



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

KVINNANS UPPLEVELSER OCH BEHOV VID GYNEKOLOGISK CANCER SAMT SJUKSKÖTERSANS ROLL

EN LITTERATURSTUDIE

CHRIS KARAMPELA
MALIN NELINDER

KVINNANS UPPLEVELSER OCH BEHOV VID GYNEKOLOGISK CANCER SAMT SJUKSKÖTERSANS ROLL

EN LITTERATURSTUDIE

CHRIS KARAMPELA
MALIN NELINDER

Karampela, C & Nelinder, M. Kvinnans upplevelser och behov vid gynekologisk cancer samt sjuksköterskans roll. En litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 poäng*. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2011.

Bakgrund: Gynekologisk cancer är en särskilt intim form av cancer och drabbar ca 2900 kvinnor i Sverige varje år. *Syfte:* Att beskriva upplevelser och behov hos kvinnor som har gynekologisk cancer och sjuksköterskans stödande roll. *Metod:* En litteraturstudie baserad på tio vetenskapliga artiklar med kvalitativ metod. *Resultat:* Analysen resulterade i fyra huvudteman; förändrad sexualitet, en osäker framtid, relationer samt sjuksköterskans roll. Kvinnorna upplevde en förändrad kroppsbild, ett förändrat sexliv samt en rädsla för recidiv. De hade ett behov av stöd från familj, vänner och kvinnor med samma diagnos. Flera upplevde en brist på information, men hade ett behov av stöd och information från sjuksköterskan. *Konklusion:* Gynekologisk cancer skiljer sig i en del avseenden från andra typer av cancer. Sjuksköterskans stödande roll bör bestå i att ge information och stöd, främst om behandlingens påverkan på kroppen, sexualitet och fertilitet.

Nyckelord: Behov, Gynekologisk cancer, Relationer, Sexualitet, Sjuksköterskans roll, Upplevelser.

WOMEN'S EXPERIENCES AND NEEDS IN GYNECOLOGICAL CANCER AND THE NURSE'S ROLE

A LITERATURE REVIEW

CHRIS KARAMPELA
MALIN NELINDER

Karampela, C & Nelinder, M. Women's experiences and needs in gynecological cancer and the nurse's role. A literature review. *Degree project, 15 Credit Points*. Nursing Programme, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing 2011.

Background: Gynecological cancers are a particularly intimate form of cancer and affects approximately 2900 women in Sweden each year. *Aim:* To describe the experiences and needs of women with gynecological cancer and the supporting role of the nurse. *Method:* A literature review based on ten articles with a qualitative approach. *Results:* The analysis resulted in four main themes: changes in sexuality, an uncertain future, relationships and the role of the nurse. Women experienced a change in body image, an altered sex life and a fear of relapse. They had a need for support from family, friends and women with the same diagnosis. Several experienced a lack of information, but had a need for support and information from the nurse. *Conclusion:* Gynecological cancers differ in some respects from other types of cancer. The supporting role of the nurse should be to provide information and support, primarily on the effect of treatment on the body, sexuality and fertility.

Key words: Experiences, Gynecological cancer, Needs, Nurse's role, Relationships, Sexuality.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
De kvinnliga könsorganens anatomi	5
Gynekologisk cancer, <i>olika typer</i>	6
Upplevelser och behov vid gynekologisk cancer	8
Sjuksköterskans roll	9
Författningar och riktlinjer	9
Teoretisk anknytning	10
SYFTE	11
METOD	11
Databassökning	11
Inklusions- och exklusionskriterier	12
Urval av artiklar	12
Manuell sökning	13
Kvalitetsgranskning	13
Databearbetning och analys	14
RESULTAT	15
Förändrad sexualitet	15
Förändrad kroppsbild	15
Förändrat sexliv	15
Infertilitet	16
En osäker framtid	16
Rädsla för recidiv och att dö	17
Brist på kontroll	17
Relationer	18
Familj	18
Vänner	19
Kvinnor med samma diagnos	19
Sjuksköterskans stödjande roll	19
Behov av stöd	19
Behov av information	20
DISKUSSION	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion	23
Dagligt liv	23
Inre resurser	24
Yttre resurser	27
KONKLUSION	28
REFERENSER	29
BILAGOR	33

INLEDNING

Gynekologisk cancer drabbar årligen ca 2900 kvinnor i Sverige (Cancerfonden, 2009). Som sjuksköterska kan man möta kvinnor med gynekologisk cancer på t ex pre- och postoperativa vårdavdelningar, onkologiska kliniker, gynekologiska vårdavdelningar samt på hospice. Sjuksköterskan är den person som har det största ansvaret för patientens omvårdnad och att ha kunskap om kvinnans upplevelser samt behov är därför angeläget för att på bästa sätt kunna tillgodose patientens behov. En större säkerhet i sin yrkesroll bör sannolikt medföra att patienten känner sig tryggare samt får en god och säker vård.

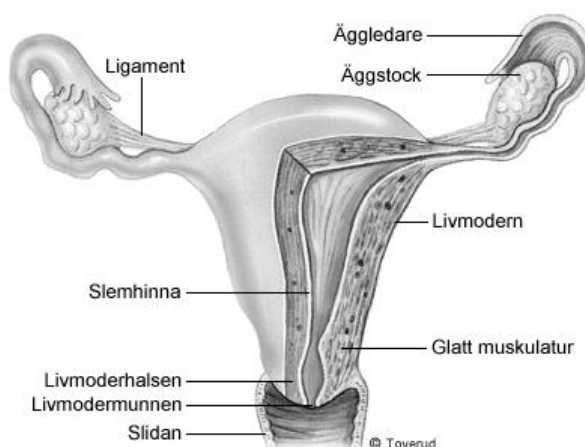
Forskningen kring gynekologisk cancer är underrepresenterad i förhållande till antalet personer som drabbas av sjukdomen. En stor del av den forskning som finns handlar om att fånga upp gynekologisk cancer i ett tidigt skede, främst i form av olika typer av screening. Övrig forskning berör bl a cancertgenetik och riskfaktorer (Cancerfonden, 2009).

BAKGRUND

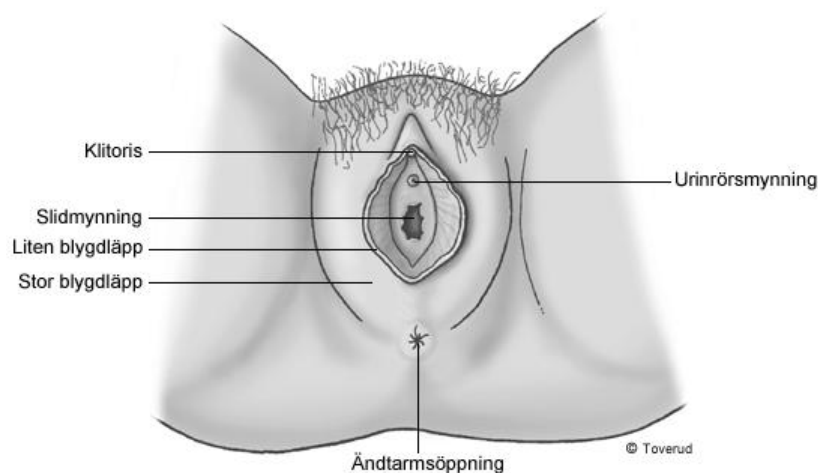
I detta avsnitt presenteras de kvinnliga könsorganens anatomi, studiens definition av gynekologisk cancer och de gynekologiska cancersjukdomarna, upplevelser och behov vid gynekologisk cancer, studiens definition av sjuksköterskans roll samt författningar och riktlinjer. En kort presentation av Carnevalis omvårdnadsteori följer också.

De kvinnliga könsorganens anatomi

De kvinnliga könsorganens anatomi presenteras här med hjälp av bilder på kvinnans inre och yttre genitalia, se Figur 1 och 2.



Figur 1. Kvinnans inre genitalia. Från Sjukvårdsrådgivningen (2010-12-09).



Figur 2. Kvinnans yttre genitalia. Från Sjukvårdsrådgivningen (2010-12-09).

Gynekologisk cancer

Gynekologisk cancer omfattas av endometriecancer (livmoderkroppscancer), ovarialcancer (äggstockscancer), cervixcancer (livmoderhalscancer), vulvacancer (cancer i blygdläppar) och vaginalcancer (cancer i slida) (Cancerfonden, 2009). På detta sätt definieras också gynekologisk cancer i denna studie.

Gynekologisk cancer drabbar kvinnor i alla åldrar (Sele, 2003), men främst kvinnor över 40 år (Socialstyrelsen & Cancerfonden, 2009). Cancer i de reproduktiva organen kan vara särskilt skrämmande (Bergmark & Åvall Lundqvist, 2000). Sjukdomen drabbar en intim och tabubelagd del av kroppen, en del kvinnor finner detta genant samt obehagligt och de dröjer då innan de uppsöker läkare (Sele, 2003). Det är något särskilt med att få en dödlig sjukdom i intima organ som är förknippade med starka känslor, laddningar och sexualitet (Lalos, 2000). På så sätt skiljer sig gynekologisk cancer från cancer i andra delar av kroppen.

Endometriecancer

Varje år insjuknar 142 000 kvinnor i världen av endometriecancer, och 42 000 dör varje år till följd av sjukdomen (Marcickiewicz, 2010). År 2007 drabbades 1369 kvinnor i Sverige, och år 2006 dog 148 till följd av sjukdomen i Sverige (Socialstyrelsen & Cancerfonden, 2009). Endometriecancer är den femte vanligaste cancerformen hos kvinnor i Sverige (Cancerfonden, 2009). Sjukdomen drabbar främst kvinnor i åldrarna 60-85 år (Marcickiewicz, 2010). Det är okänt varför endometriecancer uppkommer, men troligen har östrogenpåverkan en viss betydelse och de flesta riskfaktorerna påverkar kroppens hormonella balans. Den vanligaste formen är adenokarcinom, tumörer som drabbar körtlar (Högberg et al, 2008). Endometriecancer drabbar främst livmoderslemhinnan, men kan även drabba livmoderns glatta muskulatur (Socialstyrelsen & Cancerfonden, 2009). Det vanligaste symtomet är onormal vaginal blödning, dock kan en nytillkommen flytning vara enda symtomet. Tryckkänsla på blåsa eller tarm kan också förekomma (Marcickiewicz, 2010).

En gynekologisk undersökning med transvaginalt ultraljud bör genomgåas vid misstanke om endometriecancer, biopsi görs därefter om livmoderslemhinnan är förtjockad. Behandlingen består främst av total hysterektomi där hela livmodern

avlägsnas eller bilateral salpingoforektomi där sköljning av bukhålan och eventuell utrymning av pelvina och paraaortala lymfkörtlar sker. Behandling med radioterapi, hormonell behandling med gestagen eller cytostatika förekommer också (Marcickiewicz, 2010). Ca 90 % får recidiv inom fem år (a a) och den relativa femårsöverlevnaden är enligt Cancer i Siffror (2009) 84,4 %.

Ovarialcancer

År 2002 drabbades ca 200 000 kvinnor i världen av ovarialcancer och 125 000 dog samma år till följd av sjukdomen (Högberg et al, 2008). I Sverige drabbas varje år ca 750 kvinnor (Cancerfonden, 2009; Borgfeldt, 2010) och år 2006 dog 620 av ovarialcancer i Sverige (Socialstyrelsen & Cancerfonden, 2009). Det är den nionde vanligaste cancerformen hos kvinnor i Sverige (Cancerfonden, 2009). Främst kvinnor i 60-70 årsåldern drabbas. Orsaken till varför sjukdomen uppkommer är oklar, men ca 5-10 % är ärftlig (Socialstyrelsen & Cancerfonden, 2009). Bland riskfaktorerna hör att ha passerat klimakteriet och haft många ägglossningar (Cancerfonden, 2009). Tubarcancer, cancer i äggledarna, liknar ovarialcancer men är ovanlig med ca 50 fall per år (Borgfeldt, 2010).

Den vanligaste formen är epiteliäla tumörer, och uppkommer då på ett av ovariernas yta. Ovarialcancer ger ofta inga eller vaga symtom i ett tidigt stadium av sjukdomen. När ovarialtumören tillväxt ger sjukdomen ofta diffusa symtom från buken. Vid misstanke görs en gynekologisk undersökning med vaginalt ultraljud (Borgfeldt, 2010; Socialstyrelsen och Cancerfonden, 2009). Tumörmarkören CA-125 kan mätas i plasma (Borgfeldt, 2010). Behandlingen består främst av att äggstockar och eventuellt äggledare och livmoder avlägsnas kirurgiskt (Cancerfonden, 2009). Cytostatika som tilläggsbehandling är vanligt (Borgfeldt, 2010; Cancerfonden, 2009). Ungefär hälften får recidiv inom två år, och den relativa femårsöverlevnaden är 35-40 % (Borgfeldt, 2010).

Cervixcancer

År 2002 drabbades ca 493 000 kvinnor i världen av cervixcancer och 274 000 dog samma år till följd av sjukdomen (Högberg et al, 2008). I Sverige drabbas ca 500 kvinnor per år (Dahm Kähler, 2010) och år 2006 dog 125 kvinnor i Sverige av cervixcancer (Socialstyrelsen & Cancerfonden, 2009). Främst kvinnor runt 50 år drabbas (Cancerfonden, 2009), men var fjärde som drabbas är under 40 år (Socialstyrelsen & Cancerfonden, 2009). HPV, humant papillomvirus, utgör den främsta orsaken och sprids via sexuella kontakter (Rylander, 2010). Den vanligaste formen är skivepitelskancer. Cervixcancer ger vanligen inga symtom förrän synliga förändringar uppkommer, då är blödningar och flytningar vanliga symtom (Dahm Kähler, 2010). Diagnostisering sker med hjälp av en gynekologisk undersökning samt med ett cellprov följt av ett eventuellt vävnadsprov. Behandlingen består av kirurgi, vanligen kombinerat med cytostatika och strålbehandling (Cancerfonden, 2009; Dahm Kähler, 2010). Den relativa femårsöverlevnaden ca 70 % (Cancerfonden, 2009). I förebyggandet av cervixcancer pågår två stora insatser i Sverige. Dels så vaccineras flickor i åldrarna 10-12 år, dels så kallas alla kvinnor mellan 23-60 år till gynekologisk cellprovtagning (Socialstyrelsen, 2010-12-09 a).

