasa, 1998). Skjemaet måler innenfor en tidsperiode på 4 uker. Svaralternativene har fra dikotomiserte svar «ja» eller «nei» til skala med 3 -7 svaralternativer. I denne oppgaven er livskvalitet målt ved enkeltspørsmål om tilfredshet med livet, og lyder slik: « *Når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd med tilværelsen eller er du stort sett misfornøyd?*» Variabelen har syv alternativer, med skår fra *svært fornøyd* til *svært misfornøyd*. I denne oppgaven er alternativet *svært misfornøyd* strøket grunnet ingen av respondentene i dette utvalget hadde krysset på denne. Med hensyn til krysstabellanalysene er variabelen omgjort til en dikotom variabel, hvor verdiene *meget misfornøyd*, *nokså fornøyd* og *både/og* er slått sammen til verdien *misfornøyd* og gitt verdien 0. Verdiene *ganske fornøyd*, *meget fornøyd* og *svært fornøyd* er slått sammen til verdien *fornøyd*, denne er gitt verdien 1. Variabelen er et mål på respondentenes selvrapporterte livskvalitet, og er den variabelen som alle uavhengige variabler analyseres mot i hovedanalysen. Bruk av enkeltspørsmål i undersøkelser er funnet valid og reliabelt som mål på livskvalitet. ( Bowling 2004).

## Helse

Vurdering av helse er målt med enkeltspørsmål og lyder slik: «*Hvordan er helsa de nå?*» Skåring fra «*Dårlig*» til «*Svært god*», i alt fire alternativer. Disse brukes i studien for å vurdere i hvilken grad opplevd helse har innvirkning på livskvaliteten. Variabelen er dikotomert, og alternativene «*Dårlig*» og «*Ikke helt god*» er slått sammen til verdien «*Dårlig/Ikke helt god*» denne er gitt verdien 0. Verdiene «*Svært god*» og «*God*» er slått sammen til verdien «*God/Svært god*» denne har fått verdien 1.

## Depresjon

Depresjon er den mest vanlige rapporterte symptomet hos kreftpasienter, og er en faktor som kan påvirke livskvaliteten hos den enkelte

For å måle depresjon brukes spørre skjemaet HADS, som ble utviklet i 1983 (Zigmond AS., 1983). HADS er mye brukt internasjonalt for å måle angst og depresjon (Herrmann C., 1997.) Skjemaet ble utviklet til bruk for pasienter på somatiske sykehus, og har blitt brukt på ulike pasientgrupper så vel som på friske populasjoner (Berglund et al., 2003).

Skjemaet består av 14 spørsmål, og er ett selvutfyllende instrument og er ett godt og utprøvd instrument for å måle angst og depresjon (Ibid). Skjemaet består av to deler, hvor det ene omhandler depresjon og den andre delen angst. Det er 7 spørsmål for angst (HADS-A) og 7 spørsmål for depresjon (HADS-D), disse summeres som oftest hver for seg i.h.t subskala for angst og depresjon (Herrmann C. 1997)(Zigmond AS.1983).

En skår på 11 eller mer regnes for å være et tilfelle av angst eller depresjon, som vil trenge nærmere utredning og eventuelt behandling. En skår på 8-10 anses som et mulig tilfelle, og lavere skår uttrykker en viss symptombelastning, som kan ha betydning samlet sett, men som i seg selv ikke krever spesifikk behandling av angst eller depresjon.

Dersom inntil to spørsmål på HAD er ubesvart, vil det være mulig å beregne totalskår. Sumskåren deles med antallet besvarte spørsmål og svaret ganges med 14. Dette gir estimert totalskår.

Opprinnelig variabel viser skår fra 0 -18, men for å kunne gjennomføre en mer oversiktlig analyse er det i denne studien valgt å lage en variabel inndelt etter hvordan HADS beregner

angst og depresjons grad. I følge HADS er skår under 8 ingen depresjon, mens en skår over 8 er ett mulig tilfelle, som vil trenge videre utredning. Variabelen er omkodet til en dikotom variabel, alle skår under 8 er slått sammen og blir kalt « under 8», denne har fått verdien 0. Alle skår over 8 er også slått sammen og har fått navnet « over 8» og er gitt verdien 1. Også i Norge er HADS brukt og blitt vurdert som ett godt instrument for å måle angst og depresjon hos pasienter (Bjelland et al. 2002) HADS er blitt funnet å være et godt verktøy som innenfor de fleste livskvalitets dimensjoner. Basert på store populasjoner fant Mykletun m.fl at HADS hadde gode psykometriske egenskaper med god validitet (Mykletun m.fl., 2001).

### Sosial støtte

Når sykdom rammer kan både praktiske og følelsesmessige behov gjøre seg gjeldende, ofte får pasientene denne hjelpen fra nær familie og venner. Å ha en fortrolig å samtale med eller noen å be om praktisk bistand kan ha stor betydning for den enkelte. Med andre ord kan sosial støtte fra familie og venner, være en viktig faktor for hvor godt en pasient tilpasser seg sin situasjon, og hvordan livskvaliteten hos den enkelte oppleves.

Det er valgt ut to spørsmål for å måle sosial støtte.

*«Har du venner som kan gi deg hjelp når du trenger det »* Med to svaralternativer, Ja og Nei.

*«Har du venner som du kan snakke fortrolig med?»* Svaralternativer, Ja og Nei.

### Seksualitet

Følgende tre ulike spørsmål er benyttet.

*« I hvilken grad var du interessert i seksualitet de siste 4 ukene»*

*« I hvilken grad var du seksuelt aktiv( med eller uten samleie) de siste fire ukene? »*

*«Hvis du har vært seksuelt aktiv, i hvilken grad har du hatt glede av din seksuelle aktivitet de siste 4 ukene?»*

Skåring fra « ikke i det hele tatt » til « svært mye » I alt 4 alternativer.

## Demografiske variabler

### Alder

Variabelen alder besto av 9 kategorier, hver på 10 år. CRC rammer oftest personer over 60 år, i denne undersøkelsen var det 26 personer under 59 år, mens 306 var i kategorien over 60.

Variabelen ble omgjort til en dikotom variabel, med en aldersdeling på inntil 59 år og en 60 år og eldre. Verdiene under 59 år, har fått navnet « under 59 år» og har verdien 0.

Kategorien « over 60 år » har verdien 1 i datasettet.

### Sivilstand

For variabel sivilstand med spørsmålet «*Hva er din sivilstand?*»

Variabelen er kategorisk med 9 verdier: Ugift, Gift, Enke(mann) Separert, Registrert partner, Uregistrert partner, Separert partner, Skilt partner og gjenlevende partner.

I denne studien var det hensiktsmessig å lage en annen kategorisering, hvor man skilte mellom enslig eller ikke enslig. Variabelen ble omgjort til en dikotom variabel hvor verdiene ugift, enke(mann), separert, separert partner, skilt partner og gjenlevende partner er slått sammen til en variabel med betegnelsen «enslig», denne har fått verdien 0. Verdiene gift og registrert partner, er slått sammen til en variabel med betegnelsen gift/samboer, denne har fått verdien 1

### Utdanning

Variabelen er hentet fra SSB og har følgende kategorier: Grunnskole og lavere, Videregående skole, Høyere utdanning <4 år, Høyere utdanning >4 år og ukjent utdanning.

### Inntekt

Opplysninger om inntekt er hentet fra SSB, inntekt er et videre begrep enn lønn. Foruten inntekt fra arbeid inngår blant annet kapitalinntekter og overføringer som bostøtte, barnetrygd, arbeidsledighetstrygd, pensjoner fra folketrygden og sosialhjelp med videre. Inntektsstatistikken måler årlig samlet inntekt. Samlet inntekt er delt i kvartiler.

(<http://www.ssb.no/innt>).

### 3.3 Design

Innenfor samfunnsvitenskapene skiller en mellom to hovedformer for metodisk tilnærming Kvalitative og kvantitative metoder. Valg av metodisk tilnærming gjør en ut fra problemstilling og type data en har tilgang til (Johannessen m.fl., 2010).

Denne studien tar utgangspunkt i pasienter som er rammet av CRC og deres selvrapporterte livskvalitet, basert på helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT3) En ønsker å se om depresjon, målt ved HADS skjema, kan påvirke opplevd livskvalitet hos pasientgruppen. Samt om opplevd helse og demografiske variabler kan ha innvirkning på dette. En ønsker å si om det er sammenheng mellom disse og selvrapportert livskvalitet.

Problemstillingen egner seg til en kvantitativ metode da en ønsker å undersøke sammenhenger mellom ulike variabler, og fordi en ønsker å generalisere sammenhengene utover det utvalget en undersøker.

Deskriptive studier har til formål å beskrive ett fenomen (Bowling, 2002). Ved å hente ut registerdata fra HUNT3 er undersøkelsen en tverrsnittundersøkelse, hvor den har målt respondentenes svar en gang på ett tidspunkt.

Beskrivende (deskriptiv) statistikk omfatter innsamling, bearbeiding og presentasjon av data (tallmateriale, observasjoner, måleresultater). Formålet med beskrivende design, er å gi svar på spørsmål som hva, hvilke, hvordan, hvem og hvorfor. Designet benyttes derfor når vi ønsker å beskrive eller finne sammenhengen mellom en eller flere begreper eller variabler (Johannessen m.fl., 2010).

Bivariate analyser vil bli benyttet i analysen av data ved hjelp av krysstabeller, sammenligning av gjennomsnitt og korrelasjonsanalyse.



### 3.4 Statistiske analyser

Til de statistiske analysene er SPSS versjon 22 brukt. Bearbeiding av data og ulike framstillinger er gjort i Microsoft Word 2007.

For å beskrive hvordan enhetene fordelte seg på en variabel er det benyttet univariat analyse, på kontinuerlige variabler, (som alder og inntekt) er gjennomsnitt og standardavviket beregnet. For å teste sammenhengen mellom variabler er det benyttet krystabeller med, kji kvadrat test for kategoriske variabler og t-test for kontinuerlige variabler. For å undersøke sammenhengen mellom variablene er det benyttet korrelasjonsanalyser med Pearson r, for å måle styrken på korrelasjonen. De ulike analysene vil bli presentert nedenfor.

#### Målenivå

Før man kan gjøre statistiske utregninger, må man finne hvilket målenivå variablene er på. Målenivået bestemmer hvilke regneoperasjoner som kan utføres under analyser. Verdiene på variabler kan i noen tilfeller bare klassifiseres i kategorier, andre ganger kan de også rangeres etter eksempel høyeste utdanning og alder. Variablene klassifiseres etter om verdiene kan rangeres eller ikke, og hvilken avstand det er mellom verdiene. Dette betegnes som variablers målenivå (Johannessen m.fl., 2010 s.253). Ved statistiske analyser er det fire ulike målenivåer. Nominal, ordinal, intervall og forholdstallsnivå, der forholdstallsnivå er det høyeste og nominalnivå er lavest. Variabler målt på nominalnivå klassifiseres i gjensidig utelukkende kategorier og kan ikke rangeres på en logisk måte. Eksempler på variabler på nominalnivå er bostedskommune eller land. Kodetallene på dette nivået tjener utelukkende som merkelapper, og hvilket tall som for eksempel er størst har ingen betydning. Dikotome variabler har kun to verdier, og kan måles på nominalnivå. Variabelen kjønn er kategorisk og måles i denne studien på nominalnivå. Variablene sivilstand, alder og depresjon er gjort om til kategoriske og gjensidig utelukkende variabler, som måles på nominalnivå. Ordinalnivå tilsvarer et høyere målingsnivå, hvor målingene i tillegg til å kunne klassifiseres gjensidig utelukkende, også har en logisk rangering. De kan ordnes i en bestemt rekkefølge, verdiene uttrykker grader av noe, som eksempel *meget fornøyd, fornøyd eller misfornøyd* (Johannessen m.fl., 2010). I denne studien måles livskvalitet på dette nivået. Variabelen har en logisk rangering og utelukkende kategorier og kan derfor måles på ordinalnivå.

Det siste målingsnivået er forholdstallsnivå, og tilsvarer det høyeste målingsnivå. I tillegg til egenskapene til variabler på intervallnivå, har skalaen et absolutt nullpunkt. Forskjellen mellom intervallnivå og forholdstallsnivå dreier seg om hvilken vekt man tillegger null på skalaen. Det er som ved intervallnivå en eksakt lik avstand mellom verdiene (Johannessen m.fl., 2010).

### Frekvens analyse

Frekvensanalyse benyttes når man ønsker å beskrive hvordan enhetene fordeler seg på de ulike variablene, dette kalles univariat analyse (Johannessen, 2010). Hvilke tester som kan gjøres er avhengig av variabelens måle nivå. Nominalvariabler kan klassifiseres, men ikke rangordnes, og er framstilt med frekvenstabell, grafiske figurer. For variabler på intervall og forholdstallsnivå kan flere analyser utføres, de som er benyttet i denne oppgaven er gjennomsnitt, som er ett mål på sentraltendensen og standardavvik som er et mål på hvor mye observasjoner avviker fra gjennomsnittet (Ibid).

### Kjikkvadrat – test

For å undersøke om det er signifikante forskjeller eller ikke mellom variablene i populasjonen er det benyttet Kjikkvadratet.

Det vi gjør når vi undersøker om det er en sammenheng eller ikke mellom variablene i populasjonen, kalles for *hypotesetesting*. Generelt tester vi alltid to hypoteser:

H0: Det er ikke sammenheng mellom variablene i populasjonen

H1: Det er sammenheng mellom variablene i populasjonen

Gjennomføres ved å undersøke avviket mellom en faktisk og en forventet fordeling i utvalgene. Den faktiske fordelingen viser hvordan to eller flere grupper, fordeler seg på verdiene til en variabel, og forventet fordeling er hvordan gruppene ville fordelt seg dersom det ikke var forskjell mellom dem på variabelens verdier. Ved store avvik mellom forventet og faktisk fordeling blir det et stort kjikkvadrat, som kan gi indikasjon på at det er en forskjell mellom de populasjonene vi sammenligner fordelingene for. For at kjikkvadratet skal bli riktig, må det tas hensyn til hvor mange celler tabellen inneholder, noe som gjøres ved å beregne antall frihetsgrader. Frihetsgrader beregnes ved å gange antall verdier på den ene variabelen fratrukket 1, med antall verdier på den andre variabelen fratrukket 1. Signifikansnivået

bestemmes ut fra antall frihetsgrader og sannsynlighet på 5 prosent. Hvis det beregnede kjikvadratet er mindre enn 5 prosent, beholdes 0 hypotesen og dersom det er høyere beholdes alternativ hypotese (Johannesen m.fl., 2010)

### Students t- test

Denne testen ble benyttet for å undersøke, om det er forskjell på alderen til menn og kvinner i utvalget, og det ble brukt t-test for uavhengige utvalg. En forutsetning for å bruke denne testen, er at verdiene er normalfordelte. Dette ble sjekket ved å se på fordelingskurven på menn og kvinners alder. T-test handler om signifikanstesting, og p – verdien viser til sannsynligheten til å forkaste en korrekt nullhypotese. Også her er det valgt et signifikansnivå på  $p < 0,05$ , dvs. en sannsynlighetsnivå på 5 prosent. P-verdi og antall frihetsgrader, forkortet til df som står for frihetsgrader er oppgitt.

### 3.5 Forskningsetiske overveielser

All forskning må følge forskningsetiske prinsipper, og juridiske retningslinjer (Johannessen m.fl., 2010). Prinsippet om ikke å skade informantene og samtykke er overordnet i all forskning (Ibid). Helsinki - deklarasjonen legger føring for medisinsk forskning. En kvantitativ forskningsmetode, bygger på en viss distanse mellom forsker og informant. Ved slike studier benyttes spørreskjema hvor svarene avhenger av ulike svaralternativer og måten spørsmålene er stillet på.

Denne studien er godkjent av Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) og regional etisk komité (REK). Datasettet ble sendt via epost, og var beskyttet med passord. Dataene er oppbevart og behandlet etter avtale med HUNT, datafilen har vært beskyttet med passord. Opplysningene er aidentifiserte, slik at det ikke er mulig å spore opplysningene tilbake til den enkelte, kravet om anonymitet dermed er fulgt. Data er blitt behandlet konfidensielt, og datamaterialet som blir benyttet vil bli slettet etter bruk.

Svarene som kom frem gjennom spørreskjema, utgjør grunnlaget for det helhetlige prosjektet. Underveis i prosessen er min forståelse blitt utviklet, og kan slik sett være farget av mitt faglige ståsted og min tolkning.

## 4 Resultater

I dette kapittelet blir det først gitt en presentasjon av de sentrale variablene i studien. For å få frem kjønnsforskjellene, er analysene gjennomført separat for kvinner og menn. Jeg starter med å presentere noen bakgrunnsdata, om utvalget i studien som omfatter demografiske variabler, deretter en beskrivelse av de utvalgte variablene livskvalitet, helse, depresjon, sosial støtte og seksualitet.

### 4.1 Beskrivelse av utvalget

Som det fremgår av Tabell 3.1, utgjør utvalget 279 personer med Colo Rectal Cancer; 146 kvinner og 123 menn. det er flest deltagere i alderskategorien over 60 år, herav 136 kvinner og 115 menn mot 16 kvinner og 12 menn i alderskategorien under 59 år. Det er en større andel kvinner i dette utvalget enn menn (54.4 % mot 45.5 %).

Gjennomsnittsalderen for kvinner er 71.1 år, og for menn 71.9 år. Det er stor aldersspredning i utvalget, hvor den yngste deltager er 21.5 år og eldste 92.2 år. Andelen av kvinner med CRC over 60 er høyest, men forskjellene er ikke signifikante.

Videre ser man at det er forskjell mellom kvinner og menn når det gjelder sivilstatus, der andelen for enslige kvinner er 46.1 prosent og menn 21.3 prosent. Hele 79.7 prosent av menn er gift eller har samboer, mens for kvinner er andelen 53.9 prosent. Forskjellene er statistisk signifikante.

Når det gjelder utdanning ser man forskjeller mellom kvinner og menn. Fordelingen viser at på grunnskole og lavere nivå, er kvinner representert med 40.1 prosent, hos menn 29.9 prosent. Størst forskjell finner man likevel på kategorien mer enn 4 år høyere utdanning, hvor en bare finner 0.7 prosent av kvinnene, sammenlignet med 5.5 prosent menn i utvalget. Forskjellene er signifikante. Gjennomsnittsinntekt er lavere for kvinner enn menn, differansen er på ca 74.000 kroner, forskjellen er signifikant.

