



MALMÖ HÖGSKOLA

Hälsa och samhälle

INFORMATIONSBEHOVET HOS KVINNOR MED GYNEKOLOGISK CANCER

EN SYSTEMATISK LITTERATURSTUDIE

**JOHANNA BONDESSON
JOHANNA PERSSON**

Examensarbete i omvårdnad
Nivå 61-90 p
Sjuksköterskeprogrammet
Januari 2009

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö

INFORMATIONSBEHOVET HOS KVINNOR MED GYNEKOLOGISK CANCER

EN SYSTEMATISK LITTERATURSTUDIE

JOHANNA BONDESSON
JOHANNA PERSSON

Bondesson, J & Persson, J. Informationsbehovet hos kvinnor med gynekologisk cancer. En systematisk litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö högskola: Hälsa och samhälle, Utbildningsområde omvårdnad 2009.

Syftet med denna litteraturstudie är att sammanställa litteratur angående informationsbehovet hos kvinnor med gynekologisk cancer och deras partner. Den systematiska litteraturstudien är baserad på SBU:s (1993) sju steg för systematiska litteraturstudier. Databaserna som användes för litteratursökningarna var CINAHL, PubMed och The Cochrane Library. Tio vetenskapliga studier med kvalitativa och kvantitativa metoder inkluderades i litteraturstudien. Resultatet av denna systematiska litteraturstudie visade på att kvinnor med gynekologisk cancer var i behov av information kring behandling, utkomst av sjukdomen, psykiska och fysiska effekter av behandling. Kvinnorna önskade även mer information angående sexuella dysfunktioner efter behandlingen. Kvinnorna önskade få möjligheten att inkludera sin partner eller närstående i diskussioner kring sin sjukdom.

Nyckelord: Gynekologisk cancer, information, informationsbehov, litteraturstudie, sexualitet, sexuellt informationsbehov, sjuksköterska.

INFORMATION NEEDS AMONG WOMEN WITH GYNAECOLOGICAL CANCER

A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

JOHANNA BONDESSON
JOHANNA PERSSON

Bondesson, J & Persson, J. Information needs among women with gynaecological cancer. A systematic literature review. *Degree project, 15 Credit Points*. Nursing Programme, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2009.

The aim of the study is to compile literature regarding information needs among women with gynaecological cancer and their partner. The review is based on SBU's (1993) seven steps for a systematic procedure. The databases used for literature searches were CINAHL, PubMed and The Cochrane Library. Ten scientific studies of both quantitative and qualitative designs were included in the review. The result of the systematic literature review indicated that women with gynaecological cancer were in need of information regarding treatment, prognosis of the disease, psychological and physiological effects of the treatment. The women also required more information regarding sexual function that may occur after treatment. The women wished for an opportunity to include their partner or a relative in discussion about their disease.

Keywords: Gynaecological cancer, information, information needs, literature review, sexuality, sexual health needs, nurse.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	6
BAKGRUND	6
Behandling	6
Sexualitet	7
Kris	7
Chockfasen	8
Reaktionsfasen	8
Bearbetningsfasen	8
Nyorienteringsfasen	8
Sjuksköterskans roll	8
Teoretisk referensram	8
Sjuksköterskan och sexualitet	9
Informationsbehov	10
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	11
Frågeställningar	11
Definition	11
METOD	11
Steg 1 – Ange forskningsproblemet	11
Steg 2 – ange inkluderings- och exkluderingskriterier för studien	12
Steg 3 – formulera en plan för litteratursökning	12
Identifiera tillgängliga resurser	12
Identifiera relevanta källor	12
Avgränsa forskningsproblemet och fastställ huvuddragen i sökningen	12
Utveckla en sökväg för varje sökssystem	13
Steg 4 – litteratursökningen genomförs och Inkluderade studier samlas in.	13
Steg 5 – tolka evidens från studierna	16
Steg 6 – sammanställ evidens	16
Steg 7 – formulera slutsats på grundval av evidens	17
RESULTAT	17
Informationsbehov hos kvinnan och hennes partner	19
Informationsbehovet över tid	19
Kvinnans önskan om partners involvering	20
Sexuellt informationsbehov	20
Hur och av vem önskar kvinnan få information ifrån och i vilket format	22
Hur och av vem önskar kvinnan få information ifrån	22
I vilket format önskade kvinnorna få information	23

DISKUSSION	24
Metoddiskussion	24
Resultatdiskussion	25
Informationsbehov hos kvinnan och hennes partner	25
Sexuellt informationsbehov	26
Hur vårdpersonalen kan möta kvinnans behov av information	26
Tillämpning av teoretisk referensram	27
Överförbarhet i klinisk verksamhet	28
SLUTSATSER	28
REFERENSER	31
BILAGOR	33
BILAGA A, Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod (modifiering av författarna efter Willman et al (2006)).	34
BILAGA B, Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod (modifiering av författarna efter Willman et al (2006)).	36
BILAGA C:1-10, Matris	38

INLEDNING

Varje år drabbas 50 000 människor i Sverige av cancer (Cancerfonden, 2008). Idag räknar man med att cirka hälften av alla människor med cancer kan botas. Årligen insjuknar cirka 2600 svenska kvinnor i gynekologisk cancer (Leander, 2008). Gynekologisk cancer avser cancer i yttre könsdelar, vagina, livmoder äggledare och äggstockar (Cancerfonden, 2008). Gynekologisk cancer påverkar inte bara kvinnan utan även hennes närstående (Reitan et al, 2003). Det är viktigt i rollen som sjuksköterska att inte underskatta patientens behov av närstående vid sjukdomen då de är ett viktigt stöd. Vid samtal med patienten är det av betydelse att möjligheten ges att inkludera närstående för att de lättare ska kunna ge sitt stöd till patienten.

I en enkätstudie av Suhonen undersöktes informationsbehovet hos 928 patienter som blivit utskrivna från ett sjukhus. I studien jämfördes informationen som gavs till patienterna med informationen som önskades. Enligt Suhonen et al (2005) ansåg patienterna att deras informationsbehov inte blivit mött under sjukhusvistelsen. Sjuksköterskan har ansvar enligt de yrkesetiska riktlinjerna att ge patienten relevant information för utövandet av den vård hon ger (Reitan et al, 2003). I denna systematiska litteraturstudie sammanställs vetenskaplig evidens från studier för att lyfta fram vilken information patienter med gynekologisk cancer och deras närstående önskar och för att hjälpa sjuksköterskan att möta dessa behov.

Anledningen till denna systematiska litteraturstudie var att författarna genom intresse för området läst litteratur och upplevt att det fanns ett informationsbehov hos kvinnor med gynekologisk cancer och att behovet inte alltid blivit bemött. Genom den sammanställda evidensen från denna systematiska litteraturstudie ska sjuksköterskan lättare kunna bemöta informationsbehovet en kvinna med gynekologisk cancer och hennes partner kan tänkas ha.

BAKGRUND

Bakgrunden beskriver behandlingen av gynekologisk cancer, informationsbehovet hos kvinnorna och hur sjuksköterskan bäst kan bemöta detta. Bakgrunden tar även upp sexualitet, kriser och den teoretiska referensramen.

Behandling

Den medicinska och kirurgiska behandlingen vid gynekologisk cancer innebär akuta och traumatiska ingrepp som djupt kan påverka kvinnans identitet, kroppsuppfattning och även hennes sexuella samliv (Sorbe & Frankendal, 2000). Behandlingen bedöms utefter vilket stadie kvinnans cancer befinner sig i. Behandlingen av gynekologisk cancer kan ske genom en behandling eller genom en kombination av kirurgiskt ingrepp, strålbehandling (brakyterapi) och cytostatika/ kemoterapi (Reitan et al, 2003). För att kunna bota en människa med cancer avlägsnas tumören på mekanisk väg eller oskadliggörs cancercellerna på ett annat sätt (a a).

Effekter av behandling vid gynekologisk cancer beror på var cancer är belägen. Kvinnor som genomgått hysterektomi, ooforektomi, och vulvektomi får olika fysiska och psykiska påverkan beroende på vilka organ som avlägsnats och kvinnornas individuella upplevelse av ingreppet.

Strålbehandling kan ge akuta reaktioner i form av svullnad, rodnad och irritation i vävnaderna (Sorbe & Frankendal, 2000). Både intrakavitär och extern strålning kan ge seneffekter men de beror på vilka skador det kan bli på blodkärl och stödjevävnad (a a). Strålbehandling kan orsaka atrofi av vaginalslemhinnan och fibros av vaginalväggen, det minskar dess elasticitet (Reitan et al, 2003). Detta kan leda till att vagina blir trång och känns ”kort”. Lubrikation och den genitala blodfyllnaden kan bli nedsatt (Sorbe & Frankendal, 2000). Skadorna kan leda till fysiska svårigheter att genomföra ett samlag och dyspareuni (smärta vid samlag). Strålbehandling kan även i tillräckligt stor mängd mot ovarierna slå ut deras funktion genom en kärlpåverkan och det ger samma effekt som kirurgisk ooforektomi (a a).

Cytostatika påverkar äggstockarnas hormonproduktion med upphörande eller oregelbunden menstruation (Reitan et al, 2003). Beroende på vilken kombination av cytostatika som används blir en del sterila, man försöker undvika detta i största mån men i första hand vill man bota cancer (a a).

Biverkningar som fatigue (uttalad trötthet), alopeci (håravfall), illamående och kräkningar är vanliga biverkningar av cytostatika och strålbehandlingen, som även drabbar kvinnor med gynekologisk cancer (Reitan et al, 2003).

Sexualitet

Sexuella problem är något som berör en stor del av kvinnorna som drabbas av gynekologisk cancer även om alla inte får problem (Sorbe & Frankendal, 2000). Sexualitet betyder olika för olika individer, sexualitet kan vara en del av identiteten, en fysisk tillfredställelse. För andra kan sexualitet även vara ömhet, närhet och bekräftelse av någon som man är attraherad av eller älskar. Sexualitet är ett ämne som sällan berörs inom vården p.g.a. tabun som sitter kvar sedan gammalt (Reitan et al, 2003). Enligt Sorbe & Frankendal (2000) visar resultat från olika studier att 40-60% av kvinnor som behandlats för gynekologisk cancer upplever sexuella förändringar. För vissa kvinnor kan en hysterektomi leda till en negativ kroppsuppfattning och självbild, det kan ge konsekvenser för den sexuella identiteten och en känsla av minskad attraktivitet (a a)

Kris

Att få gynekologisk cancer betyder för de allra flesta kvinnor ett starkt existentiellt hot vilket ofta kan leda till att kvinnan hamnar i en psykisk kris (Sorbe & Frankendal, 2000). Att hamna i kris innebär en helt ny livssituation för kvinnan, där personens tidigare erfarenheter inte är tillräckliga för att kunna förstå och psykiskt bemästra det som händer (Cullberg, 2006). Kvinnorna kan pendla mellan olika faser i krisen. Vid beskedet om cancer går kvinnan allmänt igenom olika reaktionsfaser. Kvinnan kan pendla mellan de olika faserna, faserna kommer inte alltid i den ordning som beskrivs nedan.

Chockfasen

Vid ett cancerbesked reagerar de flesta med någon grad av chock. Chocken kan vara från ett kort ögonblick till några dygn (Cullberg, 2006). Under chockfasen håller kvinnan verkligheten ifrån sig, hon har ännu inte kunnat ta in det som har skett och kunnat bearbeta det. Kvinnan kan verka oberörd men under ytan kan allt vara kaos. Det som sägs eller sker under den tiden kan kvinnan finna svårt att minnas. Detta är mycket viktigt för vårdpersonal att ha kunskap om när man ger ytterligare information vid exempelvis diagnos. Andra reaktioner under chockfasen kan vara att kvinnan uppför sig förvirrat, skriker eller motsatsen och ligger helt tyst och verkar paralyserad (a a).

Reaktionsfasen

Chockfasen och reaktionsfasen utgör tillsammans den akuta krisen (Cullberg, 2006). Reaktionsfasen kännetecknas av att kvinnan börja öppna ögonen för det som skett efter att tidigare har blundat för det. Den drabbade försöker nu finna mening i det som skett. Frågor som kvinnan kan tänkas ställa sig själv i reaktionsfasen är varför det skett henne och hur absurt och orättvist det är. Kvinnan kan även få orealistiska skuld känslor för att försöka ge en förklaring till det som skett. Kvinnan går igenom olika försvarsmekanismer som förnekelse, regression, isolering och rationalisering (a a).

