MALMÖ UNIVERSITET
FAKULTETEN FÖR HÄLSA OCH SAMHÄLLE

KVINNORS UPPLEVELSER AV ATT LEVA MED GYNEKOLOGISK CANCER

EN LITTERATURSTUDIE

RAIHANA AMIRI
OLIVIA JOHANSSON

Examensarbete i omvårdnad
61-90 hp
Sjuksköterskeprogrammet
Januari 2026

Malmö universitet
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö

KVINNORS UPPLEVELSER AV ATT LEVA MED GYNEKOLOGISK CANCER

EN LITTERATURSTUDIE

RAIHANA AMIRI
OLIVIA JOHANSSON

Författare 1/Amiri, R & Författare 2/Johansson, O. Kvinnors upplevelser av att leva med gynekologisk cancer. En litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng.* Malmö universitet: Fakulteten för hälsa och samhälle, institutionen för vårdvetenskap, 2026.

Abstrakt:
Bakgrund: Gynekologisk cancer medför betydande fysiska, psykiska och sociala konsekvenser som påverkar kvinnors välbefinnande. För att möjliggöra personcentrerad omvårdnad behövs ökad förståelse för kvinnors egna erfarenheter av att leva med sjukdomen. ***Syfte:*** Syftet med denna litteraturstudie var att sammanställa kvalitativ forskning om kvinnors upplevelser av att leva med gynekologisk cancersjukdom. ***Metod:*** Systematiska sökningar genomfördes i Cinahl och Pubmed, och 14 kvalitativa studier analyserades med stöd av Popenoe m.fl (2021). ***Resultat:*** Resultatet visar att upplevelserna påverkas av kroppsliga förändringar, känslomässig belastning och förändrade relationer, men också av stöd, delaktighet och bemötande från vården. Teman som framkom var psykologiska konsekvenser av gynekologisk cancer, kroppslig påverkan av gynekologisk cancer och dess behandling, att leva med begränsad sexualitet och bruten intimitet, att leva med social sårbarhet och förändrade livsroller och copingstrategier för anpassning och välbefinnande. ***Slutsats:*** Gynekologisk cancer innebär betydande påfrestningar som påverkar kvinnornas välbefinnande på individuella sätt, och kräver ett helhetsperspektiv där man ser till hela människan och personcentrerad omvårdnad. Sjuksköterskan har en central roll i att uppmärksamma och stödja kvinnors individuella behov för att främja välbefinnande trots sjukdom.

Nyckelord: Gynekologisk cancer, kvinnor, upplevelser, personcentrerad vård, välbefinnande

WOMEN'S EXPERIENCES OF LIVING WITH GYNECOLOGICAL CANCER

A LITERATURE REVIEW

RAIHANA AMIRI
OLIVIA JOHANSSON

Author 1/Amiri, R & Author 2/ Johansson, O. Experience of quality of life among women with gynecological cancer. A literature study. *Degree project in nursing care 15 högskolepoäng.* Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of nursing science, 2026.

Abstract:
Background: Gynecological cancer entails significant physical, psychological and social consequences that affect women´s experiences. To enable person-centred care, an increased understanding of women's own experiences of living with the disease is required. ***Aim:*** The aim of this literature study was to compile qualitative research on women´s experiences of living with gynecological cancer. ***Method:*** Systematic searches were conducted in Cinahl and PubMed, and 14 qualitative studies were analysed using the framework by Popenoe et.al (2021). ***Results***: The findings show that women's experiences are influenced by bodily changes, emotional strain and altered relationships, but also by support, participation and the quality of interactions with healthcare providers. Themes that occurred were psychological consequences of gynecological cancer, bodily impact of gynecological cancer and its treatment, living with limited sexuality and disrupted intimacy, living with social vulnerability and altered life roles and coping strategies for adaptation and well-being. ***Conclusion:*** Gynecological cancer involves significant challenges that affect women's well-being in individual ways, and requires a holistic approach and person-centred care. Nurses play a central role in identifying and supporting women´s individual needs to promote well-being despite illness.

Key words: Experience, gynecological cancer, person-centred care, well-being, women

INLEDNING 5
BAKGRUND 5
Gynekologisk cancer 5
Corpuscancer 6
Ovarialcancer 6
Cervixcancer 6
Konsekvenser av gynekologisk cancersjukdom på kvinnors välbefinnande 6
Fundamentals of Care, personcentrerad vård och Theory of Nursing as Caring 7
PROBLEMFORMULERING 7
SYFTE 8
METOD 8
RESULTAT 10
Psykologiska konsekvenser av gynekologisk cancer 12
Kroppslig påverkan av gynekologisk cancer och dess behandling 13
Att leva med begränsad sexualitet och bruten intimitet 14
Att leva med social sårbarhet och förändrade livsroller 15
Copingstrategier för anpassning och välbefinnande 17
DISKUSSION 18
Metoddiskussion 18
Resultatdiskussion 21
SLUTSATS 24
FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE 25
REFERENSER 26
BILAGA 1. 30
BILAGA 2. 32
BILAGA 3. 34

INLEDNING

Ämnet för denna studie är kvinnors upplevelser av att leva med gynekologisk cancersjukdom. Vid verksamhetsförlagd utbildning under möten med kvinnor med gynekologisk cancer, har ett intresse hos författarna formats för hur dessa kvinnor upplever livet i samband med sin sjukdom. En djupare förståelse för dessa erfarenheter kan bidra till en utveckling i omvårdnaden genom mer empatiskt bemötande, stärkt autonomi och förebyggande av lidande. Ämnet är således särskilt relevant ur ett sjuksköterskeperspektiv. Möten med kvinnor med gynekologisk cancer kan uppstå varsomhelst inom vården i olika stadier av sjukdomen. Genom en förbättrad förståelse för kvinnornas upplevelser av att leva med gynekologisk cancersjukdom kan sjuksköterskan bidra till mer personcentrerad vård, för att öka välbefinnande trots sjukdom.

BAKGRUND

I bakgrunden redogörs för olika typer av gynekologisk cancer, sjukdomens förekomst och vad den kan innebära för individen. I detta avsnitt redogörs även personcentrerad vård, det teoretiska ramverket Fundamentals of Care och omvårdnadsteorin “Theory of Nursing as Caring”.

Gynekologisk cancer

Gynekologisk cancer är ett samlingsbegrepp för flera cancersjukdomar som drabbar kvinnans reproduktionsorgan, såsom livmoder, livmoderhals, äggstockar, äggledare och vulva (Zhu m.fl 2024). Corpus cancer, ovarial cancer och cervixcancer är de tre vanligaste formerna av gynekologisk cancer. Dessa sjukdomar skiljer sig åt avseende symtom, behandling och prognos. Studier visar att det globalt år 2022 var 1 473 427 kvinnor som nyligen diagnostiserats med en form av gynekologisk cancer, av dessa var det 680 372 som avled (a.a).