**Tabell 3 Tabell 3.1 Sosiodemografisk beskrivelse av utvalget**

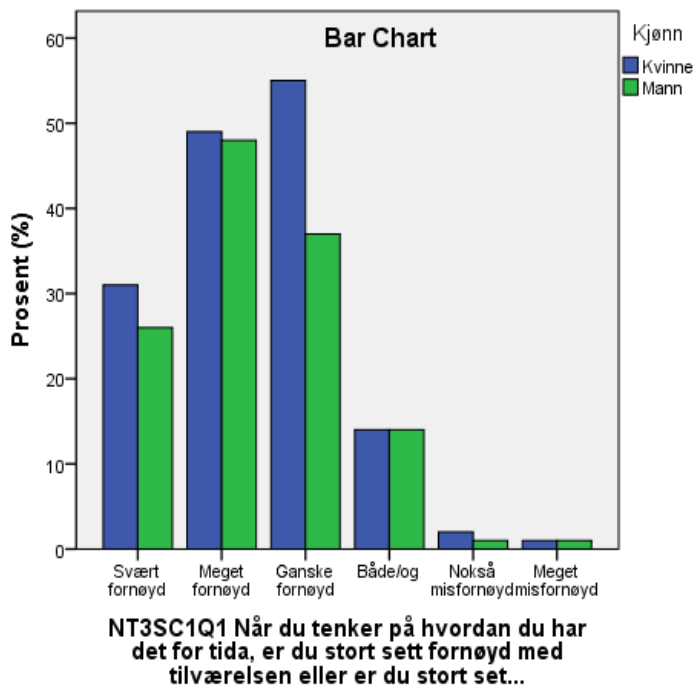
	<b>Alle</b>		<b>Kvinner</b>	<b>Menn</b>		
	N = 279		N = 152	N = 127		
	(100%)		(54,5%)	(45,5%)		
	Gjennomsnitt (St.avvik)	Min – maks	Gjennomsnitt (St.avvik)	Gjennomsnitt (St.avvik)	t	p - verdi
<b>Alder (år)</b>	71,46 (9,83)	21,5 – 92,2	71.08 (10,64)	71,91 (8,79)	0,48	0,09
<b>Samlet inntekt (kr)</b>	228 200 (118 400)	33 – 716 500	194 500 (101 000)	268 500 (125 000)	5,46	<0,001
	N (%)		n (%)	n (%)	$\chi^2$ (df)	
<b>Alderskategorier</b>					0,013 (1)	0,91
Inntil 59 år	18 (6,7)		10 (6,8)	8 (6,5)		
60 år og over	251 (93,3)		136 (93,2)	115 (93,5)		
<b>Sivilstand</b>					18,75 (1)	< 0,001
Gift/ Samboer	182 (65,2)		82 (53,9)	100 (78,7)		
Enslig	97 (34,8)		70 (46,1)	27 (21,3)		
<b>Utdanning</b>					9,42 (4)	0,051
Grunnskole	99 (35,5)		61 (40,1)	38 (29,9)		
Videregående skole	143 (51,3)		74 (48,7)	69 (54,3)		
Høyere utd <4 år	28 (10,0)		16 (10,5)	12 (9,4)		
Høyere utd >4 år	8 (2,9)		1 (0,7)	7 (5,5)		
Ikke oppgitt	1 (0,4)		-	1 (0,8)		
<b>Yrkesaktiv</b>					0.755 (1)	0,098
Ja	50 (17,9)		27 (17,8)	23 (18,1)		
Nei	81 (29,0)		46 (30,3)	35 (27,6)		
Ikke oppgitt	148 (53,0)		79 (52,0)	69 (54,3)		

Merk: Data er presentert i gjennomsnitt og standardavvik (alder og inntekt) og i antall og prosent. P –verdier som test av forskjeller mellom menn og kvinner er gjort med t –test (alder og inntekt) og ellers med Kji-kvadrat ( $\chi^2$ ) og frihetsgrader (df).

## Livskvalitet

Av analysene fremgår det at for gruppen som helhet oppgir de fleste å være fornøyde med tilværelsen. Hele 98,2 prosent oppgir å være fornøyd, mot 1,8 prosent som oppgir å være misfornøyd. Forskjellene mellom kvinner og menn er små, hvor 2,0 prosent av kvinnene oppgir å være misfornøyd mot 1,6 prosent for menn. Det er ingen signifikant forskjell, (p-verdi 0,838). Resultatene fra alle svarkategoriene er vist i figur 3.1 nedenfor.

Figur 3.2 Livskvalitet og kjønn



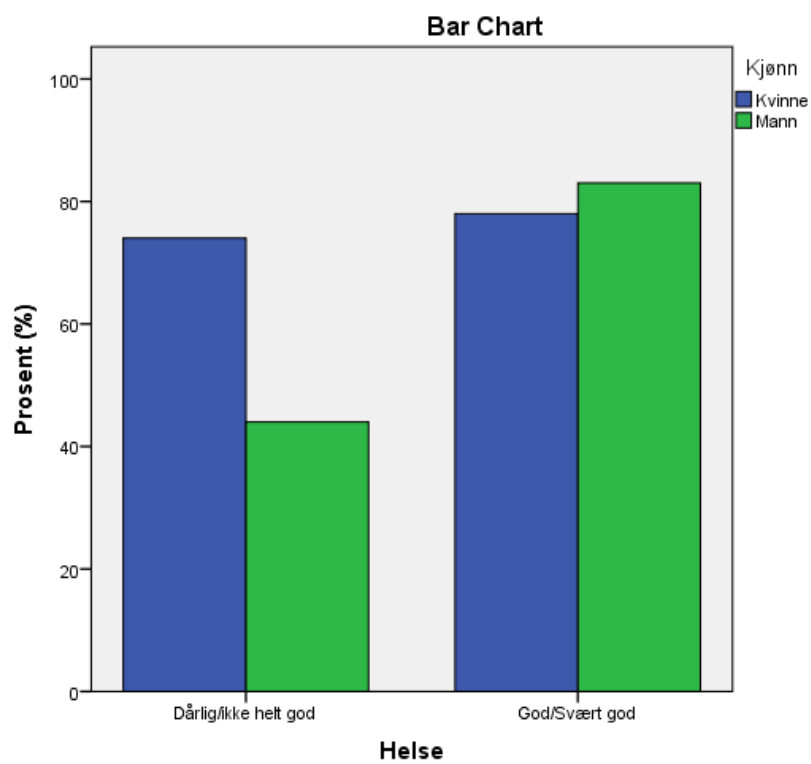
## Helse

Variabelen helse ble også omgjort fra en skala med fire svaralternativer, til en to delt skala som uttrykk for dårlig/god helse.

Som vi ser av figur 3.3 nedenfor rapporterer menn bedre helse enn kvinner, der 65,4 prosent av mennene svarte at de hadde god helse nå for tiden, mot 51,3 prosent av kvinnene.

Forskjellen var statistisk signifikant ( $p$ -verdi = 0,018).

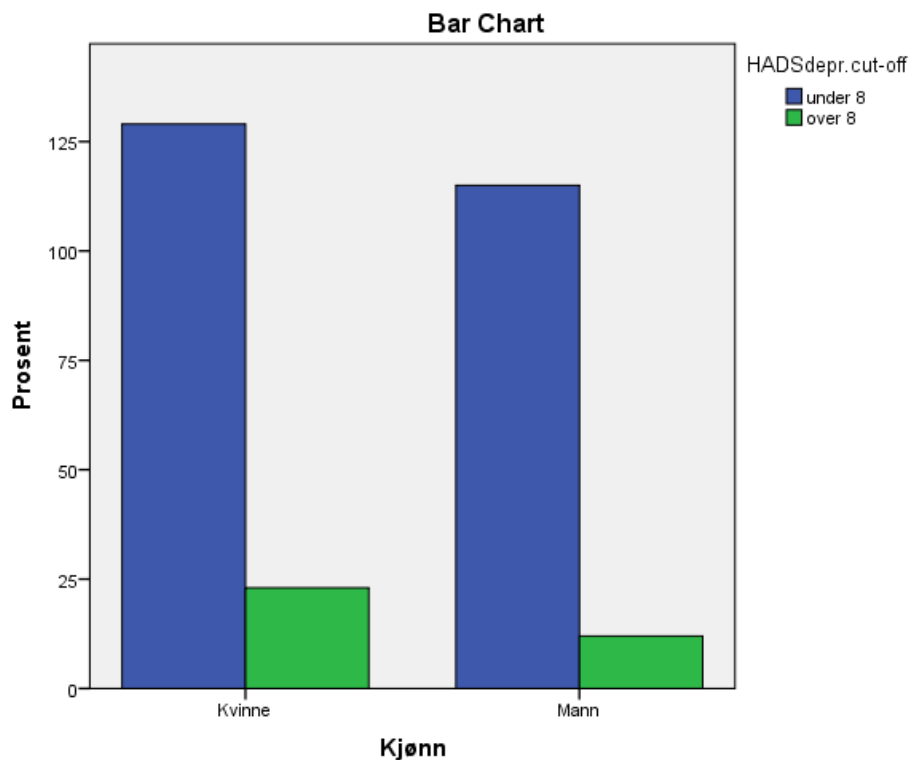
*Figur 3.3 Helse og kjønn*





## Depresjon

Depresjon er det mest vanlige rapporterte symptomet hos kreftpasienter, og er en faktor som kan påvirke pasientens livskvalitet negativt. Grenseverdien på om de har mulig tilfelle av depresjon er satt til 8 på HADS-skalaen, der de over 8 vil trenge utredning og eventuelt behandling. For gruppen som helhet er 87,5 prosent i kategorien under 8 og 12,5 prosent over grenseverdien. Som vist i diagrammet under er det flere kvinner enn menn i kategorien, for mulig tilfelle av depresjon, med henholdsvis 15,1 prosent mot menn 9,4 prosent. Forskjellen er ikke signifikant.



## Sosial støtte

De aller fleste, (90,2 prosent) oppgir at de har noen å snakke fortrolig med, og de stoler på at noen stiller opp for dem når de trenger det som mest 95,3 prosent. Det finnes likevel unntak. Menn mangler oftere enn kvinner en fortrolig å snakke med. Av kvinnene oppgir 57,7 prosent å ha en fortrolig å snakke med, mot 42,3 prosent for menn. Forskjellen er ikke signifikant ( $p$ -verdi = 0,093).

Når vi ser på hvem som har noen som kan gi dem hjelp når de trenger det, er resultatene ganske like. Kvinner har flere å be om hjelp fra enn det menn oppgir å ha. Forskjellene er ikke statistisk signifikant (p-verdi 0,275).

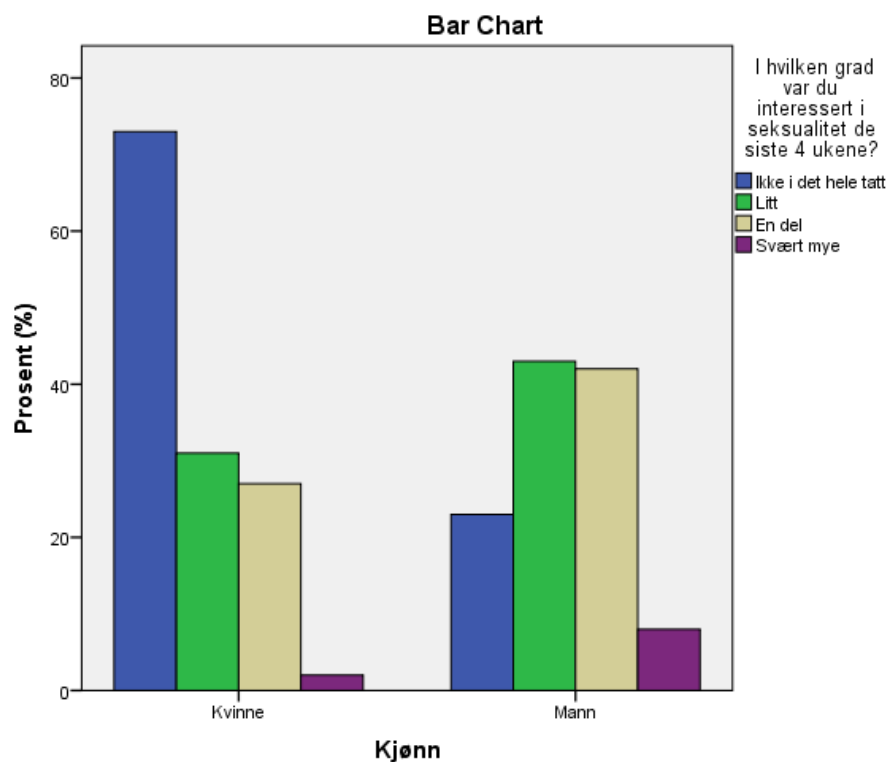
## Seksualitet

For gruppen som helhet oppgir 38,6 prosent ikke i det hele tatt, når det gjelder interesse for seksualitet de siste fire uker, mens bare 4 prosent oppgir å være svært interessert.

Som det fremgår av Figur 4.4 oppgir færre kvinner enn menn, å ha interesse for seksualitet. Her oppgir 54,9 prosent kvinner, at de ikke i det hele tatt har noen interesse mot menn 19,8 prosent. I kategorien svært mye er det for kvinner 1,5 prosent, mot menn 6,9 prosent som oppgir å ha svært mye interesse for seksualitet de siste fire ukene. Forskjellene er signifikante ( $p$ -verdi =0,001).

Resultatene er visualisert i figur 4.4 nedenfor.

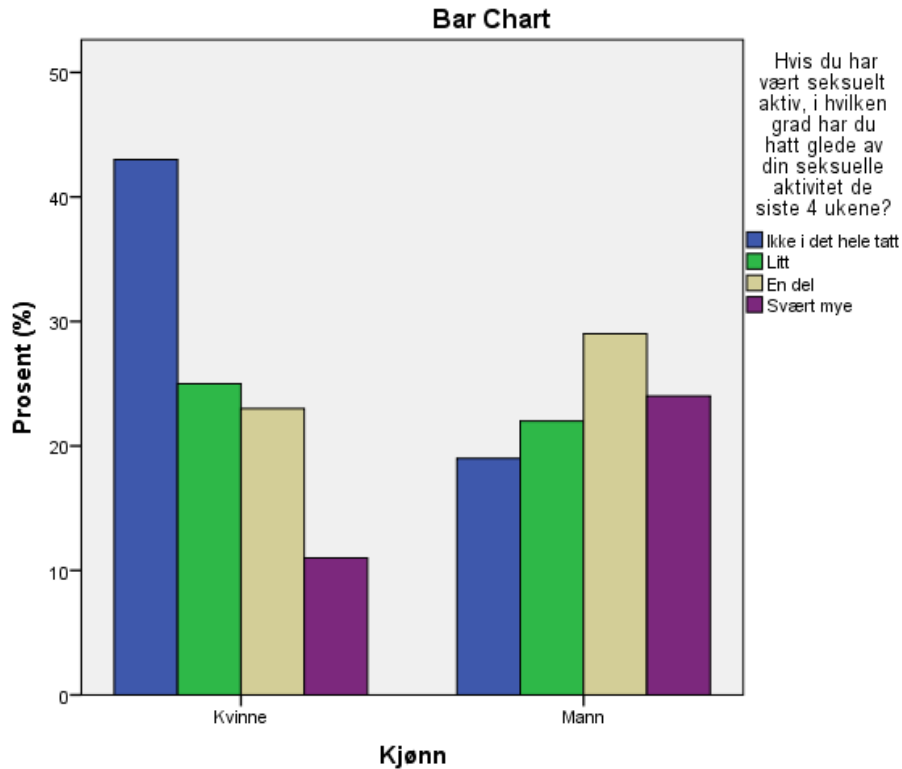
Figur 4.4 Seksuell interesse og kjønn



For gruppen som helhet oppgir 46,2 prosent at de ikke i det hele tatt har hatt seksuell aktivitet de siste fire ukene, mot 2,5 prosent oppgir å ha vært svært aktiv. Figur 3.5 viser hvilken grad de har vært seksuelt aktive de siste fire ukene. Her oppgir 56 prosent av kvinnene at de ikke har hatt slik aktivitet mot menn 34,5 prosent. Forskjellen er signifikant

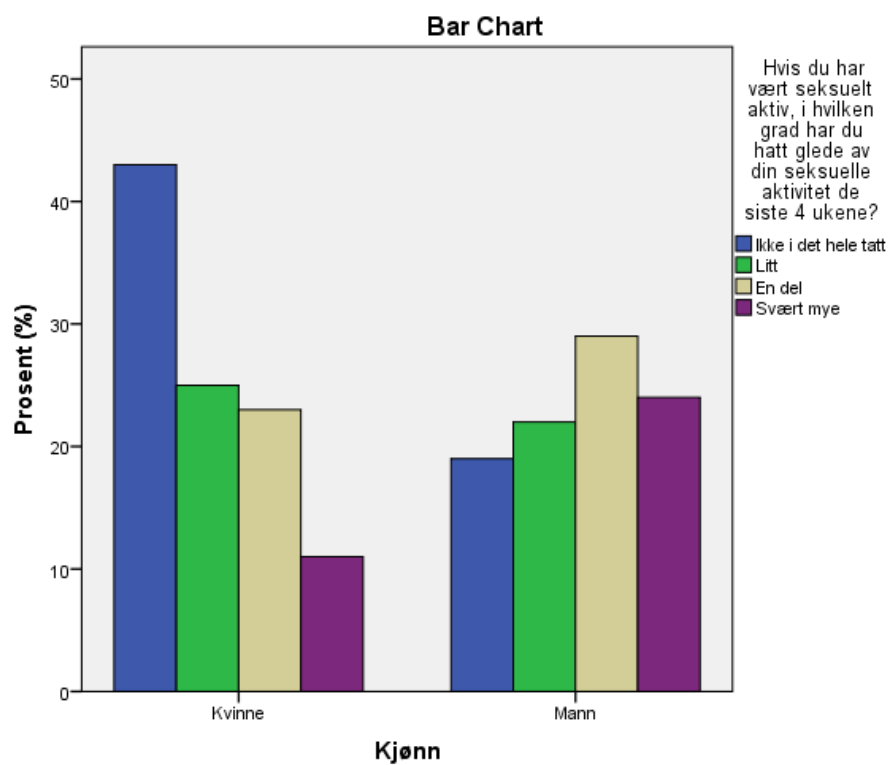
(p-verdi = 0,013). I kategorien svært aktive, finner vi 1,6 prosent kvinner mot 3,5 prosent menn. Forskjellen er signifikant (p-verdi = 0,013).