Vulvacancer

Vulvacancer drabbar ca 200 kvinnor i Sverige varje år (Cancerfonden, 2009) och främst äldre kring 70 år (Brännström, 2010). År 2005 dog 75 kvinnor i Sverige till

följd av vulvacancer. Orsaken är okänd (Högberg et al, 2008), men i ungefär hälften av alla fall hittas HPV-DNA i vulvatumörer, dock inte lika stort orsakssamband som vid cervixcancer. Vulvacancer utgörs främst av skivepitelcancer, och kan då vara vårtliknande. Malignt melanom är den näst vanligaste formen. Klåda är det främsta och inledande symtomet, senare symtom är bl a knuta i underlivet och smärtor. Biopsi från vulva tas under lokalanestesi vid misstanke om vulvacancer. Behandling består främst av kirurgi där tumören avlägsnas, strålning kan ges preoperativt för att krympa tumören eller som postoperativ adjuvant behandling. Femårsöverlevnaden vid skivepitelstyp är ca 70 % och knappt 50 % vid malignt melanom (Brännström, 2010).

Vaginalcancer

Vaginalcancer är ovanlig och utgör ca 1-2 % av de gynekologiska cancersjukdomarna, mellan 20 och 30 kvinnor diagnostiseras i Sverige årligen, främst kvinnor kring 65 år drabbas (Brännström, 2010). Orsaken är okänd (Högberg et al, 2008), men i drygt hälften av fallen kan HPV påvisas i tumören (Brännström, 2010). Hysterektomi utgör också en av riskfaktorerna och ungefär hälften av de som drabbas har tidigare genomgått en hysterektomi. Vaginalcancer utgörs främst av skivepitelcancer. De vanligaste symtomen är vaginal blödning eller flytning. Vid misstanke inspekteras vaginalslemhinnan och diagnos ställs med hjälp av biopsi. Behandlingen består främst av hysterektomi och övre vaginektomi, eller med strålbehandling, ofta i kombination av yttre strålbehandling och brakyterapi där strålkällan placeras i vagina eller i tumören. Femårsöverlevnaden är ca 45 % (Brännström, 2010).

Upplevelser och behov vid gynekologisk cancer

Tumörer i könsorganen kan orsaka både fysiska och känslomässiga problem (Farmen & Hol, 2002). Behandlingen vid gynekologisk cancer innebär ofta traumatiska ingrepp som kan påverka kvinnans identitet och kroppsuppfattning negativt. Sjukdomen kan också leda till en störd integritet och ett stort självförtroende samt en känsla av att känna sig ofullständig som kvinna (Lalos, 2000). Gynekologisk cancer och dess behandling kan medföra fysiska, psykiska och sociala förändringar, t ex att kroppsbilden påverkas negativt (Sele, 2003). Efter t ex en hysterektomi kan kvinnan få en negativ självbild och kroppsuppfattning, hon kan också uppleva en saknad av de organ som opererats bort. Kroppsuppfattningen kan även påverkas negativt p g a cytostatikabehandling som kan orsaka avmagring, hårförlust och hudförändringar (Bergmark och Åvall Lundqvist, 2000).

Gynekologisk cancer kan leda till en upplevelse av att ha förlorat sin identitet och sitt egenvärde som kvinna, även känslor av skuld kan upplevas (Farmen & Hol, 2002). Kvinnan kan också känna sig stigmatiserad då sjukdomen är kopplad till sexualvanor (Bergmark, 2007; Borg, 2003; Sele, 2003). Behandlingen kan medföra en infertilitet som kan vara tabufylld och svår att hantera (Lalos, 2000). Sexualiteten kan påverkas negativt och kvinnligheten kan upplevas som hotad (Sele, 2003). Illamående och trötthet kan leda till ett minskat behov av sexuell samvaro, men ett ökat behov av närhet (Bergmark och Åvall Lundqvist, 2000). Som en biverkning av cancerbehandlingen smärta vid samlag upplevas p g a torrare och skörare slemhinna i slidan (Lalos, 2000). Kvinnan kan också uppleva genans och en känsla av försämrad kroppskontroll p g a t ex urin- och tarmdysfunktion som är en biverkning av strålbehandling (Bergmark och Åvall

Lundqvist, 2000). Kvinnor som opererats i underlivet har också ofta ett stort behov av att få information (Farmen & Hol, 2002). Flera har också ett behov av stöd från andra kvinnor med samma diagnos (Carlsson, 2007; Wettergren, 2007 a). Gynekologisk cancer och dess behandling kan ha negativa effekter på livskvaliteten, både fysisk och psykiskt liksom socialt och andligt samt utgör ett hot mot de drabbade kvinnornas sexuella hälsa, sexuella funktion och fertilitet, kroppsbild samt femininitet (Reis et al, 2010).

Sjuksköterskans roll

I denna studie utgår definitionen av sjuksköterskans roll från Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) som innehåller rekommendationer om sjuksköterskans yrkeskunnande, kompetens, erfarenhet och förhållningssätt. Dessa områden bildar alla tillsammans sjuksköterskans yrkesroll där det slutliga syftet är att ge patienter en god och säker vård. Sjuksköterskans roll i mötet med patienter innefattar bl a förmågan att tillgodose patientens basala så väl som specifika behov, uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande, kommunicera med patienten och dess närstående, ge stöd och vägledning i vård och behandling, informera och undervisa patienten och dess närstående samt uppmärksamma de patienter som inte själva ger uttryck för sitt informationsbehov (Socialstyrelsen, 2005).

Kvinnor och deras partner upplever ofta svårigheter i deras sexliv och många uttrycker ett behov av stöd från hälso- och sjukvården gällande detta (Lalos, 2000), det är också av betydelse att få sina känslomässiga behov tillgodosedda av sjuksköterskan (Johnsson, 2007). För att förstå kvinnans reaktioner och hur hon påverkas bör hennes eventuella partner involveras i omvårdnaden (Lalos, 2000). Det är en stor omställning för patienten att få en cancerdiagnos och många hamnar i en kris, därför är det betydelsefullt att sjuksköterskan vet sin roll i mötet med dessa patienter. Det psykosociala stödet har stor betydelse i mötet med patienten som har cancer (Reitan, 2003 d). Sjuksköterskans främsta uppgift, i mötet med kvinnor som har gynekologisk cancer, är att se till att de får den information de behöver och särskilt angående biverkningar (Sele, 2003). Sjuksköterskan bör också stödja kvinnan i de kroppsliga förändringar hon genomgår (Schølberg, 2003).

Författningar och riktlinjer

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, innehåller mål för och krav på hälso- och sjukvården. HSL förordnar t ex i 2 § att ”vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet”. HSL förordnar vidare i 2 a § att ”hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård”, bl a ska vården ”bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet”, ”främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen” och ”tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården”. HSL förordnar här också att ”vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten”.

Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, LYHS, innehåller främst bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter. I LYHS 2 kap 1 § förordnas att ”den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet” men även

att ”patienten skall visas omtanke och respekt”. I LYHS 2 kap 2 § bestäms också att patienten ska ges ”individuellt anpassad information”.

Statens folkhälsoinstitut har utformat elva målområden för folkhälsa i Sverige. Bland de elva målområdena finns t ex mål 8 som rör sexualitet och reproduktiv hälsa. Statens folkhälsoinstitut menar att det är grundläggande för individens upplevelse av hälsa och välbefinnande att ha möjlighet till en trygg och säker sexualitet.

Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska syftar att tydliggöra sjuksköterskans profession och yrkesutövning samt att därigenom bidra till att patienten ska få en god och säker vård. Kompetensbeskrivningen redovisar sjuksköterskans arbetsområden som följer en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt, t ex att visa omsorg och respekt för patienten (Socialstyrelsen, 2005).

Specifikt för cervixcancer tillades, den 1 januari 2010, vaccination av flickor mot HPV i Socialstyrelsens föreskrifter om vaccination av barn (Socialstyrelsen, 2010 a). Skolhälsovården blev genom detta tillägg skyldiga att erbjuda vaccination mot HPV för flickor, födda 1999 eller senare, då de är 10-12 år gamla och går i årskurs 5-6 (Socialstyrelsen, 2010 b).

Socialstyrelsens rapport Gynekologisk cellprovskontroll 1998:15 innehåller rekommendationer om gynekologisk cellprovtagning. De rekommenderar att screening för cervixcancer görs var tredje år för kvinnor mellan 23 och 50 år, samt var femte år i åldrarna 51-60 år (Socialstyrelsen, 1998).

Teoretisk anknytning

Carnevalis modell Dagligt Liv ↔ Funktionellt Hälsotillstånd beskriver en struktur för dagligt liv, inre resurser och yttre resurser (Carnevali, 1999). Enligt Carnevalis omvårdnadsteori samspelar liv och funktionellt hälsotillstånd med varandra, och är beroende av varandra. Det dagliga livet omfattas bl a av *aktiviteter och upplevelser, förväntningar och förpliktelser* samt *värderingar, övertygelser, seder och bruk*. Det påverkar hur individen eller familjen kan eller bör fungera samt anger kraven på den funktionella förmågan, den funktionella förmågan påverkar i sin tur individens/familjens möjligheter att leva sitt dagliga liv. Carnevali menar att individens välbefinnande och livskvalitet är beroende av förmågan att bevara en balans mellan det dagliga livets krav samt de inre och yttre resurserna. Modellen definierar hälsobegreppet på förekomsten av denna balans, oavsett individens hälsotillstånd. Carnevali beskriver att sjuksköterskans funktion består av att hjälpa individer och familjer att hitta den här balansen (a a).

Inre resurser definieras av Carnevali (1999) som det individen, familjen eller gruppen har tillgång till för att tillgodose hälsorelaterade utmaningar och krav i det dagliga livet. De kategorier av inre resurser som är aktuella i denna studie är *styrka, sinnesstämning, kunskap, motivation och kommunikation*. *Styrka* definieras som förmågan att utföra en viss uppgift vid en given tidpunkt, *sinnesstämning* omfattar både det normala och det aktuella tillståndet, *kunskap* innefattar vad individen eller gruppen kan och vet, *motivation* definieras som önskan att delta i hälsorelaterade beteenden eller aktiviteter samt *kommunikation* som förmågan att göra sig förstådd och förstå andra (a a).

Yttre resurser definieras av Carnevali (1999) som alla resurser som finns utanför individen eller gruppen. Den kategori av yttre resurser som är aktuell i denna studie är *människor*, människor som har ett genuint intresse för individen eller familjen beskrivs av Carnevali som en av de viktigaste yttre resurserna (a a).

SYFTE

Syftet med denna studie är att beskriva upplevelser och behov hos kvinnor som har gynekologisk cancer och sjuksköterskans stödjande roll.

METOD

Den valda metoden är en litteraturstudie och har inspirerats av Axelsson (2008) som beskriver att en litteraturstudie ska innehålla en tydlig frågeställning, beskriva den sökstrategi som använts för att identifiera artiklar samt på vilka grunder artiklarna inkluderats respektive exkluderats. En analys ska även genomföras av de ingående artiklarnas resultat, dessutom ska de ingående artiklarna kvalitetsgranskas (Axelsson, 2008). Med hjälp av Axelsson (2008), vad det gäller problemformulering, artikelsökning samt databearbetning och analys, har denna studie genomförts.

Databassökning

De databaser som användes i litteraturstudien var PubMed, CINAHL, PsycINFO samt Medline eftersom dessa var aktuella i relation till syftet. De sökord som användes preciserades i en provsökning där relevanta sökord kombinerades i både fritextsökning och ämnesord. I databaserna specificerades ämnesorden genom att använda sig av "MESH-termer" (MESH), "Keyword" (KW) eller "Exact Subject Heading" (MH). I provsökningen användes färre begränsningar än vad som slutligen användes. Detta eftersom den resulterade i ett stort antal träffar som gjordes att den slutliga sökningen kunde ha snävare begränsningar. Sökningen baserades på sökord som ansågs vara relevanta för studiens syfte; Genital Neoplasms, Female (ämnesord), Gynecologic* (fritext med trunkering), Cancer* (fritext med trunkering), Uterine Cervical Neoplasms (ämnesord), Uterine Neoplasms (ämnesord), Ovarian Neoplasms (ämnesord), Nurs* (fritext med trunkering), Nursing (ämnesord). Det gjordes även exkluderingar i databassökningen för ytterligare precision genom att kombinera sökorden med "NOT". De sökord som användes var Prevention and Control (ämnesord), Mass Screening (ämnesord) samt Screening (fritext). Kombinationerna som ledde fram till använda artiklar återfinns i Tabell 1.

I sökningarna i PubMed hittades fyra artiklar och i sökningarna i PsycINFO hittades ytterligare två artiklar som slutligen användes i denna studie. Varken sökningarna i CINAHL eller i Medline tillförde några nya artiklar och sökningarna avslutades därför när samma artiklar återkom flera gånger i sökresultatet.

Inklusions- och exklusionskriterier

De inklusionskriterier som användes var att de vetenskapliga artiklarna skulle vara publicerade fr o m år 2005 fram till dagen då sökningen skedde. För att kunna förstå och tolka resultatet söktes endast artiklar skrivna på svenska eller engelska. Artiklarna skulle även, beroende på databas, ha ett abstrakt, vara ”Peer Reviewed” eller ha begränsningen ”Journal Articles Only” för att säkerställa att de publicerats i en etablerad vetenskaplig tidskrift.