De tre vanligaste cancerformerna utgör tillsammans över en tredjedel av alla nyupptäckta fall hos kvinnor globalt. Sammanlagt stod gynekologisk cancer för mer än 15% av alla cancerfall och dödsfall relaterade till cancer bland kvinnor globalt (Zhu m.fl 2024). I Europa har det visat sig att ovarial cancer har både högst incidens och mortalitet av de tre vanligaste formerna (ENGAGe 2024). Corpus cancer uppstår i högre grad i höginkomstländer, därav rankas Europa som tvåa när det kommer till incidens och mortalitet. I centrala samt östra Europa står cervixcancer för högre incidens jämfört med västeuropeiska länder. Europa rankas som fjärde största kontinenten med incidenser samt femte kontinent med högst mortalitet när det kommer till cervixcancer (a.a.). I Norden står gynekologiska cancerformer för 12% av alla cancerformer som drabbar kvinnor, här står corpus cancer för den största andelen av fallen (Sekse m.fl. 2019). I Sverige insjuknar ungefär 3000 kvinnor per år (Cancerfonden 2025). Gynekologiska cancersjukdomar är ett komplext sjukdomsområde med en ökad förekomst, vilket delvis kan förklaras med riskfaktorer som miljö, ohälsosam livsstil, samt genetik (Zhu m. fl. 2024). Studier visar på att om den fortsatta utvecklingen fortsätter väntas både incidens och mortalitet av gynekologisk cancer öka under de närmaste två decennierna, något som

tydliggör det brådskande behovet av effektiva insatser (Zhu m.fl. 2024). Ovanstående siffror tyder på att gynekologisk cancer utgör ett väsentligt folkhälsoproblem globalt (a.a.).

Corpuscancer

Corpuscancer uppstår i livmoderslemhinnan och är den vanligaste cancerformen med 1 406 fall och 223 dödsfall i Sverige år 2022 (Cancerfonden 2025). Vanligaste symtomet är postmenopausala blödningar. Diagnos ställs med gynekologisk undersökning och bilddiagnostik. Behandlingen är främst kirurgi, ibland i kombination med strålning eller annan adjuvant behandling (Internetmedicin 2025).

Ovarialcancer

Ovarialcancer uppstår i äggstockarna men omfattar även bukhinnecancer och kallas ofta ”bukens tysta tumör” (Cancerfonden 2023). Vanliga symtom är buksvullnad, smärta och snabb mättnadskänsla. Diagnos ställs med gynekologisk undersökning, ultraljud, DT och ibland biopsi, följt av bukoperation. Behandling består ofta av kirurgi och cytostatika (Cancerfonden 2023). År 2022 diagnostiserades 643 kvinnor i Sverige och drygt 500 avled (Cancerfonden 2024).

Cervixcancer

Cervixcancer orsakas oftast av HPV och uppstår i livmoderhalsen. Vanliga symtom är avvikande blödningar och flytningar. Diagnos ställs med gynekologisk undersökning och cellprov. Behandlingen kan omfatta kirurgi, strålning och/eller cytostatika (Cancerfonden 2023). År 2022 diagnostiserades 471 kvinnor i Sverige och 199 avled (Cancerfonden 2025).

Konsekvenser av gynekologisk cancersjukdom på kvinnors välbefinnande

För kvinnor som diagnostiserats med gynekologisk cancer kan sjukdomen och dess behandling leda till betydande psykiska och sociala besvär, fysiska förändringar, existentiell oro och påverkan på kroppsuppfattning och sexualitet. Vilket i sin tur kan försämra livskvalitet, både kortsiktigt och långsiktigt (Shirali m.fl. 2020). Många patienter ger även uttryck för vissa ouppfyllda behov inom de fysiska och emotionella aspekterna, vilket resulterat i nedsatt livskvalitet och en upplevelse av att tidigare hälsa och funktionsnivå inte kan återfås (Sekse m.fl. 2019). Andra faktorer som samspelar med nedsatt livskvalitet efter till exempel behandling är somatisk samsjuklighet, lägre socioekonomisk status samt ensamboende (Jonsdottir m.fl. 2023). Även bristfälligt psykosocialt stöd och begränsad kommunikation mellan patient och vårdpersonal har i forskning visats kunna försämra livskvaliteten (ENGAGe, 2024).

Kvinnor har generellt högre risk för depression och ångest, men efter en metaanalys var prevalensen av depression efter gynekologisk cancer 23%, vilket var högre än för andra cancerdiagnoser (ENGAGe, 2024). För att kunna ge en holistisk och personcentrerad omvårdnad är det därför av vikt att sjuksköterskor förstår kvinnors upplevelser av att leva med gynekologisk cancersjukdom. Antalet kvinnor som överlever gynekologisk cancer har successivt ökat, vilket gör det nödvändigt att lägga större fokus på olika aspekter av överlevnad och upplevelser i syfte att utveckla och förbättra vården för dessa patienter (Vitale m.fl 2016). De senaste åren har flera framsteg gjorts inom medicinsk behandling av gynekologisk cancersjukdom, vilket snarast ökar behovet av att undersöka kvinnors

upplevelser av att leva med gynekologisk cancer i samband med detta. Detta har gjorts i flertalet studier men för att sjuksköterskor ska kunna ge en personcentrerad vård är det av vikt att tillgängliggöra en överskådlig genomgång av och sammanfattning av resultaten i dessa studier (Arriba m.fl 2010). Detta eftersom psykosocial omvårdnad och stöd liksom symtomhantering är avgörande för att förbättra patientens allmänna välbefinnande i samband med gynekologisk cancersjukdom (Fang m.fl 2024).

Fundamentals of Care, personcentrerad vård och Theory of Nursing as Caring

En personcentrerad vård utgör en central del av det teoretiska ramverket Fundamentals of Care (FoC) som innebär att patientens individuella erfarenheter, värderingar och preferenser integreras i vårdprocessen, varför denna modell valts som referensram är för att förstå kvinnors upplevelser av att leva med gynekologisk cancersjukdom. Inom ramen för Fundamentals of Care betonas vikten av att tillgodose patientens grundläggande behov, fysiska och psykosociala, genom etablering av en vårdrelation präglad av tillit, närvaro och respekt (Kitson m. fl 2010). Det består av en strävan efter att bevara personens integritet och värderingar, samt se personen bakom sjukdomen. Att dessutom visa respekt och bekräftelse av personens upplevelse ligger till grund för en personcentrerad vård och för att utifrån en persons egen tolkning av sin hälsa främja denna (Svensk sjuksköterskeförening, 2024).