Figur 3.5 Seksuell aktivitet og kjønn



For utvalget som helhet oppgir 31,6 prosent ingen glede av den seksuelle aktiviteten de siste fire ukene, mot 17,9 prosent oppgir å ha svært mye glede av den seksuelle aktiviteten. Som det fremgår av Figur 3.6 oppgir en høy prosentandel kvinner at de ikke har glede av den seksuelle aktiviteten de siste fire ukene, 42,2 prosent mot menn 20,2 prosent. Forskjellen er signifikant (p-verdi = 0,002)

*Figur 4.6 Seksuell glede og kjønn*



## 4.2 Sammenheng mellom livskvalitet og depresjon, sosial støtte og seksuelliv

For å besvare oppgavens forskningsspørsmål er det benyttet krysstabellanalyser med Students t- test og kjikvadrat.

### I hvilken grad er det sammenheng mellom livskvalitet og depresjon? Og er det forskjeller mellom kvinner og menn?

Når man ser på sammenhengen mellom depresjon og livskvalitet, finner man at hele 94,3 prosent av de med skår over 8 rapporterer å være fornøyd med tilværelsen (Kategoriene, svært fornøyd, meget fornøyd, ganske fornøyd). Mot 5,8 prosent er misfornøyd (nokså misfornøyd og meget misfornøyd). Forskjellen er signifikant (p-verdi = 0,017). Resultatet fra alle svarkategoriene er vist nedenfor i Tabell 4.1.

**Tabell 4.1 Livskvalitet og depresjon**

Livskvalitet:	Total (%)	Depresjon HADS skår		p-verdi
		Under 8	Over 8	
Svært fornøyd	57 (20,4)	53 (21,7)	4 (11,4)	0,017
Meget fornøyd	97 (34,8)	89 (36,5)	8 (22,9)	
Ganske fornøyd	92 (33,0)	79 (32,4)	13 (37,1)	
Både/og	28 (10,0)	20 (8,2)	8 (22,9)	
Nokså misfornøyd	3 (1,1)	2 (0,8)	1 (2,9)	
Meget misfornøyd	2 (0,7)	1 (0,4)	1 (2,9)	

## **I hvilken grad er det sammenheng mellom livskvalitet og sosial støtte? Og er der forskjell mellom kvinner og menn?**

For utvalget som helhet oppgir hele 90,2 prosent at de har en fortrolig å snakke med, men bare 9,8 prosent oppgir ikke å ha en fortrolig. Av disse er det ingen som oppgir at de er misfornøyde med tilværelsen. Av de som oppgir å ha en fortrolig, sier 2,0 prosent å være nokså eller meget misfornøyde med tilværelsen.

Når man ser på hvordan kvinner i forhold til menn, svarer på samme variablene viser det små forskjeller. Her svarer 7,9 prosent av kvinnene, og ikke ha en fortrolig å snakke med, mot menns 12,1 prosent. Hverken kvinner eller menn oppgir å være misfornøyde med tilværelsen. Av de som oppgir å ha en fortrolig, sier 2,2 prosent av kvinnene å være misfornøyde mot 1,8 prosent for menn.

For utvalget som helhet, har 95,3 prosent noen de kan be om hjelp når de trenger det. Her har noen flere kvinner, 6,0 prosent mot 3,2 prosentmenn, noen de kan be om hjelp. Denne forskjellen er ikke signifikant. I forhold til livskvalitet viser resultatene av krystabellanalysene, at bare en liten andel oppgir at de ikke har noen å be om hjelp (4,7 prosent havner i denne kategorien). Av disse er det 7,7 prosent som oppgir at de også er misfornøyde med tilværelsen. En liten andel, 1,6 prosent i kategorien, kan få hjelp når de trenger det, men opplever også å være misfornøyd med sin tilværelse. Når man sammenligner kvinner og menn, har 11,1 prosent kvinner i kategorien ingen de kan be om hjelp, og er nokså misfornøyd med tilværelsen mot ingen menn.

Forskjellen mellom kvinner og menn er statistisk signifikant ( $p$ -verdi = 0,043)

## **I hvilken grad er det sammenheng mellom livskvalitet og seksuell liv? Og er det forskjeller mellom kvinner og menn?**

### Seksuell interesse

Krysstabellene viser en sammenheng, mellom livskvalitet og seksuell interesse. De med minst interesse for seksualitet, er også de som oppgir å være minst fornøyd med tilværelsen. Resultatene er nesten signifikant (p-verdi 0,054).

Flere menn enn kvinner som oppgav og ikke ha interesse for seksualitet, var også mindre fornøyd med tilværelsen. Det var 4,3 prosent menn oppgav å være meget misfornøyd, mot 1,4 prosent for kvinner. Sammenheng mellom seksuell interesse og livskvalitet, er ikke signifikant for kvinner (p-verdi=0,273), for mennene er resultatene signifikant (p-verdi 0,042). Resultatet kan tyde på, at menns livskvalitet i større grad enn kvinners påvirkes av seksuell interesse.

### Seksuell aktivitet

Når man sammenligner seksuell aktivitet og livskvalitet, oppga 2,9 prosent av de som ikke har vært aktive, å være misfornøyd med tilværelsen. Ingen av de som har svart i kategorien svært aktiv, oppgav å være misfornøyd med tilværelsen. De som oppgav lav eller ingen seksuell aktivitet, var også de som oppgav å være mindre fornøyd med tilværelsen. Funnene er ikke statistisk signifikant (p-verdi =0,868).

### Seksuell glede

I krysstabellen hvor man sammenligner seksuell aktivitet og livskvalitet, viser det for hele utvalget at de som oppgir ikke å ha glede av seksualitet de siste fire ukene, også oppgir å være minst fornøyd med sin livskvalitet. Det er ikke funnet noen signifikans.



## 5 Diskusjon

I dette kapitlet diskuteres oppgavens funn, først presenteres hovedfunnene, videre diskuteres hvert forskningsspørsmål hver for seg. Depresjon og livskvalitet diskuteres først, videre tar oppgaven for seg sosial støtte og livskvalitet, seksualitet og livskvalitet og tilslutt kreftoverlevende og livskvalitet. I alle oppgavens forskningsspørsmål er kjønnsforskjeller tatt med i drøftningen.

### 5.1 Hovedfunn

Resultatene gir ett innblikk i hvordan CRC pasientene, selvrapporterte sin helse og livskvalitet. Man har ønsket å se på om det er en sammenheng mellom helse og livskvalitet, og om det finnes forskjeller kjønnene mellom. For gruppen som helhet opplevde de fleste å ha god livskvalitet, bare noen få oppgav å være misfornøyd med tilværelsen. Alt i alt opplevde både kvinner og menn å ha god livskvalitet. Det var små forskjeller kjønnene mellom, hvor en liten andel flere kvinner enn menn oppgav å være misfornøyd med sin livskvalitet. For helse er spredningen større. Det var flere som opplevde sin helse som god eller svært god (57 %) mens mange også oppgav at deres helse ikke er helt god /dårlig (42,3 %). Det fremgikk også at flere kvinner enn menn, oppgav at deres helse var dårlig/ikke helt god, forskjellen er statistisk signifikant ( $p = 0,018$ ).

Depresjon regnes å være et symptom hos kreftpasienter, og i denne oppgaven viser funnene at bare 12,5 prosent av CRC pasientene kan regnes å ha depresjon målt med HADS skala å være i kategorien under 8, mens 12,5 prosent har en skår over 8.

Når man ser på sammenhengen mellom depresjon og livskvalitet, finner man at hele 94,3 prosent av de med depresjon rapporterer å være tilfreds med tilværelsen.

Funnene i denne studien viser imidlertid at nærmere 40 prosent av personene med CRC, oppgir at de ikke har hatt noen interesse av seksuallivet sitt de siste fire ukene. Men her er det forskjeller mellom kvinner og menn, idet mennene har signifikant større interesse enn kvinner. Nærmere 18 prosent oppgir at de har hatt glede av sin seksuelle aktivitet, den siste tiden. Videre indikerer funnene at de med seksuell interesse, og glede av sin seksualitet har høyest livskvalitet.

## Livskvalitet og depresjon

De fleste opplever en psykisk reaksjon på alvorlig sykdom, imidlertid er disse reaksjonene naturlig og ofte forbigående (Næss m.fl., 2010). Det er ofte rundt diagnosetidspunktet opplevelse av psykisk stress og nedsatt livskvalitet gjør seg mest gjeldende. I dette HUNT utvalget hadde 12,5 prosent av respondentene en skår over 8, noe som betegnes som et mulig tilfelle av depresjon, og som kan trenge en utredning og eventuelt behandling.

I denne studien er ikke tidspunkt for diagnose tatt med, slik sett kan vi ikke si noe om hvor i forløpet pasienten befinner seg. Men da pasientene i denne studien bor hjemme, er det grunn til å tro at de ikke representerer pasienter i den akutte fasen rundt diagnosetidspunktet. Det er godt dokumentert at kreftpasienter har høyere risiko for å utvikle depresjon. Disse pasientene har 14-24 prosent høyere prevalens enn øvrig befolkning (Potash and Breibart, 2002, i Pereira m.fl., 2012). For CRC pasientene viste studiene litt ulikt. Noen viste bedre psykisk helse enn kontrollgruppene, mens andre avdekket psykiske plager som depresjon opptil 10 år etter sykdom. (Jansen m.fl., 2010)(Pereira m.fl.2012) (Caravati-Jouvencaux m.fl., 2011) (Schag m.fl., 2003).

En årsak til ulike resultat kan være studienes ulike design og metode. Det er ikke brukt samme måleverktøy i alle studiene, noe som gjør at de ikke måler likt. Samtidig er de fleste studiene gjort på pasienter som er under behandling. Denne studien er gjort på pasienter som bor hjemme.

En studie av Linden m.fl. (2012) undersøkte prevalens for depresjon etter kreftdiagnose. I studien fant de at 12,9 prosent hadde kliniske tegn på depresjon, noe som samsvarer med funnene i denne studien som viser 12,5 prosent for utvalget som helhet. I følge Kringelen m.fl.,(2001) ligger depresjonsfrekvensen i et livstidsperspektiv på 17,9 prosent for øvrig befolkning. Altså en del høyere enn tilfellet for CRC pasientene i denne studien. En mulig forklaring kan være at pasientene tilpasser seg situasjonen over tid.

Sprangers & Schwartz (1999) hevder i sin teori om "responce shift" at pasientene gjennomgår en rekonseptualisering. Det vil si at sykdommen blir en del av det daglige livet. Mål endres og pasienten tilpasser seg sin situasjon. Før denne endringen har pasienten gjennomgått mange ulike faser. De har kjent på hvordan kreftsykdommen har grepet inn i livet, og hvordan livet med kreft har artet seg. Vi vet at psykisk stress er mest uttalt rundt diagnosetidspunktet (Fosså, 2007), en fase som representerer spesifikke stresspåkjenninger

og utfordringer for pasientene. Studier viste at i denne fasen er depresjon mer vanlig enn senere i forløpet (ibid).

Pasientene i denne studien er kreftoverlevende, de er gjennom den mest kritiske fasen av sin sykdom. De har levd med diagnosen lenge, de fleste i mange år. Sykdommen er muligens blitt en del av livet, og de har tilpasset seg situasjonen. Dette kan gi seg utslag i mindre depresjon. Sett ut fra teori Sprangers & Schwartz (1999) om «response shift» er det naturlig at en endring skjer. Det vil være både vanskelig og en for stor påkjenning, å skulle leve resten av livet med endringene en kreftdiagnose medfører i en referanseramme med hvordan livet var før. Det er dermed nødvendig at disse endringene skjer, for å kunne få et tilnærmet normalt liv etter sykdommen.

Man hører mange kreftpasienter si at de små ting i livet, er viktigere nå enn før sykdom. Kanskje skal det da mindre ting til for at livet føles godt? Bekymringene som de hadde før, er ikke lengre bekymringer? Kan det forklare at gruppen rapporterte mindre depresjon enn befolkningen for øvrig? Kreftoverlevende "forenkler" livet sitt, gleder seg over andre ting, som er lettere å oppnå? De er simpelthen glade for å ha overlevd? Da skal det kanskje mer til for å bli deprimert?

Noen studier viste at kreftpasienter opplevde positive sider ved det å ha gjennomgått kreft og behandling (Dunn m.fl., 2006). Nytteten ble beskrevet blant annet som å få et annet, og bedre perspektiv på livet. Bedre samhold i familien, og det å komme styrket ut av en krise (Rinaldis m.fl., 2010). En studie av Jansen m.fl. (2011) undersøkte 483 langtidsoverlevende etter CRC diagnose (over 5 år) og deres opplevelse av positive sider av CRC diagnosen.

Studien viste at de med høyest grad av depresjon, opplevde minst positive sider. Men at alle i en eller annen form opplevde at CRC diagnosen, hadde medført noe positivt inn i livene deres.

Ved alvorlig sykdom styrkes ofte familiære bånd, og opplevelsen av støtte blir en positiv forsterkning for pasienten. Støtten kan påvirke mestringsevnen positivt, og bidra til redusert depresjon (Hann m.fl., 2007). Det å motta sosial støtte, kan påvirke den mentale helsen positivt. Carpenter m.fl. (2010) undersøkte 206 overlevende kvinner etter gynekologisk kreft, og fant at de med god sosial støtte fra familie og venner rapporterte færre depressive symptomer enn de med lav sosial støtte. En studie av Sapp m.fl. (2003) som undersøkte 726 kvinnelige, viste samme resultat som Carpenter m.fl. (2010).

Pasientene i denne studien rapporterte å ha god sosial støtte. De har vært utsatt for påkjenning i forhold til diagnosen CRC, men samlet sett rapporterte store deler av pasientene under 8 på HADS skala.

Studien gir ikke svar på om pasientene har benyttet seg av tilgjengelig sosial støtte, men trolig vil det for de fleste være slik at de i en eller annen form har mottatt støtte gjennom sitt sosiale nettverk. Pasientene oppgir ikke mer depresjon enn befolkningen for øvrig, noe som muligens kan forklares ved at de har god sosial støtte, som igjen motvirker depresjon. I følge bufferhypotesen er den sosiale støtten mest virksom når en utsettes for store påkjenninger (Dalgard m.fl., 2009). Det kan bety at den sosiale støtten har vært virksom hos pasientgruppen og muligens beskyttet for depresjon.

Man ser at depresjon er hyppigere hos kvinner enn hos menn, i denne studien. I studien av Linden m.fl.(2012) ble også kjønnsforskjeller undersøkt. De fant at uavhengig av diagnose, viste kvinnene høyere depresjon enn menn. Noe som gjenspeiler øvrig befolkning (Linden m.fl., (2012)). Man kan dermed ikke si at CRC diagnosen rammer kvinner mer enn menn, med hensyn til depresjon. Miller m.fl. (2010) undersøkte om det var kjønnsmessige sårbarheter hos kreftpasienter, men fant ikke et mønster som kunne bekrefte dette.

Kvinner i menopausal alder har høyere risiko for depresjon. I denne studien er kvinnene over menopausen, og kan dermed i utgangspunktet ha en sårbarhet for depresjon, eller allerede være deprimert når sykdommen rammet. En prospektiv undersøkelse av 643 kvinner før menopausen, (premenopausal periode), viste at nær en tredel av alle kvinner får en depresjon i løpet av de første årene av overgangsalderen.

Lav sosial støtte er en risikofaktor for depresjon (Sonnenberg m.fl., 2013). Kvinner har oftere enn menn større nettverk, i form av venner. Dette gir ofte mer tilgang på sosial støtte. Tiltross for at både kvinner og menn oppgav god sosial støtte, hadde kvinner i denne studien mer depresjon enn menn. Noen åpenbar grunn til det er vanskelig å slå fast. Men grunnene kan være innviklede og sammenvevde, hvor muligens flere faktorer enn de som er undersøkt i denne studien påvirker den enkelte ulikt og er sammensatt.

Sonnenberg med flere (2010) undersøkte forskjell i depresjon mellom kvinner og menn, i alderen 55-85 år. Studien baserte seg på data fra den Longitudinal Aging Study Amsterdam, hvor svar fra 2823 deltakere ble undersøkt i forhold til sosial støtte og depresjon. De fant at de med få venner, og ingen partner hadde høyere depresjon enn gifte med flere venner. Her var forskjellene små mellom kjønnene. Kvinner hadde også et større behov for å føle

tilhørighet i ett nettverk, og mottok mer støtte fra sitt nettverk enn menn gjorde. Videre viste det seg at for menn var følelsesmessige støtte, fra en partner av større betydning enn for kvinner.

En årsak kan være at kvinner kan finne følelsesmessig støtte i det sosiale nettverket, mens menn best finner slik støtte hos partneren. En studie av Goldzweig m.fl., (2009) som undersøkte s mestring av sin sykdom, i forhold til sosial støtte og psykisk stress, viste at de som hadde en partner mestret sin sykdom bedre. Gifte menn oppgav også større følelsesmessig støtte fra sin partner enn kvinner gjorde.

Behandling for CRC kan omfatte ulike metoder, slik som operasjon, kjemoterapi og stråling, enten som eneste behandling eller i kombinasjon. Behandlingen kan føre til ulike bivirkninger, som pasienten må leve med resten av livet. I denne studien har vi ikke tilgang på hvilken behandling pasientene har gjennomgått, men enkelte kan leve med bivirkninger som kan gjøre dem mer sårbare for utvikling av depresjon. En studie av Pereira med flere (2012) viste at pasienter behandlet med kjemoterapi hadde høyere risiko for å utvikle depresjon enn de som var behandlet med operasjon. Etter behandling kan pasientene få anlagt permanent stomi. Stomi kan føre til en opplevelse av endret kroppsbilde, som igjen kan føre til depresjon. Studier gjort på stomipasienter og brystkreftopererte viste at endret kroppsbilde som følge av behandling kan føre til depresjon (Sharpe m.fl., 2009).

Det å være kronisk syk medfører en rekke ulike utfordringer, for den enkelte som rammes. Noen påvirkes mer enn andre uten at man spesifikt kan peke på en faktor, som var avgjørende for at akkurat den pasienten utviklet depresjon. Ulike faktorer er nevnt ovenfor, for mulig å kunne si litt om hva som kan være årsaker i utviklingen av depresjon hos denne pasientgruppen. Studien har begrensninger, ved at den undersøker noen få variabler, og bruker relativt enkle analyser, på gruppenivå. Bare noen få variabler er tatt med og sees i en veldig enkel fremstilling.

Imidlertid er pasientene en sammensatt gruppe, som ikke bare er påvirket av noen enkelte faktorer, som beviselig kan føre til det ene eller det andre. Pasientene er også enkelt individer med hver sin historie, med hver sin psykiske og fysiske utrustning, men med en ting felles, de er rammet av CRC. Hvordan sykdommen arter seg og hvilke konsekvenser den gir for den enkelte er fortsatt individuelt. Det kan ikke bare forklares ut i fra sykdommens innvirkning, men må sees i sammenheng med hvilke forutsetninger og ressurser den enkelte

pasient besitter. Hvorfor er det slik at to nærmest identiske tilfeller kan få helt ulikt utfall, den ene blir deprimert den andre ikke?