Bearbetningsfasen

Kvinnan går ut ur det akuta skedet och inträder i bearbetningsfasen som pågår under cirka ett halvår till ett år efter traumat (Cullberg, 2006). Under denna fas vänder sig kvinnan mot framtiden istället för att blicka bakåt. För kvinnan som genomgått en radikal kirurgisk behandling innebär bearbetningen en början att acceptera ett eventuellt handikapp och anpassa sig till sin förändrade kropp. Bearbetningen av det som skett gör att försvarsmekanismerna sakta försvinner (a a).

Nyorienteringsfasen

Under sista fasen, som inte har ett avslut, har kvinnan lärt sig att leva med det som skett (Cullberg, 2006). Hennes erfarenheter av krisen bär hon alltid med sig, men det behöver inte hindra hennes framtida liv.

Sjuksköterskans roll

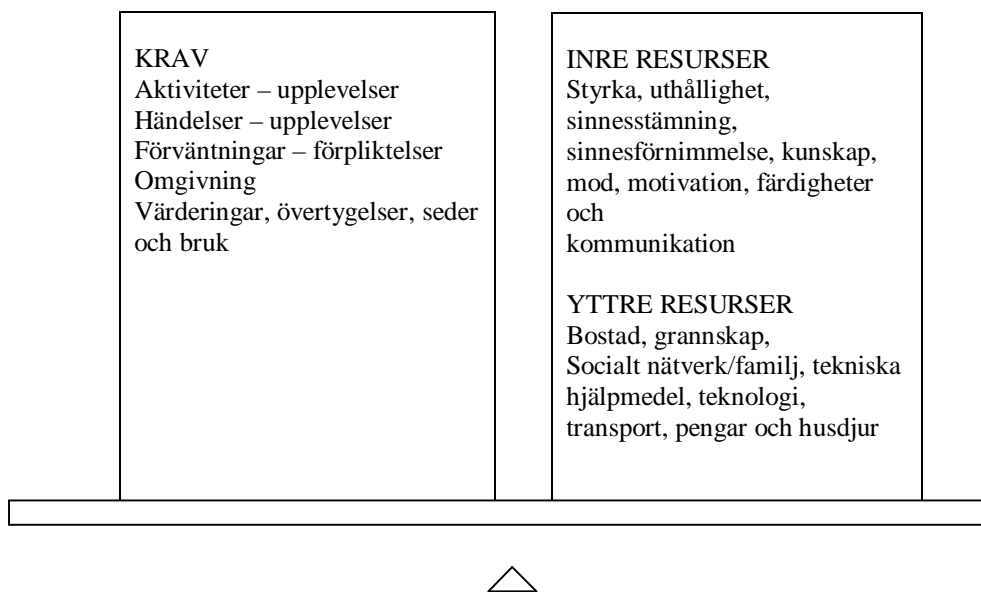
I Socialstyrelsens (2005) kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor beskrivs det att sjuksköterskan ska ha förmåga att tillvarata det friska hos patienten, tillgodose patientens fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga omvårdnadsbehov. Sjuksköterskan ska uppmärksamma och möta patientens lidande och så långt som möjligt lindra lidandet. Sjuksköterskan ska även identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård, och förmedla kunskap till patienter, närstående och vårdpersonal (a a).

Teoretisk referensram – Doris Carnevali

Doris Carnevali (1999) har utarbetat en modell om dagligt liv ↔ funktionellt hälsotillstånd. Modellen avser att skapa balans mellan dagliga livets krav och patientens inre och yttre resurser. Förmågan att upprätthålla en balans mellan krav i det dagliga livet och patientens inre och yttre resurser bidrar gemensamt till livskvalitet och välbefinnande hos patienten. Vid observation av data om

patientens dagliga liv måste sjuksköterskan tänka på den funktionella förmåga som krävs för att patienten ska klara av kraven i det dagliga livet (a a).

Beroendet mellan dagligt liv och funktionellt hälsotillstånd kan beskrivas som en balansvåg (figur 1). Patientens förmåga att upprätthålla en effektiv och tillfredställande balans mellan det dagliga livets krav och de inre och yttre resurserna är avgörande för dennes livskvalitet. Sjuksköterskans funktion består av att hjälpa individer/familjer att balansera kraven och resurserna i det dagliga livet (Carnevali, 1999).



Figur 1. Hälsorelaterad balans i det dagliga livet efter Carnevali (1999)

Enligt Carnevali (1999) består de yttre resurserna av de människor runt omkring patienten som bryr sig, hennes familj, vänner och socialt nätverk. De yttre resurserna kan även vara bostad, grannskap, socialt nätverk, tekniska hjälpmedel, pengar och husdjur. Gemensamt för de yttre resurserna är att de är faktorer som påverkar individens inre resurser. Sjuksköterskan spelar en viktig roll som yttre resurs för patienten. En betydelsefull del för henne är att identifiera och beskriva förekomsten av inre och yttre resurser för att hjälpa patienten att stärka dem.

En inre resurs som kvinnor med gynekologisk cancer kan ha är styrka och tillräckligt med mod för att gå igenom en operation hon behöver (Carnevali, 1999). Behandlingen och att försöka återgå till det vardagliga livet igen är i regel krävande, då kan kvinnans familj (yttre resurs) stötta henne. Kombinationen av de inre och yttre resurserna är de faktorer som balanserar förmågan att möta de krav som ställs i det dagliga livet (figur 1).

Sjuksköterskan och sexualitet

Många sjuksköterskor ställer ofta alltför höga krav på sin egen kunskap och professionalism vilket kan medföra att de låter bli att ta upp ämnet sexualitet (Reitan et al, 2003). När vårdpersonalen undviker att diskutera sexuella problem med patienten stärks emellertid fördomen att sexuallivet för den här patientgruppen är ett avslutat kapitel. Sjuksköterskan bör vara öppen och beredd på att patienten kan ha andra uttryck för sexualitet än hon själv (a a).

Det är viktigt att förstå sin egen sexualitet, när man arbetar med andras sexualitet bör man också hela tiden tänka över sin egen (Reitan et al, 2003). För många patienter kan fertilitet och libido vara svåra eller okända ord och man bör därför tänka på som sjuksköterska att anpassa orden och begreppen efter person och situation. När man ska ta upp frågor om sexualitet med cancer patienter måste man först se till så att man är insatt i både de fysiska och psykiska problemen som dessa patienter står inför. Det krävs inte bara kunskaper utan även ett känslomässigt engagemang. Det underlättar om samtalen är strukturerade och präglas av förståelse och respekt. Syftet med samtalet är också att involvera partnern om patienten lever i ett förhållande, detta för att få patienten och partnern att tala med varandra om sexualiteten. Om patienten lever ensam är det lika viktigt för denna att leva i samklang med sin sexualitet (a.a).

Informationsbehov

Sjuksköterskan har kunskap om patientens sjukdom och behandling som patienten i allmänhet inte har själv (Reitan et al, 2003). Utgångspunkten bör vara att patienten ska få denna information utan att själv behöva ta initiativet eller kräva att bli informerad. Den internationella sjuksköterskeorganisationen ICN anger i sina riktlinjer att patienten har rätt att få veta vad som sker med honom/henne och har rätt att få tillräckligt med information för att han/hon ska kunna vara med och fatta beslut som gäller honom/henne själv (a a).

I en enkätstudie av Suhonen et al (2005) visade majoriteten av patienterna att de fått information om ämnen som de inte ansåg vara relevanta. Den informationen de fick motsvarade inte deras behov inom ämnena; behandlingsalternativ, risker, prognos, frågor om behandlingens början och dess längd. Kvinnor lade större vikt vid information om sjukdom och behandling än vad männen gjorde. Yngre patienter med hög utbildning lade större vikt vid information om sjukdom och behandling. Patienterna framhävde vikten av information om sjukdom och behandling men denna information gavs inte i den omfattningen de önskade (a a).

Sjuksköterskan måste ta hänsyn till patientens individuella förhållanden som kan påverka patientens förståelse av informationen hon informerar om (Reitan et al, 2003). Sjuksköterskan måste tänka på vilket sätt just denna patient vill bli informerad på.

En grundläggande förutsättning för att utöva god sjukvård är en välfungerande kommunikation och interaktion med patienterna och deras närstående (Reitan et al, 2003). Patienten är beroende av information för att kunna vara med och fatta viktiga beslut om hennes sjukdom.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska hälso- och sjukvårdspersonal utöva sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Patienten ska ges erfaren och omsorgsfull vård som uppfyller dessa krav. Vården ska i möjligaste mån utformas och genomföras i samråd med patienten. Lagen säger dessutom att patienten ska ges information anpassat till den enskilda individen och om de särskilda metoder som finns att utnyttja vid undersökning, behandling och vård.

Gynekologisk cancer drabbar inte bara kvinnorna utan även deras närstående. Kvinnor med gynekologisk cancer har ofta ett stort informationsbehov.

Otillräcklig information skapar ofta ångest, rädsla och en känsla av otrygghet hos patienten (Sand, 2006). Sjuksköterskan har en viktig roll i att identifiera kvinnornas behov av information och tillsätta resurser för att bemöta behoven, för att kunna skapa en trygg relation med kvinnorna. Kvinnornas behov av information behöver belysas tydligare för att underlätta för både sjuksköterskan och kvinnorna att hantera situationen de befinner sig i.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med denna systematiska litteraturstudie är att belysa informationsbehovet hos kvinnor med gynekologisk cancer och deras partner.

Frågeställningar

1. Vilka informationsbehov och vilket sexuellt informationsbehov kan förekomma hos kvinnor som opererats för gynekologisk cancer och deras partner?
2. Hur kan sjuksköterskan bemöta informationsbehovet i mötet med patienten och deras partner?

Definition av gynekologisk cancer

Enligt Sorbe & Frankendal (2000) ingår cervixcancer, corpuscancer, uterussarkom, ovarialcancer, icke epiteliala ovarialtumörer, tubarcancer, vulvacancer, vaginalcancer och trofoblasterjukdomar i begreppet gynekologisk cancer.

METOD

Syftet är att göra en systematisk litteraturstudie där studier ska granskas och sammanställas metodiskt. Litteraturstudien utgår från ett tillvägagångssätt i sju steg enligt SBU (1993) för att systematiskt finna och bedöma relevanta vetenskapliga studier.

Steg 1 – Ange forskningsproblemet

Litteraturstudien riktar sig till sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter och styr därför valet av innehåll och sättet studien framförs på (Willman et al, 2006). Studierna som söktes efter skulle innehålla informationsbehovet hos kvinnor med gynekologisk cancer och deras partner. Denna litteraturstudie ska ge sjuksköterskan ökad kunskap om informationsbehovet för att lättare kunna bemöta kvinnor med gynekologisk cancer och deras partner.

Steg 2 – ange inkluderings- och exkluderingskriterier för studien

Studier som var intressanta för den systematiska litteratursammanställningen var kvalitativa och kvantitativa studier. Inklusionskriterierna för studierna var att de skulle vara vetenskapliga, studierna skulle vara skrivna på engelska, svenska, danska eller norska. Exklusionskriterier för studierna var ej vetenskapliga studier, skrivna på något annat språk än engelska, svenska, danska eller norska. Artiklarna skulle innehålla sjukdomarna som ingår i begreppet gynekologisk cancer.

Steg 3 – formulera en plan för litteratursökning

Efter det att syftet och frågeställningar var bestämda utarbetades en plan för litteratursökningen (Willman et al, 2006). SBU (1993) beskriver fyra steg för litteratursökningens utförande; *identifiera tillgängliga resurser, identifiera relevanta källor, avgränsa forskningsproblemet och fastställ huvuddragen i sökningen, utveckla en sökväg för varje söksystem.*

Identifiera tillgängliga resurser

Studier skulle vara tillgängliga i fulltext och via de databaser som valdes att användas eller skulle kunna beställas via Malmö högskolans bibliotekskatalog, VEGA. De studier vars titlar som ansågs relevanta men inte hade abstrakts exkluderades. Studierna skulle vara skrivna på engelska, svenska, danska eller norska. Litteratursökningen pågick i två veckor och kvalitetsbedömningen skedde kontinuerligt efterhand som studierna hittades. Under två veckor bearbetades och analyserades data, de resterande fyra veckorna skrevs den slutgiltiga rapporten.

Identifiera relevanta källor

Databaser som användes för att samla in studier var PubMed, CINAHL och The Cochrane Library. Databaserna innehåller vetenskapliga studier inom ämnet medicin och omvårdnad och därmed fyller syfte och frågeställningar. The Cochrane Library innehåller sju databaser med inriktning på evidensbaserad medicin, tre av dem användes i detta arbete (Cochrane reviews, other reviews, clinical trials), de andra ansågs inte relevanta för studien. CINAHL är en databas som innehåller referenser från alla engelskspråkiga omvårdnadstidskrifter. PubMed innehåller referenser inom områden som omvårdnad, medicin, veterinärmedicin, odontologi och hälso- och sjukvårds administration (Willman et al, 2006).