Anne Boykin och Savina O. Schoenhofers omvårdnadsteori *Theory of Nursing as Caring* utgår från att människan i grunden är vårdanden och ska mötas som en hel person med unika erfarenheter, värderingar och behov. Omvårdnad innebär enligt teorin att sjuksköterskan skapar en relation präglad av närvaro, respekt och ömsesidighet, där patientens upplevelser och livsvärld står i centrum, samt betonar den att mötet med patienten är en ömsesidig relation snarare än att enbart fokusera på diagnos och åtgärder (Alligood 2013). Detta synsätt överensstämmer med Fundamentals of Care, som betonar vikten av att tillgodose individens fysiska, psykiska och relationella behov genom personcentrerad omvårdnad. I relation till studiens syfte bidrar teorin med ett teoretiskt perspektiv som synliggör hur kvinnors upplevelser bör beaktas i omvårdnaden. Genom att tillämpa personcentrerad vård utifrån Fundamentals of Care kan sjuksköterskan främja delaktighet, bekräftelse och en känsla av sammanhang, vilket bidrar till ökad livskvalitet och välbefinnande. I litteraturstudien diskuteras resultaten utifrån detta teoretiska ramverk samt omvårdnadsteorin theory of nursing as caring, med avseende på de psykosociala behov som kan skönjas i materialet.

PROBLEMFORMULERING

Gynekologisk cancer omfattar således flera sjukdomar som påverkar kvinnans reproduktionsorgan och utgör ett betydande folkhälsoproblem globalt. Trots medicinska framsteg påverkas många kvinnor av långvariga fysiska, psykiska och sociala konsekvenser som har stor inverkan på deras upplevelse av livskvalitet och välbefinnande. Forskning visar även att bristande psykosocialt stöd och otillräcklig kommunikation inom vården kan förstärka dessa upplevelser. För att sjuksköterskan ska kunna tillämpa personcentrerad vård i enlighet med Fundamentals of Care, krävs ökad förståelse för kvinnors egna erfarenheter och behov. En fördjupad kunskap om hur kvinnor upplever att leva med gynekologisk cancersjukdom är därför nödvändig för att utveckla holistiska omvårdnadsinsatser som främjar välbefinnande, delaktighet, mening i livet och således förbättrar livskvaliteten. Därför

finns ett behov att sammanställa befintliga studier i en litteraturstudie för att ge mer samlad kunskap och en överblick som sedan kan hjälpa grundutbildade sjuksköterskor att bemöta patienternas behov på ett bra sätt.

SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att sammanställa tidigare forskning om kvinnors upplevelser av att leva med gynekologisk cancersjukdom.

METOD

Denna litteraturstudie genomfördes på kvalitativa empiriska studier eftersom studiens syfte var att undersöka upplevelser. Kvalitativ studiedesign lämpar sig för att studera upplevelser, erfarenheter och tolkningar. Då studiens syfte var att sammanställa forskning om kvinnors upplevelser av att leva med gynekologisk cancer, ger just studier med kvalitativa metoder möjlighet till en grundligare förståelse för mänskliga upplevelser och studerar helheten enligt Willman m.fl. (2016).

PEO-modellen

PEO-modellen användes för att formulera och skapa ett tydligt syfte till studien. Genom denna modell framställdes en population, exposure och outcome, för att även ge struktur i sökningen. P blir kvinnor, E blir gynekologisk cancersjukdom och O blir upplevelse av livskvalitet (Saltikov & McSherry 2016). Se tabell 1.

Tabell 1: PEO-modellen

Population	**Exposure**	**Outcome**
Kvinnor	Gynekologisk cancer	Upplevelser

Inklusionskriterier

Tabell 2: Inklusionskriterier

- Kvinnor som får eller har fått vård med anledning av bekräftad gynekologisk cancer
- Kvalitativa primärstudier
- Peer reviewed
- Studier på engelska

Databassökning

Databaser som använts för att finna relevanta artiklar till studiens resultat är Cinahl och PubMed. Cinahl innehåller artiklar som främst berör omvårdnad. PubMed har en mer medicinsk inriktning men även artiklar om omvårdnad. Båda databaserna ansågs vara relevanta för litteraturstudien. Test sökningar gjordes i båda databaserna för att skapa en uppfattning om huruvida det fanns relevant vetenskaplig litteratur som svarar mot syftet.

Resultatet av sökningarna visade att det fanns tillräckligt med forskning för att gå vidare med litteraturstudien.

Sökord och sökstrategi

De använda sökorden bestod av både ämnesord och fritextord. Relevanta ämnesord kontrollerades i Svenska MeSH och test sökningarna gjorde att relevanta ämnesord som artiklarna var taggade med samt synonymer identifierades. För att försäkra att de valda ämnesorden motsvarade studiens centrala begrepp kontrollerades deras definitioner både i Cinahl thesaurus, även kallat Cinahl subject headings och PubMed thesaurus, även kallat MeSH (Medical Subject Headings). Ämnesorden jämfördes dessutom mellan databaserna för att säkerställa att sökningarna genomfördes på ett konsekvent sätt, eftersom thesaurus kan skilja sig åt mellan olika databaser.

Varje ämnesord har även sökts på som ett fritextord. Ämnesord som använts var följande: genital neoplasms female, attitude och quality of life. Fritextord som använts var: genital neoplasms, gynecological cancer, gynecological neoplasms, quality of life, life quality, well-being, attitude, experience, perceptions, feelings. Alla fritextord söktes i fältet titel och abstract för att få fram fler relevanta träffar och begränsa sökresultatet. Eftersom ämnesordet genital neoplasms, female inkluderar enbart kvinnor, behövdes inga egna sökord för populationen.

Sökningarna i respektive databas startades med att söka på alla sökorden som framtagits utifrån PEO-modellen. Först ämnesorden som också söktes som fritextord och sedan alla synonymer till ämnesorden, detta för att samtliga ord skulle hamna i sökhistoriken. Därifrån markerades orden tillhörande E, som även inkluderade P och skapades till block 1 med booleska termen OR. Samma utfördes gällande orden tillhörande O, där upplevelser blev ett block. Det tredje blocket innefattade livskvalitet och välbefinnande. Sammantaget genererade detta tre sökblock. Vidare kombinerades samtliga sökblock och sammanlänkades med den booleska termen AND till en komplett sökning.