Hvorfor noen ikke utvikler depresjon mens andre gjør det, forklarer Beck gjennom skjemateorien. Utviklingen av depresjon er et sårbarhetstrekk, som bygger på tidligere interaksjoner mellom kognitive og negative livshendelser, og hvor negative livshendelser aktiverer negativ tankegang som kan føre til depresjon. Om en pasient står ovenfor en alvorlig hendelse som en kreftdiagnose er, og samtidig har utviklet ett negativt tankesett (skjema), vil det kunne medføre at innstillingen til hva som kommer til å skje er verst tenkelig, enten i form av bivirkninger eller utfall av sykdom. En slik tankestil vil da ifølge Beck bidra til at pasienten har større sjanse for å utvikle depresjon, enn de som har ett mer optimistisk syn. Det er med andre ord, hvor rustet vi er til å mestre negative livshendelser som kan påvirke hvordan vi psykisk reagerer på en truende hendelse, som å rammes av kreft er.

Seligmann (1995) hevder at enkelte har en sårbarhet i forhold til å utvikle depresjon. Sårbarheten ligger i en negativ attribusjonsstil. Personen antas å ha en depressiv attribusjonsstil, som fører til negativ tankegang basert på stabile slutninger om ikke å kunne påvirke det som skjer. En slik tankegang vil kunne føre til depresjon, ved at pasienten har negativt syn på fremtiden. Med tanke på årelange kontroller, vil en person med en negativ tankegang om at «alt som skjer meg vil være negativt» lettere utvikle depresjon. Det er viktig for helsepersonell å ha dette i tankene i møte med disse pasientene.

### Livskvalitet og sosial støtte

Sosial støtte blir sett på som en buffer mot belastninger i livet. Det kan være noen å snakke fortrolig med, eller noen å be om praktisk hjelp når man trenger det. Praktisk hjelp er ikke definert nærmere. Derfor er det opp til den enkelte pasient, å definere hva de legger i begrepet hjelp. Det ble heller ikke spurt om de faktisk trengte hjelp, eller noen fortrolig å dele tanker med, eller om de hadde benyttet slik hjelp. Vi vet heller ikke hvem de fant denne støtten hos. Likevel er det av betydning å vite om pasientene opplevde slik støtte som tilgjengelig. Studier viser at å vite at støtten er der om man trenger det, er en støtte i seg selv (Fyrand, 2005).

Sosial støtte får man ofte fra vårt sosiale nettverk. Det vil si nær familie, venner, naboer og arbeidskolleger (Fyrand, 2005).

I denne oppgaven så man at de aller fleste både hadde en de kunne snakke fortrolig med og noen de kunne be om hjelp om de trengte dette. Hele 90,2 prosent sa at de hadde en fortrolig og 95,3 prosent oppgav at de har noen å be om hjelp.

Det er kjent at familiære bånd styrkes i familier hvor alvorlig sykdom rammer. Familien mobiliserer og blir på en måte sterkere sammen, noe som kan oppleves som en positiv effekt av sykdom (Fyrand, 2008). En effekt som muligens kan forklare at de aller fleste opplever å ha den nødvendige støtten tilgjengelig.

Å motta slik sosial støtte har vist seg å ha en positiv betydning for vår helse og livskvalitet (Ibid). Forskjell mellom en fortrolig og livskvalitet er kun funnet hos kvinner, og denne er signifikant. En forklaring kan være at det er viktigere for kvinner enn menn å snakke om sine problemer eller utfordringer. En studie av Sapp.m.fl.(2003) konkluderte med at det sosiale nettverket hadde en viktig betydning for overlevende kvinner etter CRC og deres helserelaterte livskvalitet. Også studier gjort på brystkreftpasienter viste at det sosiale nettverket var viktig for deres helserelaterte livskvalitet, både for ny diagnostiserte og overlevende pasienter. (Drageseth m.fl., 2012; Sammarco, 2001). Videre oppgav kvinner større behov for å være del av et nettverk enn menn (Sonnenberg m.fl., 2013).

Sosial støtte er mest virksom når mestringssevnen utfordres. Da vil den sosiale støtte virke som en «buffer» mot belastningene man møter. Å få en kreftdiagnose er en slik belastning. Muligens er kvinner mer avhengig av den sosiale støtte enn menn oppgir å være. Studier viste at kvinner hadde større nettverk, samt var mer avhengig av en tilhørighet i nettverket enn menn (Sonnenberg m.fl., 2013).

Å ha noen å be om hjelp når man trenger det kan være alt fra en til å kjøre deg dit du skal, til å handle for deg, vaske, eller hente medisiner osv. Her var det 11 prosent kvinner som oppgav at de ikke hadde noen å be om hjelp, mot ingen menn. Forskjellen er statistisk signifikant.

Partnerens helse kan også være av betydning, for hvilken støtte det er mulig å få. En syk partner kan ikke yte samme støtte som en frisk (Waite & Das, 2010). Kvinner er ofte gift med menn, som er eldre enn dem selv (DeLamater og Karraker, 2009). I mange tilfeller kan det bety at partnerens helse er redusert, og de ikke kan motta slik støtte.

Når man ser på sammenhengen mellom hjelp og livskvalitet, er det signifikans mellom kvinners livskvalitet og det å ikke ha noen å be om hjelp, men ikke for menn. Resultatene kan tyde på at sosial støtte i form av å ha tilgjengelig hjelp, var av mer betydning for kvinner enn menn. En annen forklaring kan være forskjellen mellom enslige og gifte. Gifte kan mer lene seg på hverandre, og få den praktiske hjelp og støtte som behøves, noe den enslige ikke har. I denne oppgaven var det langt flere enslige kvinner enn menn. For kvinner var det 41,6 prosent enslige, mot menn 21,3 prosent.

Det er også gjort studier som har funnet sammenheng mellom sosial støtte, og overlevelse av CRC. Villingshøy m.fl., (2006) undersøkte 770 danske og fant at de som levde sammen med en partner, hadde raskere tilfriskning og lavere dødelighet enn enslige. Wang m.fl. (2011) fant også en svak sammenheng mellom overlevelse og sivilstand, hvor ugifte hadde 6 prosent lavere overlevelse etter fem år enn gifte. En mulig forklaring var at gifte passet på hverandre, og tidligere søkte lege og dermed kom til behandling tidligere, noe som økte sjansen for overlevelse.

### Livskvalitet og seksuelliv

Seksualitet er en naturlig del av livet, de aller fleste har ett forhold til seksualitet. Seksualitet innebærer å være intim med ett annet menneske. Kvinnelig og mannlig seksualitet kan være forskjellig. Menn er ofte sterkere orientert mot tilfredsstillelse, mens kvinners seksualitet er mer forbundet med ønske om intimitet og nærhet (Fosså m.fl., 2009). Som frisk har de fleste en velfungerende kropp som responderer som forventet, også seksuelt, og hvor den seksuelle opplevelsen er en naturlig del av livet for den enkelte (Ibid). Seksualitet inneholder mange aspekter og er påvirket av flere faktorer også sosiale og kulturelle faktorer (Engel, 1977).

Funnene i denne studien, viste at interessen for seksualitet var høyest for menn. Nesten 55 prosent av kvinnene hadde ikke hadde interesse for seksualitet de siste fire ukene. Hos mennene var det i underkant av 20 prosent. Det er med andre ord, signifikante forskjeller kjønnene mellom. Samme forskjell som finnes i denne studien, finner man også i andre studier, og hvor forskjellene øker med alderen (Lindau & Gavrilova, 2010).

Kanskje kan forskjellene skyldes at nesten halvparten av kvinnene i dette HUNT 3 utvalget var enslige, og over dobbelt så mange som enslige menn. Det å være interessert i seksualitet, kan for kvinners del være forbundet og knyttet til en partner. Når man ikke har en partner vil



interessen naturlig være mindre. For menn er interessen mindre knyttet til partneren, men mer til fysiske behov (Fossa m.fl., 2007).

Kvinner blir tidligere enker enn menn. Det kan forklares med at kvinner ofte gifter seg med menn eldre enn dem selv (DeLamater og Karraker, 2009). Kvinner velger ikke å finne ny partner om de blir enslige i eldre år (Gott m.fl., 2003). Andelen enslige kvinner er høyere i den øvrige befolkning, enn andelen enslige menn. Noe som samsvarer med funnene i denne studien. Kvinner lever også lengre enn menn. Dette kan forklare skjevheten i sivilstatus mellom kvinner og menn.

Når vi vet at seksualitet arter seg forskjellig for kvinner og menn, er det muligens en forklaring på at så mange kvinner ikke er interessert i seksualitet i forhold til menn. Kvinner blir tidligere enker, lever lengre og finner ofte ikke ny partner.

Det er funnet en sammenheng for begge kjønn mellom interesse for seksualitet, og det å ha en partner. En studie av Gott med flere (2003) som intervjuet kvinner og menn i alderen 50 år til 95 år, om seksualitet, fant at de med en partner hadde mer interesse for seksualitet enn de uten. Også alder og det å være i ett langvarig forhold spilte en rolle, i hvordan seksuallivet fortonet seg. De som hadde vært gift i mange år oppgav at seksuallivet «dabbet» av og for enkelte ble det borte. Alder hadde betydning for seksuell interesse. De som var mellom sytti og åtti år, rangerte seksualitet som mindre viktig enn de mellom femti og seksti. Alderen ble ikke funnet som eneste årsak, men det syntes som at eldre gjorde en endring i prioritering, med hensyn til seksualitet. Seksualitet ble mindre viktig, og andre områder av livet fikk større fokus. En eldre kvinne beskrev det slik etter at mannen var blitt syk, og ikke kunne være seksuelt aktiv. Kjærligheten er der fortsatt, men uttrykker seg annerledes. Det er fortsatt viktig å få nærhet, stryke og klemme, vise omsorg. Nærheten og samhørigheten var viktigere enn seksualiteten. Noe også andre kvalitative studier bekrefter (Hughes, 2000).

Respondentene i denne studien hadde en gjennomsnittsalder på 71 år, og knapt 7 prosent er under 60 år. Alder alene kan ikke forklare resultatene i studien, fordi seksuell interesse også kan være individuelt betinget, eksempelvis ut fra livssituasjonen til den enkelte. Både fysiske, psykiske og biologiske faktorer påvirker menneskers seksualitet. (Li m.fl, 2013)(Bortz m.fl, 1999), Smith m.fl., 2007).

Det vil si at de fleste er i en alder hvor kroppen har gjennomgått normale forandringer, som kan påvirke seksuallivet. Kvinner er over menopausen, og mennene er i en alder hvor hormonproduksjonen er nedsatt. Især testosteron produksjonen er nedsatt, som har

innvirkning på seksuell lyst hos begge kjønn (Jenssen AK., 2007). For menn betyr det nedsatt testosteronnivå, som regulerer seksuell lyst. En Europeisk studie av menn mellom 40 – 79 år med lavt testosteronnivå, viste nedsatt libido og erektil dysfunksjon (Wu m.fl., 2010.)

Når Kvinner er i menopausal alder reduseres produksjon av kjønnshormoner. Reduksjon i hormonnivåene kan medføre nedsatt seksuell lyst og glede (Bencroft, 2007). I denne studien rapporterte kvinnene, signifikant mindre seksuell glede og lyst enn mennene. Ifølge Bencroft (2007) har kvinner en forhøyet risiko for depresjon etter menopausen, på grunn av nedsatt hormonproduksjon. Depresjon vil kunne påvirke seksuell funksjon negativt, for både menn og kvinner (Althof, 2005). Tall fra denne studien viste at nær 66 prosent av kvinnene rapporterte depresjon, mot 34 prosent for menn. Dette kan forklare en del av forskjellen i hvordan kjønnene mellom, rapporterte seksuallivet. Sett i forhold til alder, så tilhører pasientene en generasjon hvor oppfatninger av seksualitet hos kjønnene er underlagt et kjønnsrollemønster. Der er forventninger om at menn skal ha seksuell interesse og lyst, mens kvinnene ikke har de samme behovene. I følge Butler (i Mortensen m.fl., 2011 s.74) er kjønn sosialt skapt. Følger man hennes overbevisning, kan kvinnene underrapportere og mennene overrapportere, for å « passe inn » i den kulturen eller det sosiale fellesskapet de er en del av.

I denne studien rapporterte de fleste om god helse. Men kvinnene oppgav å ha signifikant dårligere helse enn menn. Kvinnene skåret også lavest på de seksuelle variablene, noe som også sammenfaller med enkelte andre studier. Disse viser noen ulike resultat med hensyn til helse, alder og seksualitet.

En studie av Dennerstein m.fl. (2002) viste at friske kvinner og menn, hadde seksuell aktivitet livet gjennom. Andre studier viste at seksuell aktivitet, er mer predikert av helse enn påvirket av alderen (Bortz m.fl., 1999)(Kontula & Mannila, 2009)(Rowland m.fl., 1993). Studiene har ulike design, som kan gjøre at de ikke målte det samme. Andre studier viste at seksual funksjonen naturlig minket med alderen (DeLamater og Karraker, 2009).

Mange rapporterte bivirkninger av sykdom og behandling, mange år etter behandling, ofte livet ut (Breukink og Donovan, 2013). En kvalitativ studie av White m.fl. (2012), viste at mange kvinner opplevde store problemer etter behandling. Problemer som gjorde det umulig å gjenoppta seksuallivet. Kombinasjon av operasjon og stråling, gjorde lumen i vagina så smal at samleie var umulig. Mange kvinner opplevde også tørre slimhinner og smerter ved

samleie etter behandling. For menn var erektil dysfunksjon det som var hovedårsaken til deres seksuelle problemer.

Sykdom kan være medvirkende årsak til lavere seksuell interesse. En studie av Hendren med flere (2005) undersøkte pasienter som var behandlet kirurgisk for rectal kreft i tidsrommet 1980 – 2003 (81 kvinner og 99 menn), i forhold til seksuell dysfunksjon. De fant en sammenheng mellom seksuelle problemer og behandling. Mange av respondentene rapporterte, at deres seksuelle funksjon var redusert etter behandling. Studien viste også at forhold utenom selve sykdommen, som forholdet til partneren, stomi og selvbilde hadde innvirkning på seksuell funksjon. Noe som kan forstås som at multi faktorelle forhold, påvirker seksuell helse. En del studier har undersøkt kreft og seksualitet, men ikke funnet samme forskjell som Hendren. I følge Hendren m.fl. (2005) skyldes dette at mange av de andre studiene ikke har brukt gode nok måleinstrumenter, i tillegg til at seksuell dysfunksjon ikke er redegjort for med hensyn til både fysiske og psykiske aspekter i mange av de andre studiene. En review av Traa m.fl. (2011) bekrefter denne påstanden og oppsummerer at flere og større undersøkelser, helst kjønns spesifikke, er nødvendige for å kunne avdekke alle momenter som er med på å bestemme CRC pasientens seksuelle helse. I dette materialet fra HUNT mangler data om stomi, vi har ikke hatt mulighet til å undersøke nærmere hvilken betydning det kan ha, da omtrent ingen oppgav å ha stomi.

Seksualitet arter seg ulikt mellom kvinner og menn. For kvinner er nærhet, trygghet og intimitet viktige faktorer ved det seksuelle. Den følelsesmessige siden av ett forhold er viktig for å kunne ha glede av seksualiteten (Fosså, 2007). Noe som kan bety at kvinner må være i et forhold, hvor kjærlighet og trygghet er tilstede for at seksuelle lyst og glede skal være tilfredsstillende. For menn er denne delen av mindre betydning for seksuell tilfredsstillelse (Fosså, 2007). Det kan bety at det ikke er like viktig for menn som for kvinner, å være følelsesmessig knyttet til en seksualpartner. En studie av De Lamater & Sill (2005) fant at det å være i et godt forhold med en partner, var en viktig forutsetning for seksuell interesse hos kvinner, men fant ikke det samme for menn.

## Livskvalitet og kreftoverlevende

Livskvaliteten hos kreftpasienter er lavest ved diagnosetidspunkt og gjennom behandling (Fossa m.fl., 2008). Mange studier har undersøkt og målt pasientenes helserelaterte livskvalitet. Vi vet at når alvorlig sykdom rammer, påvirkes også livskvaliteten. Kreft påvirker de fleste områdene av pasientens liv, og får betydning for pasientens livskvalitet. I denne studien, er som tidligere nevnt, pasientene kreft overlevende. Det vil si at de ikke var i en akutt fase, hvor livskvaliteten naturlig er lavere. Resultatene gjenspeiler dette. De aller fleste opplevde å være tilfreds med sin tilværelse. Når man sammenligner livskvaliteten til øvrig befolkning har CRC pasientene bedre livskvalitet. Til tross for alvorlig kronisk sykdom oppgav under 2 prosent at de ikke var fornøyd med sin tilværelse og betegnes med lav livskvalitet. Hva er livskvaliteten til pasienter som har overlevd CRC ? Denne studien viste at global livskvalitet, hos dem som er rammet av CRC var god. Bare i underkant av 2 prosent oppgav sin livskvalitet som redusert. En alvorlig sykdom, betegnet som kronisk, og medfører ofte bivirkninger som pasientene må leve med resten av livet. Leveutsiktene for pasientgruppen viser store variasjoner. Fra 80 prosent etter 5 år for pasienter operert for lokalisert sykdom, til 5 prosent for de med fjernspredning. Følgelig må de leve med at kreften kan komme tilbake, og uvissheten ved hver kontroll, som kan bety slutten på å være kreftoverlevende. De lever også i vissheten om at behandlingen kan lede til ny kreft. Til tross for dette viser funnene at CRC pasientene, opplever å ha god livskvalitet. De samme resultatene som denne studien finner man igjen i andre studier (Jansen m.fl., 2010). Den generelle og globale livskvaliteten er god, og i enkelte tilfeller bedre enn øvrig befolkning (Fosså m.fl., 2009). En forklaring på at pasienter som på tross av sykdom og bivirkninger av behandling tilpasser seg sin situasjon, er at pasientene gjennomgår «response shift», slik Sprangers & Schwartz (1999) viser i sin modell. Det vil si at pasientene gjennom sykdomsforløpet, endrer sitt syn på verdier og indre standarder. Gjennom forløpet endres også oppfattelsen av hva som er god livskvalitet. Pasienten tilpasser seg sin nye livssituasjon, med de endringer og belastninger sykdommen har forårsaket. Livet etter kreftsykdom er forandret. Det å skulle leve med sammenligningen på hvordan livet var før sykdom, med livet etter sykdom, kunne blitt problematisk. Pasientene aksepterer forandringene, og finner glede med det livet de tross sykdom har. En slik forståelse synes også å være på linje med Wilson & Clearlys (1995) livskvalitetsmodell. Overordnet livskvalitet viser til nivået lengst til høyre i modellen, og viser

til tilfredshet med livet. Tidligere studier viste at global livskvalitet var nærmere knyttet til den mentale helsen enn til fysisk funksjon (Wahl & Hanestad, 2004).