Urval av artiklar

Samtliga titlar i sökträffarna från databassökningarna lästes av författarna. De titlar som ansågs vara relevanta för studiens syfte valdes att granskas ytterligare genom att läsa artikelns abstrakt. De titlar som berörde t ex riskfaktorer, screening, genetik samt prevention uteslöts. De abstrakt som granskades av författarna lästes noga igenom för att kunna bedöma om artikeln berörde kvinnors upplevelser och behov samt sjuksköterskans roll. Vidare valdes att läsa de artiklar vars abstrakt ansågs vara relevanta för denna studies syfte. Här framkom att en del artiklar inte var relevanta, t ex uteslöts de artiklar som berörde enbart specialistsjuksköterskor, de som inte var specifika för gynekologisk cancer, de som enbart undersökte sjuksköterskans perspektiv samt de artiklar som berörde symptom och behandling.

Tabell 1. Databassökning och urval av artiklar.

Databas/ Datum	Sökord	Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Granskade abstract	Granskade artiklar	Använda artiklar
PubMed 2010/10/12	Genital Neoplasms, Female (MESH) AND Nursing (MESH)	*	88	88	32	13	2
PubMed 2010/10/13	Uterine Cervical Neoplasms (MESH) AND Nurs* NOT Mass Screening (MESH)	*	92	92	17	8	1 ^a
PubMed 2010/10/13	Uterine Neoplasms (MESH) AND Nurs* NOT Prevention and Control (MESH)	*	119	119	22	7	1 ^a
PubMed 2010/10/13	Ovarian Neoplasms (MESH) AND Nurs*	*	119	119	38	18	1 ^b
CINAHL 2010/11/11	Ovarian Neoplasms (MH) AND Nurs*	**	81	81	35	20	1 ^b
PsycINFO 2010/11/11	Gynecologic* (KW) AND Cancer* (KW) AND Nurs* (KW)	***	21	21	16	11	2
Medline 2010/11/12	Uterine Cervical Neoplasms (MH) AND Nurs* NOT Screening	****	64	64	11	7	1 ^a
Medline 2010/11/12	Ovarian Neoplasms (MH) AND Nurs*	****	119	119	30	18	1 ^b
Manuell sökning 2010/11/16	-	*****	-	-	-	-	4
Totalt antal artiklar							10

* Only items with abstracts; English, Swedish; Publication Date from 2005/01/01 to 2010/12/31

** Abstract Available; Peer Reviewed; Languages: English, Swedish; 2005-2010

*** Journal Articles Only; English, Swedish; 2005-2010

**** Abstract Available; Languages: English, Swedish; 2005-2010

***** 2003-2010, beskrivs vidare under ”Manuell sökning”, s 12

^a Artikeln återfanns i flera sökningar

^b Artikeln återfanns i flera sökningar

Manuell sökning

Referenslistor från litteraturstudier är lämpliga för en s k manuell sökning, vilket innebär att litteraturöversiktens referenslistor läses igenom för att hitta ytterligare artiklar (Axelsson, 2008). Vid den manuella sökningen utökades begränsningarna gällande artiklarnas publiceringsår med ytterligare två år, alltså artiklar publicerade fr o m 2003 inkluderades här. Detta eftersom de tidigast publicerade artiklarna från databassökningen använde sig av källor skrivna tidigare än 2005. De ”reviews” som exkluderades i databassökningen men som svarade bra mot studiens syfte användes därför för en manuell sökning, dock hittades inga ytterligare artiklar här. En manuell sökning via referenslistorna utfördes också i de artiklar som valts ut för kvalitetsgranskningen, här hittades ytterligare sju användbara artiklar. Slutligen användes fyra artiklar hittade via den manuella sökningen, se Tabell 1.

Kvalitetsgranskning

Efter att databassökningen och den manuella sökningen avslutats återstod 27 artiklar inför kvalitetsgranskningen. Då sju av artiklarna inte svarade mot vår syfte efter noggrannare läsning exkluderades dessa och 20 artiklar kvarstod.

Artiklarnas kvalitet bedömdes efter två granskningsprotokoll, ett för kvalitativa och ett för kvantitativa studier. Granskningsprotokollen ur Willman et al (2006) låg till grund för de som användes, vilka också modifierades i enlighet med vad Willman et al (2006) rekommenderar, se Bilaga 1 och 2. För varje positivt svar utdelades ett poäng och ett negativt eller inadekvat svar gav noll poäng. Artikelns sammanlagda poäng räknades därefter om i procent av den totala, möjliga poängsumman. Därefter gjordes en gradering av artiklarnas kvalitet i enlighet med Willman et al (2006), se Tabell 2. Kvalitetsgranskningen gjordes först individuellt av författarna, för att därefter jämföras och diskuteras för att komma fram till en gemensamt bestämd kvalitetsgrad. De artiklar som erhöll kvalitetsgrad III eller inte uppnådde 60 % av den totala, möjliga poängsumman exkluderades (n = 4).

Tabell 2. Kvalitetsgradering med hjälp av procentindelning. Ur Willman et al (2006) s 96.

Kvalitetsgrad	Procent av den totala, möjliga poängsumman
Grad I	80 – 100 %
Grad II	70 – 79 %
Grad III	60 – 69 %

Efter kvalitetsgranskningen återstod 16 artiklar, tio artiklar med kvalitetsgrad II och sex artiklar med kvalitetsgrad I. En subjektiv bedömning gjordes för att ytterligare kunna rangordna studiernas kvalitet, Willman et al (2006) rekommenderar att detta ingår i en kvalitetsgranskning. Den subjektiva granskningen gjordes med hjälp av förbestämda kriterier. De kvalitativa artiklarna bedömdes efter en bedömningsmall av Willman et al (2006), se Tabell 3. De kvantitativa artiklarna bedömdes efter en bedömningsmall inspirerad av Forsberg och Wengström (2008). Den subjektiva bedömningen resulterade i att fyra artiklar exkluderades p g a att deras kvalitet bedömdes vara lägre än de övriga artiklarnas och tolv artiklar, samtliga med kvalitativ metod och hög kvalitet enligt den subjektiva bedömningen, återstod. Dessa lästes igenom av författarna och efter diskussion angående resultatens användbarhet uteslöts ytterligare två artiklar. Tio artiklar återstod vilka användes i denna studies resultat, en matris över dessa artiklar återfinns i Bilaga 3.

Tabell 3. Kriterier för vetenskaplig kvalitet för studier med kvalitativ metod. Ur Willman et al (2006) s 97.

Typ av studie	Hög kvalitet	Låg kvalitet
Studie med kvalitativ metod	<p>Klart beskriven kontext.</p> <p>Väldefinierad frågeställning.</p> <p>Välbeskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod.</p> <p>Dokumenterad metodisk medvetenhet.</p> <p>Systematisk och stringent medvetenhet.</p> <p>Tolkningars förankring i data påvisad. Diskussion om tolkningars trovärdighet och tillförlitlighet.</p> <p>Kontextualisering av resultat i tidigare forskning.</p> <p>Implikationer för relevant praktik väl artikulerade.</p>	<p>Oklart beskriven kontext (sammanhang).</p> <p>Vagt definierad frågeställning.</p> <p>Otydligt beskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod.</p> <p>Dåligt dokumenterad metodisk medvetenhet.</p> <p>Osystematisk och mindre stringent dataredovisning.</p> <p>Otydlig förankring av tolkningarna i data.</p> <p>Kontextualisering av resultat i tidigare forskning saknas eller är outvecklad.</p> <p>Implikationer för relevant praktik saknas eller är otydliga.</p>

Databearbetning och analys

Artiklarna lästes inledningsvis flertalet gånger av författarna var för sig för att få en uppfattning om och förståelse för resultatet i samtliga studier. Därefter bearbetades resultaten gemensamt och de meningar som svarade mot syftet och som ansågs höra till samma kategori markerades med en egen färg. De markerade meningarna översattes från engelska till svenska eftersom alla artiklar var skrivna på engelska. Kategorierna berörde förändrad kroppsbild, sexualitet, infertilitet, rädsla för framtiden, recidiv, brist på kontroll, familj, vänner och hälso- och sjukvårdspersonal, stöd och information. Kategorierna gavs arbetsnamn och lästes därefter flera gånger och då framkom olika teman som berörde förändrad sexualitet, en osäker framtid, relationer och sjuksköterskans roll. Dessa teman kom att bli huvudrubriker i studiens resultat och efter diskussion om tillhörighet sammanfördes kategorierna, som kom att bli resultatets underrubriker, under passende huvudrubrik. Detta för att samla ihop de kategorier som berörde samma område till en ny helhet. Detta i enlighet med vad Axelsson (2008) beskriver, där studiernas resultat delas upp i delar för att sammanföras till en ny helhet.

RESULTAT

Analysen resulterade i fyra huvudteman med subteman, vilka redovisas i Tabell 4.

Tabell 4. Resultatets huvudteman och subteman

Huvudtema	Subteman
Förändrad sexualitet	Förändrad kropps bild Förändrat sexliv Infertilitet
En osäker framtid	Rädsla för recidiv och att dö Brist på kontroll
Relationer	Familj Vänner Kvinnor med samma diagnos
Sjuksköterskans stödjande roll	Behov av stöd Behov av information

Förändrad sexualitet

Sexualitet var en stor del av kvinnornas upplevelser under och efter behandling av gynekologisk cancer. Resultatet av kvinnornas upplevelser presenteras efter underrubrikerna förändrad kropps bild, förändrat sexliv och infertilitet.

Förändrad kropps bild

Många kvinnor blev mer medvetna om sina kroppar efter att de blivit diagnostiserade med gynekologisk cancer och de beskrev de kroppsliga förändringarna som både positiva och negativa (Burns et al, 2007; Jefferies & Clifford, 2009; Juraskova et al, 2003; Likes et al, 2008; Rasmusson & Thomé, 2008). Deras självbild förändrades negativt då de t ex kände att kvinnligheten gick förlorad efter sin operation, rörelseförmågan försämrades p g a lymfödem efter behandlingen, symtom från underlivet såsom klåda och smärta samt p g a viktuppgång som var en biverkning av behandlingen (a a). Främst yngre hade en sämre kropps bild och sänkt självkänsla (Burns et al, 2007; Jefferies & Clifford, 2009; Juraskova et al, 2003; Rasmusson & Thomé, 2008). Flera oroade sig över de kroppsliga förändringarna och att de kunde påverka eventuella framtida relationer (Burns et al, 2007; Rasmusson & Thomé, 2008). Några upplevde dock de kroppsliga förändringarna som positiva, t ex då hysterektomi upplevdes som en lättnad och de slapp besvär från underlivet så som riklig menstruation och flytningar (Juraskova et al, 2003; Rasmusson & Thomé, 2008). En del kände skam och genans över att deras gynekologiska cancer var kopplad till sexuellt överförbara sjukdomar samt att de kände sig smutsiga då cancer kunde ha orsakats av en könssjukdom, några var även rädda för att sprida HPV-viruset och därmed cancer till någon annan (Likes et al, 2008; Roberts & Clarke, 2009).

Förändrat sexliv

Cancersjukdomen och cancerbehandlingen hade en stor påverkan på kvinnornas sexualitet. Den hade inte första prioritet för kvinnorna då deras tankar fokuserades på sina barn och att bli friska och att tankar om sexualitet då kom i andra hand (Juraskova et al, 2003; Rasmusson & Thomé, 2008). De försökte fortfarande hantera det faktum att de hade en livshotande sjukdom och till en början koncentrerade de sig på att klara sig igenom behandlingen och därmed sjukdomen (a a). En del beskrev dock att det under sjukdomens gång blev mer tydligt att

intimitet och sexualitet var viktigt för välbefinnandet (Rasmusson & Thomé, 2008).

Några kvinnor funderade över när de kunde återuppta samlag efter operationen, medan andra inte tänkte på samlag förrän först efter behandlingen var avslutad och de kände sig då rädda och osäkra inför sin sexuella funktion (Juraskova et al, 2003; Rasmusson & Thomé, 2008). Sexualiteten hade påverkats av sjukdomen på så sätt att längtan efter samlag och intresse för sex hade minskat samt att sensualiteten hade försvunnit, en del upplevde det första samlaget som traumatiskt och kände sig emotionellt frånvarande (Burns et al, 2007; Ekwall et al, 2003; Juraskova et al, 2003; Rasmusson & Thomé, 2008). Sex sågs dock ibland som avslappnande då det inte alltid var främst själva samlaget som upplevdes som mest tillfredställande utan snarare andra intima aspekter såsom sensualitet och tröst (Juraskova et al, 2003; Rasmusson & Thomé, 2008).

Några kvinnor upplevde att deras libido hade påverkats negativt och att deras sexuella förhållande hade förändrats till följd av de biverkningar och fysiska förändringar som uppstått efter behandlingen eftersom dessa skapade obehag och blev ett hinder för intima relationer, t ex kunde blås- och tarmdysfunktion orsaka smärta och oro vid sex (Burns et al, 2007; Howell et al, 2003; Rasmusson & Thomé, 2008). Vissa var även oroliga och rädda för att samlag kanske skulle kunna orsaka att cancer spred sig efter behandlingen eller att cancer skulle komma tillbaka, och att de därför varit motvilliga och ängsliga inför att ha samlag efter behandlingen (Burns et al, 2007; Rasmusson & Thomé, 2008).

För en del var samlaget ett tecken på mannens tillfredställelse och de kände oro över att inte kunna tillfredställa sin man (Juraskova et al, 2003; Rasmusson & Thomé, 2008). Främst de som inte hade en öppen kommunikation uttryckte ett behov av att ge sin partner tillfredställelse trots egna svårigheter och de funderade därför mycket över sin sexualitet och dess påverkan på förhållandet, en del kände att de inte kunde neka sin partner att söka sexuell njutning på annat håll (a a).