I Cinahl begränsades artiklarna till peer reviewed och engelska. I PubMed begränsades artiklarna till engelska. I PubMed finns ingen avgränsning till peer reviewed, därför söktes tidskriften upp som artiklarna var publicerade i för att säkerställa peer review. Sökningarna har skett likvärdigt i båda databaserna, eftersom samma ämnesord och fritextord har använts i båda sökningarna. Sökscheman presenteras i bilaga 1 och 2 för båda databaserna.

Urvalsprocessen

Sökningen i Cinahl genererade 597 artiklar. Alla titlar av dessa lästes och därefter bedömdes 80 artiklar som relevanta för syftet och gick vidare för läsning av abstract. Efter att abstract lästes på samtliga, återstod 19 artiklar som bedömdes relevanta för syftet och gick vidare till läsning i fulltext. Efter läsning i fulltext bedömdes tio artiklar vara relevanta för litteraturstudien. De tio valda artiklarna gick vidare till kvalitetsgranskning. I PubMed blev resultatet efter sökningen 995 artiklar. Samtliga titlar lästes och 53 av dessa bedömdes vara relevanta utifrån syftet och många dubbletter återfanns i Cinahl. Abstract lästes på samtliga 53 artiklar, därefter återstod 15 artiklar som lästes i fulltext. Efter läsning i fulltext resulterade detta i fem artiklar som svarade mot syftet. Dessa fem artiklar gick vidare till kvalitetsgranskning. De artiklar som exkluderades under urvalet var inte av kvalitativ metod och/eller svarade inte mot syftet.

Av alla 15 artiklar är åtta stycken inriktade på en specifik cancerform (fem stycken ovarialcancer och tre stycken cervixcancer). Troligen uppkom många artiklar rörande ovarialcancer med tanke på att det är den dödligaste formen av gynekologisk cancer och diagnosen troligtvis har en stor inverkan på kvinnors upplevelser. Därför ansågs också dessa artiklar vara av värde för resultatet. Cervixcancer är den vanligaste formen globalt och därför är det relevant att inkludera artiklar som berör endast cervixcancer. Sju av artiklarna inkluderade deltagare med olika former av gynekologisk cancer.

Kvalitetsgranskningen

Sammanlagt kvalitetsgranskades 15 artiklar enligt SBU:s mall för kvalitativa studier (2014). Varje studie bedömdes utifrån kriterier som tydligt syfte, lämplig och konsekvent metod, tydligt och tillräckligt stort urval, noggrant beskriven datainsamling, tydlig och systematisk analysprocess och tydligt framkomna etiska överväganden. Utifrån dessa kriterier bedömdes sedan artiklarna som höga, medelhöga, medel eller låg kvalitet. Granskningen genomfördes systematiskt och oberoende av båda författarna för att öka trovärdigheten. Resultatet av granskningen ligger till grund för bedömningen av studiernas vetenskapliga kvalitet och deras relevans för syftet med litteraturstudien. Varje artikel värderades genom en övergripande kvalitativ bedömning av i vilken utsträckning granskningskriterierna uppfylldes, i enlighet med Willman m.fl (2016) och SBU:s granskningsmall (2014). Efter kvalitetsgranskning av samtliga 15 artiklar bedömdes fjorton vara relevanta för analys. Den artikel som exkluderades bedömdes som inte relevant för syftet, då studien endast fokuserade på den psykiska aspekten och framför allt “fatigue”. Sju artiklar bedömdes vara av hög kvalitet, fem artiklar bedömdes som medelhöga och två artiklar bedömdes som medel.

Analys

Analysmetoden som användes är den metod som Popenoe m.fl. (2021) beskriver. Metoden användes för att identifiera upplevelser och erfarenheter relaterat till syftet i studien, och göra kategorier av resultaten från artiklarna för att redovisa litteraturstudiens resultat på ett tydligt och strukturerat vis. Analysmetoden består av tre delar: Första delen var identifiering av dataenheter, det vill säga att meningar samt stycken som är relevanta för studiens resultat understryks. Andra delen bestod av att data sammanfattades och kondenserades, det vill säga att centrala nyckelord plockades ur meningar och stycken för att belysa textens övergripande tema. Tredje delen var att ange lämpliga koder som innebar att de mest framträdande teman i artiklarnas resultat sammanfördes och benämndes under ett gemensamt tema. En artikelmatris användes i takt med detta för att sammanställa alla artiklar som användes till resultat och analys, där varje artikels syfte, metod och resultat beskrivits, samt teman som identifierats i varje artikel genom tidigare steg presenteras. Därefter redogjordes och diskuterades dessa teman i resultatdiskussionen. Analysen genomfördes enskilt av båda författarna, genom att jämnt fördela dela upp de 14 artiklarna och genomföra tidigare nämnda tre steg på enskilt håll, sedan växlade författarna artiklarna och utförde samma process för att sedan diskutera separata fynd och gemensamma teman och underteman identifierades.

RESULTAT

Efter genomförd analys kondenserades resultaten från de 14 artiklarna till fem huvudteman och elva underteman. Teman som framkom var huvudtemat *psykologiska konsekvenser av*

gynekologisk cancer med undertemana *känslomässiga reaktioner* och *rädsla för återfall*, huvudtemat *kroppslig påverkan av gynekologisk cancer och dess behandling* med undertemana *fysiska symtom* och *förändrad kroppsbild,* huvudtemat *att leva med begränsad seuxalitet och bruten intimitet* med undertemana *förändringar i sexuell hälsa och funktion* och *relationella konsekvenser samt behov av stöd* och huvudtemat *att leva med social sårbarhet och förändrade livsroller* med undertemana *socialt liv* och *könsidentitet och självbild* samt huvudtemat *copingstrategier för anpassning och välbefinnande* med undertemana *stöd från nära och kära*, *förändrad livsstil efter kroppens behov* och *förändrad attityd till livet*.