Avgränsa forskningsproblemet och fastställ huvuddragen i sökningen

Enligt Willman et al (2006) innehåller en optimal litteratursökning hög sensitivitet och hög specificitet. Detta innebär att man vill få med alla relevanta sökord för problemformuleringen och undvika de sökord som inte var väsentliga. De sökord som valdes fyllde studiens syfte och frågeställningar. Dem huvudsakliga sökorden var *gynecological cancer* och *information needs*. Sökord placerades i sökblock med andra liknande sökord. Fritextsökning användes för att nå studier som inte blivit indexerade med ämnesord, ämnesord och fritextsökning användes i samtliga sökningar. Inom sökblocken användes OR för att få med samtliga studier, slutligen kombinerades sökblocken med AND för att specificera sökningen (se tabell 1).

Utveckla en sökväg för varje söksystem

Målet var att använda likadana sökord i samtliga databaser, databaserna är olika uppbyggda och av den orsaken förekom vissa skillnader i sökorden. För att hitta

rätt ämnesord för sökningen användes Karolinska institutets hemsida (2008-11-11), där ämnesord i form av medical subject headings (mesh termer) fanns. I CINAHL fanns inte mesh termer, där benämns mesh termer som major headings.

Steg 4 – litteratursökningen genomförs och inkluderade studier samlas in

När sökblocken kombinerats lades begränsningar (engelska, svenska, danska och norska) till i databaserna. Studier vars titlar inte ansågs vara relevanta för syfte och frågeställningar, eller inte fyllde inklusionskriterierna sorterades bort manuellt. Abstract granskades om studiernas titel stämde överens med syfte och frågeställningar. De abstract som stämde överens med syftet och frågeställningar granskades i sin helhet. Totalt bedömdes 16 studier vara relevanta för denna systematiska litteraturstudie utifrån abstraktnivå.

Tabell 1 Sökschema över hur artiklar valdes ut.

Databas	Huvud-sökblock (gynekologisk cancer)	Delsökblock (Information)	Kombination av sökblock	Träffar med limits *	Granskade abstract	Kvalitetsgranskade artiklar
PubMed	#1 – Genital neoplasms, female (mesh) OR Uterine cervical neoplasms (mesh) OR “gynaecological cancer” OR “gynaecological neoplasms” OR Vulvar neoplasms (mesh) OR Ovarian neoplasms (mesh) OR Vaginal neoplasms (mesh) OR Endometrial neoplasms (mesh)	#2 – “information needs”	#1 AND #2	21	6	3
Antal träffar	141684	1783	21	21	6	3
PubMed		#3-“information needs” OR “sexual health needs”	#1 AND #3			
Antal träffar	141684	1857	22	22	5	1
PubMed		#4 Sexual*				
Antal träffar		156112	-	-	-	-
PubMed		#5“information”				
Antal träffar		541635	-	-	-	-
PubMed		#6 “information” OR “information needs” OR “sexual health needs”	#1 AND #4 AND #6			
Antal träffar		539490	243	221	35	6

Databas	Huvud-sökblock (gynekologisk cancer)	Delsökblock (information)	Kombination av sökblock	Träffar med limits *	Granskade Abstract	Kvalitetsgranskade artiklar
CINAHL	#7 – Genital neoplasms, female (major heading) OR Uterine cervical neoplasms (major heading) OR “gynaecological cancer” OR “gynaecological neoplasms” OR Vulvar neoplasms (major heading) OR Ovarian neoplasms (major heading) OR Vaginal neoplasms (major heading) OR Endometrial neoplasms (major heading)	#8 “information needs”	#7 AND #8			
Antal träffar	7493	8118	146	146	15	3
CINAHL	#9 Genital neoplasms, female (major heading) OR “gynaecological neoplasms” OR “gynaecological cancer”	#10 “information needs” OR “sexual health information”	#9 AND #10			
Antal träffar	1040	8211	35	35	10	3
Cochrane Library	#11 - Genital neoplasms, female (mesh) OR “gynaecological neoplasms” OR “gynaecological cancer”	#12 – “information needs”	#11 AND #12			
Antal träffar	Cochrane reviews: 21 Other reviews: 6 Clinical trials: 312	Cochrane reviews: 3 Other reviews:0 Clinical trial: 33	Cochrane reviews:0 Other reviews: 0 Clinical trials:1	Cochrane reviews:0 Other reviews: 0 Clinical trials:1	1	0
Totalt kvalitetsgranskade artiklar	16					
Totalt använda artiklar	10					

* Begränsningar (limits) = engelska, svenska, danska och norska

Steg 5 – tolka evidens från studierna

Två av de 16 studierna pilotgranskades utifrån granskningsprotokoll utformade av Willman et al (2006) och kvalitetsbedömdes av författarna var för sig. Därefter jämfördes resultatet. Granskningsprotokollen enligt Willman et al (2006) ansågs otillräckliga och modifierades till de slutgiltiga versionerna se bilaga A-B. De 16 studier som togs fram efter sökningen granskades enskilt utifrån modifierade granskningsprotokollen. Granskningen jämfördes och vid oenighet diskuterades ett beslut fram. För bestämning av kvalitén granskades studierna utefter kvalitetskriterier som var uppställda på förhand från Willman et al (2006) (se tabell 2).

Tabell 2, kriterier för bedömning av studiers kvalitet. SBU & SSF (1999) kriterier för kvantitativ deskriptiva studier sid 39, och studier med kvalitativa metoder (Larsson; SBU & SSF i Willman et al 2006) sid 97.

Typ av studie	Hög kvalitet = I	Medel Kvalitet = II	Låg kvalitet =III
Kvantitativ Deskriptiv studie	- stort konsekutivt patientmaterial som är väl beskrivet och analyserat med adekvata statistiska metoder (tex multivariantanalys, fall-kontrollmetodik etc.) Lång uppföljning.	-	Begränsat patientmaterial otillräckligt beskrivet, alltför kort uppföljning eller inadekvat statistiska metoder.
Studie med kvalitativ metod	- Klart beskriven kontext. - Väldefinierad frågeställning - Välbeskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberings-process och analysmetod - Dokumenterad metodisk medvetenhet - Systematisk stringent dataredovisning - Tolkningars förankring i data påvisad. Diskussion om tolkningars trovärdighet och tillförlitlighet. - Kontextualisering av resultat i tidigare forskning - Implikationer för relevant praktik väl artikulerad	-	- Oklart beskriven kontext (sammanhang) - Vagt definierad frågeställning - Otydligt beskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberings process och analysmetod - Dåligt dokumenterad metodisk medvetenhet - Osystematisk och mindre stringent dataredovisning - Otydlig förankring av tolkningarna i data - Kontextualisering av resultatet i tidigare forskning saknas eller är outvecklad - Implikationer för relevant praktik saknas eller är otydliga

Steg 6 sammanställ evidens

Av de 16 studier som kvalitetsgranskades exkluderades sex stycken på grund av dålig kvalitet. De sex exkluderade studierna innehöll inte tillräcklig information för att möjliggöra en komplett granskning. De tio studier som användes beskrev en tydlig metod, hade låg till hög kvalitet och stämde med inklusionskriterierna. Referenslistorna på samtliga 16 studierna granskades för att säkerställa att inga relevanta studier uteslutits. Inga studier från referenslistorna användes.

Steg 7 formulera slutsats på grundval av evidens

Sista steget i SBU (1993) modell är att formulera slutsatser och ge rekommendationer. Slutsatser och rekommendationerna formulerades med hjälp av tabell 3.

Tabell 3, Bedömning av evidensstyrka vid formulering av slutsatser enligt Bahtsevani et al ur Willman et al (2006) sid 99.

Evidensgrad 1: Starkt vetenskapligt underlag	Evidensgrad 2: Måttlig vetenskapligt underlag	Evidensgrad 3: Begränsat vetenskapligt underlag	Evidensgrad 4: Otilräckligt vetenskapligt underlag
Minst två studier med högt bevisvärde, eller en systematisk review/metaanalys med högt bevisvärde.	En studie med högt bevisvärde och minst två studier med måttligt bevisvärde.	En studie med högt bevisvärde eller minst två studier med måttligt bevisvärde.	En studie med måttligt bevisvärde och/eller studier med lågt bevisvärde.

RESULTAT

I denna systematiska litteraturstudie inkluderades tio stycken vetenskapliga studier, varav fyra stycken kvalitativa och sex kvantitativa (se tabell 4). Tre stycken av studierna har författarna bedömt med hög kvalitet (Browall et al, 2004, Ekwall et al, 2003, Stewart et al, 2000), fem studier bedömdes ha medel kvalitet (Booth et al, 2004, De Groot et al 2005 Burns et al, 2007, Stead et al, 2003 Toubassi et al, 2006) och två stycken bedömdes ha låg kvalitet (Bourgeois-Law et al, 1999, Corney et al, 1992). Nedan följer resultatet som delats in i olika teman utefter inkluderade studiernas resultat. Mer detaljerad information om studierna finns i matrisen se bilaga C:1-10.

Tabell 4, översikt av inkluderade studier ordnade efter författarnas namn.

Författare, År	Vilken/vilka sjukdomar berör studien	Typ av studie	Kvalitet	Område
Booth et al (2005)	Gynekologisk cancer	Kvantitativ, deskriptiv studie med semi strukturerade intervjuer	Medel	Informationsbehovet över tid, sexuellt informationsbehov.
Bourgeois-Law et al (1999).	Gynekologisk cancer	Kvantitativ deskriptiv enkätstudie	Låg	Kvinnans önskan om partners involvering, sexuellt informationsbehov, i vilket format önskade kvinnorna få information.
Browall et al (2004)	Ovarial cancer	Kvantitativ deskriptiv enkätstudie	Hög	Informationsbehovet över tid.
Burns et al (2007)	Cervix cancer	Kvalitativ fenomenologisk intervjustudie	Medel	Informationsbehovet över tid, sexuellt informationsbehov.
Corney et al (1992)	Gynekologisk cancer	Kvalitativ studie, semi strukturerade intervjuer	Låg	Informationsbehovet över tid, kvinnans önskan om partners involvering, sexuellt informationsbehov, hur och av vem önskar kvinnan få information ifrån.
De Groot et al (2005)	Cervix cancer	Kvantitativ, deskriptiv enkätstudie	Medel	Informationsbehovet över tid, kvinnans önskan om partners involvering.
Ekwall et al (2003)	Gynekologisk cancer	Kvalitativ studie, semi strukturerade intervjuer	Hög	Sexuellt informationsbehov, hur och av vem önskar kvinnan få information ifrån, i vilket format önskade kvinnorna få information.
Stead et al (2003)	Ovarial cancer	Kvantitativ studie med semi strukturerade intervjuer	Medel	Sexuellt informationsbehov, hur och av vem önskar kvinnan få information ifrån.
Stewart et al (2000)	Ovarial cancer	Kvantitativ, deskriptiv enkätstudie	Hög	Informationsbehovet över tid, i vilket format önskade kvinnorna få information.
Toubassi et al (2006)	Cervix cancer	Kvalitativ studie, med intervjuer, grounded theory	Medel	Informationsbehovet över tid, sexuellt informationsbehov, i vilket format önskade kvinnorna få information.

Informationsbehov hos kvinnan och hennes partner

Nedan följer resultatet av de tio studier som blivit inkluderade.

Informationsbehovet över tid

Studierna delas in i *informationsbehovet över tid* och *kvinnans önskan om partners involvering*. Tre studier bedömdes ha hög kvalitet (Browall et al, 2004, Ekwall et al 2003, Stewart et al 2000), fem studier bedömdes med medel kvalitet (Booth et al, 2005 Burns et al 2007, De Groot et al 2005, Stead et al 2003, Toubassi et al 2006) och två studier bedömdes ha låg kvalitet (Bourgeois- Law et al 1999, Corney et al 1992).

De Groot et al (2005) utförde en kvantitativ deskriptiv enkätstudie med 26 par där studien jämförde informationsbehovet hos kvinnan och hennes partner. Det fanns inga skillnader i informationsbehovet av *sexualitet, behandlingsfrågor, prognos* och *orsak/risk* hos de kvinnor som var färdigbehandlade inom 12 månader och de som varit färdigbehandlade i mer än 12 månader. Däremot såg man skillnader hos de patienter som var färdigbehandlade inom 12 månader. Kvinnorna ansåg att kommunikation med behandlingsteamet var det största bekymret, och även relationen med partner och relationen mot andra.