Infertilitet

Flera upplevde infertiliteten som starkt kopplad till sexualiteten, vilket förändrade syftet med samlag. De upplevde barnlösheten som minst lika betydelsefull som de faktum att de hade drabbats av cancer och medvetenheten om att de hade en livshotande sjukdom överskuggades av infertiliteten och dess påverkan på deras liv (Howell et al, 2003; Rasmusson & Thomé, 2008; Roberts & Clarke, 2009). Det var främst yngre kvinnor som kopplade sin femininitet med fertiliteten, de upplevde därför infertiliteten som en stor förlust och det kändes plågsamt och ångestfyllt att inte kunna få egna barn (Juraskova et al, 2003; Rasmusson & Thomé, 2008; Roberts & Clarke, 2009). En del uttryckte känslor av skuld och ånger över att de inte skaffat familj tidigare och de upplevde att infertiliteten hade en negativ påverkan på deras förhållande då de inte längre kunde finna någon mening i sin relation (Juraskova et al, 2003; Roberts & Clarke, 2009).

En osäker framtid

Rädsla för recidiv och att dö samt en känsla av brist på kontroll påverkade kvinnorna efter att de blivit diagnostiserade med gynekologisk cancer, de upplevde framtiden som osäker.

Rädsla för recidiv och att dö

Många kvinnor var väl medvetna om och hanterade hela tiden den dåliga prognosen för sin gynekologiska cancer och risken att dö, och förväntade sig inga garantier om en framtid medan andra inte riktigt kunde ta till sig detta (Ekwall et al, 2003; Howell et al, 2003; Reb, 2007, Roberts & Clarke, 2009). En del upplevde den dystra överlevnadsstatistiken som en konstant påminnelse om hur osäker deras framtid var och att de kunde förlora kontrollen över sin situation när som helst samt som ett dödshot (Howell et al, 2003; Reb, 2007). Flera upplevde det som en stor börda att leva med rädslan för recidiv och oroade sig för att cancer skulle komma tillbaka (Howell et al, 2003; Likes et al, 2008; Reb, 2007; Roberts & Clarke, 2009). Några kände sorg då den dåliga prognosen ledde till en begränsad framtid och de kände ångest, rädsla, osäkerhet och brist på kontroll. Detta t ex då de var tvungna att gå på flera rutinkontroller på grund av risken för recidiv, denna evighetscykel skrämde kvinnorna (Likes et al, 2008; Reb, 2007). En del trodde att de skulle dö när de fick sin diagnos och att de då upplevde oro och rädsla inför döden samt inför att lämna sina barn efter sig och inte få se dem växa upp (Howell et al, 2003; Reb, 2007; Roberts & Clarke, 2009).

Några upplevde det som synnerligen utmanande att leva med den osäkerhet om framtiden som cancer förde med sig, de var tvungna att på något sätt hantera denna (Howell et al, 2003; Roberts & Clarke, 2009). En del kämpade för att hålla kvar vid tron om bot, men trots osäkerheten och rädslan för recidiv och döden försökte en del leva sina liv en dag i taget (Howell et al, 2003; Pilkington & Mitchell, 2004; Reb, 2007). Några kände rädsla för att möta det okända och de hanterade detta på olika sätt. Vissa ville ha svar om hur deras framtid såg ut medan andra inte ville ha så mycket information (a a).

En del kvinnor upplevde att framtiden var i oordning till följd av sjukdomen och de underströk betydelsen av att ha hopp om bot samt att ha tro för att kunna återgå till det normala samt överleva sjukdomen. Trots att de var realistiska om framtiden och de faktum att cancerupplevelsen alltid skulle vara med dem, höll en del sig optimistiska med hjälp av sin andlighet (Pilkington & Mitchell, 2004; Reb, 2007; Roberts & Clarke, 2009). Några anpassade sig till sjukdomen genom att fokusera på de positiva som kom från behandlingen, t ex uteblivna menstruationer och viktnedgång eller genom att jämföra sig med andra med samma diagnos och som överlevt, vilket ingav hopp om deras egen överlevnad (Reb, 2007; Roberts & Clarke, 2009).

Brist på kontroll

En del kvinnor undrade varför just de drabbats och att de kämpade med att förstå varför just de utvecklade cancer, de upplevde här en brist på kontroll och orättvisa (Jefferies & Clifford, 2009; Roberts & Clarke, 2009). Några kände rädsla och frustration över att de förlorade kontrollen då de inte kunde förutsäga eller kontrollera sjukdomen och de förändringar som kom med den, vilket gjorde att de kände sig undergivna och försvagade av sin diagnos, t ex kände en del ångest efter att ha avslutat sin cellgiftsbehandling då de inte längre skyddades av något läkemedel (Jefferies & Clifford, 2009; Likes et al, 2008; Reb, 2007).

Vissa kvinnor strävade efter att kontrollera de fysiska symtom som cancer orsakade. De upplevde de permanenta förändringar som orsakades av behandlingen som betungande och särskilt oroade de sig över att bli beroende av

andra i sin omgivning (Howell et al, 2003; Jefferies & Clifford, 2009). En del kände ångest över att leva med de långvariga biverkningarna orsakade av behandlingen, då de var livslånga påminnelser om cancer. De fann då värdighet i att kunna kontrollera och inte bli kontrollerade av t ex sin smärta, särskilt då sjukdomen avancerade (Juraskova et al, 2003; Pilkington & Mitchell, 2004).

Många upplevde en brist på kontroll över sin framtid och de upplevde det svårt att inte kunna kontrollera händelserna i sitt liv, vilket skapade en känsla av sorgsenhet och rädsla, och de uttryckte här ett behov av att uppnå en känsla av kontroll över livet och sin framtid samt att känna sig självständiga (Howell et al, 2003; Pilkington & Mitchell, 2004; Roberts & Clarke, 2009). Många förstod och accepterade att det inte fanns något enskilt test som kulle kunna förutsäga ifall de skulle bli fria från cancer, men för att klara av att hantera sjukdomen försökte de återfå en känsla av kontroll genom att förlita sig på sin inre styrka eller genom att undvika och ignorera information om sjukdomen som de upplevde som hotande (Ekwall et al, 2003; Jefferies & Clifford, 2009; Reb, 2007).

Relationer

Människor, t ex kvinnornas respektive, familj, vänner, andra kvinnor med samma diagnos och hälso- och sjukvårdspersonal, påverkade upplevelsen av att leva med cancer, både negativt och positivt (Likes et al, 2008; Pilkington & Mitchell, 2004). Resultatet visar att de hade ett behov av stöd, att de förlitade sig på sina makar eller vänner och de värderade relationerna med sina närstående (Pilkington & Mitchell, 2004; Reb, 2007). Resultatet presenteras därför uppdelat efter familj, vänner och kvinnor med samma diagnos.

Familj

Familjen hade både positiv och negativ inverkan på kvinnorna. Dels upplevdes familjen som ett stödsystem, men upplevdes även bidra till ökad stress och oro då cancer hade stor påverkan på deras familj och särskilt på deras barn (Howell et al, 2003; Likes et al, 2008, Reb, 2007). Då en del bekymrades över att uppröra eller vara en börda för sin familj, försökte de skydda familjen genom att dölja sin egna rädslor eller anförtro sig till en nära vän hellre än en familjemedlem (Pilkington & Mitchell, 2004; Reb, 2007). Några kämpade med om de skulle berätta om cancer och i sådana fall vad, t ex uttryckte de en rädsla för att bli dömda av sin familj p g a att cancer kanske orsakats av en sexuellt överförbar sjukdom (Likes et al, 2008; Pilkington & Mitchell, 2004).

En del kände även rädsla över hur deras partner skulle uppfatta sjukdomen eftersom den kunde ha orsakats av en sexuellt överförbar sjukdom (Likes et al, 2008). Några upplevde ändå att deras respektive hade en positiv påverkan och gav stöd som de upplevde som mycket viktigt under sjukdomen och behandlingen (Likes et al, 2008; Rasmussen & Thomé, 2008). Dock ansåg flera att förhållandet förändrades då de upplevde att en outtalad rädsla för sjukdomen påverkade parets kommunikation, att partnern verkade ha svårt att hantera sjukdomen samt att partnern vägrade tala om eller ignorerade känslor och farhågor, vilket ledde till att kvinnorna inte kände sig hörda eller förstådda (Howell et al, 2003; Juraskova et al, 2003; Pilkington & Mitchell, 2004).

De som hade barn såg sin sjukdom annorlunda då de i första hand oroade sig över sina barn och då de hade ett behov av att överleva cancer för deras skull (Howell

et al, 2003; Roberts & Clarke, 2009). Sjukdomen ledde till mindre tid med barnen och de med äldre barn upplevde att dessa fick ta mer ansvar. En del upplevde det svårt att berätta för sina barn om cancer, detta då de oroades över den känslomässiga påverkan och förändringarna sjukdomen skulle orsaka i barnens liv. De oroade sig också över att andra familjemedlemmar, och då främst sina döttrar, också skulle utveckla cancer. Trots medvetenheten om den extra bördan sjukdomen skapade i sina barns liv upplevdes stödet från dem som ovärderligt (a a).

Vänner

En del kvinnor värderade sina relationer för att bedöma vem som skulle vara mest hjälpsam samt ge emotionellt och praktiskt stöd, de upplevde att vissa var mer bekväma och mer lämpade att ge stöd under krisen (Howell et al, 2003; Reb, 2007). Några uttryckte en rädsla för dömande reaktioner från vänner då deras cancer kunde ha orsakats av en sexuellt överförbar sjukdom, de upplevde även att deras vänner blev obekväma i deras närvaro och ett stigma associerat med sin sjukdom (Howell et al, 2003; Likes et al, 2008). Vissa upprördes över deras förändrade vänskapsrelationer, t ex då de kände att vännerna medvetet undvek dem eftersom de inte visste hur de skulle bete sig gentemot en person med cancer (Howell et al, 2003; Pilkington & Mitchell, 2004). Dock uppskattade många livet och vardagliga ting mer sedan de fått cancer och de uttryckte en förnyad uppskattning för nära relationer (Pilkington & Mitchell, 2004; Reb, 2007).

Kvinnor med samma diagnos

Flera hade ett behov av att tala ut om sin upplevelse med kvinnor som var eller hade varit i samma situation, av att prata med någon som skulle förstå och lyssna samt ett behov av att få bekräftelse på deras förbättring och framsteg, då de kände att det var svårt för andra att förstå hur de upplevde sin sjukdom (Ekwall et al, 2003; Juraskova et al, 2003; Rasmussen & Thomé, 2008). En del vände sig till stödgrupper, men de blev rädda då de läste om eller träffade kvinnor som t ex genomgått flertalet extrema operationer eller som blivit sämre, de upplevde då att deras hopp om bot drastiskt minskade då de gjorde dem medvetna om sin egna situation (Ekwall et al, 2003; Likes et al, 2008; Reb, 2007)

Sjuksköterskans stödjande roll

Resultatet visar att hälso- och sjukvårdspersonalen hade både positiv och negativ inverkan på kvinnornas liv och att de upplevde relationen med personalen, som visade medkänsla, som en viktig relation (Likes et al, 2008; Pilkington & Mitchell, 2004). Många kände sig överväldigade och rädda när de fick sin diagnos och vissa förstod inte innebörden av diagnosen, de hade då ett behov av att få både uppmuntran och tröst samt information från hälso- och sjukvårdspersonalen (Juraskova et al, 2003; Reb, 2007). Här presenteras därför resultatet efter underrubrikerna behov av stöd samt behov av information.

Behov av stöd

Flera kände sig beroende av hälso- och sjukvårdspersonalen, vilket fick dem att inse betydelsen av ett tillförlitligt förhållande med denna. Men de upplevde korta vårdtider som ett hinder för att få tillit för den personalen som var involverad i deras vård (Ekwall et al, 2003; Rasmussen & Thomé, 2008). Några upplevde att de inte blev lyssnade på, en brist på förståelse och empati samt att de blev skrattade åt när de mötte hälso- och sjukvårdspersonalen, vilket ledde till att de

kände sig mer ängsliga och mindre hoppfulla inför framtiden (Jefferies & Clifford, 2009; Reb, 2007).

En del fann att stöd och bra bemötande från hälso- och sjukvårdspersonalen samt god kommunikation var betydelsefullt och att tillit, lyhörddhet och kompetens var viktigt, inte minst då information skulle förmedlas (Ekwall et al, 2003; Rasmusson & Thomé, 2008). Många förlitade sig på sin vårdgivare och dess bedömning för att klara av att hantera sjukdomen och hade ett behov av att bli lyssnade på, bekräftade och respekterade (Pilkington & Mitchell, 2004; Reb, 2007). En god kommunikation hjälpte flera kvinnor att bevara en positiv självbild, känna sig mer säkra och uppmuntrade samt delta fullt ut i sin vård. Många värdesatte därför ärlighet och optimism från hälso- och sjukvårdspersonalen, det var av stor betydelse att bli sedd som en person och inte enbart en sjukdom för att få bekräftelse på personligt värde (Ekwall et al, 2003; Pilkington & Mitchell, 2004; Reb, 2007).

Några kände att de försök hälso- och sjukvårdspersonalen gjorde för att försäkra dem om chansen att överleva, t ex genom att framföra överlevnadsstatistik, inte bidrog till det stöd som de behövde då de var känsliga och lätt övertolkade personalens påståenden (Reb, 2007; Roberts & Clarke, 2009). En del kände att adekvat tid för samtal med hälso- och sjukvårdspersonalen bidrog till ökad vårdkvalitet, t ex var de vardagliga samtalen med sjuksköterskan betydelsefulla, de upplevde möjligheten att prata om småsaker trots allvaret i deras situation som en säkerhetsventil (Ekwall et al, 2003; Reb, 2007).

Behov av information

En del upplevde sökandet efter information som negativt då de fann det svårt att hitta och de ansåg att den som var tillgänglig på t ex Internet var begränsad (Jefferies & Clifford, 2009; Likes et al; 2008). De kände att de hade fått för lite information i samband med att de fick sin diagnos och de ansåg även att vårdpersonalen inte tillhandahöll lämplig eller tillräcklig sådan, varken muntligt eller skriftligt (a a). Ett behov av att söka information när de fått sin cancerdiagnos uttrycktes, men många upplevde en brist på detta t ex angående biverkningar som uppstod efter cancerbehandlingen (Burns et al, 2007; Jefferies & Clifford, 2009; Juraskova et al, 2003; Rasmusson & Thomé, 2008). Flera uttryckte också ett behov av mer information och av att vara föreberedda på biverkningarna, de hanterade dessa lättare om möjligheten att biverkningarna skulle uppstå hade blivit förklarade för dem (Burns et al, 2007; Juraskova et al, 2003; Rasmusson & Thomé, 2008).