Sammanlagt deltog 322 kvinnor i studierna, med variationer från sju till 98 deltagare i varje studie, samt ett åldersspann från 18 tilll 81 år. Studierna genomfördes i ett flertal länder, däribland två i Kina (Zeng YC, Li D, Loke AY, 2011: Chow KA, Chan CWH, Law BMH 2021), en i Taiwan (Tsai LY, Tsai JM, Tsay SL, 2019), en i Oman (Al-Awaisi H, Moshtohry A, Al Balushi M, Bureny I 2025), en i USA (Ettinger S E 2024), tre i Kanada (Burles M, Holtslander L 2013: Howell D, Fitch MI, Deane KA, 2002: Pilkington F B & Mitchell G J 2004), en i Frankrike (Puppo C, Dentand L, Tredan O, Ahmed-Lecheheb D, Joly F, Preu M, 2020), en i Norge (Sekse R, Gjengedal E, Råheim M, 2011), en i Storbritannien (Millet N, Moss E L, Munir F, Rogers E, McDermott H J 2022), två i Australien (Boding SA, Russell H, Knoetze R, Wilson V, Stafford L 2022: Warren N, Melrose DM, Brooker JE, Burney S 2018), och en i Ghana (Appiah EO, Amertil NP, Ezekiel EOB, Lavoe H, Siedu DJ 2021). Alla studierna hade en empirisk kvalitativ studiedesign. Nio av dessa använde semistrukturerade intervjufrågor på plats, en genomfördes med skriftligt frågeformulär, en genom anonyma digitala enkäter, en genom personliga intervjuer med efterföljande uppföljning via e-mail, en genom djupintervjuer med 12 månaders intervall och en genom telefonintervjuer. Artikelmatris presenteras i bilaga 3. Temana presenteras i tabell 3.

Tabell 3. Teman

Psykologiska konsekvenser av gynekologisk cancer	Kroppslig påverkan av gynekologisk cancer och dess behandling	Att leva med begränsad sexualitet och bruten intimitet	Att leva med social sårbarhet och förändrade livsroller	Copingstrategier för anpassning och välbefinnande
Känslomässiga reaktioner	Fysiska symtom	Sexuell hälsa och funktion	Påverkan på socialt nätverk	Stöd från nära och kära
Rädsla för återfall	Förändrad kroppsbild	Relationella konsekvenser och behov av professionella stödinsatser	Könsidentitet och självbild	Förändrad livsstil efter kroppens behov
				Förändrad attityd till livet

Psykologiska konsekvenser av gynekologisk cancer

Det psykologiska temat belyser de känslomässiga och mentala reaktioner som uppstod i samband med en gynekologisk cancerdiagnos. Det innefattade initial chock och oro, följt av sorg, nedstämdhet och existentiell stress. Även upplevelser av ihållande rädsla för återfall framträdde som centrala aspekter av den psykiska påverkan. Underteman som framkom var *känslomässiga reaktioner* och *rädsla för återfall.* Sammanfattningsvis ledde dessa emotionella och existentiella reaktioner till en tydlig försämring av upplevelsen av att leva med gynekologisk cancer, där de psykiska och existentiella dimensionerna av hälsa påverkades, vilket begränsade kvinnornas förmåga att uppleva trygghet i vardagen och hitta mening i sitt förändrade livssammanhang.

Känslomässiga reaktioner

Nyheten om en cancerdiagnos kan leda till överväldigande känslor och påverkan på den psykiska hälsan. I detta stycke redovisas det som identifierats i artiklarnas resultat som reflekterar deltagarnas känslor kring en cancerdiagnos och livet med en typ av gynekologisk cancer ur ett psykologiskt perspektiv. Den initiala reaktionen vid diagnostisering för majoriteten bestod främst av chock, på grund av att beskedet ofta kom oväntat och många hade sökt för andra symtom eller fått information som indikerade en annan, mindre allvarlig sjukdom (Al-Awaisi H m.fl. 2025: Tsai LY, m.fl. 2019). För vissa förstärktes denna chock av en känsla av förvirring som uppstod till följd av motsägande information från olika delar av vårdpersonalen, vilket resulterade i osäkerhet och oklara besked om sjukdomens natur (Tsai LY, m.fl. 2019), som dessutom ledde till negativ psykisk påverkan (Ettinger S E 2024). Utöver detta framträdde även starka känslor av sorg kort efter den initiala chockfasen (Boding SA m.fl. 2022: Howell D m.fl. 2002: Sekse R m.fl. 2011). Att leva med cancerdiagnosen innebar för många en markant ökning av ångest, depression, känslor av irritabilitet, skuldkänslor, fatigue och oro. Dessa emotionella reaktioner kunde relateras till både hormonella förändringar som uppstod efter behandling och till den existentiella sorg som följde av en förändrad framtid och förlusten av det planerade livsförloppet (Al-Awaisi H m.fl. 2025: Burles M & Holtslander L 2013: Ettinger S E 2024: Zeng YC m.fl. 2011).

Sårbarhet var även en känsla som uppkom, särskilt då tilliten till den egna kroppen upplevdes som bruten, vilket i sin tur bidrog till en minskad självkänsla (Zeng YC m.fl. 2011). Sjukdomen och behandlingen innebar dessutom att hem-och hushållssysslor behövde överlåtas till andra familjemedlemmar, något som upplevdes som belastande och bidrog till en mer påfrestande återhämtningsprocess (Burles M & Holtslander L 2013). Denna omfördelning av ansvar skapade hos många en stark känsla av att vara en börda. Särskilt gällde detta deltagare som var bosatta i länder där sjukvården inte var gratis då familjemedlemmar ofta behövde spara eller låna pengar för att finansiera behandling (Boding SA m.fl. 2022: Millet N m.fl. 2022: Zeng YC m.fl. 2011). Samtidigt som dessa känslor av att vara en börda ökade, bar många även på en djup oro för sina anhöriga. För personer med döttrar fanns en uttalad oro för att de i framtiden skulle kunna drabbas av samma cancerform (Howell D m.fl. 2002).

Rädsla för återfall

En av de mest framträdande och återkommande känslorna och tankarna som beskrevs var en uttalad rädsla för återfall (Al-Awaisi H m.fl. 2025: Burles M & Holtslander L 2013: Millet N m.fl. 2022: Sekse R m.fl. 2011: Tsai LY m.fl. 2019: Zeng YC m.fl. 2011). Denna rädsla

omfattande inte enbart oron för att sjukdomen skulle komma tillbaka, utan också en bredare oro inför framtiden präglad av ovisshet och osäkerhet. Detta gav upphov till en känsla av bristande kontroll över det egna livet (Howell D m.fl. 2002). Den psykologiska belastningen av denna upplevelse var betydande och ledde ofta till förhöjd ångest (Burles M & Holtslander L 2013: Sekse R, m.fl. 2011). Rädsla och oro för risken att dö var även mycket framträdande. Denna oro handlade inte enbart om den egna rädslan för döden, utan även om rädslan att missa yngre barns uppväxt och livet tillsammans med nära och kära (Al-Awaisi H m.fl. 2025: Boding S A, m.fl. 2022: Pilkington F B & Mitchell G J 2004). En del kvinnor upplevde dessutom att det var svårt att prata om rädslan för återfall och döden med andra, eftersom man ofta kände att omgivningen inte var tillräckligt förstående (Warren N m.fl. 2018). Trots denna omfattande rädsla beskrev vissa även inslag av hopp inför framtiden, kombinerat med en mer realistisk syn på livets osäkerheter (Burles M & Holtslander L 2013). Eftersom rädsla för återfall utgjorde en långsiktig oro som sällan försvann, var det samtidigt av stor betydelse att utveckla sätt att hantera den (Millet N m.fl. 2022). Detta ledde till att flera personer utvecklade olika hanteringsstrategier för att reglera rädslan, exempelvis genom ökad vaksamhet inför kroppsliga förändringar och kontinuerlig uppmärksamhet på symtom (Burles M & Holtslander L 2013: Sekse R m.fl. 2011). Vidare kommer copingstrategier att presenteras i ett eget tema i senare stycke.