I en kvantitativ deskriptiv enkätstudie av Stewart et al (2000) undersöktes 105 kvinnor med ovarial cancer och deras informationsbehov. Studien undersökte informationsbehovet vid diagnos, under och efter behandling. I studien visade kvinnorna inga skillnader i hur mycket och vilken information de önskade över tid, vilket även kan ses i De Groot et al (2005). Under sjukdomens gång önskade kvinnorna information om de fysiska och psykologiska aspekterna av deras hälsa (De Groot et al, 2005, Corney et al, 1992, Browall et al, 2004). De tre informationsbehoven som kvinnorna ansåg viktigast var tillståndet och stadiet av cancer, behandlings frågor, självhjälp och empowerment frågor (De Groot et al, 2005).

Corney et al (1992) utförde en kvalitativ studie med intervjuer av 105 kvinnor. Studien undersökte kvinnor med gynekologisk cancer och deras sexuella informationsbehov. I studien fick kvinnorna rangordna den typ av information de önskade mer av inom tre kategorier *sjukdom och medicinsk förfarande, operationens efterverkningar och information till partnern*. Det som rankades högst i de tre kategorierna var informationsbehovet om de psykologiska effekterna efter operation, därefter fysiska effekter och effekter på sexualiteten/sexuell aktivitet. I en enkätstudie av Browall et al (2004) undersöktes 64 kvinnor med ovarial cancer och deras informationsbehov över tid. Kvinnorna rankade information om utkomsten av sjukdomen som det viktigast informationsbehovet ($p = <0,001-0,0001$). Kvinnorna önskade även information om spridning av sjukdomen och olika typer av behandlingsalternativ, vilket även kan ses i De Groot et al (2005).

I en kvantitativ deskriptiv studie av Booth et al (2004) intervjuades 70 kvinnor med gynekologisk cancer. Studien undersökte kvinnornas bekymmer, psykiska stress och användning av informationskällor. Vid den första intervjun var de tre största informationsbehoven nuvarande sjukdom, framtiden och behandlingsrelaterade frågor. Den andra intervjun var sex månader senare, då fanns det många likheter och tyngdpunkten av informationsbehovet låg på fysiska symtom och svårigheterna i det dagliga livet.

I en kvalitativ studie av Burns et al (2007), intervjuades 13 kvinnor med cervixcancer. Studien undersökte kvinnornas sexuella informationsbehov. Kvinnorna lyfte fram ett behov av ytterligare information och bristen på tid för samtal. Studien visade att informationsbehoven inte blev mötta, kvinnorna önskade främst information om effekterna på lång sikt av hur behandlingen påverkar blås- och tarm funktionen. Kvinnorna önskade även ytterligare information om hur behandlingen påverkar sexualiteten. De flesta kvinnor önskade information om behandlingens effekter. Liknande resultat går att finna i Toubassi et al (2006) vilket är en kvalitativ intervjustudie om kvinnor med cervixcancer och deras informationsbehov. Kvinnorna ville ha både information om korttids och långtidseffekterna av behandlingen. Kvinnorna tyckte att information om praktiska saker i det dagliga livet och information om de ekonomiska stöd som fanns att tillgå var viktigt för dem ($p = 0,015$).

Sammanfattningsvis skiljde sig inte informationsbehovet åt hos kvinnor som varit färdigbehandlade i 12 mån eller mer, (De Groot et al, 2005). Kvinnorna önskade överlag information om utkomsten av sjukdomen, behandlingens effekter (kort- och långtidseffekter), psykologiska och fysiologiska faktorer efter bland annat operation (Corney et al, 1999, Booth et al, 2004, Browall et al, 2004, Toubassi et al, 2006). Detta visade på att inga skillnader fanns i vilken information kvinnorna ville ha över tid. (Corney et al, 1999, Booth et al, 2004, Browall et al, 2004, Toubassi et al, 2006).

Kvinnans önskan om partners involvering

Tre studier tar upp partners informationsbehov (De Groot et al 2005, Bourgeois-Law et al 1999, Corney et al 1992). En av studierna har bedömts med medel kvalitet (De Groot et al 2005) och två har låg kvalitet (Bourgeois-Law et al 1999 och Corney et al 1992).

Enligt Corney et al (1992), önskade en stor del av kvinnorna att deras partner skulle blivit inkluderade i samtal, få ta del av generell information eller information om efterverkningarna av behandling. De önskade även att deras partner skulle fått mer information om sexualitet. Generellt var det de yngre kvinnorna som önskade att informationen även skulle innefatta deras partner. 50 % av kvinnorna under 40 år önskade att deras partner skulle fått mer information, 30 % av kvinnorna som var 40 år och 8 % av de kvinnorna över 50 år. Detta kan även ses i en enkätstudie av Bourgeois-Law et al (1999), en enkätstudie där 73 kvinnor deltog. Kvinnorna under 50 år ansågs vilja ha valet att kunna inkludera sin partner i vårdpersonalens samtal eller samtala ensam. Kvinnor över 50 år ville främst tala med vårdpersonalen tillsammans med sin partner. I en studie av De Groot et al (2005), visar resultatet att generellt sett skiljer sig inte informationsbehoven åt mellan den drabbade kvinnan och hennes partner.

Sammanfattningsvis önskade kvinnorna att ha valet att kunna inkludera sin partner vid samtal med vårdpersonal, (Corney et al 1992, Bourgeois – Law, 1999).

Sexuellt informationsbehov

Sju av studierna som presenteras berör kvinnornas sexuella informationsbehov. En av studierna har bedömts med hög kvalitet (Ekwall et al 2003,) fyra av studierna har medelkvalitet (Booth et al, 2004, Burns et al, 2007, Stead et al, 2003, Toubassi et al, 2006,) och två studier med låg kvalitet (Bourgeois-Law et al

1999, Corney et al 1992,). I samtliga sju studier uttrycktes ett behov av information om eventuella sexuella dysfunktioner i samband med eller efter behandling.

Enligt Corney et al (1992), ansåg större delen av kvinnorna i studien att de var i behov av mer information kring behandlingen, känslor kring behandlingen och de fysiska effekter de kunde förvänta sig. 29 % av kvinnorna ansågs sig i behov av information kring effekterna av behandlingen på den sexuella funktionen. 25 % av kvinnorna ansåg att rådgivning kring sexuella svårigheter skulle erbjudas.

I Burns et al (2007), visade studiens resultat på ett behov av information om de möjliga sena effekterna av behandlingen och dess effekt på sexualiteten. Kvinnorna intervjuades två till tre år efter behandlingen och rapporterade om en brist på information kring sexualitet innan behandlings tillfället vilket även kan ses i en studie av Booth et al (2004).

I en kvantitativ intervjustudie av Stead et al (2003) undersöktes 15 kvinnor med ovarialcancer och deras behov av information. I studien ansåg kvinnorna att de inte hade fått någon skriftlig information kring sexualiteten. Endast två kvinnor fick en kortfattad muntlig information kring ämnet. Detta kan även ses i Bourgeois-Law (1999) där hälften av de 73 kvinnorna angav att de fått lite eller ingen information kring sexualitet och cancer. En kvinna missförstod informationen om sexualitet i samband med gynekologisk cancer och trodde att kvinnor fick cervixcancer för att de var sexuellt aktiva. Hon tänkte alltid på att cancer skulle komma tillbaka vid sexuell aktivitet. I studien ansåg kvinnorna att de hade fått information som inte mötte deras behov, de ville prata om sina känslor som kvinna men i samtalet diskuterades enbart den reproduktiva förmågan. Kvinnorna i studien av Stead et al (2003) önskade att informationen av effekterna på behandlingen på den sexuella funktionen skulle inkluderas i listan på mer frekventa biverkningar så som kräkning och illamående.

I en studie av Bourgeois-Law et al (1999) fick kvinnorna rangordna informationsbehovet utefter fyra kategorier. Inom varje kategori fick kvinnorna välja mellan ett och fyra där ett var mest användbar och fyra var minst användbar. I kategorin; *information om effekten av behandlingen på sexualitet* ansåg 47,2 % av kvinnorna mest användbar, på andra plats kom *information på effekten av cancer på sexualiteten* där 27,8 % svarade att den var mest användbar, *hur man hanterar känslor angående effekterna av sjukdomen på sexualitet* 13,9 % svarade mest användbar och *hur man hanterar partnerns känslor och reaktioner* 11,1 % svarade mest användbar.

I en kvalitativ studie av Ekwall et al (2003) intervjuades 14 kvinnor om vad de ansåg vara viktigt vid kontakten med sjukvården. Kvinnorna uppfattade ett behov av information kring sexuella dysfunktioner vilket även kan ses i en studie av Burns et al (2007). En kvinnas läkare hade berättat för henne att hennes vagina var tio centimeter i längd, utan att tala om för henne hur lång den var innan operation, eller hur detta kunde påverka hennes sexualliv (Ekwall et al, 2003). De viktiga för kvinnorna var att deras sexualitet och deras sexuella behov inte blev ignorerade.

I en kvalitativ studie av Toubassi et al (2006) intervjuades 14 kvinnor med cervixcancer om deras behov av information. Kvinnorna önskade mer information

av effekten av brakyterapi på deras reproduktiva organ och hur det kan påverka deras framtida sexuella funktioner. En kvinna rapporterade att hon skulle vilja vet mer om vad hon kunde förvänta sig av samlag och om de kunde framkalla blödning eller smärta. Liknande frågor hade en annan kvinna som undrade vilka sexställningar som orsakade minst smärta.

Sammanfattningsvis önskade kvinnorna information om de sexuella dysfunktioner som kan uppstå i samband med eller efter behandling (Burns et al, 2007, Corney et al 1992, Ekwall et al, 2003, Toubassi et al, 2006). Kvinnorna ansåg att de hade fått ingen eller lite information kring sexualitet (Bourgeois-Law et al, 1999, Stead et al, 2003, Burns et al, 2007, Booth et al, 2004)

Hur och av vem önskar kvinnan få information ifrån och i vilket format

Sex av studierna som presenteras berör hur kvinnorna vill ha informationen, vem som ska ge informationen och när de önskar att få informationen. Två av studierna har bedömts med hög kvalitet (Ekwall et al, 2003, Stewart et al, 2000) två av studierna bedömdes med medel kvalitet (Stead et al, 2003 Toubassi et al, 2006) och två av studierna har bedömts med låg kvalitet (Bourgeois-Law et al, 1999, Corney et al, 1992)

Hur och av vem önskar kvinnan få information ifrån

Enligt Corney et al (1992) känner kvinnorna svårigheter att ta upp frågor kring sexualitet i samtal med vårdpersonal. Kvinnorna önskade att läkaren eller sjuksköterskan skulle ta initiativ till diskussionen kring ämnet, detta kan även ses i Ekwall et al (2003) och Stead et al (2003). I Stead et al (2003) spelade det ingen roll för fem av 15 kvinnor om vårdpersonalen var kvinna eller man jämfört med sex andra kvinnor som föredrog att en kvinna talade med dem. Nio av kvinnorna hade inga synpunkter på vilken ålder sjukvårdspersonalen hade som skulle samtala med dem om deras sexualitet, medan två av kvinnorna föredrog en äldre. I studien var det varierande åsikter om vem som skulle diskutera sexuella frågor, när samtalet skulle ske och om partnern skulle involveras. Kvinnorna sökte inte efter långa samtal om den sexuella funktionen. Kvinnorna kände att några minuters samtal eller endast nämna att de sexuella funktionerna kunde bli påverkade var allt som behövdes.

I Corney et al (1992) ansåg kvinnorna att det var viktigt att vårdpersonalen, innan samtalet, gjorde en bedömning av hur patientens sexuella liv var innan behandling för att bedöma hennes behov av stöd i ämnet. 38 % av kvinnorna kände att vårdpersonalen skulle anstränga sig mer för att inkludera partnern. Två tredjedelar av kvinnorna skulle velat ta med en släkting eller vän när de fick cancer diagnos beskedet. De föreslog att vårdpersonalen skulle fråga om de ville ta med en vän/släkting om vårdpersonalen visste på förhand att ett cancerbesked skulle ges. 31 % av kvinnorna tyckte att patienter skulle få möjlighet att prata med någon om operationen medan de var på avdelningen. De ansåg att det hade varit bra om kvinnor som genomgått samma operation fanns tillgängliga för samtal. Flera av kvinnorna var beredda att göra detta för andra kvinnor i framtiden. Om kvinnorna i studien fick ge råd till förbättring till vårdpersonalen, indikerade de på ett behov av ökat emotionellt stöd, samtal och rådgivning.