Några ansåg att det också var brist på information om sjukdomen och behandlingens påverkan på samlag, sex och sexualiteten (Burns et al, 2007; Rasmusson & Thomé, 2008). En del noterade att hälso- och sjukvårdspersonalen inte alltid tog upp frågor om sexualitet och de upplevde en brist på detta både innan behandlingen och på uppföljningsbesöken (Burns et al, 2007; Ekwall et al, 2003). Flera uttryckte ett behov av att diskutera sexualitet och de hade en stark önskan för samtal, muntlig och skriftlig information samt specifika råd om sexualitet (Burns et al, 2007; Ekwall et al, 2003; Rasmusson & Thomé, 2008).

Många hade ett behov av att de känslomässiga och kroppsliga förändringar som de upplevde förmedlades till sin partner, gärna med hjälp av hälso- och

sjukvårdspersonalen (Ekwall et al, 2003; Rasmusson & Thomé, 2008). De upplevde det även lättare att prata om sex om deras partner varit med vid informationstillfället, detta då kunskap om cancer och cancerbehandlingens påverkan på kroppen var viktigt för deras förhållande, och de kände att det hade varit till hjälp om öppningsfrågor om sexualitet hade blivit ställda av hälso- och sjukvårdspersonalen. Det viktigaste för kvinnorna var att deras sexualitet, relationer och sexuella behov inte blev ignorerade och att informationen gavs av en kompetent person såsom läkare, sjuksköterska eller kurator (a a). Flera uttryckte ett behov av att få information om behandlingsalternativ och kroppsliga förändringar som kunde uppstå, detta för att kunna delta i beslut angående sin egen vård (Ekwall et al, 2003; Juraskova et al, 2003; Rasmusson & Thomé, 2008).

DISKUSSION

I följande avsnitt diskuteras studiens metod samt resultat under rubrikerna metoddiskussion respektive resultatdiskussion. Resultatdiskussionen förs med anknytning till Carnevalis omvårdnadsteori.

Metoddiskussion

Flera databaser och med olika områdesinriktningar användes till artikelsökningarna, samtliga databaser var lämpliga i relation till studiens syfte, i enlighet med vad Axelsson (2008) föreslår.

Sökningarna bör preciseras så pass att sk ”brus” i sökresultatet undviks, dvs artiklar som inte undersöker vad som är avsett, samt för att få ett hanterbart antal träffar (Axelsson, 2008). I denna studie genomfördes en provsökning med de olika sökorden. Främst vid sökningar där sökord rörande cervixcancer användes, återfanns ett stort antal artiklar i sökresultatet gällande screening. Därför begränsades i denna studie sökningarna om cervixcancer genom att utesluta artiklar angående screening. Dock hade ytterligare uteslutningar kunnat göras, för att få färre irrelevanta sökträffar, genom att utesluta artiklar rörande HPV, då det efter några sökningar upptäcktes att flera artiklar angående HPV återfanns i sökträffarna. Detta upptäcktes dock sent i sökningarna och eftersom sökträffarna var av hanterbart antal, valdes att inte göra några fler begränsningar.

Då flertalet artiklar återkom flera gånger i artikelsökningarna i de olika databaserna, kan det anses att datamättnad uppnåtts, vilket i så fall är en styrka för studiens resultat.

I sökträffarna återfanns några artiklar, vars abstrakt ansågs svara mot syftet, som inte kostnadsfritt var tillgängliga via Malmö Högskola utan enbart kunde beställas mot en avgift. Endast ett fåtal artiklar beställdes, vilket gjorde att ett par artiklar valdes bort. Detta kan anses vara en svaghet för studiens resultat då användbara artiklar kan ha missats.

Vid läsning och val av artiklar från sökträffarna ansågs de artiklar som nämnde hälso- och sjukvårdspersonal i allmänhet också beröra sjuksköterskan. Detta eftersom få studier specifikt har undersökt enbart sjuksköterskans roll.

Axelsson (2008) föreslår att en manuell sökning görs i funna artiklars referenslistor, vilket också gjordes i denna studie för att hitta fler artiklar som ej återfunnits i sökträffarna i databassökningarna. Vid noggrannare genomgång av referenslistorna upptäcktes flera intressanta titlar som ansågs svara mot studiens syfte, dock var dessa artiklar publicerade innan år 2005 som var begränsningen i databassökningarna. Därför bestämdes att utöka det tillåtna publiceringsårtalet med två år, och eftersom ytterligare sju artiklar återfanns här kan detta anses vara en styrka för studiens resultat.

Begränsningarna angående artiklarnas publiceringsårtalet kan anses ha varit för snäva eftersom det i den manuella sökningen hittades flera artiklar efter att det tillåtna publiceringsårtalet utökades, vilket kan ses som en svaghet i databassökningen. Begränsningarna gjordes dock i enlighet med strävan att finna så ny forskning som möjligt. En styrka med begränsningarna var att enbart artiklar som blivit s k "Peer Reviewed" eller blivit publicerade i en vetenskaplig tidskrift inkluderas i sökningarna. Endast artiklar skrivna på svenska eller engelska inkluderades, men även artiklar skrivna på danska eller norska kunde ha inkluderats då dessa språk åtminstone kan förstås av båda författarna, vilket kunde ha gett ytterligare några sökträffar.

En styrka med denna studie är att kvalitetsgranskningen av artiklarna genomfördes enskilt för att därefter sammanställas gemensamt. Granskningsprotokollen modifierades, i enlighet med Willman et al (2006), för att passa studien, vilket kan ses som en styrka. En svaghet som i efterhand upptäcktes med protokollen var att två frågor gällande studiens teorianslutning, som inte ansågs ha ett större värde avseende artikelns kvalitet, påverkade artiklarnas totala poäng vid kvalitetsgranskningen. Detta är generellt sett en svaghet med själva granskningsprotokollen, att vissa frågor övervärderas eller undervärderas vid poängsättningen och kan ge en felaktig kvalitetsbedömning. Dock åtgärdades denna faktor med hjälp av att en subjektiv bedömning, där helheten bedömdes och fokus låg på viktiga delar så som urval, metod och resultat, gjordes efter kvalitetsgranskningen med hjälp av protokoll genomförts, vilket kan anses vara en styrka eftersom detta gjordes i enlighet med Willman et al (2006).

Enligt Axelsson (2008) är det en fördel att inkludera både kvantitativa och kvalitativa artiklar i en litteraturstudie. Men eftersom syftet med denna studie var att undersöka upplevelser och behov valdes till slut enbart kvalitativa artiklar. Dock inkluderades ett fåtal studier med kvantitativ metod inför kvalitetsgranskningen, dessa innehöll kvantifierad kvalitativ data, dock upplevdes dessa inte som tillräckligt givande för studien.

I Axelsson (2008) resoneras kring artiklarnas ursprungsland och dess betydelse för studiens giltighet. Artiklarna i denna studie kommer från Sverige, Kanada, USA, Storbritannien och Australien, vilket kan ses som en styrka att studier från flera olika länder inkluderats. Dock nämns det i ett par av studierna att deltagarna består av "kaukasier", vilket kan tolkas som att resultatet har lägre giltighet där många olika etniciteter bor.

Hälften av artiklarna som användes i studiens resultat var av kvalitetsgrad II. Nedan följer en diskussion angående artiklarnas svagheter respektive styrkor. En del redovisade inte ålderintervallet på studiens deltagare, vilket kan ha påverkat

studiernas giltighet (Burns et al, 2007; Roberts & Clarke, 2009). I ett par studier var urvalet inte strategiskt, vilket också kan ha påverkat studiernas giltighet (Likes et al, 2008; Roberts & Clarke, 2009). I en del studier framkom inte om data- eller analysmättnad uppnåts, dock intervjuades i de flesta studier ett tillräckligt stort antal kvinnor varpå man kan anta att åtminstone datamättnad uppnåts (Burns et al, 2007; Howell et al, 2003; Likes et al, 2008; Rasmusson & Thomé, 2008; Roberts & Clarke, 2009). Några artiklar skrevs inte i förhållande till en teoretisk referensram och genererade ingen teori, dock har detta beskrivits ovan som en svaghet med granskningsprotokollen (Burns et al, 2007; Howell et al, 2003; Likes et al, 2003; Rasmusson och Thomé, 2008). Resterande artiklar var av kvalitetsgrad I, och det kan anses vara en styrka då enbart artiklar med kvalitetsgrad I eller II inkluderats i denna studie.

Resultatdiskussion

Nedan följer en diskussion av studiens resultat i förhållande till Carnevalis omvårdnadsteori och dagligt liv samt inre respektive yttre resurser.

Dagligt liv

Det faktum att kvinnorna upplevde att deras sexualitet hade påverkats negativt och att detta skapade ett hinder för sexuella relationer (Burns et al, 2007; Ekwall et al, 2003; Howell et al, 2003; Juraskova et al, 2003; Rasmusson & Thomé, 2008), bekräftas av bl a Reis et al (2010) som visar att den gynekologiska canceren utgör ett hot mot den sexuella hälsan samt den sexuella funktionen. Det har tidigare också beskrivits att kvinnan har ett minskat behov av sexuell samvaro och upplever svårigheter i sexlivet, t ex p g a smärta vid samlag (Bergmark & Åvall Lundqvist, 2000; Lalos, 2000). Enligt Carnevali (1999) kan en aktivitet som är normal innan sjukdomen också förändras till följd av den, här den sexuella aktiviteten, och vidare påverkas det dagliga livet av förändrade *aktiviteter och upplevelser*. Sjuksköterskans roll bör här vara att informera kvinnan samt hennes partner om att sexualiteten kan påverkas negativt.

En del kvinnor kunde inte riktigt ta till sig det faktum att deras framtid var begränsad p g a den gynekologiska canceren (Ekwall et al, 2003; Howell et al, 2003; Reb, 2007, Roberts & Clarke, 2009). Det har tidigare beskrivits att patientens förmåga att bearbeta information kan vara nedsatt tiden kring diagnos (Reitan, 2003 c). Många hamnar i kris när de får sin cancerdiagnos (Reitan, 2003 d), vilket enligt Carnevali (1999) gör det svårare att ta till sig information som ges vid diagnostillfället. Om kvinnan ska kunna ta till sig informationen om hur det dagliga livet kommer att påverkas är det av betydelse att vänta med detta tills efter att den första chocken lagt sig (Carnevali, 1999). Det är även viktigt att tänka på att information bör ges mer än en gång (Reitan, 2003 c).

Kvinnorna oroade sig över att inte kunna tillfredsställa sin partner samt uttryckte ett behov av att göra detta trots sin sjukdom, annars kunde de inte hindra partnern att söka sexuell njutning hos andra (Juraskova et al, 2003; Rasmusson & Thomé, 2008). Carnevali (1999) menar att *förväntningar och förpliktelser* dels kan komma från andra personer, men även från individen själv. Självförväntningar som sjuksköterskan ofta möter är att individen har en känsla av ansvar för andra och att dessa kan vara oförenliga med patientens hälsotillstånd (Carnevali, 1999). Detta är ett viktigt område för sjuksköterskan, då det utgör en faktor för

livskvalitet och hälsa (a a). Sjuksköterskan bör ge information om att det är vanligt med t ex obefogade tankar om otrohet (Bergmark, 2007).

Främst yngre kvinnor sammanlänkade sin femininitet med sin fertilitet och upplevde då också infertiliteten som en stor förlust, en del uttryckte skuld och ånger över att inte ha skaffat egna barn tidigare (Juraskova et al, 2003; Rasmusson & Thomé, 2008; Roberts & Clarke, 2009). Detta bekräftas av Lalos (2000) som menar att den infertilitet som följer efter den gynekologiska cancern och dess behandling kan vara tabufylld och svårhanterlig. Dock är det självklart avgörande i vilken livsfas man är och hur man då påverkas av infertiliteten (Bergmark och Åvall Lundqvist, 2007). Det är också tidigare beskrivet att cancern utgör ett hot mot kvinnans fertilitet och femininitet (Reis et al, 2010). Som beskrivet ovan menar Carnevali (1999) att patientens självförväntningar inte alltid är förenliga med patientens situation. Sjuksköterskan bör inte ge förhoppningar om att fertiliteten kan bevaras, utan bör ta sorgen på allvar för att släppa fram patientens reaktioner (Bergmark, 2007). Det är av stor betydelse att samtala om en eventuell infertilitet.

Kvinnorna underströk betydelsen av deras andlighet som hjälpte dem att hålla sig optimistiska (Pilkington & Mitchell, 2004; Reb, 2007; Roberts & Clarke, 2009). Individens värderingar, övertygelser, seder och bruk påverkar hennes reaktioner i olika situationer och kan t ex ligga till grund för de positiva reaktionerna (Carnevali, 1999). Det är viktigt att sjuksköterskan utvecklar medvetenheten om dessa som berör situationen, inte bara för patienten utan också för familjen och vårdpersonalen (Carnevali, 1999). Sjuksköterskan bör göra sig medveten om patientens tro samt låta den vara en resurs för stöd, dock måste patienten själv definiera sin tro (Saeteren, 2003).