Denne studien skiller ikke mellom pasienter med stomi og de uten. Tidligere studier viste at pasienter med permanent stomi, rapporterte lavere livskvalitet, sammenlignet med pasienter uten stomi. Stomi pasienter lever med flere utfordringer. blant annet rapporterte de mer depresjon, endret sosial funksjon og større seksuelle problemer enn øvrige (McMullen m.fl., 2008) (Hortense & Pereira, 2008).

I HUNT 3 undersøkelsen er det beregnet at de sykeste og eldste, ikke har deltatt. En kan undres om det kan være slik at de med stomi, er av denne gruppen som ikke har deltatt. Denne studien baserer seg på hele pasientgruppen, de som enten har kolon eller rektal kreft. Imidlertid behandles krefttypene ulikt, noe som kan påvirke pasientens liv etter behandling. Ulik behandling kan medføre ulike forløp etter sykdom, som igjen kan påvirke livskvaliteten. Studier som har sammenlignet livskvaliteten hos rektal opererte og colo opererte kreftpasienter viste forskjellige resultater. Noen viste forskjell i livskvalitet, gruppene mellom, mens andre viste ingen forskjell til tross for ulik behandling (Caravanti-Jouvencaux m.fl., 2011)

Färkkila m.fl. (2012) undersøkte helserelatert livskvalitet hos 480 i Finland og fant ingen slik sammenheng. Sammenlignet med øvrig befolkning, hadde overraskende god helserelatert livskvalitet.

Denne studien viste ingen sammenhenger mellom livskvalitet og depresjon. Depresjon forekommer hyppigst ved diagnosetidspunkt, og kan følge pasienten gjennom behandlingen (Conroy & Blazeby, 2003 ; Næss m.fl., 2010). Dette er en periode hvor pasienten kan føle en usikkerhet i forhold til prognose og overlevelse. Pasientene i denne studien har overlevd, og funnene kan indikere at de har fått tid til å forsone seg med sin diagnose. Noe som kan påvirke depresjonsnivået. Pasientenes alder kan også ha betydning. Studier viste at yngre pasienter opplevde oftere depresjon enn eldre (Hann m.fl, 2002)(Linden m.fl., 2012).

Wilson & Clearly's modell viser at det er sammenheng mellom sosiale, fysiske og psykiske faktorer i hvordan pasienter opplever sin livskvalitet. Også pasientens egne forutsetninger, for å møte utfordringer påvirker utfallet. Hvilken personlighet, erfaringer med tidligere utfordringer, og livssituasjon har innvirkning på hvordan pasienten mestrer sin tilværelse. CRC pasientene i denne studien.

Dette er i tråd med tidligere studier som viste at kreftpasienter til tross for sykdom hadde god overordnet livskvalitet (Wahl & Hanestad, 2007).

## 5.2 Styrker og svakheter med oppgaven

### 5.2.1 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet sier noe om hvor pålitelige, og nøyaktige de måleinstrumentene som er brukt i en studie er. For å få høy reliabilitet må målingene kan gjentas mange ganger, med likt resultat og gjerne utført av flere forskere i ulike studier. Tilfeldige feil kan påvirke resultatene, og høy reliabilitet viser at sjansene for slike feil er små (Johannessen m.fl., 2010). Hva som måles er irrelevant i forhold til reliabilitet, men høy reliabilitet skal sikre at våre data en pålitelighet som er egnet for å besvare problemstillingen (Ibid). Validiteten i en studie uttrykker i hvilken grad måleresultatene er gyldige, for å besvare problemstillingen (Hellesvik, 2002). Validiteten deles ofte i indre og ytre validitet. Indre validitet er hvor godt data representerer det fenomenet som skal undersøkes (Johannessen m.fl., 2010). Ytre validitet har å gjøre med hvorvidt man kan generalisere resultatene, fra studien til andre som ikke har vært med i selve studien(Ibid).

Nord-Trøndelag er ett fylke som ligger midt i landet. Innbyggertallet holder seg stabilt fordi få flytter til eller fra. Fylket har både kyst og innland, og kan slik sett være representativ for mange steder i Norge. Helseutviklingen i Nord-Trøndelag følger utviklingen i Norge tett. Dette gjelder for eksempel trender i årsaksdødelighet, og tilgang på uføretrygd. Slik sett kan Nord-Trøndelag betraktes som en helseindikatorpopulasjon i Norge (Krokstad og Knutsen, 2011). Sammenlignet med landet for øvrig har Nord-Trøndelags befolkning høyere andel langtidsykemeldte, men en lavere andel av befolkningen som mottar sosial stønad, og dødeligheten er også lavere. Dødelighet for kreft er også lavere i Nord- Trøndelag, enn landet for øvrig. Deltagerprosenten har betydning for validiteten, og om resultatene kan generaliseres til øvrig befolkning, herunder må også frafallsprosenten vurderes (Johannessen m.fl., 2010). En deltagerprosent på 50 regnes som god (Ibid). HUNT 3 undersøkelsen hadde en deltagerprosent på 54 prosent, og vil kunne regnes som stor nok for generalisering til befolkningen for øvrig (Krokstad og Knutsen, 2011). I etterkant av Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag er det utført flere frafallsstudier. Undersøkelsene viste at flere kvinner enn

menn deltok, noe som også er kjent fra andre studier (Ibid). Utvalgsskjevheten kan føre til en underestimering av helseforskjeller og sykkelighet i utvalget (Krokstad og Knutsen, 2011). Flere eldre enn yngre har deltatt. Det kan se ut til at de sykeste eldre, det vil si voksne med alvorlige sosiale og økonomiske problemer, har deltatt i mindre grad enn andre. De med høyest sosioøkonomisk status og utdanning, deltar også oftere enn de med lavere utdanning og lav sosioøkonomisk status. Utvalget i HUNT3 undersøkelsen regnes likevel å være representativ for den norske befolkningen for øvrig, da det ikke finnes systematiske forskjeller mellom de som deltok og de som ikke deltok (Krokstad og Knutsen, 2011). Undersøkelsen er som tidligere nevnt gjennomført ved hjelp av selvutfyllende spørreskjemaer. Da er det alltid en viss risiko for over eller underrapportering ved helsespørsmål, noe som må tas i betraktning når en tolker resultatene.

Studien er en tverrsnittstudie som kan si noe om sammenhenger, men kan ikke si noe om årsak og virkning. Temaet i denne studien er CRC kreft, en krefttype som oftest rammer eldre. I HUNT 3 undersøkelsen er det beregnet at de sykeste og eldste ikke har deltatt noe som kan føre til at informasjon fra de eldste og de sykeste CRC pasientene ikke er med i datamaterialet. Mangel på denne informasjonen kan ha betydning for å kunne si noe om hele pasientgruppen. Det kan bety at bare de som har klart seg best etter CRC sykdom er med i studien og de som lever med større plager ikke er representert. De aller eldste er trolig heller ikke representert. Følgelig kan funnene i denne studien med stor sannsynlighet generaliseres til personer som lever med CRC, bortsett fra de aller eldste og sykeste av denne gruppen. Dette på grunn av undersøkelsens størrelse.

Innenfor temaet kreft og livskvalitet er det mange ulike faktorer som spiller inn og som har påvirkning på en persons helserelaterte livskvalitet.

I denne studien berører man bare noen få enkle variabler, som kan ha betydning for kreftpasientenes livskvalitet. For å kunne gi en mer helhetlig fremstilling av CRC pasientens livskvalitet er det nødvendig å belyse flere sider av helserelatert livskvalitet enn denne oppgaven favner.

## 5.3 Konsekvenser for praksis

Pasientgruppen er økende, og bedre behandling gjør at stadig flere overlever CRC og vil få behov for oppfølging og rehabilitering etter CRC. Samhandlingsreformen legger føringer for at pasientene skal behandles i nærmiljøet. Flere pasienter blir tidligere tilmeldt den kommunale helsetjenesten, og der det er mulig skal oppfølging og rehabilitering foregå i hjemmet eller så nært hjemmet som mulig. Det er om å gjøre å sikre så god livskvalitet som mulig. Det er derfor av betydning at sykepleieren har kunnskap, om hvordan livet arter seg for de som overlever CRC. Sykepleiere har en tendens til å vektlegge det fysiske velvære hos pasienter, og kan overse psykososiale behov som også kan påvirke pasientene (Ang, 2013). Helsepersonell må være oppmerksom på mulighet for depresjon, hos denne gruppen pasienter. Studier viser at depresjon oftest oppstår omkring diagnosetidspunktet, og gjennom behandling. Det vil da være av betydning at helsepersonell setter fokus på depresjon, hos pasientgruppen og avdekker mulig depresjon ved hjelp av sceeninginstrumenter som for eksempel HADS, tidlig i og gjennom pasientforløpet. Depresjon er også avdekket opp til 20 år etter behandling, noe som vil si at sykepleieren må holde fokus på at depresjon kan oppstå eller være et problem for enkelte pasienter uavhengig tidspunkt for behandling. Man kan med andre ord treffe pasienter mange år etter sykdom som kan lide av depresjon utløst av kreftsykdommen.

Oppmerksomhet på seksualitet etter operasjon for cancer coli synes også å være lite vektlagt blant helsepersonell, særlig overfor eldre pasienter (Ang, 2013). Kvalitative studier hvor sykepleiere er intervjuet, viser at til tross for at de er oppmerksomme på at seksualitet er et tema de bør snakke og informere kreftpasienter om, gjør de det sjelden (Olsson m.fl., 2012). Man finner litt ulike grunner for dette, men mange opplever at deres egen sårbarhet omkring temaet er utfordrende (Hordren & Street, 2007). Også holdninger som at eldre og enslige har mindre behov for seksualitet, kan påvirke avgjørelsen om ikke å ta opp temaet med pasientene (Traa m.fl., 2013). Sykepleiere oppgav mangel på kunnskap om hvordan kommunikasjon med pasienter om seksualitet, kunne gjennomføres som grunn for at de vegret seg å ta opp temaet med pasientene (ibid). Sykepleierne rapporterte at de manglet kunnskap og arbeidsverktøy, for å kunne gjennomføre en samtale og iverksette tiltak omkring pasienter og seksualitet (ibid). En modell som kan fungere som ett verktøy for



sykepleieren er Plissit modellen. Med denne modellen får sykepleieren ett arbeidsverktøy, som kan være til hjelp ved samtale og avdekking av behov hos pasientene.

P-LI-SS-IT beskriver fire nivåer: Permission = tillatelse, Limited information = begrenset informasjon, Specific suggestion = spesielle råd og Intensive therapy = direkte seksualterapi (Almås & Hildebrand, 2003). Modellen kan brukes som en kommunikasjonsmodell som kan gjøre det lettere for sykepleieren å ta opp seksualitet med pasientene.

Temaet er viktig, og pasienter rapporterer at de ønsker og har behov for informasjon om seksualitet og intimitet etter kreftdiagnose, men opplever ofte ikke å få nødvendig informasjon (Traa m.fl., 2014). Pasientene opplever at kontrollene er viet, til å avdekke sykdomstegn. En kontroll innebærer fokus på om sykdommen er tilbake, tegn på om man er frisk eller har fått tilbake kreften. Da er det vanskelig å ta opp temaet seksualitet, som for mange av pasientene kan oppleves som mindre viktig, i forhold til deres alvorlige sykdom. Dette er en følelse som kan bli forsterket, ved at ikke helsepersonell setter temaet på agendaen. Det finnes få studier som viser behovet for råd og veiledning for disse pasientene. En studie av Traa m.fl. (2014) viste at 55 prosent av de spurte ikke hadde fått informasjon, hele 58 prosent mente at slik informasjon var veldig viktig. Videre viste studien at pasientenes seksuelle behov, var positivt relatert til alder. Studien hadde ingen inngående oversikt, fordi seksuelle helse behov ble undersøkt som en sekundær del. Det finnes få studier som viser noe om forholdet mellom pasient, partner og helsepersonell, og behovet for informasjon vedrørende den seksuelle helse (Traa, 2014).

En studie av Hordern og Street (2007) viste at helsepersonell følte det vanskelig å snakke med pasientene om seksualitet. De oppgav vanskeligheter ved å endre fokus, fra det medisinske til det mer personlige, som eksempelvis å snakke med pasienten om hvilke endringer sykdommen hadde ført til på det seksuelle og intime området hos pasienten (ibid). En forklaring kan være deres egen sårbarhet i forhold til temaet, samt mangel på slikt fokus generelt sett på avdelingene (ibid).

Om ikke helsepersonell viser at temaet er viktig, blir det vanskelig for pasientene å skulle sette sin seksualitet på agendaen. Det er helsepersonell som bør og må ta dette ansvaret, pasienten synes ikke å være i posisjon for å "lede an" ved kontrollene. Sykepleieren må ha spesiell oppmerksomhet omkring temaer, som opptar og er viktige for pasientens livskvalitet. Herunder også temaet seksualitet, som i tillegg er et meget følsomt område for de fleste. Informasjon er en nøkkel i pasientbehandling og studier viser at tidlig informasjon,

hvor pasientene er forberedt på endringer, bedre tilpasser seg sin situasjon. Informasjon og veiledning, bør følge som en rød tråd gjennom sykdomsforløpet og etterbehandling.

Sykepleieren må ha den nødvendige kompetansen for å kunne avdekke, sette i verk tiltak og bedre pasientens situasjon. Det vil si at sykepleieren må tilegne seg den kunnskap, som trengs for å avdekke behov som gjelder pasientgruppen de arbeider med. Det er også av betydning at ledelsen setter fokus på temaet, og tilbyr opplæring av sykepleieren der det er nødvendig. Med andre ord er det et felles ansvar, mellom de ulike helsearbeiderne å sørge for at pasienten får riktig, og god informasjon om sin tilstand. Sykepleieren vil naturlig være det bærende ledd, som sikrer at pasienten mottar og forstår det som blir dem fortalt. Samt være den som sikrer en kontinuitet, fra behandlingsstart og gjennom hele sykdomsforløpet.

## 5.4 Konklusjon

Denne studien hadde til hensikt å undersøke pasienter med CRC sin livskvalitet med særlig vekt på depresjon, sosial støtte og seksualliv. Studien viser at pasientene rapporterer god livskvalitet innenfor de områdene som er undersøkt. Dette tiltross for eventuelle bivirkninger, uvisshet omkring residiv og for mange en total endring av livssituasjonen.

Studien har sett på tre enkle deler som sammen eller alene kan påvirke pasientens livskvalitet. Det vil si at studien har tatt for seg en liten del av en større helhet. Helheten i menneskets liv består av mange dimensjoner, deriblant det fysiske, psykiske, og sosiale. Å rammes av kreft vil påvirke pasienten innenfor de fleste domener av dens liv. Alle personer lever i en kontekst hvor ulike forutsetninger, innenfor de ulike domener bidrar til å forme eller påvirke hvordan livet arter seg som frisk eller syk. Slik kan man tenke at hvert enkelt individ møter sin hverdag med ulike forutsetninger og er sådan unik. Det vil si at det som påvirker den ene ikke nødvendigvis vil påvirke den andre.

Med hensyn til oppgavens begrensninger, i utvalg og variabler og fremstilling innenfor hvert område, er det ikke mulig å gi en entydig konklusjon. Dette fordi flere andre faktorer, også vil kunne påvirke pasientgruppens livskvalitet. Faktorer som ligger utenfor omfanget av denne oppgaven. Eksempelvis kan depresjon være utløst av andre momenter enn CRC. Oppgaven har her bare tatt hensyn til depresjons på ett gitt tidspunkt, ikke undersøkt om depresjon var til stede før sykdommen rammet. Dermed kan man ikke si hva som er årsak til depresjon: om den er forårsaket av CRC hos de som rapporterer om depresjon.

Ut i fra resultatene av denne studien, kan det synes som at innenfor den gjeldende gruppe spiller ulike faktorer som nærhet, alder, interesse og miljø en stor rolle. Men de samme faktorene utspiller seg på noe ulikt vis mellom kjønnene. I denne oppgaven synes seksualitet, å være området hvor kvinner og menn er mest forskjellig. Hvorvidt dette skyldes at CRC påvirker ulikt mellom kjønnene, eller skyldes naturlige forskjeller er også vanskelig å si noe om.

Muligens kan det være slik at seksualitet har mindre betydning i høyere alder, og at behovet for intimitet og nærhet blir viktigere jo eldre man blir. Slik kan man tenke at viktigheten av seksualitet endres fra interesse, glede og behov til intimitet, nærhet, og omsorg fra ett annet menneske. Nærhet og omsorg trenger ikke være av seksuell karakter, men intimiteten kan

også bestå av en fortrolig å snakke med, eller motta hjelp fra. Igjen påvirket av hvilken sosial kontekst personen lever i.

Avhengig av individuelle forutsetninger, påvirker CRC den globale livskvaliteten lite på lang sikt. Flere ting kan være med å påvirke en persons livskvalitet. Flere og større undersøkelser er nødvendig, for å få et mer fullstendig bilde ved det å leve med CRC og hvordan pasienten påvirkes på lengre sikt.

Resultatene samsvarer med tidligere forskning med hensyn til livskvalitet, der flertallet har vist god livskvalitet på tross av sykdom. En økt kunnskap og forståelse av hvilke faktorer som kan bidra til økt livskvalitet, er nødvendig for å kunne gi en bedre behandling og oppfølging av personer med CRC. Videre kan funn om hvordan disse faktorene påvirker ulikt mellom kjønnene bidra til en mer tilpasset sykepleie og behandling for denne pasientgruppen.

Diagnosen CRC er økende, og hva enkeltindivider og gruppen som helhet rapporterer om sin livskvalitet er særlig viktig for å evaluere og gi gruppen et tilpasset tilbud i tråd med hva gruppen selv rapporterer som viktige faktorer for sin livskvalitet.

## 5.5 Forslag til forskning videre

CRC er en økende sykdom i Norge og verden for øvrig. Forskning på kreft og livskvalitet er godt etablert. Flere studier omhandler pasienter med CRC, men ofte med flere pasientkategorier inkludert. Hvor mange til eksempel ser på sammenhenger, mellom ulike behandlinger som kjemoterapi og strålebehandling. Også det psykiske aspektet mellom kreft og livskvalitet, har fått oppmerksomhet innen forskningen. Livskvalitet er et flerdimensjonalt begrep som rommer både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspekter av livet.