Kroppslig påverkan av gynekologisk cancer och dess behandling

Detta tema belyser de fysiska symtom och kroppsliga förändringar som uppstår i samband med gynekologisk cancer och dess behandling. Dessa besvär påverkade vardagsfunktioner, kroppsbild och självkänsla. Särskilt behandlingar som hysterektomi medförde djupgående konsekvenser för kvinnors upplevelse av sin kropp och identitet. Underteman som framkom var *fysiska symtom* och *förändrad kroppsbild.* Tillsammans bidrog dessa symtom en betydande försämring av-upplevelsen av att leva med gynekologisk cancer, där dimensionen fysisk hälsa påverkades, då både fysiska hinder och negativa kroppsliga självupplevelser påverkade möjligheten att delta i vardagliga aktiviteter, upprätthålla sociala relationer och känna välbefinnande. De kroppsliga förändringarna blev därmed centrala i hur kvinnorna förhöll sig till sig själva, sin identitet och sin vardagliga livsföring.

Fysiska symtom

De mest framträdande fysiska symtomen som majoriteten av kvinnorna rapporterade var aptitförlust, dålig sömn, för tidiga klimakteriesymtom, förstoppning, dysuri, kräkningar och diarrer, temperaturförändringar och fatigue (Al-Awaisi H m.fl. 2025: Appiah EO m.fl. 2021: Burles M & Holtslander L 2013: Ettinger S E 2024: Sekse R m.fl. 2011: Warren N m.fl. 2018: Zeng YC m.fl. 2011). Ett antal kvinnor rapporterade även humörproblem och irritabilitet på grund av förlust av livmodern som ledde till hormonella rubbningar (Chow KA m.fl. 2021). Vaginal påverkan uppstod även så som torrhet och flytningar, som också påverkade den sexuella hälsan (Warren N m.fl. 2018). Neuropati i händer, ben och fötter som uppstod till följd av behandling påverkade även det dagliga livet eftersom det påverkade balansen och gången, detta beskrevs av en kvinna i samband med förlust av kontroll (Millet N m.fl. 2022). Symtom som ansågs påverka självkänsla och den egna kroppsbilden på grund av påverkan av yttre faktorer var håravfall, viktförändringar, hudförändringar och ärr efter operation och behandling (Al-Awaisi H, m.fl. 2025: Appiah EO m.fl. 2021: Boding SA m.fl. 2022: Millet N m.fl. 2022: Puppo C m.fl. 2020: Zeng YC m.fl. 2011). För flera kvinnor var

dock inte håravfall det svåraste då hår växer tillbaka, andra symptom som inte påverkade det yttre upplevdes som mer påtagliga. (Puppo C m.fl. 2013).

Förändrad kroppsbild

En central behandlingsmetod vid gynekologisk cancer är hysterektomi. Detta ingrepp kan medföra betydande fysiska konsekvenser men också omfattande psykologiska påfrestningar. Förlust av reproduktiva organ påverkade kvinnors självkänsla i hög grad (Puppo C m.fl. 2020). Denna förlust bidrog även till förändringar i självbilden och den feminina identiteten: många kvinnor beskrev känslor av ofullständighet och en upplevelse av att inte längre vara ”hela” som kvinnor (Boding SA m.fl. 2022: Chow KA m.fl. 2021: Puppo C m.fl. 2020). Kroppsliga förändringar som uppstod i samband med diagnos och behandling förstärkte dessutom negativa känslor kopplade till det yttre utseendet. Upplevelser av att vara oattraktiv och mindre feminin, liksom en allmän missnöjdhet med kroppen, påverkade psykiskt välbefinnande negativt (Al-Awaisi H m.fl. 2025: Chow KA m.fl. 2021: Puppo C m.fl. 2020). Detta kunde leda till att aktiviteter som kvinnorna själva associerade med kvinnlighet, såsom att sminka sig, klä upp sig eller använda smycken och accessoarer upphörde eftersom det inte längre upplevdes som meningsfullt (Boding SA m.fl. 2022).

Det var inte enbart den egna självuppfattningen som påverkades, utan också den föreställda eller faktiska uppfattningen hos omgivningen. Rädslan för negativt bemötande eller värdering av kroppen gjorde att vissa kvinnor vidtog åtgärder för att undvika uppmärksamhet, exempelvis genom att dölja ärr (Boding SA m.fl. 2022: Puppo C m.fl. 2020). Utöver dessa aspekter beskrev många kvinnor svårigheter med att anpassa sig till rollen som sjuk, särskilt när kroppen tidigare upplevts som frisk och pålitlig. Detta skapade förändrade relationer till den egna kroppen och en minskad känsla av tillit till dess funktioner (Burles M & Holtslander L 2013). Kroppen som tidigare varit bekant och förutsägbar upplevdes plötsligt som främmande och instabil. Att återknyta till den egna kroppen, återskapa förtroende och återfå en känsla av kontroll blev därför centralt. Denna känsla av oigenkännlighet relaterade till upplevelser av kroppslig tomhet (Sekse R m.fl. 2011). Dessa kroppsliga förändringar var svåra att acceptera, inte enbart på grund av deras fysiska konsekvenser utan även till följd av den betydande negativa psykologiska påverkan de medförde (Howell D m.fl. 2002).

Att leva med begränsad sexualitet och bruten intimitet

Detta tema belyser de omfattande förändringar i sexuell hälsa som påverkade libido, smärta vid samlag och i många fall ledde detta till ett avslut av kvinnornas sexliv. Rädsla för smärta och infektion minskade den sexuella aktiviteten ytterligare och även partners oro kunde leda till att intimitet undveks. Dessa förändringar påverkade inte bara kvinnornas upplevelse av sin kropp och sexuella identitet men fick även relationella konsekvenser. Bristande information och stöd från vården förstärkte denna osäkerhet. Underteman som framkom var *förändringar i sexuell hälsa* och *funktion och relationella konsekvenser samt behov av stöd.* Tillsammans innebar dessa förändringar en betydande försämring av upplevelsen av att leva med gynekologisk cancer, där dimensionerna sexuell hälsa och relationer påverkades, vilket på djupet begränsade intimitet, självbild och känslan av trygghet i nära relationer.