Kvinnorna uttryckte skuld och skam samt en rädsla för att bli dömda av sin familj och vänner då den gynekologiska cancern de drabbats av kunde ha orsakats av en sexuellt överförbar sjukdom (Howell et al, 2003; Likes et al, 2008; Pilkington & Mitchell, 2004; Roberts & Clarke, 2009). Detta bekräftas av Borg (2003) samt Farmen och Hol (2002) som menar att skuldkänslor är vanliga hos patienter som drabbats av gynekologisk cancer. Det har också tidigare beskrivits att en känsla av stigmatisering kan infinna sig då sjukdomen är kopplad till sexualvanor, vilket kan leda till en rädsla inför att berätta för andra (Bergmark, 2007; Sele, 2003). Carnevali (1999) menar att individens värderingar, övertygelser, seder och bruk kan ligga till grund för svårigheter i dess situation. Sjuksköterskan bör förklara för kvinnan att det inte är hon själv som orsakat sin sjukdom p g a t ex multipla sexpartners, och bör uppmuntra henne att berätta om sin sjukdom samt söka stöd i sitt sociala nätverk.

Inre resurser

Kvinnornas kroppsbild och självbild förändrades negativt efter att de blivit diagnostiserade med gynekologisk cancer, då sjukdomen och behandlingen orsakade kroppsliga förändringar (Burns et al, 2007; Jefferies & Clifford, 2009; Juraskova et al, 2003; Likes et al, 2008; Rasmusson & Thomé, 2008). Det har tidigare beskrivits att behandlingen vid gynekologisk cancer ofta innebär traumatiska ingrepp som kan påverka kvinnans kroppsuppfattning och självbild negativt (Bergmark & Åvall Lundqvist, 2007; Lalos, 2000; Reis et al, 2003; Sele, 2003). Carnevali (1999) menar att *styrka* innebär förmågan att t ex hantera känslor

av sorg över ett förändrat utseende. Sjuksköterskan bör tidigt förbereda kvinnan på möjliga kroppsliga förändringar som kan uppkomma (Schølberg, 2003). En del kvinnor upprördes också över att de förlorade relationer med nära vänner (Howell et al, 2003; Pilkington & Mitchell, 2004), enligt Carnevali (1999) innebär styrka också förmågan att hantera känslor av förlust.

En del kvinnor oroade sig över de kroppsliga förändringarna som orsakats av sjukdomen och dess behandling (Burns et al, 2007; Rasmusson & Thomé, 2008). Detta stärks av Reitan (2003 d) som förklarar att det tar tid att vänja sig vid kroppen efter att den har förändrats till följd av behandlingen. Oro är enligt Carnevali (1999) en *sinnestämning* som i detta fall kan vara en indikering på hur individen reagerar på behandlingen. Vidare menar Carnevali (1999) att det därför är viktigt att sjuksköterskan upptäcker förändringar i patientens sinnestämning. Därför bör sjuksköterskan hjälpa patienten att förstå och acceptera att kroppen har förändrats efter cancer och behandlingen (Schølberg, 2003).

Flera kände sig rädda, osäkra och oroliga inför samlag efter behandlingen (Burns et al, 2007; Juraskova et al, 2003; Rasmusson & Thomé, 2008). Det är tidigare beskrivet att de flesta människor som förlorat delar av sin sexualitet lider svårt på grund av detta (Borg, 2003). Detta bekräftas av Bergmark och Åvall Lundqvist (2000) som menar att det faktum att fysiska förändringarna efter behandlingen leder till svårigheter vid samlag är påfrestande för kvinnan.

De flesta uttryckte en rädsla för framtiden och en oro för recidiv (Howell et al, 2003; Jefferies & Clifford, 2009; Likes et al, 2008; Pilkington & Mitchell, 2004; Reb, 2007; Roberts & Clarke, 2009). Detta stärks av Reitan (2003 d) som beskriver att patienten kan uppleva en stor osäkerhet om framtiden och att rädslan för recidiv har en negativ inverkan på livskvaliteten. Svårigheter med att leva med osäkerhet och rädsla för recidiv har också tidigare beskrivits (Carlsson, 2007).

En del oroade sig över att bli beroende av andra och uttryckte ett behov av att känna sig självständiga (Howell et al, 2003; Jefferies & Clifford, 2009; Pilkington & Mitchell, 2004; Roberts & Clarke, 2009). Många upplevde en brist på kontroll över sin framtid vilket orsakade sorgsenhet och rädsla (Howell et al, 2003; Pilkington & Mitchell, 2004; Roberts & Clarke, 2009). Detta har tidigare beskrivits av Reitan (2003 b) som förklarar att ett stort problem för cancerpatienter är känslan av att förlora kontrollen över sin hälsa, sin framtid och sitt liv, vilket kan göra att hon känner sig "överväldigad av maktlöshet".

Familjen hade både positiv och negativ inverkan på kvinnorna (Howell et al, 2003; Likes et al, 2008; Reb, 2007). Detta bekräftas av Carlsson (2007) som beskriver hur inte bara patientens reaktioner påverkar familjen utan hur de enskilda familjemedlemmarnas reaktioner också påverkar patientens sinnestämning, t ex då patienten kan känna krav på att snabbt bli frisk för familjens skull. De som hade barn oroade sig över den påverkan sjukdomen skulle orsaka i barnens liv (Howell et al, 2003; Roberts & Clarke, 2009). Föräldrar vill gärna skydda sina barn genom att inte berätta om sjukdomen (Forinder, 2007; Reitan, 2003 a).

I mötet med kvinnan som har gynekologisk cancer är det, som beskrivet ovan, viktigt för sjuksköterskan att uppmärksamma oro över t ex kroppsliga förändringar, samlag, recidiv och över familj samt barn.

Många var medvetna om den dåliga prognosen och kände sig undergivna sin diagnos (Jefferies & Clifford, 2009; Likes et al, 2008; Reb, 2007). Detta beskrivs av Cancerfonden (2009) som förklarar att t ex äggstockscancer i de flesta fall hunnit sprida sig när den väl upptäcks och därför har låg botbarhet och hög dödlighet. Carnevali (1999) menar att den *kunskap* individen har om sjukdomen också påverkar det dagliga livet. Sjuksköterskan bör vara öppen för samtal kring döden samt bör vara medveten om att inte alla kan ta till sig positiv statistik.

Många hade ett behov av att söka information om sin sjukdom, behandling och biverkningar (Burns et al, 2007; Ekwall et al, 2003; Jefferies & Clifford, 2009; Juraskova et al, 2003; Rasmusson & Thomé, 2008). Detta är tidigare beskrivet av Reitan (2003 c) som menar att inhämtning av information och kunskaper om sin sjukdom är en grundläggande förutsättning för att stärka förmågan att hantera sin situation. Carnevali (1999) beskriver detta som *motivation*, en önskan att ägna sig åt aktiviteter som är relaterade till sin egen hälsa.

Flera upplevde det utmanande att lära sig leva med och hantera sjukdomen, många försökte därför leva en dag i taget (Howell et al, 2003; Reb, 2007; Roberts & Clarke, 2009). Detta stärks av Reitan (2003 c) som beskriver att cancersjuka har ett behov av att placera sjukdomen i livet samt att se sin sjukdom i relation till livet och på så sätt skapa mening och sammanhang i tillvaron. Några anpassade sig till sjukdomen genom att fokusera på det positiva (Reb, 2007; Roberts & Clarke, 2009). Detta är tidigare beskrivet av Hellbom (2007) som menar att kunna söka positiva aspekter i sin situation är en del av att kunna hantera sjukdomen.

En del värderade sina relationer med närstående och sökte sig till personer som hade positiv inverkan på deras liv (Howell et al, 2003; Pilkington & Mitchell, 2004; Reb, 2007). Detta har tidigare beskrivits av Reitan (2003 c) som menar att patienten kan använda sitt sociala nätverk på ett nytt sätt. Några hade ett behov av att tala med kvinnor som var eller hade varit i samma situation och skapade därför kontakter med medpatienter (Ekwall et al, 2003; Juraskova et al, 2003; Likes et al, 2008; Rasmusson & Thomé, 2007; Reb, 2007). Det är tidigare beskrivet att det kan vara värdefullt att bearbeta sin situation med andra som befinner sig i samma situation eller att få tala med någon som genomgått samma behandling (Wettergren, 2007 a; Wettergren, 2007 b). Sjuksköterskan kan motivera patienten till att ägna tid åt människor de finner stöd hos, samt kanske uppmuntra till kontakt med medpatienter.

Flera ansåg att förhållandet med sin partner förändrats efter sjukdomsbeskedet vilket påverkade parets kommunikation negativt (Howell et al, 2003; Juraskova et al, 2003; Pilkington & Mitchell, 2004). Detta är tidigare beskrivet av Bergmark (2007) som menar att många par inte har en öppen kommunikation och om man inte talar med varandra finns en stor risk att missförstånd uppkommer. Carnevali (1999) menar att *kommunikationen* och sättet att kommunicera kan påverkas av sjukdom. Sjuksköterskan bör involvera partnern i samtal med kvinnan.

Några upplevde en negativ kommunikation från hälso- och sjukvårdspersonalen (Jefferies & Clifford, 2009; Reb, 2007). Flera upplevde dock att en god kommunikation med hälso- och sjukvårdspersonalen var av stor betydelse (Ekwall et al, 2003; Rasmusson & Thomé, 2008; Reb, 2007). Detta stärks av Reitan (2003 b) som menar att sjuksköterskan har ett ansvar för kommunikationen med patienten då det är en sk asymmetrisk kommunikation. Sjuksköterskan bör eftersträva en symmetrisk relation som leder till att patienten i samtalet lär sig förstå sig själv bättre, finna en mening i sin situation samt återfå kontrollen över sitt liv (Reitan, 2003 b). Förmedlingen av information förutsätter att patienten och sjuksköterskan har en god relation och kommunikation, t ex är det av stor betydelse att samtala om vardagliga ting (Reitan, 2003 c).

Yttre resurser

Många upplevde att deras respektive gav stöd och hade positiv påverkan under sjukdomstiden (Likes et al, 2008; Rasmusson & Thomé, 2008). Detta stärks också av Reitan (2003 a) som beskriver att partners roll har särskilt stor betydelse när det kommer till att få stöd och hjälp i att hantera sjukdomen. Carnevali (1999) beskriver *människor* med ett genuint intresse för individen som en av de viktigaste yttre resurserna.

Flera hade ett behov av att tala ut om sin upplevelse med kvinnor som varit i samma situation och som verkligen skulle förstå hur det var att ha gynekologisk cancer (Ekwall et al, 2003; Juraskova et al, 2003; Rasmusson & Thomé, 2008). Detta stärks av Carlsson (2007) som beskriver att det sociala stödet samt informationsutbytet från stödgrupper är viktigt. Medpatienter kan bli en del av patientens umgänge och mötet med andra människor i samma situation kan göra det lättare att acceptera sitt egna tillstånd (Reitan, 2003 a; Reitan, 2003 c). En del upplevde att deras hopp om bot minskade då de mötte kvinnor med samma diagnos som blivit sämre (Ekwall et al, 2003; Likes et al, 2008; Reb, 2007). Detta har tidigare beskrivits av Reitan (2003 a) som menar att mötet med svårt sjuka patienter kan minska förhoppningen om att själv bli fri från sin cancer. Carnevali (1999) menar att personer som erbjuder sin hjälp till kvinnan också är en viktigt yttre resurs. Sjuksköterskan bör vara öppen för att kvinnan kanske vill ha kontakt med kvinnor med samma diagnos, dock bör för- och nackdelar med detta tas upp.

Många upplevde relationen med hälso- och sjukvårdspersonalen som viktig och de förlitade sig på sina vårdgivare (Likes et al, 2008; Pilkington & Mitchell, 2004; Reb, 2007). Detta har tidigare beskrivits av Johnsson (2007) som förklarar att många patienter föredrar att få sina känslomässiga behov tillgodosedda av sin sjuksköterska. Carnevali (1999) beskriver också att hälso- och sjukvårdspersonalen är en viktig yttre resurs.

Några hanterade diagnosen genom att söka information främst via hälso- och sjukvårdspersonalen och många uttryckte ett behov om att få mer information (Burns et al, 2007; Jefferies & Clifford, 2009; Juraskova et al, 2003; Likes et al, 2008; Rasmusson & Thomé, 2008; Reb, 2007). Många hade ett behov av att få mer information om biverkningar och behandlingsalternativ men främst om sexualitet, som de ansåg att det i stor utsträckning rådde brist på (Burns et al, 2007; Ekwall et al, 2003; Juraskova et al, 2003; Rasmusson & Thomé, 2008). Detta har tidigare beskrivits av Farnen och Hol (2002) som menar att kvinnor som opererats i underlivet ofta har ett stort behov av att få information, främst

angående hur behandlingen påverkar sexualiteten. Det är tidigare beskrivet att många par uttrycker ett behov av stöd från hälso- och sjukvården gällande detta (Lalos, 2000). Sjuksköterskans främsta uppgift i mötet med kvinnor som har gynekologisk cancer är att se till att kvinnan får den information hon behöver (Sele, 2003). Kvinnan bör, på ett tillåtande och stödjande sätt, ges möjlighet att ställa frågor om och samtala kring sin sexualitet (Lalos, 2000). Sjuksköterskan bör tillgodose behovet av information och samtal kring sexualitet, här föreslår Bergmark & Åvall Lundqvist (2000) den s k PLISSIT-modellen, se Bilaga 4, en modell för hur man öppnar för samtal kring sexualitet. Information om biverkningar, samt att dessa kan vara långvariga, bör också ges av sjuksköterskan.

KONKLUSION

Studiens huvudfynd är att kvinnor med gynekologisk cancer upplever kroppsliga förändringar samt förändringar i sexualitet efter behandling samt att den infertilitet som orsakades av denna skapade oro. Flera oroade sig över recidiv och döden vilket orsakade en känsla av osäkerhet samt brist på kontroll. Många fann stöd hos sin familj, hos sina vänner, hos kvinnor med samma diagnos samt hos hälso- och sjukvårdspersonalen. Ett stort behov av information uttrycktes, dock upplevdes att det förekom en brist på detta, främst kring sexualitet och biverkningar av behandlingen.