Videre forskning på livskvalitet er alltid aktuelt, og særlig viktig for å evaluere det medisinske behandlingstilbudet. Også at oppfølgingen i etterkant i Norge betraktes som godt, av pasientene som har behov for det.

Grunnet bedre behandling overlever flere kreft nå enn tidligere. Hvordan enkeltindivider rapporterer sin livskvalitet er viktig, og kan forandre seg over tid i takt med samfunnet.

Livskvalitet er subjektivt, og vil bety forskjellig for ulike mennesker til ulike tider. Dette avhenger av blant annet alder. Aldringsprosessen er individuell og kan fortone seg forskjellig ut i fra fysiske, psykiske og sosiale forutsetninger hos den enkelte.

Denne studien viste ikke store forskjeller mellom kvinner og menn, i hvordan de rapporterte sin livskvalitet. Studien viste derimot at det var forskjell i hvordan kvinner og menn, rapporterte livskvalitet i forhold til seksualitet.

Det finnes flere studier på menn enn kvinner, i forhold til kreft og seksualitet. De fleste studier er gjort på menn med prostatakreft. Kvinner og brystkreft er også godt omtalt i litteraturen, men da flest yngre kvinner.

Eldre og seksualitet finnes det begrenset forskning på i Norge, og flere studier trengs for å kunne undersøke fagområdet ytterligere. Dette for å synliggjøre hvordan seksualitet, kan redusere livskvaliteten til kvinner og menn som er rammet av CRC.

## 6 Kildehenvisning

Abramson L & Metalsky G. (1989) *Hopelessness Depression: A Theory-Based Subtype* Depression Psychological Review, VoUS, No. 2,358-372

Almås, E. & Hildebrand, A. (2003). *Fra trakt til pyramide – Plissit-modellen som utgangspunkt for planlegging av sexologisk behandling og utdanning*. Sexologi, 1-2003.

Althof SE, Leiblum SR, Chevret-Measson M, Hartmann U, Levine SB, McCabe M, Plaut M, Rodrigues O, Wylie K. (2005) *Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction*. J Sex Med. 2005 Nov;2(6):793-800.

Artherholt S, Fann J. (2012) *Psychosocial care in cancer*. Curr Psychiatry Rep Feb;14(1):23-9

Baldwin, Grant, Wendel, Hornbrook, Herrinton, McMullen, Robert S. Krouse. (2009): *“Gender Differences in Sleep Disruption and Fatigue on Quality of Life Among Persons with Ostomies”* J Clin Sleep Med. August 15; 5(4): 335–343.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979) *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford

Berglund, G., Lidén, A., Hansson, M.G., Oberg, K., Sjöden, P.O. & Nordin, K. (2003) *Quality of life in patients with multiple endocrine neoplasia type 1 (MEN 1)*. Familial Cancer, 2(1), 27–33.

Belle, D. (1989). *Gender differences in children's social networks and support*. In D. Belle (Ed.), *Children's social networks and social supports* (pp. 173–188). New York: Wiley.

Bencroft, J. (2007). *Sex and aging*. New England Journal of Medicine, 357 (8): 820-822.

Bowling Ann (2004) *Just one question: If one question works, why ask several?* J. Epidemiol. Community Health 2005;59:342-345

Bowling, A (2002)., *Research methods in health investigating health and health services*. 2nd ed. Buckingham: Open University Press. XIV.

Bray F, Wibe A, Dorum LM, Moller B. (2007). [*Epidemiology of colorectal cancer in Norway*]. Tidsskr Nor Laegeforen 2007; 127(20):2682-2687

Breukink S, Donovan KA. (2013) *Physical and psychological effects of treatment on sexual functioning in colorectal cancer survivors*. J Sex Med. 2013 Feb;10 Suppl 1:74-83.

Bruheim, K., Tveit, K. M., Skovlund, E., Balteskard, L., Carlsen, E., Fosså, S. D., & Guren, M. G. (2010). *Sexual function in females after radiotherapy for rectal cancer*. *Acta Oncologica*, 49(6), 826-832

Bjelland, I., Dahl, A., Haug, T.T. & Neckelmann, D. (2002). *The validity of the hospital anxiety and depression scale. an updated literature review*. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69–77.

Bjelland, I., Lie, S.A., Dahl, A.A., Mykletun, A., Stordal, E. & Kraemer, H.C. (2009). *A dimensional versus a categorical approach to diagnosis: anxiety and depression in the hunt 2 study*. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 18(2), 128–137.

Bortz WM , Wallace DH, Wiley D. Gerontol J. (1999) *Sexual function in 1,202 aging males: differentiating aspects*. *A Biol Sci Med Sci*. 1999 May;54(5)

Butler Judith (1990) *Gender trouble : feminism and the subversion of identity*. New York : Routledge

Butler, R. N., Lewis, M. L. (2002) *The new love and sex after 60*. New York: Ballantine.

Bø, I og Schiefloe P. (2007). *Sosiale landskap og sosial kapital*. Oslo: Universitetsforlaget  
Cancer Registry of Norway. *Cancer in Norway 2011 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*. Oslo: Cancer Registry of Norway, 2013.

Caravati-Jouvencaux A, Launoy G, Klein D, Henry-Amar M, Abeilard E, Danzon A, Pozet A, Velten M, Mercier M. (2011). *Health-related quality of life among long-term survivors of colorectal cancer: a population-based study*. *Oncologist*. 2011;16(11):1626-36.

Carpenter KM, Fowler JM, Maxwell GL, Andersen BL. (2010) Direct and buffering effects of social support among gynecologic cancer survivors. *Ann Behav Med*. 2010 Feb;39(1):79-90.

Cohen, S., Gottlieb, B., & Underwood, L. (2000). *Social relationships and health*. In S. Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds.), *Measuring and intervening in social support* (p. 3–25). New York: Oxford University Press.

Conroy, T; Blazeby, JM. (2003). *Health-related quality of life in colorectal cancer patients*. In: *Expert Reviews of Anticancer Treatment*, Vol. 3 (4), 08.2003, p. 493 - 504.

Dalgard, S, Døhlie, E, Ystgaard, M. (red. 1995) *Sosialt nettverk, helse og samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalgard, O.S. & Sørensen, T. (2009). *Sosialt nettverk, sosial støtte og nærmiljø – viktige faktorer for helsen*. I Mæland, J.G., Elstad, J.I., Næss, Ø., Westin, S. (red.), *Sosial epidemiologi. Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* (s. 96-114). Oslo: Gyldendal

Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A.M., Henrichs, M., Carnicke, C.L. (1983). *The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. Jama*, 249, 751-757.

Dennerstein L, Randolph J, Taffe J, Dudley E, Burger H. (2002). *Hormones, mood, sexuality and the menopausal transition. Fertility and Sterility* 2002b; 77(4, Supp 4):S42-S48.

Dibble S, Padilla G, Dodd M & Miaskowski C. (1998) *Gender Differences in the Dimensions of Quality of Life. ONF – vol 25, No 3.*

Drageset S, Lindstrøm TC, Giske T, Underlid K. (2012). "*The support I need*": women's experiences of social support after having received breast cancer diagnosis and awaiting surgery. *Cancer Nurs.* 2012 Nov-Dec;35(6):E39-47

Dunn, J., Lynch, B., Rinaldis, M., Pakenham, K., McPherson, L., Owen, N., et al. (2006). *Dimensions of quality of life and psychosocial variables most salient to colorectal cancer patients. Psycho-oncology*, 15, 20-30.

Ell K. (1996) *Social networks, social support and coping with serious illness (1996): The family connection. Social Science of Medicine* 1996;42(2):173-83.

Fallowfield L, Ratcliffe D, Jenkins V. (2001) *Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. Br J Cancer* 84:1011-1015, 2001

Färkkilä N, Sintonen H, Saarto T H, Järvinen J, Hänninen K, Taari K, and Roine R P. (2012) *Health-related quality of life in colorectal cancer. Colorectal Disease* Volume 15, Issue 5, pages e215–e222, May 2013

Ferrans C E, Johnson J Z, Wilbur E J and Larson J. (2005) *Conceptual Model of Health-Related Quality of Life. Scholarship* Vol. 37, Issue 4, pages 336–342.

Fløtten T, Torp S, Kavli H, Nielsen R, Syse J, Grønningsæter A og Gustavsen K. (2008) *Kreftrammedes levekår: Om arbeid, økonomi, rehabilitering og sosial støtte. Fafo-rapport* 2008:47

Fosså, D. Loge, J.H., Dahl, A.A. (2009) *Kreftoverlevende, Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv. Oslo: Gyldendal akademiske.*

Fossa, S. D., Hess, S. L., Dahl, A. A., Hjermsstad, M. J., & Veenstra, M. (2007). *Stability of health-related quality of life in the Norwegian general population and impact of chronic morbidity in individuals with and without a cancer diagnosis. Acta Oncologica*, 46, 452-461.

Fredheim K, Rosenvinge J H, Holte A. (2001) *Kan psykologisk behandling hjelpe kreftpasienter? Tidsskr Nor Lægeforen* 121:2164-8, Nr. 18

Fyrand, L. (2005). *Sosialt nettverk- teori og praksis. 2 utgave. Oslo: Universitetsforlaget*

Fyrand, L. (1994). *Sosialt nettverk, teori og praksis. Oslo: Tano.*



Gelder M, Gath D., Mayou R., Cowen P. (2009) *Oxford Textbook of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.

Gjengedal, & B. R. Hanestad. (2007) *Å leve med kronisk sykdom*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Goldzweig G, Hubert A, Walach N, Brenner B, Perry S, Andritsch E, Baider L. (2009). *Gender and psychological distress among middle- and older-aged colorectal cancer patients and their spouses: an unexpected outcome*. Crit Rev Oncol Hematol. 2009;70 (1:71–82.

Gott M & Hinchliff. (2003). *How important is sex in later life? The views of older people*. Social Science & Medicine 56, s.1617-1628.

Gurian, M., Stevens, K. (2004) *With boys and girls in mind*. Educational leadership, November 2004, Vol 62:3, s21-26.

Hann, D., Baker, F., Denniston, M., Gesme, D., Reding, D., Flynn, T., Kennedy, J., Kieltyka, R., L. (2002). *The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients. Age and gender differences*. Journal of Psychosomatic Research, 52.

Halvorsen, M. (2012) *Personlighetstrekk og kognitiv stil: Risiko, sårbarhet eller opprettholdende faktorer gjennom depresjonsforløpet*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 49, nummer 1, 2012, side 21-29

Hassan I, Cima RR. (2007). *Quality of life after rectal resection and multimodality therapy*. J Surg Oncol 2007; 96 :684-692.

Heiman JR, Meston CM. (1997). *Evaluating sexual dysfunction in women*. Clinical obstetrics and gynecology 1997; 40: 616–629.

Helsedirektoratet .*Kreftstrategi 2013-2017* . Lastet 15.05.14, tilgjengelig på:  
[http://www.regjeringen.no/pages/38351756/kreftstrategien\\_2013.pdf](http://www.regjeringen.no/pages/38351756/kreftstrategien_2013.pdf)

Helsedirektoratet (2013). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm*. Tilgjengelig på:  
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-diagnostikk-behandling-og-oppfolging-av-kreft-i-tykktarm-og-endetarm/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer for behandling av depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten* (Høringsutkast). IS-1561.

Helse og Omsorgsdepartementet. NOU 1997: 20, *Omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan*.

Helse og Omsorgsdepartement. Stortingsmelding 47, *Samhandlingsreformen*. Lastet 15.05.14, tilgjengelig på :  
<http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

Helse og Omsorgsdepartement. Stortingsmelding 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen God helse – felles ansvar. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013.html?id=723818>

Hellevik, O. (2002): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo:Universitetsforlaget.  
Hendren , O'Connor , Asano T, Cohen , Swallow , Macrae, Gryfe, McLeod RS. (2005). *Prevalence of male and female sexual dysfunction is high following surgery for rectal cancer*. Ann Surg. 2005 Aug;242(2):212-23

Herrmann C. (1997). *International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale—a review of validation data and clinical results*. J Psychosom Res 42:17–41.

Hjort, P. F. (1982) *Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål*. I: Lorentzen, P. E.,

Berge,T. & Åker, J. (red.) *Helsepolitikk og helseadministrasjon*, s. 11-31. Oslo, Tanum-Norli

Hordern A, Street A. (2007). *Issues of intimacy and sexuality in the face of cancer: the patient perspective*. Cancer Nurs. 2007 Nov-Dec;30(6)

Hortense Cotrima, Graça Pereira. (2008) *Impact of colorectal cancer on patient and family: Implications for care* Eur Jour. of Oncl. Nurs. Volume 12, Issue 3, July 2008, Pages 217-226

Huges Mary K. (2000) *Sexuality and the Cancer Survivor. A Silent Coexistence*. Cancer Nursing, Vol 23, No.6.

Hummelvoll, J. 2004, *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Gyldendal akademisk, Oslo.

Hutchison C. (1999): *Factors to consider when designing studies that measure social support*. Journal of Advanced Nursing 1999;29(6):1520-1526.

Hummelvoll, J.K. (2006). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Gyldendal akademisk (7.utg.)

Jansen L, Herrmann A, Stegmaier C, Singer S, Brenner H, og Arndt V. (2011) *Health-Related Quality of Life During the 10 Years After Diagnosis of Colorectal Cancer: A Population-Based Study*. American Society of Clinical Oncology.

Jansen, L. Koch, H. Brenner, V. Arndt.(2010). *Quality of life among long-term (≥5 years) colorectal cancer survivors – Systematic review*. European Journal of Cancer Volume 46, Issue 16, November 2010, Pages 2879–2888

Johannessen, A., Tufte, P. A. og Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag. 4.utgave

Kontulaa O & Mannila E. (2009) *The Impact of Aging on Human Sexual Activity and Sexual Desire*. The Journal of Sex Research Volume 46, Issue 1, 2009 pp.46-56

Kjellmo Å, Drolsum A. (2007). *Diagnostikk og stadieinndeling av kolorektal kreft*. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2824 – 8.

Krebs, L.U. (2008). *Sexual assessment in cancer care: Concepts, methods, and strategies for success*. Seminars in Oncology Nursing, 24(2), 80-90.

Kreftforeningen. (2005). *Seksuell helse og kreft. Retningslinjer for fagpersonell*. Oslo: Kreftforeningen

Kreftforeningen. (2013) Rehabilitering og mestring blant kreftrammede. Hentet fra: <https://kreftforeningen.no/Global/Om%20Kreftforeningen/Ressurser%20presserom/Rehabilitering%20og%20mestring%20blant%20kreftrammede.pdf?epslanguage=no>

Kreftregisteret. Cancer registry of Norway. Cancer in Norway. (2009) *Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*. In: Norway CRo, editor. Oslo 2011.

Kringlen E, Torgersen S, Cramer V.(2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry*. 2001 Jul;158(7):1091-8.

Krokstad. S, Knudsen.MS (2011) redaktører NTNU. *Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag i rapport: Folkehelse i endring*. Hentet fra: <http://www.ntnu.no/documents/10304/1130562/folkehelse-i-endring-huntrapport-2011.pdf>

Lange, M, Marijnenb, C.A.M. , Maasd, C.P. Puttere H, Ruttenf, Stiggelboutg H J , Meershoek-Klein Kranenbarga A.M. , Veldea E., Van de C.J.H . (2008). *Risk factors for sexual dysfunction after rectal cancer treatment*. European Journal of Cancer Volume 45, Issue 9, June 2009, Pages 1578–1588

Lalos A, Eisemann M. (1999). *Social interaction and support related to mood and locus of control in cervical and endometrial cancer patients and their spouses*. Support Care Cancer, 7, 75–78, 1999

Laszlo, E. (2003). *Revolusjon i vitenskapen. Fremveksten av det holistiske paradigmet*. Flux forlag.

Laumann E O., Paik A ., Glasser D B., Kang M.A., Wang T., Levinson B., Edson D. Moreira Jr, Nicolosi A., Gingell C (2006) : *A Cross-National Study of Subjective Sexual Well-Being Among Older Women and Men: Findings From the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors* . April 2006, Volume 35, Issue 2, pp 143-159

Laumann E O, Nicolosi A, Glasser D B, Paik A, Gingell C, Moreira E and Wang T. (2005). *Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified*

*in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors*. International Journal of Impotence Research 17, 39–57

Lindau ST, Gavrilova N. (2010) *Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing*. BMJ 2010; 340: c810.

Linden D.E.J., Habes I., Johnston S.J., Linden S., Tatineni R., Subramanian L., Sorger B., Healy D., Goebel R. (2012) *Real-time self-regulation of emotion networks in patients with depression*. PloS One. 2012;7

Loge JH, Kaasa S. (1998) *Short form 36 (SF-36) health survey: normative data from the general Norwegian population*. Scandinavian Journal of Social Medicine 1998; 26:250-8.

Lorentzen J. & Mühleisen, W. (Red). (2009). *Kjønnsforskning: en grunnbok*. Oslo: Universitetsforlaget

Malt U, Retterstøl N og Dahl A. (2003) *En lærebok i psykiatri*. Gyldendal Akademisk 2.utg.

McCaughan, Eilis; Prue, Gillian; Parahoo, Kader. (2009) *A systematic review of quantitative studies reporting selected patient experienced outcomes, with a specific focus on gender differences in people with colorectal cancer*. In: European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society, Vol. 13, No. 5, 12.2009, p. 376-85.

McMullen CK, Hornbrook MC, Grant M, et al. (2008) *The greatest challenges reported by long-term colorectal cancer survivors with stomas*. J Support Oncol. 2008; 6: 175-182.

Mitchel A, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, Meader N. (2011) *Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies*. The Lancet Oncology, Volume 12, Issue 2, Pages 160–174

Mortensen E, Egeland K, Gressgård R, Holst C, Jegerstedt K, Rosland S og Kristin Sampson. (2008). *Kjønnssteori*. Gyldendal Akademisk 1.utg.

Mykletun, A., E. Stordal, et al. (2001). *"Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population."* Br.J.Psychiatry **179**: 540-544.

Mæland J, Elstad J, Ø N, Westin S, (2009). *Sosial epidemiologi. Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Mæland, J.G. (1993). *Helse og livskvalitet - to sider av samme sak* : Medicinsk årbog.

Nausheen B, Kamal A. (2007). *Familial social support and depression in breast cancer: an exploratory study on a Pakistani sample*. Psycho-Oncol, 16: 859–862.

Nicolosi A, Lauman E O, Glasser DB, Moreira E D, Paik A, Gingell C. (2004) *Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40. The global study of sexual attitudes and behaviors.* Urology 2004; 64:991-7.