Förändringar i sexuell hälsa och funktion

Det var inte enbart den fysiska och psykiska hälsan som påverkades under sjukdomsförloppet; även den sexuella hälsan framträdde som en central och ofta förändrad aspekt, med betydande konsekvenser för patienternas relationer.
Flera studier beskrev hur många kvinnor upplevde en förändrad eller helt avbruten sexuell relation med sin partner (Boding SA m.fl. 2022: Chow KA m.fl. 2021: Howell D m.fl. 2002: Sekse R m.fl. 2011: Zeng YC m.fl. 2011). Orsakerna till detta var mångfacetterade och inkluderade smärta vid samlag, bristande ork eller fatigue samt stress (Al-Awaisi H m.fl. 2025: Appiah EO m.fl. 2021: Boding SA m.fl. 2022: Howell D m.fl. 2002). Kraftiga vaginala blödningar utgjorde ytterligare en faktor som bidrog till att sexuella aktiviteter pausades (Appiah EO m.fl. 2021). Hormonella förändringar till följd av hysterektomi eller medicinsk behandling rapporterades också påverka libido negativt (Al-Awaisi H m.fl. 2025: Appiah EO m.fl. 2021: Boding SA m.fl. 2022: Chow KA m.fl. 2021).

Vidare framkom att rädslor, såsom rädsla för smärta, för infektioner eller för att sexuellt umgänge skulle påverka behandlingens effekt, bidrog till minskad sexuell aktivitet eller totalt uppehåll (Boding SA m.fl. 2022: Chow KA m.fl. 2021: Zeng YC mf.l. 2011). Även partners rädsla kunde medföra att sexuella initiativ uteblev, exempelvis på grund av oro för sjukdomen eller för att själva kunna smittas (Zeng YC m.fl. 2011). De som fortfarande var sexuellt aktiva rapporterade ofta reducerad frekvens eller försämrad kvalitet, liksom svårigheter att uppnå orgasm. Detta relaterades till vaginal torrhet, smärta vid samlag och oro (Chow KA m.fl. 2021: Zeng YC m.fl. 2011:). Några kvinnor valde att förändra typen av sexuell stimulering och använda andra delar av kroppen för att uppnå sexuell tillfredsställelse (Appiah EO m.fl. 2021).

Relationella konsekvenser och behov av professionella stödinsatser

Förändringar eller avbrott i det sexuella samspelet hade en tydlig påverkan på partner relationerna. Emotionell stress, sorg över förlusten av ett tidigare aktivt sexuellt liv och upplevelser av en förändrad kvinnlig identitet var återkommande. Vissa kvinnor beskrev att de inte förstod eller kunde bemöta sin partners sexuella behov på grund av egen smärta och låg libido, något som skapade spänning i relationen (Appiah EO m.fl. 2021). I en studie framkom dessutom att informationen från vården om sexuell hälsa efter avslutad behandling upplevdes som otillräcklig. Råden som gavs fokuserade främst på när patienten kunde återgå till ett normalt sexuellt liv, men många uttryckte en önskan om mer omfattande och proaktiv information från vårdpersonal, där mer information gavs om eventuella bieffekter och att påverkan på den sexuella hälsan kunde uppstå. Deltagare beskrev även en känsla av skam som hinder för att själva initiera samtal om sexualitet, vilket förstärkte behovet av att vårdpersonal tog upp ämnet på eget initiativ (Chow KA m.fl. 2021).

Att leva med social sårbarhet och förändrade livsroller

I detta tema framkom hur det sociala livet påverkas av gynekologisk cancer. Omfattande förändringar i det sociala livet ledde till både känslor av starkare gemenskap och även känslor av isolation. Sjukdomen medförde även förändrade roller i hemmet, vilket påverkade könsidentitet och självbild. Teman som framkom var *socialt liv* och *könsidentitet och självbild.* Sammanlagt påverkade dessa förändringar de relationella och sociala dimensionerna av upplevelsen av att leva med gynekologisk cancer eftersom både emotionellt välbefinnande, autonomi och känslan av att ses som en fullvärdig individ påverkades negativt.

Påverkan på socialt nätverk

För många kvinnor medförde cancersjukdomen förändringar i nära relationer, vilka kunde ta sig uttryck som både förbättringar och försämringar (Boding SA, m.fl. 2022: Howell D m.fl. 2002). Vissa upplevde att relationerna fördjupades och stärktes, och att värdet av nära relationer samt tacksamheten för den gemensamma tiden ökade (Burles M & Holtslander L 2013: Chow KA m.fl. 2021). Samtidigt beskrev inte alla en positiv utveckling; en deltagare uttryckte att hon övervägde skilsmässa då hon inte kände att hon inte kunde tillfredsställa partnern (Chow KA m.fl. 2021). Det sociala livet påverkades även negativt genom obekväma möten med andra människor och okänsliga kommentarer som ledde till känslor av isolering (Burles M & Holtslander L 2013), vilket i förlängning bidrog till ett mer begränsat socialt nätverk (Millet N m.fl. 2022: Zeng YC m.fl. 2011). Stigma från omgivningen hade också en betydande psykologisk inverkan. Vissa beskrev obekväma interaktioner med personer som inte var trygga med att umgås med någon med en cancerdiagnos, och tidigare nära relationer kunde påverkas negativt, vilket resulterade i ytterligare känslor av utanförskap (Howell D m.fl. 2002: Tsai LY m.fl. 2019).

Detta bidrog även till känslor av existentiell ensamhet och utanförskap, dels eftersom man saknade någon att dela sin upplevelse med (Howell D m.fl. 2002), dels eftersom vissa valde att aktivt undanhålla information om diagnosen och sina känslor (Al-Awaisi H m.fl. 2025): Warren N m.fl. 2018). Detta gjordes både för att undvika att definieras av sjukdomen och för att skydda sig själv från att ständigt konfronteras med den, men även för att skona anhöriga från oro. Detta bidrog ytterligare till ensamhet och emotionellt avstånd (Boding SA m.fl. 2022: Sekse R m.fl. 2011: Zeng YC m.fl. 2011). Utanförskap upplevdes även hos kvinnor som genomgått hysterektomi, särskilt om önskan om framtida barnafödande fanns, eftersom oförmågan att föda barn upplevdes göra det svårt att relatera till andra kvinnor. De som hade en uttalad önskan om att få barn i framtiden beskrev en längre och mer komplex process för att acceptera att detta inte längre var möjligt, medan de utan sådan önskan nådde acceptans snabbare (Sekse R m.fl. 2011).