Resultatet visar att gynekologisk cancer i en del avseenden har likheter med andra typer av cancer, vad det gäller patientens upplevelser och behov. Dock har det i denna studie framkommit att behovet av att diskutera samt få information om sexualitet och infertilitet är en betydande del av omvårdnaden, och att sjuksköterskan i sitt arbete med kvinnor som har gynekologisk cancer bör vara öppen för samtal kring detta. Även oron för recidiv är att uppmärksamma då den spelar en betydande roll då gynekologisk cancer ofta diagnostiseras i ett sent stadium, vilket också ger en sämre prognos. En stigmatisering kring sjukdomen upplevdes av en del vilket kanske inte upplevs i samma utsträckning vid cancerformer som inte kan ha orsakats av sexuellt överförbara sjukdomar.

Sjuksköterskans stödjande roll i mötet med kvinnan som har gynekologisk cancer bör vara att tillhandahålla information kring sjukdomen, behandlingen och dess påverkan på kvinnans kropp, sexualitet och fertilitet, samt att tillgodose kvinnans behov av stöd. Kvinnans partner bör involveras i kvinnans omvårdnad om möjligt. Denna roll kan ha gemensamma faktorer med den hon har i mötet med patienter drabbade av t ex prostatacancer och ändtarmscancer, två andra typer av cancer som också drabbar en intim del av kroppen. Samma sak kan också gälla sjuksköterskans roll i mötet med de patienter som har icke-maligna sjukdomar i intima delar av kroppen.

En önskan finns att denna studie inspirerar till vidare forskning rörande sjuksköterskans stödjande roll, då en stor del av den forskning som finns berör hälso- och sjukvårdspersonal i allmänhet. Litteratur, angående sjuksköterskans omvårdnadsroll, som finns tillgänglig upplevs främst innehålla konkreta omvårdnadsåtgärder som inte alltid är aktuella. Författarna till denna studie menar att sjuksköterskans stödjande roll endast med hjälp av forskning kan formas genom patienternas upplevelser och behov.

REFERENSER

Axelsson, Å (2008) Litteraturstudie. I: Granskär, M & Höglund-Nielsen, B (red) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur, 173-188.

Bergmark, K (2007) Sexualitet och cancer. I: Carlsson, M (red) *Psykosocial cancervård*. (1:2 uppl) Studentlitteratur: Lund, 173-197.

Bergmark, K & Åvall Lundqvist, E (2000) Sexualitet efter behandling av gynekologisk cancer. I: Sorbe, B & Frankendal, B (red) *Gynekologisk onkologi*. (1:2 uppl) Studentlitteratur: Lund, 385-393.

Borg, T (2003) Sexualitet. I: Reitan, A M & Schølberg, T K (red) *Onkologisk omvårdnad: patient, problem, åtgärd*. (1 uppl) Stockholm: Liber, 81-87.

Borgfeldt, C (2010) Ovarialtumörer. I: Janson, P O & Landgren, B-M (red) *Gynekologi*. (1:1 uppl) Studentlitteratur: Lund, 235-244.

Brännström, M (2010) Vulva- och vaginalcancer. I: Janson, P O & Landgren, B-M (red) *Gynekologi*. (1:1 uppl) Studentlitteratur: Lund, 245-253.

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 (2009) Cancerfundsrapporten 2009 (ISBN: 978-91-89446-31-1).

Carlsson, M (2007) Närstående till en cancersjuk. I: Carlsson, M (red) *Psykosocial cancervård*. (1:2 uppl) Studentlitteratur: Lund, 131-150.

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

CINAHL ><http://www.cinahl.com>< 2010-09-27.

Dahm Kähler, P (2010) Cervixcancer. I: Janson, P O & Landgren, B-M (red) *Gynekologi*. (1:1 uppl) Studentlitteratur: Lund, 215-222.

Ekwall, E et al (2003) Important Aspects of Health Care for Women With Gynecologic Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 30 (2), 313-319.

Farmen, M E & Hol, M (2002) Gynekologisk omvårdnad. I: Almås, H (red) *Klinisk omvårdnad 2*. Stockholm: Liber, s 1012-1070.

Forinder, U (2007) Barn och ungdomar som anhöriga. I: Carlsson, M (red) *Psykosocial cancervård*. (1:2 uppl) Studentlitteratur: Lund, 151-172.

Hellbom, M (2007) Coping. I: Carlsson, M (red) *Psykosocial cancervård*. (1:2 uppl) Studentlitteratur: Lund, 39-53.

Howell, D et al (2003) Impact of Ovarian Cancer Perceived by Women. *Cancer Nursing*, 26 (1), 1-9.

Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763.

Högberg, T et al (2008) Gynekologisk onkologi. I: Ringborg, U et al (red) *Onkologi*. (2 uppl) Stockholm: Liber, 488-533.

Jefferies, H & Clifford, C (2009) Searching: The Lived Experience of Women With Cancer of the Vulva. *Cancer Nursing*, 32(6), E30-E36.

Johnsson, A (2007) Rehabilitering. I: Carlsson, M (red) *Psykosocial cancervård*. (1:2 uppl) Studentlitteratur: Lund, 233-248.

Juraskova, I et al (2003) Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight. *Psycho-Oncology*, 12, 267-279.

Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, 1998:531.

Lalos, A (2000) Samliv och partnerrelation efter gynekologisk cancer. I: Sorbe, B & Frankendal, B (red) *Gynekologisk onkologi*.(1:2 uppl) Lund: Studentlitteratur, 394-405.

Likes, W M et al (2008) Women's Experiences With Vulvar Intraepithelial Neoplasia. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 37, 640-646.

Marcickiewicz, J (2010) Endometriecancer. I: Janson, P O & Landgren, B-M (red) *Gynekologi*.(1:1 uppl) Studentlitteratur: Lund, 223-234.

MEDLINE ><http://www.ebscohost.com/>< 2010-09-27.

Pilkington, F B & Mitchell G J (2004) Quality of Life for Women Living with a Gynecologic Cancer. *Nursing Science Quarterly*, 17 (2), 147-155.

PsycINFO ><http://www.csa.com/>< 2010-09-27.

Pubmed ><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>< 2010-09-27.

Rasmusson E-M & Thomé, B (2008) Women's Wishes and Need for Knowledge Concerning Sexuality and Relationships in Connection with Gynecological Cancer Disease. *Sexuality and Disability*, 26 (4), 207-218.

Reb, A M (2007) Transforming the Death Sentence: Elements of Hope in Women With Advanced Ovarian Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 34 (6), E70-E81.

Reis, N et al (2010) Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: Results from quantitative and qualitative data. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 137-146.

- Reitan, A M (2003 a) De närstående I: Reitan, A M & Schølberg, T K (red) *Onkologisk omvårdnad: patient, problem, åtgärd.*(1 uppl) Stockholm: Liber, 203-212.
- Reitan, A M (2003 b) Kommunikation. I: Reitan, A M & Schølberg, T K (red) *Onkologisk omvårdnad: patient, problem, åtgärd.*(1 uppl) Stockholm: Liber, 63-80.
- Reitan, A M (2003 c) Kris och coping. I: Reitan, A M & Schølberg, T K (red) *Onkologisk omvårdnad: patient, problem, åtgärd.*(1 uppl) Stockholm: Liber, 45-62.
- Reitan, A M (2003 d) Onkologisk omvårdnad. I: Reitan, A M & Schølberg, T K (red) *Onkologisk omvårdnad: patient, problem, åtgärd.*(1 uppl) Stockholm: Liber, 15-25.
- Roberts, K & Clarke, C (2009) Future disorientation following gynaecological cancer: Women's conceptualisation of risk after a life threatening illness. *Health, Risk & Society*, 22 (4), 353-366.
- Rylander, E (2010) Förebyggande av cervixcancer. I: Janson, P O & Landgren, B-M (red) *Gynekologi.*(1:1 uppl) Studentlitteratur: Lund, 207-214.
- Saeteren, B (2003) Andlig omvårdnad. I: Reitan, A M & Schølberg, T K (red) *Onkologisk omvårdnad: patient, problem, åtgärd.*(1 uppl) Stockholm: Liber, 227-239.
- Schølberg, T K (2003) Förändrad kroppsbild. I: Reitan, A M & Schølberg, T K (red) *Onkologisk omvårdnad: patient, problem, åtgärd.*(1 uppl) Stockholm: Liber, 88-97.
- Sele, E C (2003) Omvårdnad vid cancer i de kvinnliga könsorganen. I: Reitan, A M & Schølberg, T K (red) *Onkologisk omvårdnad : patient, problem, åtgärd.*(1 uppl) Stockholm: Liber, 390-396.
- Sjukvårdsrådgivningen (2005) Könsorgan och fortplantning
>www.1177.se/Tema/Kroppen/Fortplantning/Konsorgan-och-fortplantning/<
2010-12-09.
- Socialstyrelsen (1998) Gynekologisk cellprovskontroll – Förslag till screeningprogram (Artikelnr 1998-03-015).
- Socialstyrelsen (2010 a) HPV och livmoderhalscancer
>www.socialstyrelsen.se/hpv/hpvochlivmoderhalscancer< 2010-12-09.
- Socialstyrelsen (2005) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. (Artikelnr 2005-105-1).
- Socialstyrelsen (2010 b) Rekommendationer för vaccination mot humant papillomvirus. (Artikelnr 2010-9-6).

Socialstyrelsen & Cancerfonden (2009) Populärventenskaplig fakta om cancer - Cancer i siffror 2009 (Artikelnr 2009-126-127).

Statens folkhälsoinstitut (2003) Sveriges elva folkhälsomål. Stockholm: Pangea Design.

Wettergren, L (2007 a) Psykosociala interventioner. I: Carlsson, M (red) *Psykosocial cancervård*. (1:2 uppl) Studentlitteratur: Lund, 99-110.

Wettergren, L (2007 b) Traumatisk kris vid cancer. I: Carlsson, M (red) *Psykosocial cancervård*. (1:2 uppl) Studentlitteratur: Lund, 23-38.

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

BILAGOR

Bilaga 1: Granskningsprotokoll för kvalitetsbedömning av kvantitativ studie

Bilaga 2: Granskningsprotokoll för kvalitetsbedömning av kvalitativ studie

Bilaga 3: Matriser

Bilaga 4: PLISSIT

Bilaga 1

GRANSKNINGSPROTOKOLL FÖR KVALITETSBEDÖMNING AV KVANTITATIV STUDIE

Modifierat av författarna efter Willman et al (2006)

Beskrivning av studien

Forskningsmetod Multicenter, antal center.....
 Kontrollgrupp/er

Urvalskaraktistika

Antal.....

Ålder.....

Kriterier för exkludering

Adekvata exklusioner Ja Nej Vet ej

Intervention

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

Vad avsågs studien att studera?

D v s vad var dess primära resp sekundära effektmått

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

Urvalsförfarandet beskrivet? Ja Nej

Representativt urval? Ja Nej Vet ej

Bortfall

Bortfallsanalysen beskriven? Ja Nej

Bortfallsstorleken beskriven? Ja Nej

Adekvat statistisk metod? Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang/granskad? Ja Nej Vet ej

Hur tillförlitligt är resultatet?

Är instrumenten valida? Ja Nej Vet ej

Är instrumenten reliabla? Ja Nej Vet ej

Är resultatet generaliserbart? Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

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

Sammanfattande bedömning av kvalitet

- Hög kvalitet Medel kvalitet Låg kvalitet

Kommentar

.....
.....

Granskare (signatur).....

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

Sammanfattande bedömning av kvalitet

- Hög kvalitet Medel kvalitet Låg kvalitet

Kommentar

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

Granskare (signatur).....

Bilaga 3

MATRISER

Efter Willman & Stoltz, s 84

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Burns, M et al 2007 Storbritannien	Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality.	Att undersöka kvinnors sexualitet två till tre år efter behandling för cervixcancer.	En fenomenologisk ansats med semistrukturerade djupintervjuer gjordes i informanternas hem eller på sjukhuset. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant. Dataanalys skedde med hjälp av Miles & Huberman samt Colaizzi. Transkriptionen kodades och grupperades i teman.	På ett sjukhus i Storbritannien gjordes stickprov ur en befintlig databas från en tidigare studie och med hjälp av inklusions- och exklusionskriterier valdes 28 kvinnor ut. Utav dessa avböjde 15 kvinnor och 13 kvinnor deltog i studien.	Studien resulterade i tre huvudteman; fysiska effekter efter behandling och urin- och tarmdysfunktion, behandlingens påverkan på sexualiteten samt inadekvat information om behandlingen och dess biverkningar.	70,6% Grad II Hög

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Ekwall, E et al 2003 Sverige	Important Aspects of Health Care for Women With Gynecologic Cancer	Att beskriva vad kvinnor diagnostiserade med primär gynekologisk cancer angav som viktiga under deras interaktion med hälso- och sjukvårdssystemet.	En kvalitativ ansats användes under datainsamling och dataanalys. Semistrukturerade intervjuer genomfördes och inleddes med en öppen fråga. Samtliga intervjuer spelades in på band, transkriberades och analyserades därefter med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.	Deltagarna hittades genom ett cancerregister på en specialiserad gynekologisk klinik på ett universitetssjukhus i Sverige. Inklusionskriterier var att strålning eller cellgiftsbehandling skulle ha mottagits på kliniken under hösten 1996 och våren 1997, ingen tidigare cancerdiagnos och svensktalande. Totalt uppfyllde 17 kvinnor inklusionskriterierna, varav 14 gav informerat samtycke. Två av kvinnorna hade cervixcancer, fyra hade ovarialcancer och åtta hade corpuscancer. Kvinnorna var mellan 33 och 80 år.	Studien visade att kvinnornas akuta behov i mötet med sjukvården var att få tumören borttagen och bli botade från sin cancer, att kvinnorna kände att bra kommunikation och stöd var av stor betydelse för att upprätthålla en så positiv självbild som möjligt och att snabbt tillfrisknande samt tillgänglighet, kompetens och samverkan inom hälso- och sjukvården var av betydelse. Kvinnorna uttryckte även ett behov av tillit samt information och deltagande i interaktionen med sina vårdgivare. Ett behov av öppenhet för frågor kring sexualitet uttrycktes också.	82,4 % Grad I Hög