Nordtvedt, M. Jamtvedt, G. Graverholdt, B. Reinart, LM. (2008). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert - en arbeidsbok for sykepleiere.* Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Norsk Gastrointestinal Cancer Gruppe; NGICG, 2006). Lastet 10.01.12  
([http://ngicg.no/wp/?page\\_id=142](http://ngicg.no/wp/?page_id=142) )

Norsk sykepleierforbund: *Yrkesetiske retningslinjer* (revidert 2011)  
<http://www.sykepleierforbundet.no>

NOU 1997: 20. *Omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan.*  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-7.html?id=140767>

NOU:1999: 13. *Kvinnens helse i Norge.* Hentet fra:  
<http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/19991999/013/PDFA/NOU199919990013000DDDPDFA.pdf>

Næss, Siri; Moum, Torbjørn; Eriksen, John. (2011) *LIVSKVALITET, Forskning om det gode liv.* Bergen: Fagbokforlaget

Ot.prp. nr. 27(2002-2003) *Om lov om alternativ behandling av sykdom mv.*  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20022003/otprp-nr-27-2002-2003-.html?id=171475>

Oudsten, B. L., Traa, M. J., Thong, M. S. Y., Martijn, H., de Hingh, I. H. J. T., Boscha, K. & van de Poll-Franse, L. V. (2012). *Higher prevalence of sexual dysfunction in colon and rectal cancer survivors compared with the normative population: A population-based study :* European Journal of Cancer. 48, 17, p. 3161-3170

Olsson C, Berglund AL, Larsson M, Athlin E. (2012) *Patient's sexuality - a neglected area of cancer nursing?* Eur J Oncol Nurs. 2012 Sep;16(4):426-31.

Parle, M., Jones, B., Maguire, P. (1996). *Maladaptive coping and affective disorders amongst cancer patients.* Psychological Medicine, 26, 735-744.

Pereira , Figueiredo & Fincham. (2012). *Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: A study with Portuguese patients and their partners.* Eur J Oncol Nurs. 16(3):227-32.

Ramirez M., McMullen C., Grant M, Altschuler A, Hornbrook M C, and Krouse R. (2009) *Figuring Out Sex in a Reconfigured Body: Experiences of Female Colorectal Cancer Survivors with Ostomies.* Women Health. Dec 2009; 49(8): 608–624.

- Ramsey S, Andersen R, Etzioni R, Moinpour C, Peacock S, Potosky A and Urban N. (2000). *Quality of life in survivors of colorectal carcinoma*. Volume 88, Issue 6, pages 1294–1303.
- Ramsey, S. (2002) *Quality of life in long term survivors of colorectal cancer*. The American journal of gastroenterology vol:97 iss:5 pg:1228 -1234
- Rapkin D B and Schwartz E C. (2004). *Toward a theoretical model of quality-of-life appraisal: Implications of findings from studies of response shift*. Health and Quality of Life Outcomes 2004, 2:14
- Rasmusson E.-M., Plantin L. & Elmerstig E. (2013) *'Did they think I would understand all that on my own?' A questionnaire study about sexuality with Swedish cancer patients*. European Journal of Cancer Care 22, 361–369
- Rinaldis M, Pakenham KI, Lynch BM. (2010) *Relationships between quality of life and finding benefits in a diagnosis of colorectal cancer*. Br J Psychol. 2010;101 (p.2:259–275.
- Ross L, Abild-Nielsen A, Thomsen B, Karlsen R, Boesen E, Johansen C. (2007). *Quality of life of Danish colorectal cancer patients with and without a stoma*. Supportive Care in Cancer. Volume 15, Issue 5, pp 505-513
- Rustøen T. (2001). *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal Akademisk
- Rustøen, T. (2004) *Håp og livskvalitet - en utfordring for sykepleiere*. Gyldendal akademisk
- Sanderson, C. A. (2004). *Health psychology*. Hoboken, USA: Wiley
- Sammarco A. (2001) *Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors*. Cancer Nurs. 2001 Jun;24(3):212-9.
- Sapp, A.L., Trentham-Dietz, A., Newcomb, P.A., Hampton, J.M., Moinpour, C.M.,
- Remington, P.L. (2003). *Social networks and quality of life among female longterm colorectal cancer survivors*. Cancer 98, 1749e1758.
- Schmidt C, Bestmann B, Kuchler T, Longo W, Rohde V, Kremer B. (2005) *Gender Differences in Quality of Life of Patients with Rectal Cancer. A Five-Year Prospective Study*. World Journal of Surgery December 2005, Volume 29, Issue 12, pp 1630-1641
- Schwartz E C, Bode R, Repucci N, Becker B, Sprangers M, Fayers P. (2006). *The clinical significance of adaptation to changing health: A meta-analysis of response shift*. Quality of Life Research, Volume 15, Issue 9, pp 1533-1550
- Sharpe L, Patel D, Clarke S. (2009). *The relationship between body image disturbance and distress in colorectal cancer patients with and without stomas*. Journal of Psychosomatic Research Volume 70, Issue 5, Pages 395–402

Sharpe M, Strong V, Allen K, et al. (2004): *Major depression in outpatients attending a regional cancer centre: Screening and unmet treatment needs*. Br J Cancer 90:314-320

Shell JA, Smith CK. (1994). *Sexuality and the older person with cancer*. Oncology Nursing Forum [1994, 21(3).

Simon AE, Thompson MR, Flashman K, Wardle J. (2007). *Disease stage and psychosocial outcomes in colorectal cancer*. Colorectal Dis. Jan;11(1):19-25.

Sirri, L. Magelli, C., & Grandi, S. (2011). *Predictors of perceived social support in long-term survivors of cardiac transplant: the role of psychological distress, quality of life, demographic characteristics, and clinical course*. Psychology and Health, 26(1), 77-94.

Smith L, Mulhall JP, Deveci S, Monaghan N, Reid MC. (2007). *Sex after seventy: a pilot study of sexual function in older persons*. J Sex Med. 2007 Sep;4(5):1247-53.

Sonnenberg C, Deeg DJ, van Tilburg TG, Vink D, Stek M L, Beekman AT. ( 2013) *Gender differences in the relation between depression and social support in later life*. Int Psychogeriatr. 2013 Jan;25(1):61-70.

Stein, S., Hermanson, K., Spiegel, D. (1993). *New direction in psycho-oncology*. Current Opinion Psychiatry, 6, 838-846.

Spiegel D. (1996). *Cancer and Depression*. Br J Psychiatry , 30: 109-16

Sprangers Mirjam A. G (2002). *Quality-of-Life Assessment in Oncology*. Acta Oncologica 2002, Vol. 41, No. 3 , Pages 229-237

Sprangers M & Schwartz C (1999) *Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model*. Social Science & Medicine Volume 48, Issue 11, June 1999, Pages 1507–1515

Sugisawa H, Shibata H, Hougham G W, Sugihara Y, Liang J. (2002) *The Impact of Social Ties on Depressive Symptoms in U.S. and Japanese Elderly* . Journal of Social Issues - J SOC ISSUES vol. 58, no. 4, pp. 785-804,

Sultan, S., Fisher, D. A., Voils, C. I., Kinney, A. Y., Sandler, R. S., & Provenzale, D. (2004). *Impact of functional support on health-related quality of life in patients with colorectal cancer*. Cancer, 101(12), 2737-2743.

Thoits, P.A. (1995). *Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next?*. Journal of Health and Social Behavior. (Extra Issue): 53-79.

Uchino, B. N. (2004). *Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships*. 1 utg. New Haven: Yale university press. 240 s.

Ussher, J Perz, J & Gilbert,E. (2012) *Changes to Sexual Well-Being and Intimacy After Breast Cancer*. Cancer Nursing: November/December 2012 - Volume 35 - Issue 6 - p 456–465

Valderas J og, Alonso J. (2008). *Patient reported outcome measures: a model-based classification system for research and clinical practice*. Qual Life Res. Nov;17(9):1125-35.

Li W, Lam W, Au A m.fl. (2013) *Interpreting differences in patterns of supportive care needs between patients whit breast cancer and patients whit colorectal cancer*. Psyc-Oncology 22: 792-798

Villingshøy M, Ross L, Thomsen B L & Johansen C. (2006) *Does marital status and altered contact whit the social network predict colorectal cancer survival?* European Journal of Cancer 42 s. 3022-3027

Wahl, A. K. & Hanestad, B. R. (2004) *Måling av livskvalitet i klinisk praksis: en innføring*. Bergen, Fagbokforl.

Wahl, A. K. & Hanestad, B. R. (2007) *Livskvalitet, helse, stress og mestring*. I: Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. red. *Å leve med kronisk sykdom*. Oslo, Cappelen Akademiske Forlag.

Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). *The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): 1. Conceptual framework and item selection*. Medical Care, 30, 473-83

Waite, L & Das A. (2010). *Families, social life, and well-being at older ages*. Demography, Volume 47–Supplement, 2010: S87–S109

White I, Faithfull S, Allan S. (2013) *The re-construction of woman sexual lives after pelvic radiotherapy: A critique of social constructionist and biomedical perspectives on the study of female sexuality after cancer treatment*. Social Science & Medicine 76. s.188-196.

World Health Organization (WHO). (2014). *Colorectal cancer*. Hentet fra <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/news/news/2012/2/early-detection-of-common-cancers/colorectal-cancer>

Wu, F. (2010) *Endocrinology of the ageing male - The European Male Ageing Study (EMAS)*. Endocrine Journal, 57, S288-S288.

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.

Wilson, Birks & Alexander. (2010). *A qualitative study of patient perspectives of health-related quality of life in colorectal cancer: comparison with disease-specific evaluation tools*. Colorectal Dis. 2010 Aug;12(8):762-9.

Wilson, I. & Cleary, P. (1995). *Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes*. JAMA, 273(1), 59-65.



Wilson T R, & Birks Y F (2008) *A qualitative study of patient perspectives of health-related quality of life in colorectal cancer: comparison with disease-specific evaluation tools.* Colorectal Disease Volume 12, Issue 8, pages 762–769, August 2010

Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). *The hospital anxiety and depression scale.* Acta Psychiatr Scand. 1983 Jun;67(6):361-70.

## 7 Vedlegg

---

<b>Region:</b> REK sør-øst	<b>Saksbehandler:</b> Marianne Eidem	<b>Telefon:</b> 22845531	<b>Vår dato:</b> 03.01.2014	<b>Vår referanse:</b> 2011/1926/REK sør-øst C
			<b>Deres dato:</b> 20.12.2013	<b>Deres referanse:</b>

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Til Randi Andenæs

## **2011/1926 Helse og livskvalitet hos kvinner i ulike livsfaser**

**Forskningsansvarlig:** Høgskolen i Oslo og Akershus  
**Prosjektleder:** Randi Andenæs

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 20.12.2013 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for REK sør-øst C på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

### **Vurdering**

Det søkes om å forlenge prosjektperioden til 30.12.2014. Det meldes også om at fem prosjektmedarbeidere utgår fra prosjektet.

Komiteén har ingen forskningsetiske innvendinger til prosjektet slik det nå foreligger.

### **Vedtak**

Komiteén har vurdert endringsmeldingen og godkjenner prosjektet slik det nå foreligger med hjemmel i helseforskningslovens § 11. Tillatelsen er gitt under forutsetning av at prosjektendringen gjennomføres slik det er beskrevet i prosjektendringsmeldingen og endringsprotokoll, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse og omsorgssektoren.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn med korrekt skjema via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no>. Dersom det ikke finnes passende skjema kan henvendelsen rettes på e-post til: [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)

### *Klageadgang*

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Britt-Ingjerd Nesheim  
prof. dr. med.  
leder REK sør-øst C

Marianne Eidem  
førstekonsulent

**Kopi til:**

*Høgskolen i Oslo og Akershus ved øverste administrative ledelse: [postmottak@hioa.no](mailto:postmottak@hioa.no)*

Randi Andenæs  
Høgskolen i Oslo og Akershus  
Boks 4 St. Olavs plass  
0130 Oslo

## HUNT-avtalen "Opplevd helse og livsstil i ulike faser av kvinners liv – en studie basert på HUNT-data"


Vi viser til søknad av 2.1.14 om forlengelse av ovennevnte avtale.

Søknaden er vurdert av Forvaltningsgruppen ved HUNT forskningscenter som finner å kunne godkjenne at avtalen forlenges til 30.6.15. Avtalen skal foreligge i to eksemplarer. Vi ber derfor om at begge avtalene undertegnes og at ett eksemplar returneres til HUNT forskningscenter, Levanger.

Dersom det planlegges å benytte det utleverte datasettet til flere eller andre publikasjoner ut over det som er beskrevet i søknaden, forutsettes det at ny søknad med utfyllende publikasjonsplan oversendes til HUNT forskningscenter for ny vurdering.

Med hilsen

  
Steinar Krokstad  
førstemanuensis/daglig leder

  
Inger D. Holbø  
førstekonsulent

Vedlegg: Avtaler til undertegning  
Retningslinjer for forvaltning og bruk av data og biologisk materiale fra  
Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag, datert 01.01.2013  
Retningslinjer for publisering av forskningsresultater som bruker HUNT-data

Postadresse	Org.nr. 974 767 880	Besøksadresse	Telefon	Saksbehandler
Forskningsveien 2 7600 Levanger	E-post: hunt@medisin.ntnu.no <a href="http://www.ntnu.no">http://www.ntnu.no</a>	Forskningsveien 2, Levanger	+47 74 07 51 80  Telefaks +47 74 07 51 81	Turid Rygg Stene  Tlf: +47 74 07 51 98

All korrespondanse som inngår i saksbehandling skal adresseres til saksbehandleren ved NTNU og ikke direkte til enkeltpersoner. Ved henvendelse vennligst oppgi referanse.

## Forlengt avtale

mellom

HUNT forskningscenter, DMF, NTNU

og

Institutt for sykepleie, Fakultet for helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus

om bruk av forskningsdata fra Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT) til masteroppgave for student Marita Nilssen

### Prosjekttittel: "Opplevd helse og livsstil i ulike faser av kvinners liv – en studie basert på HUNT-data"

Avtalen bygger på prosjektbeskrivelse datert 21.10.11, publikasjonsplan datert 3.11.11, variabelliste datert 24.11.11 og søknad om avtaleforlengelse datert 2.1.14. Avtalen bygger også på godkjenning i Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (2011/1926, datert 9.11.11).

Rammene for rettigheter til å analysere på HUNT-data er beskrevet i *Retningslinjer for forvaltning og bruk av data og biologisk materiale fra Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag, datert 01.01.2013*. Prosjektleder er ansvarlig for at analysearbeidet skjer i henhold til disse retningslinjene. Prosjektleder har ansvar for datasikkerheten og at data oppbevares forsvarlig i henhold til lover og forskrifter.

En aidentifisert datafil er tidligere utlevert til prosjektleder. Prosjektleder kan la andre personer få analysere på datafilen, så fremt arbeidet holder seg innenfor rammen for prosjektbeskrivelsen og publikasjonsplanen.

Kopi av godkjent masteroppgave skal sendes til HUNT forskningscenter, Levanger.

For å sikre at bruk av data skjer i samsvar med tildelte analyserettigheter skal, i henhold til gjeldende retningslinjer, alle manuskripter før innsending til publisering, forelegges publikasjonsutvalget ved HUNT forskningscenter i Levanger.

Når analysearbeidet er fullført og prosjektet avsluttes ønsker HUNT forskningscenter en dialog om hvilke data som skal tilbakeføres til HUNT databasen og hvordan slik tilbakeføring kan skje. Deretter skal datasettet slettes og bekreftelse på dette sendes skriftlig til HUNT forskningscenter,

---

<b>Postadresse</b>	<b>Org.nr. 974 767 880</b>	<b>Besøksadresse</b>	<b>Telefon</b>	<b>Saksbehandler</b>
Forskningsveien 2 7600 Levanger	E-post: hunt@medisin.ntnu.no	Forskningsveien 2, Levanger	+47 74 07 51 80	Turid Rygg Stene
	<a href="http://www.ntnu.no">http://www.ntnu.no</a>		<b>Telefaks</b> +47 74 07 51 81	Tlf: +47 74 07 51 98

All korrespondanse som inngår i saksbehandling skal adresseres til saksbehandlende enhet ved NTNU og ikke direkte til enkeltpersoner. Ved henvendelse vennligst oppgi referanse.

Levanger, jfr. punkt 11 i gjeldende retningslinjer. Dette skal ikke skje senere enn 30.6.15, med mindre ny avtale om forlengelse er inngått med HUNT forskningscenter.

Denne avtalen er undertegnet i to eksemplarer, hvorav hver av partene beholder ett.

**Institutt for sykepleie, Fakultet for helsefag,  
Høgskolen i Oslo og Akershus**

Sorland 18.01.14  
Sted og dato

Marita Nilssen  
student Marita Nilssen

Randi Andenæs  
veileder Randi Andenæs

**HUNT forskningscenter, DMF, NTNU**

Levanger, 7.1.14

Steinar Krokstad  
førsteamanuensis/daglig leder

# Invitasjon til HUNT 3

Viktig  
Enkelt  
Gratis

**hunt 3**  
Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag

Du inviteres herved til å delta i den tredje store Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 3). Ved å delta får du en enkel undersøkelse av din egen helse, og du gir samtidig et viktig bidrag til medisinsk forskning.

Hver deltaker er like viktig, enten du er ung eller gammel, frisk eller syk, er HUNT-veteran eller møter for første gang. Tilsvarende undersøkelse er tidligere gjennomført i 1984-86 (HUNT 1) og 1995-97 (HUNT 2 og Ung-HUNT). For å kunne studere årsaker til sykdom, er det viktig at også de som tidligere har deltatt møter fram.

**Vennligst fyll ut spørreskjemaet, og ta det med når du møter til undersøkelse.**


Undersøkelsen tar vanligvis ca 1/2 time. Du vil få brev med resultater fra dine prøver etter noen uker. Dersom noen av resultatene er utenom det normale, vil du bli anbefalt undersøkelse hos fastlegen din.


Du kan lese mer om HUNT 3 i den vedlagte brosjyren eller på [www.hunt.ntnu.no](http://www.hunt.ntnu.no). Har du spørsmål, kan du også ringe til HUNT forskningscenter, tlf 74075180.

## Vel møtt til undersøkelsen!

Vennlig hilsen

  
Steinar Krokstad  
Førsteamanuensis  
Prosjektleder HUNT 3

  
Jostein Holmen  
Professor, daglig leder  
HUNT forskningscenter

  
Stig A. Slørdahl  
Professor, dekanus  
Det medisinske fakultet, NTNU

## Tid og sted for oppmøte

Dersom det foreslåtte tidspunktet ikke passer for deg, behøver du ikke bestille ny time. Du kan møte når det passer deg innenfor åpningstiden, men det kan da bli noe ventetid. Du kan også møte i en annen kommune, hvis det skulle passe bedre. Takk for at du deltar!