Enligt Ekwall et al (2003) önskade kvinnorna fortlöpande information under sjukdomens gång av vårdpersonalen. Vissa kvinnor ville få informationen ärligt

och öppet, medan andra ville få informationen mer gradvis. De flesta av kvinnorna önskade få all tillgänglig information om sin sjukdom. Vardagliga konversationer med sjuksköterskan och undersköterskan betydde mycket för kvinnorna då de kunde diskutera småsaker och inte bara fokusera på sjukdomen.

I studien av Toubassi et al (2006) beskrev kvinnorna svårigheter med att ta in information direkt efter cancer diagnosen. En kvinna i studien önskade få tillgång till andra cervixcancer patienters upplevelser av diagnos och behandling och hur detta påverkade deras liv och familj. Detta kan även ses i Ekwall et al (2003), där vissa kvinnor ansåg att samtal med andra patienter med samma sjukdomar var ett bra redskap för information.

Sammanfattningsvis önskade kvinnorna att vårdpersonalen skulle ta initiativ till samtal kring sexualitet (Corney et al, 1992, Ekwall et al, 2003, Stead et al, 2003). Kvinnorna önskade få fortlöpande information under sjukdomens gång (Ekwall et al, 2003, Toubassi et al, 2006). Kvinnorna önskade samtala med andra kvinnor som gått igenom samma situation som de själva (Corney et al, 1992, Toubassi et al, 2006).

I vilket format önskade kvinnorna få information

I studien av Bourgeois-Law et al (1999) ansåg mer än hälften av kvinnorna att de ville få information genom samtal med vårdpersonalen. Andra format som kvinnorna ville få informationen på var genom broschyrer och i små diskussionsgrupper. Kvinnorna under 50 år önskade hellre information via broschyrer jämfört med de kvinnorna över 50 år. Enligt Stewart et al (2000) föredrog kvinnorna i studien förutom information från läkare, även information från broschyrer, videoband, telefonnummer till hjälplinje, CD-ROM och internet. Sannolikheten var högre för yngre och välutbildade kvinnor att använda internet vid sökande av information ($P < 0,05$). Detta kan även ses i Toubassi et al (2006) där 64,3 % av kvinnorna använde sig av oberoende informationskällor, främst internet men även foldrar och broschyrer.

Kvinnorna tyckte att skriftlig information skulle hjälpa till att förbereda andra kvinnor, och ville även ha information kring hur den sexuella funktionen normalt blev påverkad (Stead et al, 2003). Ett telefonnummer till en "hjelplinje" eller ett namn på en person som de kunnat kontakta för ytterligare frågor skulle även kunna vara till hjälp (a a). Liknande svar gav kvinnorna i studien av Bourgeois-Law et al, (1999) en del kvinnorna kände att broschyren de fått gav för generell information.

Sammanfattningsvis önskade kvinnorna främst information ifrån vårdpersonal men även ifrån broschyrer och internet, (Bourgeois-Law et al, 1999, Stewart et al, 2006, Toubassi et al, 2006). Kvinnorna ansåg att skriftlig information skulle förbereda andra kvinnor och ansåg även att ett telefonnummer till en hjälplinje hade kunnat vara till hjälp, (Bourgeois-Law et al, 1999, Stead et al, 2003).

DISKUSSION

Diskussionen är indelad i två delar, en metod- och en resultat diskussion som klargör tillvägagångssättet i den systematiska litteraturstudien och resultatet diskuteras.

Metod diskussion

Denna systematiska litteraturstudie utgår ifrån SBU:s sju steg för systematiska litteraturstudier (Willman et al, 2006). SBU:s modell riktar sig till hälso- och sjukvården vilket gör modellen ypperlig att använda för syftet. Den enkla strukturen av modellen, från frågeställning till slutsats, ger en klar översikt och gör det lätt att följa arbetets gång. Willman et al (2006) har även använts som källa vid metodgenomgången.

Databaserna som valts att söka i var PubMed, CINAHL och The Cochrane Library då dessa är stora vetenskapliga databaser som inriktar sig på medicin och omvårdnad. Sökningen i The Cochrane Library gav en träff som inte ansågs relevant till studiens syfte och frågeställningar. Sökning i flera databaser valdes för en större och bredare artikelsökning. Genom sökning i olika databaser påträffades samma artiklar flera gånger vilket kan tyda på att inga fler artiklar fanns i ämnet eller att sökningen var otillräcklig. Om sökningen var otillräcklig kan det bero på att sökorden var för specificerade, att vissa ämnen som kunde vara relevanta för syfte och frågeställningar inte täckts in. Eftersom flera artiklar påträffades ett antal gånger kan detta också tyda på att sökningen täckt in ett tillräckligt stort område.

Brainstorming användes för att finna lämpliga ämnesord och fritextord till artikelsökningen. Ämnesorden jämfördes i en ämnesordsdatabas från Karolinska institutet där de rätta *mesh* termerna identifierades (Karolinska Institutets hemsida, 2008-11-11). Fritext orden användes för att få med flera artiklar. En pilotsökning gjordes och visade på för många orelevanta sökord relaterat till artikelsökningens resultat. Den övergripande sökningen visade att för många sökord användes och begränsningar behövde göras för att specificera sökorden. Ord längre ner i *mesh träd* användes för att få mer specificerade sökord. Detta kan både ses som en styrka och svaghet eftersom sökområdet blir mer specifikt men kan även ha exkluderat relevanta studier. Mesh orden och fritext orden delades upp i olika sökblock. Sökblocken sattes ihop i olika kombinationer för att få en systematisk sökning och för att rikta sökningen mot syftet och frågeställningarna. Efter att sökblocken kombinerats lades begränsningarna (limits) till, detta för att inte utesluta studier som annars kunde falla bort. De begränsningar (limits) som användes var att artiklar skrivna på engelska, svenska, danska och norska inkluderades. En svaghet med detta kan vara att studier skrivna på andra språk som kunnat vara relevanta för syftet och frågeställningarna exkluderades. Titlar som inte ansågs relevanta för syftet och frågeställningarna och artiklar som inte stämde överens med inklusions- och exklusionskriterierna sorterades bort manuellt. Detta för att inte utesluta studier som annars hade fallit bort vilket kan ses som en styrka. Artiklar med studier om behovet av information påträffades ofta. Dessa artiklar exkluderades om studien inte tydligt innehöll vilket informationsbehov som kvinnorna eller deras partner ansåg vara viktiga. Relevanta titlar som hittades i artikelsökningen men som inte hade något abstrakt ansågs inte vara vetenskapliga och exkluderades.

Målet med sökningen var att hitta artiklar som belyste gynekologisk cancer. Av de tio artiklar som påträffades var tre stycken om ovarialcancer, tre stycken om cervixcancer och fyra stycken om gynekologisk cancer (tabell 4). En svaghet var att inte alla cancersjukdomar inom definitionen gynekologisk cancer hittades i artikelsökningen. En styrka med litteraturstudien är att samtliga referenslistor i inkluderade artiklar lästes igenom för att säkerställa att inga relevanta artiklar uteslutits.

Sökningen genererade kvalitativa och kvantitativa artiklar, då detta ansågs fylla syftet och frågeställningarna. Detta för att både få kvinnans och hennes partners perspektiv genom upplevelser och levda erfarenheter av den information de fick, och hennes och partners rankning av informationen de skulle vilja få. En artikel beställdes via fjärrlån och resterande hittades via databaserna.

Vid första urvalet lästes samtliga artiklars titlar, de titlar som ansågs vara relevanta till syftet och frågeställningar lästes även abstract. Då endast titlar lästes vid första urvalet, på grund av begränsad tid, kan artiklar förbisetts som kunde ha varit relevanta, vilket kan vara en brist i metoden.

Artiklarna granskades utefter ett protokoll av Willman et al (2006) som pilotgranskades med två artiklar vilka sedan inkluderades i studien. Pilotgranskningen ansågs vara en styrka i litteraturstudien då protokollet kunde förbättras för att göra granskningen optimal. Artiklarna granskades var för sig och resultatet jämfördes därefter. Detta anses vara en styrka i litteraturstudien då oberoende granskning stärker trovärdigheten av granskningen. En artikel granskades tillsammans för att säkerställa att frågorna i protokollet uppfattades lika. Författarna riskerar att övervärdera kvaliteten på studierna på grund av brister på erfarenhet inom området. Detta kan medföra att litteraturstudiens evidensgraderingar blir falskt höga.

Resultatdiskussion

Resultatet presenterar informationsbehoven hos kvinnor och deras partner under sjukhusvistelsen och hur sjuksköterskan kan bemöta informationsbehoven. Resultatdiskussionen följer samma struktur som resultatet med tema *informationsbehovet hos kvinnan och hennes partner, sexuellt informationsbehov och hur vårdpersonalen kan möta kvinnans behov av information*, rubriken *tillämpning av teoretisk referensram* tillkommer.

Informationsbehov hos kvinnan och hennes partner

I samtliga studier belyser forskningen ett behov av ytterligare information hos kvinnor med gynekologisk cancer. Detta kan även ses i Farmer & Hol (2006) att kvinnor som genomgått operation i genitala organ ofta har ett stort informationsbehov. Brist på information hos dessa kvinnor kan skapa ångest, stress och rädsla vilket inte främjar patientens förmåga att bemästra sin situation (Reitan et al, 2003).

Sammanställd evidens visar på att kvinnorna önskade att partnern skulle erhålla samma information om sexualitet som kvinnan önskat (Bourgeois-Law et al, 1999, Corney et al, 1992, De Groot et al, 2005). I studien av De Groot et al (2005) visar resultatet att informationsbehoven hos kvinnan och hennes partner inte skiljer sig åt. Detta styrks i annan litteratur där information om sjukdom,

behandling och eventuella konsekvenser för sexuell hälsa helst ska ges till patienten och dennes partner samtidigt då de behöver förberedas på förväntade förändringar (Reitan et al, 2003, Sorbe & Frankendal, 2000).

Sexuellt informationsbehov

Den sammanställda evidensen visar på vårdpersonalens bristande förmåga att initiera samtal kring de sexuella effekterna av sjukdom och behandling. Kvinnorna lyfter främst fram behovet av information kring effekterna av behandling på sexualiteten (Bourgeois-Law, 1999, Booth et al, 2004, Burns et al, 2007, Corney et al, 1992, Ekwall et al, 2003, Stead et al, 2003, Toubassi et al, 2006,). Litteraturen beskriver att patienten ska ges tillåtelse till samtal om sexualitet, de flesta patienter behöver tid för att tänka över sin situation för att kunna bearbeta sina känslor (Reitan et al 2003, Sorbe & Frankendal, 2000,). Sjuksköterskan kan uppmuntra till samtal för att hjälpa patienten att uttrycka sina sexuella problem. Enligt Sorbe & Frankendal (2000) har vårdpersonalen ett ansvar att påskynda och underlätta bearbetningen i positiv riktning, vilket kan underlättas med samtal.

Viktigt för kvinnorna i studierna var att vårdpersonalen inte ignorerade deras sexualitet och sexuella behov genom att inte initiera till samtal kring sexualiteten (Bourgeois-Law et al, 1999, Burns et al, 2007, Corney et al, 1992, Ekwall et al, 2003, Stead et al, 2003). Att kunna tala med andra om sexualitet är inget som kan antas vare sig för vårdpersonal eller för patienter (Reitan et al, 2003). Att samtala om sexualitet kan uppfattas svårt, och kan ha sin grund i flera faktorer som tabu i samhället och att man inte anser sig ha tillräckligt med kunskap om sexualiteten (Ekwall et al, 2003, Reitan et al, 2003). Genom att inte tala om sexualitet med patienter stärker vårdpersonalen möjliga fördomar om sexualitet som gör det svårare att ta upp till samtal. Ömsesidig respekt och en trygghetsskapande relation kan främja samtal om sexualitet (Corney et al, 1992, Reitan et al, 2003). När vårdpersonal bemöter kvinnorna utan förutfattade meningar och med en uppfattning om att varje enskild individ har olika behov av information kring sexualitet lyfts kvinnornas individuella behov och deras subjektiva uppfattning fram (Sorbe & Frankendal, 2000, Reitan et al, 2003). Detta möjliggör en individuellt anpassad vård med tillfredställande information till kvinnan.