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Howell, D et al 2003 Kanada	Impact of Ovarian Cancer Perceived by Women	Att undersöka kvinnors perspektiv av att leva med ovarialcancer och att beskriva kvinnors upplevelser av den påverkan ovarialcancer hade på deras liv.	En kvalitativ studie. Telefonintervjuer, ca en timme långa, guidades med hjälp av ett schema för semistrukturerade intervjuer. Datan från intervjuerna transkriberades ordagrant och lästes av de tre författarna. De konstruerade ett kodningsschema för datan från intervjuerna efter att ha jämfört sina intryck av var kvinnas berättelse. Datan kodades därefter av huvudförfattaren och framväxande teman identifierades.	18 kvinnor som identifierades genom att sjuksköterskor och gynekologer på två stora cancercenter tillfrågades om att bjuda in kvinnor med diagnosen ovarialcancer att delta i intervjun, samt genom att samma inbjudan gick ut i en lokal stödgrupp för ovarialcancer. Kvinnorna var i åldrarna 35-73 år.	Studien visade att kvinnans vänskapsrelationer förändrades, att cancerdiagnosen förändrade kvinnans roll, att hon oroade sig för sin make och sina barn samt att kvinnans sexualitet förändrades. Studien visade också att kvinnans stora utmaningar var att leva med osäkerhet om framtiden, cancers stigma och att möta döden. Kvinnan kände också brist på kontroll och rädsla för det okända. Studien visade att kvinnan hade många källor för stöd, främst familjemedlemmar och vänner.	70,6 % Grad II Hög

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Jefferies, H & Clifford, C 2009 Storbritannien	Searching. The Lived Experience of Women With Cancer of the Vulva.	Att undersöka den upplevda erfarenheten av kvinnor med vulvacancer i Storbritannien.	En fenomenologisk ansats med strukturerade intervjuer gjordes med informanterna. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant. Dataanalysen skedde med hjälp av "framework" analys enligt Ritchie & Spencer. Genom att lyssna på intervjuerna och läsa transkriptionen kunde man identifiera en teoretisk referensram av Van Manen, de fyra existensier av att leva i vardagen, vilket även formade analysen.	Målmedvetet valdes 13 kvinnor från ett remiss center ut. Alla var yngre än 50 år , detta för att fånga den yngre populationen.	Studien resulterade i fyra huvudteman; hitta kontrollen över de fysiska symtomen samt hitta kontrollen över sina känslor, söka efter mening samt tidselementet i kvinnornas liv.	82,4 % Grad I Hög

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Juraskova, I et al 2003 Australien	Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight	Att utforska viktiga frågor angående kvinnans psykosexuella anpassningar efter behandling för tidiga stadier av cervixcancer och endometriecancer som fått olika behandlingsformer, inverkan av sexuell funktion efter behandling på livskvaliteten samt kvinnornas och deras partners psykosexuella behov.	En kvalitativ metod användes. Data samlades in genom semistrukturerade intervjuer, per telefon eller vid ett möte. Intervjuerna spelades in på band och transkriberades därefter tills inga nya teman framträdde. En kvalitativ fenomenologisk ansats baserad på grounded theory användes under dataanalysen. Axial kodning användes för att identifiera samband mellan kategorier och underkategorier. Dataanalysen skedde även med hjälp av datorprogrammet NUD*IST.	Kvinnor som behandlades för cervix- och endometriecancer i stadium I och II vid två stora universitetssjukhus var lämpliga att delta i studien. Patienter som kunde förstå engelska och delta i en intervju, som för tillfället hade en partner och som inte hade någon samtidig aktiv sjukdom inkluderades i studien. Patienterna identifierades via deras behandlande onkolog och inbjöds via brev att delta i studien. Urvalet stratifierades efter vilken behandlingsform de mottagit samt efter tid sedan behandling. 20 kvinnor i åldrarna 19 till 64 deltog i studien.	Studien resulterade i tre huvudteman; bekymmer kring femininitet, intimitet efter behandling samt betydelsen av kommunikation mellan hälso- och sjukvårdspersonalen, patienter och deras partner. En teori utvecklades där de olika delarna beskrivs och tillsammans påverkar den sexuella anpassningen som kvinnorna går igenom efter behandlingen.	94,1 % Grad I Hög

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Likes, W et al 2008 USA	Women's Experiences With Vulvar Intraepithelial Neoplasia	Att undersöka kvinnornas erfarenhet av VIN från sjukdomens erkännande genom uppföljningsbesök och att identifiera påverkan av deras erfarenhet.	En intervjuguide skapades med öppna frågor. Intervjuerna skedde på två olika kliniker, ledda av en erfaren diskussionsledare. Sessionen spelades in på band. Forskarna sammanfattade sedan svaren och diskuterade dessa med. Intervjuerna transkriberades ordagrant med anteckningar från sessionen som hjälp. Dataanalys gjordes genom att två forskare, separat, tematiserade och kategoriserade transkriptionen. Tillsammans diskuterade forskarna deras fynd och skapade gemensamma kategorier.	Ett flygblad sattes upp på en onkologisk klinik för att rekrytera informanter. De informanter som hörde av sig och var intresserade av att delta i studien och uppfyllde inklusions- och exklusionskriterier var erbjuds att delta i studien. Sex kvinnor var intresserade och uppfyllde kraven och två fokusgrupper utformades. Kvinnorna som deltog i studien var mellan 22 och 72 år.	Studiens resultat visar att kvinnorna blev chockade över deras diagnos och att de tyckte att de fick inadekvat information vid diagnostillfället. Studien visade även att kvinnorna oroade sig för recidiv samt upplevde många förändringar efter behandling, både kroppsliga och sociala. Kvinnorna kände också brist på kontroll och skam över sin diagnos. Studien visade även att andlighet och relationer spelade en stor roll samt att yttre faktorer så som deras respektive, hälso- och sjukvårdspersonal, familj, vänner och andra med samma diagnos hade stor inverkan på deras liv.	76,5 % Grad II Hög

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Pilkington, F B & Mitchell, G J 2004 Kanada	Quality of Life for Women Living With a Gynecologic Cancer	Att öka förståelsen om livskvaliteten som beskriven av kvinnor som lever med en gynecologisk cancer.	En kvalitativ deskriptiv explorativ metod användes. En semistrukturerad intervju genomfördes med varje deltagare, intervjun spelades in på band och transkriberades därefter ordagrant. Intervjuerna bestod av öppna frågor vilka användes som en guide för vilka områden som skulle undersökas. Under dataanalysen identifierades flera teman som fångade betydelsen av livskvalitet så som deltagarna beskrivit.	Med hjälp sjuksköterska hittades potentiella deltagare till studien. Med hjälp av stickprov valdes 14 kvinnor ut som uppfyllde samtliga inklusionskriterier. Tio av kvinnorna hade nyligen genomgått kirurgisk behandling och två hade nyligen blivit diagnostiserade. De flesta av deltagarna hade dock levt med cancer i flera år. Kvinnorna var diagnostiserade med ovarialcancer (n=9), cervixcancer (n=1) och vulvacancer (n=2). Deltagarna i studien var mellan 30 och 73 år.	Studien resulterade i fyra teman som beskrev livskvalitet från deltagarnas perspektiv. Dessa teman var att uppskatta kärleksfulla uttryck, bekräftelse av personligt värde, tröst mitt under plågan samt öka styrka för att uthärda. Studien visade genom dessa teman att viktiga personer i deras liv var familj, vänner och vårdgivare. Resultatet visade också att det var viktigt för kvinnorna att bli behandlade som personer och inte som en sjukdom samt att kvinnorna såg det goda som kom utifrån allt det onda samt att de försökte hålla sig starka för att klara av att leva med cancer.	82,4 % Grad I Hög

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Rasmusson, E-M & Thomé, B 2008 Sverige	Women's Wishes and Need for Knowledge Concerning Sexuality and Relationships in Connection with Gynecological Cancer Disease	Att undersöka kvinnors önskemål och behov av kunskap om sexualitet och relationer i samband med gynekologisk cancer sjukdom.	En kvalitativ metod användes. En pilotintervju gjordes för att bekräfta användbarheten av intervjuguiden som skapats. Intervjuer gjordes i samband med ett uppföljningsbesök på kliniken. Intervjuerna ägde plats i ett mötesrum på kliniken eller i kvinnornas hem. Efter kvinnans godkännande spelades intervjun in. Intervjuerna transkriberades sedan ordagrant av den första författaren och dataanalysen baserad på Catanzaro var latent innehållsanalys. Därefter lästes transkriptionen flertalet gånger och mönster identifieras och transkriptionen sorterades in i kategorier, då författarna samarbetade.	Urvalet gjordes konsekvent i samband med kvinnornas senaste onkologiska behandling samt att kvinnorna skulle uppfylla de inklusions- och exklusionskriterier studien hade. Totalt tillfrågades 22 kvinnor och elva av dessa gick med på att delta. Deltagarna i studien var mellan 36 och 60 år.	Studien resulterade i två kategorier och dessa var frånvaro av kunskap om kroppen och samtal med sexuell relevans. Studien visade att kvinnan upplevde en förändrad kroppsuppfattning i negativ riktning så som att kvinnligheten förlorades och kvinnan hade även önskemål om att få information gällande operation, behandling, specifika råd, symtom och sexualitet menade att detta hade varit betydande. Studien visade också påverkan på sexualiteten som en frustration för partners samt som följd p g a behandling. Även relationen mellan kvinnan och sjukvårdspersonal var av vikt då kvinnorna ansåg att kommunikation var betydelsefullt. Studien visade även att relationen mellan kvinnorna och deras partners var väsentlig då den påverkades utav cancer.	76,5 Grad II Hög

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Reb A M 2007 USA	Transforming the Death Sentence: Elements of Hope in Women With Advanced Ovarian Cancer	Att beskriva upplevelsen av hopp hos kvinnor med avancerad ovarialcancer.	Grounded theory med intervjuer användes som metod. Studien byggde på symbolisk interaktionism och konstruktivistiska paradig, vilka användes som en teoretisk referensram. Ett formulär för personuppgifter och en fokuserad intervjuguide med öppna frågor användes för att samla in data. Intervjuerna spelades in på band och transkriberades ordagrant av erfarna transkriberare. Data analyserades enligt grounded theory och med hjälp av Ethnograph 5.08. Sjuksköterskor med kunskaper i grounded theory och en deltagare kommenterade slutligen analysen.	Stickprovsurval användes för att identifiera kvinnor med ovarialcancer i stadium I eller II som hade avslutat en första cellgiftsbehandling och som inte visade några tecken på recidiv vid tiden för intervjun. Inklusionskriterier var att det fick ha gått högst fem år sen diagnostisering och att kvinnan inte hade några andra livshotande sjukdomar. Deltagarna rekryterades från två olika onkologikliniker på två lokala sjukhus samt en privat hematologi- och onkologiklinik i nordvästra USA. 20 kvinnor i åldrarna 42 – 73 år ingick i studien.	Studien resulterade i en kärnvariabel där kvinnorna hanterade oron genom att omvandla dödsdomen under tre övergripande faser: chock, efterchock och återuppbyggande. Studien visade att kvinnorna upplevde diagnostiseringen som ett chockbesked och till en början sökte mycket information, som en copingstrategi. Studien visade också att i fasen efter den första chocken beskrev kvinnorna rädsla inför döden och oro inför framtiden samt att i den sista återbyggande fasen försökte kvinnorna hitta mening i sitt liv med cancer samtidigt som risken för recidiv ledde till en osäkerhet.	88,2 % Grad I Hög

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitet
Roberts, K & Clarke, C 2009 Storbritannien	Future disorientation following gynaecological cancer: Women's conceptualization of risk after a life threatening illness	Att utforska den levda erfarenheten av gynekologisk cancer från kvinnornas perspektiv, att få bättre förståelse för den inverkan gynekologisk cancer har på områden av livskvalitet och sexualitet för kvinnor efter en större bäckenkirurgi samt att identifiera områden i vilka vården kan utvecklas för att stödja anpassningsprocessen för kvinnorna under deras återhämtning.	Grounded theory användes som studiemetod. Intervjuplatserna valdes av kvinnorna själva, i hemmet eller på sjukhuset. Data samlades in, kodades och analyserades parallellt. De första intervjuerna syftade att identifiera så många kategorier för att i senare intervjuer kunna fokusera på bestämda områden och därför användes öppna frågor. Symbolisk interaktionism användes som en teoretisk referensram under datainsamlingen. Data kodades med öppen, axiell och selektiv kodning. Triangulering användes för att öka studiens reliabilitet samt validitet.	Kvinnorna fick information om studien från en forskande sjuksköterska i samband med ett mottagningsbesök på ett gynekologiskt cancercenter. Totalt deltog 20 kvinnor i studien, och det var minst ett år sedan de fick sin behandling.	Studien resulterade i två huvudteman. Det första temat berörde att kvinnorna sökte efter mening och försökte förstå varför de fått cancer. Studien visade också att kvinnorna kände vrede och frustration över den stressade situationen samt att hälso- och sjukvårdspersonalen påverkade kvinnorna i deras återhämtning. Studien visade även att kvinnorna påverkades av infertiliteten som var en följd av behandlingen. Andra temat tog upp att kvinnorna levde med en risk och att de kände osäkerhet inför framtiden. Studien visade också att kvinnorna kände oro över att kanske behöva lämna familj, främst sina barn, efter sig.	76,5 Grad II Hög

Bilaga 4

PLISSIT

Ur Bergmark och Åvall Lundqvist (2000)

PLISSIT är en modell för diskussion kring sexuella frågor där man tar upp sexualitet med öppna frågor (Bergmark & Åvall Lundqvist, 2000).

Permission – *tillåtande attityd* och uppmuntra till kommunikation

Limited Information – planerad och *begränsad information*

Specific Suggestion – *inriktade råd* till de områden patienten har problem med

Intensive Therapy – *inriktad, medicinsk, kirurgisk eller annan terapi* som bör skötas av experter