**Åpningstida:**

 **NTNU**

HUNT forskningscenter



En time for bedre folkehelse



## Slik fyller du ut skjemaet

- Skjemaet vil bli lest maskinelt.
- Det er derfor viktig at du krysser av riktig: **Rett**  **Galt**
- Krysser du feil sted, retter du ved å fylle boksen slik:
- Skriv tydelige tall: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Bruk bare svart eller blå penn. Ikke bruk blyant eller tusj.

## HELSE OG DAGLIG LIV

1 Hvordan er helsa di nå?

Dårlig  Ikke helt god  God  Svært god

2 Har du noen langvarig (minst 1 år) sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dine funksjoner i ditt daglige liv?

Ja  Nei

### Hvis ja:

Hvor mye vil du si at dine funksjoner er nedsatt?

	Litt nedsatt	Middels nedsatt	Mye nedsatt
Er bevegelseshemmet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har nedsatt syn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har nedsatt hørsel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemmet pga. kroppslig sykdom.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemmet pga. psykisk sykdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Har du kroppslige smerter nå som har vart mer enn 6 måneder?

Ja  Nei

4 Hvor sterke kroppslige smerter har du hatt i løpet av de siste 4 uker?

Ingen	Meget svake	Svake	Mode-rate	Sterke	Meget sterke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 I hvilken grad har din fysiske helse eller følelsesmessige problemer begrenset deg i din vanlige sosiale omgang med familie eller venner i løpet av de siste 4 uker?

Ikke i det hele tatt	En del	Litt	Mye	Kunne ikke ha sosial omgang
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## HELSETJENESTER

6 Har du i løpet av de siste 12 måneder vært hos:

	Ja	Nei
Fastlege/allmennlege .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen legespesialist utenfor sykehus .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsultasjon uten innleggelse		
- ved psykiatrisk poliklinikk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ved annen poliklinikk i sykehus .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiropraktor .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homøopat, akupunktør, soneterapeut, håndspålegger eller annen alternativ behandler ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 Har du vært innlagt i sykehus i løpet av de siste 12 måneder?

Ja  Nei

## SYKDOMMER OG PLAGER

8 Har du hatt noe anfall med pipende eller tung pust de siste 12 måneder? Ja  Nei

9 Har du noen gang de siste 5 år brukt medisiner for astma, kronisk bronkitt, emfysem eller KOLS? Ja  Nei

10 Bruker du, eller har du brukt, medisin mot høyt blodtrykk? Ja  Nei

11 Har du, eller har du noen gang hatt, noen av disse sykdommene/plagene: (Sett ett kryss pr. linje)

Hvis ja, hvor gammel var du første gang?

Eksempel:  år gammel

	Ja	Nei	År gammel
Hjerteinfarkt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Angina pectoris (hjertekrampe) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Hjertesvikt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Annen hjertesykdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Hjerneslag/hjerneblødning .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Nyresykdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Astma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Kronisk bronkitt, emfysem, KOLS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Diabetes (sukkersyke).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Psoriasis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Eksem på hendene .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Kreftsykdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Epilepsi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Leddgikt (reumatoid artritt).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Bechterews sykdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Sarkoidose .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Beinskjørhet (osteoporose) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Fibromyalgi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Slitasjegikt (artrose).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Psysiske plager som du har søkt hjelp for .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel

12 Har du noen gang fått påvist for høyt blodsukker? Ja  Nei

Hvis ja: I hvilken situasjon første gang?

Ved helseundersøkelse...  Under sykdom .....

Under svangerskap .....

Annet.....

## SKADER

13 Har du noen gang hatt:

Hvis ja, hvor gammel var du **første** gang?

Eksempel:

3 4 år gammel

	Ja	Nei	år gammel
Lårhalsbrudd .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Brudd i handledd/underarm ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Brudd/sammenfall av ryggvirvler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel
Nakkesleng (whiplash).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel

14 Har du foreldre, søsken eller barn som har, eller har hatt, følgende sykdommer?

(Sett ett kryss pr. linje)

	Ja	Nei	Vet ikke
Hjerneslag eller hjerneblødning før 60 års alder .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteinfarkt før 60-års alder .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi/høysnue/neseallergi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk bronkitt/emfysem/KOLS.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreftsykdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiske plager .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beinskjørhet (osteoporose).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nyresykdom (ikke nyresten, urinveisinfeksjon, urinlekkasje) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (sukkersyke).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15 Har noen av dine besteforeldre, dine foreldres søsken eller dine søskenbarn fått diagnosen diabetes (type 1 eller type 2)?

Ja  Nei

## HVORDAN FØLER DU DEG?

16 Har du de to siste uker følt deg:  
(Sett ett kryss pr. linje)

	Nei	Litt	En god del	Svært mye
Trygg og rolig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glad og optimistisk? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøs og urolig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaget av angst? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabel?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedfor/deprimert?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensom? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17 Har du noen gang i livet opplevd at noen over lengre tid har forsøkt å kue, fornedre eller ydmyke deg?

Ja  Nei

## TOBAKK

18 Røykte noen av de voksne innendørs da du vokste opp?

Ja  Nei

19 Røykte mora di da du vokste opp?

Ja  Nei

20 Røyker du selv?

Nei, jeg har aldri røykt.....

Hvis du aldri har røykt, hopp til spørsmål 22.

Nei, jeg har sluttet å røyke.....

Ja, sigaretter av og til (fest/ferie, ikke daglig).....

Ja, sigarer/sigarillos/pipe av og til .....

Ja, sigaretter daglig.....

Ja, sigarer/sigarillos/pipe daglig.....

21 Svar på dette hvis du nå røyker **daglig** eller tidligere har røykt **daglig**:

Hvor mange sigaretter røyker eller røykte du vanligvis daglig?  sigaretter pr. dag

Hvor gammel var du da du begynte å røyke daglig?  år gammel

Hvis du tidligere har røykt daglig, hvor gammel var du da du sluttet?  år gammel

21 Svar på dette hvis du røyker eller har røykt **av og til**, men ikke daglig:

Hvor mange sigaretter røyker eller røykte du vanligvis i måneden?  sigaretter pr. mnd

Hvor gammel var du da du begynte å røyke av og til?  år gammel

Hvis du tidligere har røykt av og til, hvor gammel var du da du sluttet?  år gammel

22 Bruker du, eller har du brukt, snus?

Nei, aldri .....  Ja, av og til.....

Ja, men jeg har sluttet....  Ja, daglig .....

Hvis du aldri har brukt snus, hopp til spørsmål 23.

**Hvis ja:**

Hvor gammel var du da du begynte med snus?  år gammel

Hvor mange esker snus bruker/brukte du pr. måned?  esker snus pr. måned

Hvis du bruker eller har brukt både sigaretter og snus, hva begynte du med først?

Snus.....  Sigaretter.....   
 Omtrent samtidig .....  Husker ikke.....   
 (innenfor 3 måneder)

Da du begynte å bruke snus, var det for å prøve å slutte å røyke eller for å redusere røykinga?

Nei.....  Ja, for å  
 Ja, for å slutte å røyke .....  redusere røykinga.....

## MATVARER

23 Hvor ofte spiser du vanligvis disse matvarene?

(Sett ett kryss pr. linje)

	0-3 ganger pr. mnd.	1-3 ganger pr. uke	4-6 ganger pr. uke	1 gang pr. dag	2 ggr el mer pr. dag
Frukt/bær.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grønnsaker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjokolade/smågodt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokte poteter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasta/ris.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pølser/hamburgere.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fet fisk..... (laks, ørret, sild, makrell, uer som pålegg/middag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24 Bruker du følgende kosttilskudd?

(Sett ett kryss for hvert kosttilskudd)

	Ja, daglig	Av og til	Nei
Tran.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omega-3-kapsler.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamin- og/eller mineraltilskudd.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25 Hvor mange glass drikker du vanligvis av følgende?

1/2 liter = 3 glass (Sett ett kryss pr. linje)

	Sjelden eller aldri	1-6 gl. pr uke	1 gl. pr. dag	2-3 gl. pr. dag	4 gl. eller mer pr. dag
Vann, farris o.l.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helmelk (søt/sur).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen melk (søt/sur)....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brus/saft med sukker....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brus/saft uten sukker....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juice eller nektar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26 Hvor mange kopper kaffe/te drikker du pr. døgn?

(Sett 0 dersom du ikke drikker kaffe/te daglig)

	Koke- kaffe	Annen kaffe	Te
Antall kopper	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

27 Hvor mange kopper kaffe drikker du om kvelden (etter kl 18)?

Antall kopper

## ALKOHOLBRUK

28 Omtrent hvor ofte har du i løpet av de siste 12 måneder drukket alkohol? (Regn ikke med lettøl)

4-7 ganger pr. uke.....  Ca 1 gang pr. måned..   
 2-3 ganger pr. uke.....  Noen få ganger pr. år..   
 ca 1 gang pr. uke.....  Ingen ganger siste år..   
 2-3 ganger pr. måned....  Aldri drukket alkohol...

29 Har du drukket alkohol i løpet av de siste 4 uker?

Ja  Nei

Hvis ja:

Har du drukket så mye at du har kjent deg sterkt beruset (full)?  
 Nei.....   
 Ja, 1-2 ganger.....   
 Ja, 3 ganger eller mer.....

30 Hvor mange glass øl, vin eller brennevin drikker du vanligvis i løpet av 2 uker? (Regn ikke med lettøl)  
 (Sett 0 hvis du ikke drikker alkohol)

	Øl	Vin	Brenne- vin
Antall glass	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

31 Hvor ofte drikker du 5 glass eller mer av øl, vin eller brennevin ved samme anledning?

Aldri.....  Ukentlig.....   
 Månedlig.....  Daglig.....

## MOSJON/FYSISK AKTIVITET

Med mosjon mener vi at du f.eks går tur, går på ski, svømmer eller driver trening/idrett.

32 Hvor ofte driver du mosjon? (Ta et gjennomsnitt)

Aldri.....   
 Sjeldnere enn en gang i uka.....   
 En gang i uka.....   
 2-3 ganger i uka.....   
 Omtrent hver dag.....

33 Dersom du driver slik mosjon, så ofte som en eller flere ganger i uka; hvor hardt mosjonerer du? (Ta et gjennomsnitt)

Tar det rolig uten å bli andpusten eller svett.....   
 Tar det så hardt at jeg blir andpusten og svett.....   
 Tar meg nesten helt ut.....

34 Hvor lenge holder du på hver gang? (Ta et gjennomsnitt)

Mindre enn 15 minutter..  30 minutter – 1 time....   
 15-29 minutter.....  Mer enn 1 time.....

35 Har du vanligvis minst 30 minutter fysisk aktivitet daglig på arbeid og/eller i fritida? Ja  Nei

36 Omtrent hvor mange timer sitter du i ro på en vanlig hverdag? (Regn med både jobb og fritid) Antall timer

### ARBEID

37 Hvis du er i lønnet eller ulønnet arbeid, hvordan vil du beskrive arbeidet ditt? (Sett ett kryss)

For det meste stillesittende arbeid (f.eks skrivebordsarbeid, montering).....

Arbeid som krever at du går mye (f.eks ekspeditørarbeid, lett industriarb., undervisning).

Arbeid hvor du går og løfter mye (f.eks postbud, pleier, bygningsarbeid).....

Tungt kroppsarbeid (f.eks skogsarbeid, tungt jordbruksarbeid, tungt bygningsarbeid).....

### HØYDE/VEKT

38 Omtrent hva var din høyde da du var 18 år?  cm Husker ikke

39 Omtrent hva var din kroppsvekt da du var 18 år?  kg Husker ikke

40 Er du fornøyd med vekta di nå? Ja  Nei, for lett  Nei, for tung

41 Har du forsøkt å slanke deg i løpet av de siste 10 år? Nei  Ja, noen ganger  Ja, mange ganger

42 Er din kroppsvekt minst 2 kg lavere nå enn for 1 år siden? Ja  Nei

#### Hvis ja:

Hva er grunnen til dette?

Slanking  Sykdom/stress  Vet ikke

### ALVORLIGE LIVSHENDELSER SISTE 12 MÅNEDER

43 Har det vært dødsfall i nær familie? (barn, ektefelle/samboer, søsken eller foreldre) Ja  Nei

44 Har du vært i overhengende livsfare pga. alvorlig ulykke, katastrofe, voldssituasjon eller krig? Ja  Nei

45 Har du hatt samlivsbrudd i ekteskap eller i lengre samboerforhold? Ja  Nei

46 Hvis du har svart ja på et eller flere av spm 43, 44 eller 45; i hvilken grad har du hatt reaksjoner på dette de siste 7 dager?

Ikke i det hele tatt.....  I moderat grad.....

Litt.....  I høy grad.....

### OPPVEKST - DA DU VAR 0-18 ÅR

47 Hvem vokste du opp sammen med?

Mor.....  Andre slektninger.....

Far.....  Adoptivforeldre.....

Stemor/stefar.....  Foster-/pleieforeldre...

48 Ble dine foreldre skilt, eller flyttet de fra hverandre, da du var barn? Nei.....   
Ja, før jeg var 7 år....   
Ja, da jeg var 7-18 år

49 Døde noen av dine foreldre da du var barn? Nei.....   
Ja, før jeg var 7 år....   
Ja, da jeg var 7-18 år

50 Vokste du opp med kjæledyr? Nei.....   
Ja, katt.....  Ja, hund.....   
Ja, hest.....  Ja, annet levende dyr.

51 Hvor mye melk eller yoghurt drakk du vanligvis?

Sjelden/ aldri	1-6 gl. pr. uke	1 glass pr. dag	2-3 gl. pr. dag	Mer enn 3 glass pr. dag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52 Vokste du opp på gård med husdyr? Ja  Nei

53 Når du tenker på barndommen/oppveksten din, vil du beskrive den som:

Svært god.....  Vanskelig.....

God.....  Svært vanskelig.....

Middels.....

### ALT I ALT

54 Når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd med tilværelsen eller er du stort sett misfornøyd? (Sett ett kryss)

Svært fornøyd.....  Nokså misfornøyd.....

Meget fornøyd.....  Meget misfornøyd.....

Ganske fornøyd.....  Svært misfornøyd.....

Både/og.....

# Kjære HUNT-deltaker

Takk for at du deltok i den første delen av Helseundersøkelsen.

**Du har fått dette spørreskjemaet fordi du har svart "Ja" på spørsmål om du har, eller har hatt, kreft i tykktarm/endetarm.**

Vi håper at du også vil svare på dette skjemaet.

## Slik fyller du ut skjemaet

- Skjemaet vil bli lest maskinelt.
- Det er viktig at du krysser av riktig: **Rett**  **Galt**
- Krysser du feil sted, retter du ved å fylle boksen slik:
- Skriv tydelige tall: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Bruk bare svart eller blå penn. Ikke bruk blyant eller tusj.

**Dato for utfylling:**  /  20   
Dag Måned År

**Skjemaet returneres i den vedlagte konvolutten, som er ferdig frankert.**

Angi i hvilken grad du har hatt disse symptomene eller problemene.

### TENK PÅ DEN SISTE UKA

	Ikke i det hele tatt	Litt	En del	Svært mye
1 Har du hatt smerter ved vannlating?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Har du hatt smerter i setet? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Har du følt deg oppblåst i magen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Har du vært plaget av luftavgang (flatulens)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Har du rapet?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Har du vært tørr i munnen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Har du fått tynt eller livløst hår på grunn av sykdommen eller behandlingen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Har mat og drikke smakt annerledes enn vanlig? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Har du følt deg mindre fysisk tiltrekkende på grunn av sykdommen eller behandlingen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Har du følt deg mindre kvinnelig/mandig på grunn av sykdommen eller behandlingen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Har du vært misfornøyd med kroppen din? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Har du vært bekymret for din framtidige helse?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### TENK PÅ DE SISTE 4 UKENE

	Ikke i det hele tatt	Litt	En del	Svært mye
13 I hvilken grad var du interessert i seksualitet? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 I hvilken grad var du seksuelt aktiv (med eller uten samleie)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Hvis du har vært seksuelt aktiv, i hvilken grad har du hatt glede av din seksuelle aktivitet?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Bare for menn (spørsmål 16 og 17)

16 Har du hatt vanskeligheter med å få, eller opprettholde ereksjon (reisning)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Har du hatt problemer med å få utløsning (f.eks tørr sædavgang)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Bare for kvinner som har hatt samleie siste 4 uker (spørsmål 18 og 19)

18 Har du hatt tørr skjede under samleie? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Har du hatt smerter under samleie? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



- 20 Har du stomi (utlagt tarm)?  Nei Vennligst svar på spørsmål 21-27  
 Ja Vennligst svar på spørsmål 28-34

**TENK PÅ DEN SISTE UKA**

**Bare for pasienter uten stomi (utlagt tarm)**

	Ikke i det hele tatt	Litt	En del	Svært mye
21 Har du hatt hyppig avføring i løpet av dagen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Har du hatt hyppig avføring i løpet av natta? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Har du følt trang til avføring uten at det faktisk kom noe?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Har du hatt ufrivillig avgang av avføring?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Har du hatt blod i avføringa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Har du hatt problemer med å få til avføring? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Har det vært smertefullt å ha avføring? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bare for pasienter med stomi (utlagt tarm)**

	Ikke i det hele tatt	Litt	En del	Svært mye
28 Har du vært redd for at andre skulle høre stomien? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Har du vært redd for at andre skulle kunne lukte stomien? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Har du vært engstelig for mulig lekkasje fra stomiposen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Har du hatt problemer med å stille stomien?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 Har huden rundt stomien vært irritert? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Har du følt deg forlegen på grunn av stomien? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 Har du følt deg mindre hel på grunn av stomien? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SYN PÅ TILVÆRELSEN**

Kryss av den boksen som svarer best til ditt syn.

	Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig
35 At jeg har fått en kreftdiagnose, får meg til å føle meg usikker på framtida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 Jeg er bekymret for framtida mi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 Jeg er redd for å dø.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 Jeg føler at levetida mi holder på å renne ut.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 Jeg har lært noe om livet fordi jeg har fått en kreftdiagnose.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 At jeg har fått en kreftdiagnose, har fått meg til å innse at tida er kostbar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 At jeg har fått en kreftdiagnose har styrket min gudstro eller min sans for åndelige verdier.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**NB!**

Det utfylte skjemaet returneres i den vedlagte svarkonvolutten. Porto er betalt.

**Takk for hjelpa!**