Hur vårdpersonalen kan möta kvinnans behov av information

Den sammanställda evidensen visar på kvinnornas önskan av ytterligare samtal och rådgivning med vårdpersonal, och betydelsen av emotionellt stöd. Kvinnorna önskade delges information främst ifrån läkaren eller annan vårdpersonal men även i form av broschyrer och internet (Bourgeois-Law et al, 1999, Stewart et al, 2000, Toubassi et al, 2000) Detta styrks i Sand (2006) där behovet av broschyrer och foldrar om sjukdomen tydliggörs, patienten ska kunna erhålla materialet av sjuksköterskan. Yngre kvinnor önskade hellre information via broschyrer, foldrar och sökte i högre grad information via internet (Bourgeois-Law et al, 1999, Stewart et al, 2000).

Kvinnorna önskade kontinuitet av vårdpersonalen för att skapa en god relation mellan vårdpersonal och patient (Ekwall et al, 2003). Kvinnorna önskade att antalet vårdpersonal runt henne skulle vara så begränsat som möjligt, för att skapa god kommunikation med behandlingsteamet. Detta gör det lättare för kvinnan att ta kontakt med rätt vårdpersonal vid frågor kring hennes situation (De Groot et al,

2005). I Reitan et al (2003) beskrivs vikten av kontinuitet för att skapa en trygg vård.

Patienterna har enligt svensk lagstiftning rätt att få information anpassat till sitt sjukdomstillstånd av den vård, undersökningar och behandlingar som finns tillgänglig (Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763). Därför är det viktigt att anpassa informationen individuellt till patientens behov och inte förmedla icke relevant information (Reitan et al, 2003, Sand, 2006). För att möjliggöra optimal delaktighet i sin vård ansåg kvinnorna ett behov av att bli delgivna information kontinuerligt (Ekwall et al, 2003). Detta kan även ses i Toubassi et al (2006) där kvinnorna beskriver en önskan om små mängder av fortlöpande information. God vård kännetecknas av att sjuksköterskan skapar trygghet i sin relation med patienten. Vid bemötande av kvinnorna är det viktigt att ha i åtanke att deras förmåga att ta in och bearbeta information är begränsad på grund av sjukdomens eventuella påverkan (Reitan et al, 2003). Vilket kan ses i en studie av Toubassi et al (2006), där kvinnorna hade svårigheter med att ta in information direkt efter cancer diagnosen.

Resultatet visade att kvinnorna önskade att läkaren eller sjuksköterskan skulle ta initiativ till samtal om information kring sexualitet (Corney et al 1992, Ekwall et al 2003, Stead et al 2003). Enligt Sorbe & Frankendal (2000) krävs öppenhet och tillåtande attityd från vårdgivarna vid samtal, vilket underlättar för kvinnorna att diskutera sina funderingar kring sjukdomen. Detta kan göra det lättare för kvinnan att själv initierar till samtal. Den sammanställda evidensen visar att kvinnorna önskade att vårdpersonalen själv innan samtal gör en bedömning av kvinnans nuvarande behov av information och stöd (Corney et al, 1992, Ekwall et al, 2003). Då kvinnorna uppfattade det som svårt att själva uppskatta vilka frågor de önskade svar på (Bourgeois-Law et al, 1999). Gemensamt för kvinnorna var att de ofta upplevde informationen de fick av mer biomedicinsk karaktär än vad som behövdes för att öka deras förståelse (Ekwall et al, 2003). Det är viktigt med öppna frågor vid samtal för att ge kvinnan möjlighet att få svar på de frågor hon anser vara viktiga för henne (Sorbe & Frankendal, 2000).

Tillämpning av teoretisk referensram

Brist på information hos patienten skapar rädsla, ångest och otrygghet (Farmer & Hol, 2006). Som sjuksköterska är det viktigt att kunna identifiera behov av yttre och inre resurser för att hjälpa patientens att stärka dess funktionella förmåga enligt Carnevali (1999). Sjuksköterskan kan ge patienten tillräckligt med information om sjukdom och behandling, för att stärka de inre resurser hon behöver, med kunskap nog för att hantera situationen. I resultatet önskade kvinnorna få information främst ifrån vårdpersonal, kvinnorna önskade även att vårdpersonalen skulle involvera närstående i samtal där information ska ges. Enligt Carnevali (1999) förväntas sjuksköterskan involvera närstående till patienten som kan fungera som en yttre resurs för att stärka patienten. De inre och yttre resurserna ska balanseras för att möta de krav som ställs i det dagliga livet. För kvinnorna med gynekologisk cancer kan kraven i det dagliga livet vara alltifrån ett fungerade sexualliv till självklarheten att kunna skaffa barn.

Sjuksköterskan fungerar även som en yttre resurs för patienten. Genom att vara ett redskap för patienten i sökandet av balans mellan yttre och inre resurser kan sjuksköterskan stärka patientens förmåga att ta initiativ till samtal. Resultatet visade på ett behov av att vårdpersonalen skulle ta initiativ till samtal kring

sexualitet. Sjuksköterskan måste läsa av situationen för att bäst kunna bemöta kvinnans informationsbehov, vilket Carnevali (1999) påpekar med vikten av att individanpassa sättet att arbeta.

Carnevali (1999) lyfter fram vikten av att sjuksköterskan gör en bedömning av patienten vid första kontakten för att identifiera eventuella behov patienten kan tänkas ha. Sjuksköterskan ska enligt Carnevali (1999) besluta om vilka data som ska samlas in i ett tidigt stadium eftersom patienten eller anhörigas välbefinnande kan vara beroende av informationen. I resultatet visade kvinnorna en önskan om att få fortlöpande information. Då kvinnorna i artiklarna belyst ett informationsbehov kring behandlingen och dess effekter kan detta vara en viktig del av informationsbehovet. Enligt resultatet visade kvinnorna ingen skillnad i vilken information de önskade över tid. Kvinnorna i artiklarna belyser vikten av att anpassa informationen individuellt vilket även kan ses i Carnevali (1999) där sjuksköterskan ska se varje patient som en individ.

Överförbarhet i klinisk verksamhet

De inkluderade studierna är utförda i Kanada, England och Sverige. Resultatet anses vara generaliserbart i svensk, kanadensisk och engelsk hälso- och sjukvård då likheter har påvisats i resultaten av studierna. Resultaten anses även kunna generaliseras till västerländsk hälso- och sjukvård då synen på hälsa och sjukdom betraktas lika.

Enligt Willman et al (2006) ska evidensbaserad kunskap kombineras med andra kunskaper. Resultatet i denna systematiska litteraturstudie ska med fördel kombineras med erfarenhetsbaserad kunskap. Vårdpersonalens erfarenhet och kunskap inom ämnet ska inte underskattas utan tas i beaktning vid implementering av resultatet i klinisk verksamhet.

I sjuksköterskeutbildningen läggs redan stor vikt vid att kunna se varje patient med en helhetssyn, vilket ger en bra grund i kommande arbete med patienter. I helhetssynen ingår det att kunna individuellt anpassa varje omvårdnadsbehov till patienten. Genom att lyssna till patienten, som en individ, om vilken information hon önskar vid gynekologisk cancer kan sjuksköterskan främja patientens möjligheter att hantera sin sjukdom. Ytterligare ett steg i individuellt anpassad omvårdnad är att ge patienten möjligheten att inkludera närstående i sin vård för att ge patienten extra stöd.

SLUTSATS

Förhoppningarna om denna systematiska litteraturstudie är att öka sjuksköterskans förståelse för hur betydelsefullt individuellt anpassad information är vid gynekologisk cancer för kvinnan och hennes partner.

Evidensgradering vid formulering av slutsatserna enligt Bahtsevani et al ur Willman et al (2006) sid 99:

- Evidensgrad 1 – starkt vetenskapligt underlag
- evidensgrad 2 – måttligt vetenskapligt underlag
- evidensgrad 3 – begränsat vetenskapligt underlag
- evidensgrad 4 – otillräckligt vetenskapligt underlag

Följande slutsatser som kan dras inom ämnet informationsbehov hos kvinnan och hennes partner vid gynekologisk cancer:

Kvinnorna visade inga skillnader i vilken information de ville ha över tid, evidensgrad 2.

Kvinnornas informationsbehov bestod av behandlingsfrågor (kort- och långtidseffekter), utkomsten av sjukdomen, psykologiska och fysiologiska faktorer efter bland annat operation, evidensgrad 2.

Informationsbehovet skiljde sig ej åt hos kvinnor som varit färdigbehandlade i mindre eller mer än 12 månader, evidensgrad 4.

Kvinnorna önskade att inkludera sin partner vid samtal och information från vårdpersonalen, evidensgrad 4.

Följande slutsatser som kan dras inom ämnet om det sexuella informationsbehovet vid gynekologisk cancer:

Kvinnorna önskade information om eventuella sexuella dysfunktioner i samband med eller efter behandling, evidensgrad 2.

Kvinnorna ansåg sig ej fått tillräckligt med information kring sexualitet och sin sjukdom, evidensgrad 2.

Följande slutsatser som kan dras inom ämnet hur vårdpersonal kan möta kvinnans behov av information;

Kvinnorna önskade få fortlöpande information under sjukdomens gång, evidensgrad 3.

Kvinnorna önskade samtala med andra kvinnor som gått igenom samma situation som de själva genomgått, evidensgrad 4 .

Kvinnorna önskade att vårdpersonal skulle ta initiativ till samtal kring sexualitet, evidensgrad 3.

Kvinnorna önskade få information ifrån främst vårdpersonal, broschyrer och internet, evidensgrad 3.

Kvinnorna ansåg att skiftlig information skulle förbereda andra kvinnor, de önskade även att ett telefonnummer till en hjälplinje skulle vara till hjälp, evidensgrad 4.

Behov av fortsatt forskning kring vilket informationsbehov kvinnor med gynekologisk cancer och deras partner önskar behövs för att vårdpersonal lättare

ska kunna möta deras informationsbehov. Detta för att möjliggöra en ökad trygghet för kvinnorna och deras partner i vården. Både kvalitativa och kvantitativa studier behöver utföras för att kunna få en hög evidensgradering på resultatet.

REFERENSER

Booth, K et al (2004) Women's experiences of information, psychological distress and worry after treatment for gynaecological cancer. *Patient Education and Counselling*, 56, 225-232.

Bourgeois-Law, G et al (1999) Sexuality and gynaecological cancer: a needs assessment. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 8, 231-240.

Browall, M et al (2004) Information needs of women with recently diagnosed ovarian cancer – a longitudinal study. *European Journal of Oncology Nursing*, 8, 200-207.

Burns, M et al (2007) Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality. *European Journal of Cancer Care*, 16, 364-372.

Cancerfonden (2008) *Cancerfondens information och stödlinje s2008-12-08*

Carnevali, D (1999), *Handbok i omvårdnadsdiagnostik*. Stockholm: Liber

Corney, R et al (1992) The care of patients undergoing surgery for gynaecological cancer: the need for information, emotional support and counselling. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 667-671.

Cullberg J (2006), *Kris och utveckling*, Bokförlaget Natur och Kultur, Stockholm

De Groot, J.M et al (2005) The psychosocial impact of cervical cancer among affected women and their partners. *International journal of gynecological cancer*, 15, 918-925.

Ekwall, E et al (2003) Important aspects of health care for women with gynaecological cancer. *Oncology Nursing Forum*, 30, 313-319.

Farmen, ME & Hol, M (2006) *Gynekologisk Omvårdnad*. I: Almås, H (red) *Klinisk Omvårdnad*. Liber AB: Stockholm.

Hälsa- och sjukvårdslagen (1982:763)

Karolinska institutets hemsida, (2008-11-11)
>http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm<

Leander, G (2008) Om gynekologisk cancer, *Cancerfonden*, hämtad 2008-12-03
><http://www.cancerfonden.se/upload/Dokument/Patientbroschyrer/gyncancer080110.pdf><

Reitan, AM et al (2003) *Onkologisk Omvårdnad*, Liber AB Stockholm

Sand, AM Se mig-att vara närstående. I: Almås, H (red) *Klinisk omvårdnad*. Liber AB: Stockholm

SBU (1993) *Literature searching and evidence interpretation for assessing health care practices*. Stockholm: Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik. Rapport nr 119E

SBU & SSF (1999) *Evidensbaserad omvårdnad vid behandling av personer med depressions sjukdomar*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, rapport nr 3.

Socialstyrelsen (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (SOSFS 1995:5) Stockholm,

Sorbe, B och Frankendal, B (2000) *Gynekologisk onkologi*. Lund: Studentlitteratur

Stead, M.L et al (2003) Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *British Journal of Cancer*, 88, 666-671.

Stewart D.E et al (2000) Information needs and decisional preferences among women with ovarian cancer. *Gynaecologic Oncology*, 77, 357-361

Suhonen, R et al (2005) Patients informational needs and information received do not correspond in hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 1167-1176

Toubassi, D et al (2006) The informational needs of newly diagnosed cervical cancer patients who will be receiving combined chemoradiation treatment. *Journal of cancer education*, 21, 263-268

Willman, A et al (2006), *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*, Lund: studentlitteratur

BILAGA

BILAGA A, Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod (modifiering av författarna efter Willman et al (2006)).

BILAGA B, Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod (modifiering av författarna efter Willman et al (2006)).

Bilaga C:1-10, Matris

BILAGA A, Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod (modifiering av författarna efter Willman et al (2006))

Författare..... År.....
 Titel på artikeln.....

Är populationen patienter med gynekologisk cancer? JA NEJ

Berör studien informationsbehovet? JA NEJ

Kort beskrivning av studien

Forskningsmetod?

Deskriptiv metod Prospektiv studie Annan.....

Patientkaraktäristiska

Antal
 Ålder
 Vilken/a gynekologiska cancersjukdomar.....

Adekvata exklusionskriterier? JA NEJ VET EJ
 Adekvata inklusioner? JA NEJ VET EJ

Är uppföljningstiden tillräckligt lång? JA NEJ VET EJ
 Kommentar.....

Vad avsåg studien att studera?

Urvalsförfarandet beskrivet? JA NEJ VET EJ

Representativt urval? JA NEJ VET EJ

Bortfallet beskriven? JA NEJ VET EJ

Bortfallsstorleken beskriven? JA NEJ VET EJ

Typ av enkät/datainsamlingsmetod

Etiskt resonemang? JA NEJ VET EJ

Är resultatet tillförlitligt? JA NEJ VET EJ

Är instrumenten testade? JA NEJ VET EJ

Är resultatet generaliserbart? JA NEJ VET EJ

Huvudfynd (hur stor var effekten? hur beräknades effekten? konfidensintervall?, statistisk signifikans?, klinisk signifikans?)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

HÖG (I)

MEDEL (II)

LÅG (III)

Kommentar...

.....
.....
.....
.....

Granskare.....

BILAGA B, Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod (modifiering av författarna efter Willman et al (2006)).

Författare..... År.....
 Titel på artikeln.....

Är populationen patienter med gynekologisk cancer? JA NEJ

Berör studien informationsbehovet? JA NEJ

Kort beskrivning av studien

Finns en tydlig problemformulering? JA NEJ

Patientkaraktäristiska

Antal
 Ålder
 Vilken/a gynekologiska cancersjukdomar.....

Etiskt resonemang? JA NEJ VET EJ

Urval

Relevant? JA NEJ VET EJ
 Strategiskt JA NEJ VET EJ

Metod

Urvalsförfarandet tydligt beskrivet? JA NEJ VET EJ
 Datainsamling tydligt beskriven? JA NEJ VET EJ
 Analys tydligt beskriven? JA NEJ VET EJ

Giltighet

Är resultatet logiskt, begripligt? JA NEJ VET EJ
 Råder datamätnad? JA NEJ VET EJ
 Råder analysmättnad? JA NEJ VET EJ

Kommunicerbarhet

Redovisas resultatet klart och tydligt? JA NEJ VET EJ
 Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram? JA NEJ VET EJ

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivningen/analys adekvat?

.....
.....
.....
.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

HÖG (I)

MEDEL (II)

LÅG(III)

Kommentar.....

.....
.....
.....
.....
.....

Granskare (signatur).....

Bilaga C:1 Matris

Författare, År och Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kommentarer och kvalitet
Booth, et al 2004 England	Att undersöka det psykiska stressen som kvinnor med gynekologisk cancer upplevde och det bekymmer dem hade relaterat till deras sjukdom och vilka källor de använde sig av för att få information	<p><i>Kvantitativ deskriptiv studie, med semistrukturerade intervjuer</i>(tidigare använts på kvinnor med bröstcancer för att fastställa deras informationskällor)</p> <p>Datainsamling vid två tillfällen.</p> <p>1. Så nära diagnos tillfället som möjligt.</p> <p>2. Sex månader efter diagnostillfället.</p> <p>Dataanalys, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) användes för att bedöma den psykiska stressen hos patienterna. Harrison's bedömningsformulär användes för att rangordna vad cancerpatienter ansåg vara viktigt i samband med sin sjukdom.</p>	<p>N = 70 kvinnor (sjukhus 1 = 43 kvinnor och sjukhus 2 = 27 kvinnor) med gynekologisk cancer, mellan 24-83 år,</p> <p>Bortfall 9 kvinnor, två avled under studiens gång, två önskade inte att delta i studien och fem kunde inte kontaktas.</p> <p>Inkluderingskriterier: kvinnorna över 18 år Exkluderings kriterier: ingen tidigare cancer diagnos, tala och skriva på engelska.</p>	<p>Kategorierna som presenterades var 1. <i>Patientens bekymmer:</i> Behovet av information kring sexualiteten värderades högre vid andra tillfället än det första. 2. <i>Ångest och depressions poäng,</i> 3. <i>Informationskällor;</i> vid diagnostillfället och början av behandlingen erhöles information främst från sjukvårds- personal som exempelvis konsulter och specialist- sjuksköterskor, även skriftlig information från sjukhuset användes, 4. <i>Specialist sjuksköterskan</i> 22 av kvinnorna hade kontakt med den kliniska sjuksköterskan vid båda tillfällena, 21 av dem ansåg henne som en informationskälla vid det första tillfället och 17 av dem vid det andra tillfället. P=0,125</p>	<p>Tillräckligt patientmaterial som är välbeskrivet. Relevant uppföljningstid, sjunker i kvalitet då analys inte är tillräckligt beskriven.</p> <p>Medel</p>

Bilaga C:2, Matris

Författare, År och Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kommentarer och kvalitet
Bourgeois-Law, et al 1999 Canada	Hur kvinnor med gynekologisk cancer uppfattade informationen de fått angående cancerens effekt på sexualiteten, vilken information de skulle vilja få, när de ville få den och i vilket format.	<p><i>Kvantitativ deskriptiv enkätstudie.</i></p> <p>Datansamling vid ett tillfälle, 24 kvinnor svarade på enkäten på kliniken, där författaren var med och svarade på eventuella frågor kring enkäten. Enkäten reviderades och de resterande 49 kvinnorna fick ta med sig enkäten hem.</p> <p>Enkäten innehöll frågor kring demografi, erfarenheter kring effekterna av cancer på den sexuella funktionen, mottagen information kring sexualitet och cancer, önskingar om ytterligare information kring detta, användbarheten av informationen de fick och om kvinnorna önskade ge andra kvinnor i samma situation något råd.</p>	<p>n = 73 kvinnor med gynekologisk cancer, mellan 25 – 85 år.</p> <p>Bortfall tre stycken enkäter som skickades tillbaka inkompleta.</p> <p>De kvinnorna som blev tillfrågade att delta i studien var tre månader efter avslutad cancer behandling.</p>	<p>Kategorierna som presenterades var:</p> <p>1. <i>Effekten av cancer på den sexuella funktionen:</i> 56,1 % av kvinnorna ansåg att cancer hade påverkat deras sexuella funktioner.</p> <p>2. <i>De svåraste aspekterna av att lära sig att hantera effekterna av sjukdomen och behandling på sexualitet:</i> Kvinnor under 50 år var troligare än dem under 50 år att anse fysiska förändringar som svåra. $P < 0,05$.</p> <p>3. <i>Önskan för och föredragen timing av information på sexualitet och cancer behandling.</i> 58,9 % av dem som svarade hade fått lite eller ingen information om cancer och sexualitet och ville ha mer information, av dessa svarade 67,6 % av kvinnor under 50 år att de önskade mer information.</p> <p>4. <i>identifiering och rankning av typ av information upplevd som mest och minst användbar av kvinnor med gynekologisk cancer.</i></p> <p>5. <i>Föredraget format för mottagande av information om sexualitet och cancer.</i></p> <p>En signifikant skillnad var att kvinnorna under 50 år hellre önskade få mer information i form av broschyrer än de över femtio $p < 0,005$.</p> <p>6. <i>Informanternas uppfattningar av informationen de mottaget kring sexualitet och cancer.</i></p>	<p>Tillräckligt patientantal som är välbeskrivet. Sjunger i kvalitet då analys inte är beskriven och oklara statistiska metoder.</p> <p>Låg</p>

Bilaga C:3, Matris

Författare, År och Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kommentarer och kvalitet
Browall, et al 2004 Sverige	Att ta reda på informationsbehov hos kvinnor med ovarial cancer och om deras informationsbehov förändras över tid.	<p><i>Kvantitativ deskriptiv enkätstudie</i></p> <p>Datainsamling vid tre tillfällen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Strukturerad intervju, två till tre veckor efter diagnos 2. Postenkät vid avslutad behandling 3. Postenkät sex månader efter behandling <p>Enkäten pilotttestades innan påbörjad datainsamling. Enkäten delades in i nio teman om informationsbehovet som kvinnorna fick rangordna. Kategorierna var information kring: <i>1. Sjukdomens stadiindelning och omfattning. 2. Prognosen av sjukdomen. 3. Behandlingens effekter på sociala aktiviteter. 4. Information för att kunna hantera de fysiska och emotionella effekterna av sjukdomen på familjen. 5. Självhjälp för att hantera det dagliga livet. 6. Behandlingens eventuella påverkan på fysisk och sexuell attraktivitet. 7. Olika typer av behandlingar. 8. Äftlighet av sjukdomen. 9. Biverkningar av behandling.</i> De nio kategorierna hade författarna fått från en litteraturstudie, de nio kategorierna hade utvecklats av en kanadensisk forskargrupp.</p> <p>Data analyserades med hjälp av Turnstones' scaling, Bonferroni correction, Kendall's coefficient of agreement och Kendall Zeta coefficient.</p>	<p>n = 64 kvinnor med ovarial cancer diagnos vid ett sjukhus.</p> <p>Bortfall: 18 kvinnor som avled under studiens gång</p> <p>Inklusionskriterier/ exklusionskriterier: äldre än 18 år, nyligen diagnostiserad med ovarial cancer stadier I – IV, genomgått primär kirurgi, ingen tidigare cancerdiagnos, prata och förstå svenska.</p>	<p>Kategorierna som presenterades var enligt samma område som enkäten. Yngre patienter rangordnade frågor i synnerhet om sexualitet högre än äldre patienter $p < 0,005$. Vid alla tre tillfällena rankades sexualiteten och de psykosociala aspekter lägst medan informationen om sjukdomen och möjligheterna att bota sjukdomen rankades vid samtliga tre högst. $P = < 0,001$</p>	<p>Adekvata statistiska metoder, tillräckligt patientmaterial som är tydligt beskrivet och analyserat. Uppföljningen adekvat för syftet.</p> <p>Hög</p>

Bilaga C:4, Matris

Författare, År och Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kommentarer och kvalitet
Burns et al 2007 England	Att undersöka kvinnors sexualitet två till tre år efter behandling av cervixcancer	<p><i>Kvalitativ, fenomenologisk studie</i></p> <p>Datainsamlingsmetod, djupintervjuer mediantid 40min mellan 2001 och 2003</p> <p>En studie vid ett sjukhus där ett ändamålsenligt urval användes för att välja patienter som kunde ge information angående deras behandlingserfarenheter och deras sexualitet efter behandling.</p> <p>Dataanalys skedde efter Miles och Huberman och Colazzi</p>	<p>n = 13 kvinnor med cervixcancer</p> <p>Bortfall 15 stycken kvinnor, ville inte delta i studien.</p> <p>Inkusionskriterier: diagnos cervixcancer, två till tre år efter behandling, rekryterade ifrån en annan studie som studerat sena effekter på behandling av cervixcancer, fri från övrig sjukdom, över 18 år.</p> <p>Exklusionskriterier: fysiska eller psykiska nedsättningar, oförmåga att läsa och kunna förstå talad engelska.</p>	<p>Kategorier som presenterades var:</p> <p>1. <i>Fysiska effekter av behandling.</i> Kvinnorna önskade få information om behandling och dess effekter.</p> <p>2. <i>Påverkan av behandling på sexualitet.</i> Kvinnorna ansåg att de inte fått någon information om sexualitet och cancer.</p> <p>3. <i>Otillräcklig information</i> Kvinnorna ansåg att de hade fått för lite information om sexualitet innan påbörjade behandling.</p>	<p>Analys och metod tydligt beskriven. Resultatet tydligt beskriven</p> <p>Högt bortfall, kan bero på kvinnornas deltagande i annan studie samtidigt.</p> <p>Diskussion om tolkningarnas trovärdighet och tillförlitlighet.</p> <p>Medel</p>

Bilaga C:5, Matris

Författare, År och Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kommentarer och Kvalitet
Corney, et al 1992 England	Undersöka det psykosociala och den psykosexuella anpassningen kvinnor genomgår till följd av en gynekologisk cancer operation	<i>Kvalitativ studie</i> Datainsamlingsmetod, semi strukturerade intervjuer av en av författarna. 1. Sex månader efter deras operation.	n= 105 kvinnor med gynekologisk cancer Bortfall: 36 stycken, på grund av att de var bosatta för långt bort för att möjliggöra en intervju, inte kunde prata engelska eller hade blivit dementa. Inklusionskriterier, kvinnor som genomgått en gynekologisk operation; radikal vulvektomi, Wertheim's hysterektomi eller en bäcken exenteration inom de senaste fem åren.	Kategorierna som presenterades i studien var: <i>1. upplevd stress och olika rädslor,</i> <i>2. känslor vid intervjun,</i> <i>3. återfall av cancer,</i> <i>4. behov av ytterligare information</i> <i>5. Information om sexuella funktioner postoperativt;</i> Kvinnorna önskade ytterligare information om sexuella effekter efter operation, <i>6. påverkan på äktenskapet,</i> <i>7. subjektiva intryck av skuld och dess överföring,</i> <i>8. sterilitet,</i> <i>9. emotionellt stöd och rådgivning;</i> Kvinnorna kände att de skulle vilja få möjligheten att prata med någon om operationen medan de befann sig på avdelningen.	Tydligt syfte och frågeställning, tolkningars förankring i data påvisad. Kvalitén sänks för att analysen är dåligt beskriven. Äldre studie vars tolkningar av data kan hänvisas till andra studier. Studien har lagt grund för fortsatt forskning inom området. Låg

Bilaga C:6, Matris

Författare År och Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kommentarer och Kvalitet
De Groot et al 2005 Canada.	Att fastställa frekvensen och intensiteten av psykosociala värden upplevda av både kvinnan och hennes partner vid invasiv cervixcancer	<p><i>Kvantitativ metod, deskriptiv enkätstudie</i></p> <p>Datainsamlingsmetod, vid ett tillfälle genom enkätundersökning. Data samlades in från januari till oktober 2001. Enkät utvecklad för mätning av par användes. Enkäten var utformad enligt the Cervical Cancer Concerns Questionnaire (CCCQ) Enkäten innehöll en sjugradig likertskala.</p> <p>Författarna påminde paren som inte skickade in enkäten inom två veckor med ett telefonsamtal.</p> <p>Dataanalys med hjälp av Chronbach's Alpha.</p> <p>Forskarna använde sig av innehållsanalys för att tolka data.</p>	<p>n = 26 par, kvinnor med cervixcancer och deras partner.</p> <p>Bortfall; 35 par föll bort på grund av att de inte skickade tillbaka formuläret och/eller inte fyllde i det rätt.</p> <p>Inklusionskriterier för kvinnliga patienter: stadie-I-IV invasiv cervixcancer, kvinnorna var mellan före behandling till två efter avslutad behandling, stabilt 12 månader eller längre stabilt heterosexuellt förhållande, paret ska förstå engelska.</p> <p>Exklusionskriterier: singel, lesbisk, mer än två år efter avslutad behandling, inte kunna förstå engelska</p>	<p>Kategorier som presenterades var: <i>1. Kommunikation med behandlingsteamet 2. Behandlingsfrågor.3. Sexualitet 4. Prognos 5. Orsak/risk 6. Relation med partner 7. Relation med andra</i> Kvinnorna och deras partners allmänna oro var prognosen, sexualiteten och kommunikationen med behandlings teamet. Det var ingen skillnad på patienternas oro kring sexualitet för dem som nyligen genomgått behandling jämfört med dem som hade genomgått behandling för en tid sedan. Där fanns en ökad oro kring cancer hos de par som blivit färdigbehandlad inom de närmsta tolv månaderna. p<0,049</p>	<p>Väl skriven forsknings- och analysmetod Patientmaterialet är väl beskrivet och analyserat med adekvata statistiska metoder. Stort bortfall, anledningen kan vara att forskarna hade förlitat sig på mail istället för att göra intervjuerna face-to-face.</p> <p>Medel</p>

Bilaga C:7, Matris

Författare, År och Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kommentarer och kvalitet
Ekwall et al 2003 Sverige	Vad kvinnor med gynekologisk cancer anser är viktigt vid kontakten med sjukvården	<p><i>Kvalitativ studie, semi strukturerade intervjuer</i></p> <p>Datainsamlingsmetod, vid ett tillfälle, 4-6 veckor efter kvinnornas operation, då de skulle börja sin strål- och/eller cytostatika behandling. Kvinnorna intervjuades under hösten 1996 eller våren 1997.</p> <p>Intervjuerna fortlöpte genom en dialog med så lite avbrott som möjligt av forskaren.</p> <p>Dataanalys innehållsanalys av Patton och Burnard</p>	<p>N =14 kvinnor med cervixcancer, ovarialcancer och livmodercancer</p> <p>Bortfall: tre kvinnor som inte ville delta i studien.</p> <p>Inklusion/exklusionskriterier, kvinnorna identifierades genom ett cancerregister, ingen tidigare cancerdiagnos, kunna tala svenska, genomgått strålning eller cytostatika behandling</p> <p>.</p>	<p>Kategorierna som presenterades var; 1. <i>optimal vård</i>, 2. <i>bra kommunikation</i>; Kvinnorna ansåg att god kommunikation med sjukvårds- personal hjälpte dem att känna sig mer självsäkra och möjliggjorde att kvinnorna kunde vara mer deltagande i sin vård. 3. <i>självuppfattning och sexualitet</i>; Kvinnorna ansåg att informationen om sexualiteten inte belystes av sjukvårdspersonalen, kvinnorna hade inte modet att ta upp ämnet själv</p>	<p>Klart och tydligt resultat är beskrivet och god förankring i tolkningarna av data. Diskussion om tolkningarnas trovärdighet och tillförlitlighet är tydligt redovisad. Välbeskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod vilket ledde till att studien bedömdes till hög kvalitet.</p> <p>Hög</p>

Bilaga C:8, Matris

Författare, År och Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kommentarer och kvalitet
Stead et al 2003 England	Att identifiera nivån på informationen som tillhandahölls, vårdpersonalens åsikter gällande sexuella frågor och vilket behov av utbildning vårdpersonalen hade. Även kvinnornas upplevelser av given information om sexuella frågor undersöktes	<i>Kvanitativ studie med semi strukturerade intervjuer.</i> Datainsamlingsmetod, vid ett tillfälle. Vid intervjutillfället var det 18 månader sedan kvinnorna fick sin diagnos, kvinnorna blev intervjuade mellan november 1998 och februari 1999. Vårdpersonalen som arbetade på onkologisk/gynekologisk klinik blev intervjuade vid ett tillfälle genom semistrukturerade intervjuer. Dataanalys, Fisher' exact test	n = 15 (kvinnor) n = 43 (vårdpersonal; doktorer = 16, sjuksköterskor = 27) mellan 42-71 år. Inkluderings/exkluderings kriterier: sexuellt aktiva eller sexuellt inaktiva relaterat till cancer, kvinnorna med ovarial cancer identifierades från en på forskarnas mottagning	Endast resultat från kvinnorna presenteras på grund av att vårdpersonalens resultat inte fyller syftet eller frågeställningar. Kategorier som presenterades av kvinnorna: <i>1. Upplevelser av kommunikation</i> Ingen av kvinnorna hade fått skriftlig information och enbart två stycken hade fått knapphändig muntlig information. <i>2. Attityder mot att diskutera sexuella problem</i> 60 % av kvinnorna som tyckte att sexuella frågor skulle diskuteras tyckte att vårdpersonal skulle ta initiativ till diskussionen. <i>3. Vad kvinnorna önskade skulle bli diskuterat</i> Kvinnorna ansåg att skriftlig information hade kunnat förbereda kvinnorna.	Tydlig metod och resultat, väldefinierat syfte och frågeställning. Välbeskriven urvalsprocess. Alla tillfrågade kvinnor och vårdpersonal som skrev på informerat samtycke deltog i studien. Otilräckliga statistiska metoder Medel

Bilaga C:9, Matris

Författare, År och Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kommentarer och kvalitet
Stewart, et al 2000 Canada	Vilken information som är mest vital för kvinnor med ovarial cancer och vilken roll de vill ha i besluts process.	<p><i>Kvantitativ, deskriptiv enkätstudie</i></p> <p>Datainsamlingsmetod, vid ett tillfälle. Kvinnorna som gett sin tillåtelse fick en enkät i väntan på sin avtalade tid med läkare på ett sjukhus. Enkäten delades in i följande tema från A-G;</p> <p><i>A. Sociodemografisk information, B. Hälsa och sjukdom, C. Psykologisk förmåga (förmågan att hantera känslor), D. Hur man föredrar att få information, E. Hur man föredrar att få mängd av information, typ av information och vilken fokus man lägger på informationen, F. Specifika informations behov, G. Underlag för att fatta beslut.</i></p> <p>Data analyserades med hjälp av Fishers exact test och Chronbachs alpha. En MHI skala (Mental Health Inventory) användes för att bedöma psykisk funktion hos patienterna.</p>	<p>n = 105 kvinnor, med ovarial cancer mellan 21 – 87 år</p> <p>Bortfall: 31 stycken, skrev inte under informerat samtycke eller fyllde inte i formuläret korrekt.</p> <p>Inkludering/exkluderings kriterier: kvinnor som inte skrev under ett informerat samtycke eller avslutade ett komplett frågeformulär.</p>	<p>Kategorierna som presenterades var samma som enkätens tema. <i>D.</i> Yngre och mer välutbildade kvinnor sökte mer information via Internet (p<0,05). Trots detta önskade kvinnorna främst information ifrån deras läkare eller annan vårdpersonal. <i>E.</i> Under behandlingstiden önskade 90,3 % av kvinnorna detaljerad information. <i>F.</i> Frågor kring cancer, behandling och självhjälp lyftes fram mer frekvent jämfört med fysiska utseendet, sexualitet och ekonomiska frågor (p< 0,05)</p>	<p>Välgjord, tydlig metod och tydligt redovisad metodanalys. Stort patientmaterial, som är väl beskrivet och analyserat med adekvata statistiska metoder.</p> <p>Hög</p>

Bilaga C:10, Matris

Författare, År och Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kommentarer och kvalitet
Toubassi, et al 2006 Canada	Att fastställa hur kvinnor som nyligen diagnostiserats med cervixcancer definierade sitt behov av information.	<p>Kvalitativ studie, grounded theory, intervjuer</p> <p>Datansamlingsmetod; vid ett tillfälle. Kvinnor som identifierades vid ett rutin återbesök vid en gynekologisk klinik. Intervjuerna genomfördes av samma forskare. 10 stycken kvinnor blev intervjuade face-to-face och fyra via telefon. Frågorna var både kvalitativa (öppna frågor) och kvantitativa (ranknings frågor).</p> <p>Dataanalys; Likert skala. MannWhitney U test, the Kurskal-Wallis test, Chi-square test och Spearman's rank correlations. All kvalitativ data lästes av en medlem av forskarlaget, kodades och jämfördes, diskussion med forskarlaget skedde tills de uppnått konsensus.</p>	<p>n = 14 kvinnor med cervixcancer, mellan 30-65 år</p> <p>Bortfall: 1 kvinna som inte kunde nås.</p> <p>Inklusionskriterier/ exklusionskriterier: Samtliga kvinnor skulle vara färdigbehandlade inom de senaste fem åren och samtliga skulle tala engelska. Kvinnorna skulle även ha genomgått en kombination av extern behandling, intrakavitär/interstitiell behandling eller strålbehandling.</p>	<p>Kvinnorna ansåg om de fått all information de velat när de först fått diagnosen och vid förberedelse av behandling hade det medfört minskat stress och ångest.</p> <p>Kvinnorna hade använt sig av självständiga informationskällor, främst internet.</p> <p>Kvinnorna ansåg att om de hade haft all information de hade önskat vid diagnostillfället så hade det minskat en stor del av stressen och ångesten de känt då.</p>	<p>All kvalitativ data granskades av en och samma forskare. Systematisk stringent data redovisad. Datamättnad redovisad, analys och metod välbeskriven. Intervjudata diskuterades inom forskarlaget för att nå konsensus</p> <p>Medel</p>