Könsidentitet och självbild

Relationella förändringar omfattade även roller inom hemmet (Howell D m.fl. 2002: Zeng YC m.fl. 2011). Till följd av trötthet och andra sjukdomsrelaterade symtom behövde många kvinnor avsäga sig traditionella hushållsuppgifter som tidigare varit deras ansvar. Detta ledde både till känslor av att vara en börda och till upplevelser av förlorad kvinnlighet, då omsorgen om hemmet av flera uppfattades som kopplad till kvinnlig identitet, vilket ledde till nedsatt välbefinnande (Burles M & Holtslander L 2013: Ettinger S E 2024). Rollen som mamma påverkades också, eftersom kvinnor som tidigare erbjudit emotionellt och moraliskt stöd till familjen nu i hög grad blev mottagare av stöd från andra familjemedlemmar (Puppo C m.fl. 2020). Den egna könsidentiteten påverkades dessutom av att inte längre kunna föda barn, av förändrad sexualitet och svårigheter att tillfredsställa en partner, varpå sexuella relationer ibland kom att upplevas som ett ”arbete” snarare än ett uttryck för intimitet (Boding SA m.fl. 2022). Förlusten av fertilitet kunde dessutom förändra självbilden som potentiell eller nuvarande mamma, vilket i sin tur medförde negativ psykisk påverkan med förhöjda nivåer av ångest och nedstämdhet (Millet N m.fl. 2022: Puppo C m.fl. 2020). Trötthet och den tidsmässiga belastning som sjukdomen medförde bidrog även till förlust av aktiviteter, exempelvis lek och umgänge med yngre barn eller möjligheten att fortsätta arbeta, delvis på grund av minskat driv att återgå till arbete (Ettinger S E (2024: Howell D m.fl. 2002). Dessa förluster gav upphov till sorg över det liv kvinnorna tidigare levt och deras tidigare upplevda

identiteter (Burles M & Holtslander L 2013), något som vidare bidrog till omfattande förändringar i det dagliga livet (Zeng YC m.fl. 2011). Sammantaget betonade deltagarna betydelsen av att bli sedd som en person snarare än en sjukdom, att bli lyssnad på och bemött med respekt samt att få behålla en känsla av autonomi, vilket var viktigt för det emotionella välbefinnandet (Pilkington F B & Mitchell G J 2004).

Copingstrategier för anpassning och välbefinnande

Detta tema beskriver hur socialt stöd och individuella strategier hjälpte kvinnor att hantera livet efter en gynekologisk cancerdiagnos. Stöd från närstående och olika gemenskaper samt egna livsstilsförändringar och meningsskapande processer kunde stärka välbefinnandet och underlätta anpassningen. Copingstrategier innebär de kognitiva och beteendemässiga strategier som individer använder för att hantera stress och påfrestningar. Underteman som presenteras är *stöd, förändrad livsstil* och *förändrad attityd om livet.* Sammantaget bidrog tillgång till stöd och aktiva copingstrategier till en förbättrad upplevelse av att leva med gynekologisk cancer, där dimensionerna trygghet, frihet och självbestämmande stärktes, genom att det gav kvinnor resurser att hantera sjukdomens praktiska, emotionella och existentiella utmaningar.

Stöd från nära och kära

Stöd från familj och andra närstående beskrevs av många som en central resurs i samband med diagnostisering och anpassning till livet med cancersjukdomen (Al-Awaisi H m.fl. 2025: Burles M & Holtslander L 2013: Howell D m.fl. 2002: Warren N m.fl. 2018: Zeng YC m.fl. 2011). Närvaron av anhöriga upplevdes som betydelsefullt, inte enbart för att känna sig inkluderad och ihågkommen, utan även som ett konkret emotionellt stöd: fysisk närvaro och sällskap beskrevs som positivt och bekräftande (Warren N m.fl. 2018). Det sociala stödet omfattade både emotionell närvaro och praktiska handlingar, exempelvis hjälp med matinköp, hushållssysslor, matlagning och transport till vårdbesök, vilket uppfattades som mycket värdefullt för det dagliga livet (Burles M & Holtslander L 2013: Warren N m.fl. 2018). För en del kvinnor som var engagerade i religiösa sammanhang, särskilt kyrkliga, utgjorde även församlingen en viktig källa för stöd (Howell D m.fl. 2002). Samtidigt upplevde en kvinna att socialt stöd inte var en självklarhet, vilket ledde till att hon aktivt berättade om sin diagnos i hopp om att få stöd från omgivningen. En del sökte sig till stödgrupper, vilket gav en känsla av inkludering och möjligheten att dela erfarenheter med andra i liknande situationer, en aspekt som var av stor betydelse för det emotionella välbefinnandet (Warren N m.fl 2018). Dock framkom att vissa hade svårigheter att hitta lämpliga stödgrupper, exempelvis på grund av åldersskillnader eller diagnosspecifika behov. Kvinnor med specifika gynekologiska cancerformer sökte sig ofta till grupper med samma diagnos för att skydda sitt eget välbefinnande, då symtom, diagnostik och sjukdomens påverkan på livet varierade mellan de olika gynekologiska cancerformerna, vilket försvårade möjligheten att relatera till varandra (Warren N m.fl. 2018). Trots tillgång till olika former av stöd uttryckte vissa kvinnor ambivalens, där stöd upplevdes både positivt och negativt och känslor av ensamhet och främlingskap kunde kvarstå även inom välfungerande stödsystem (a.a.).

Förändrad livsstil efter kroppens behov

Ytterligare en annan copingstrategi som många kvinnor använde sig av var att aktivt förändra sin livsstil. Genom att strukturera om det dagliga livet, äta mer hälsosamt, träna mer och

utveckla nya rutiner samt bättre egenvård, som exempelvis att uppmärksamma symtom och symtomhantering, skapades ett nytt normaltillstånd där kroppen och dess behov blev det centrala fokuset för vardagslivet (Burles M & Holtslander L 2013: Millet N m.fl. 2022: Puppo C m.fl. 2020). Parallellt med dessa förändringar arbetade vissa även med självläkande strategier som innebar strategier för att återhämta sig efter behandling och anpassa sig till detta nya, som exempelvis meditation, och strävade efter att samexistera med cancern snarare än att behandla cancern som ett främmande ting (Howell D m.fl. 2002). Man lärde sig även att identifiera de egna gränserna, och respekterade dessa, vilket bland annat innebar att ta på sig färre åtaganden än tidigare samt vila när så behövdes (Burles M & Holtslander L 2013). Utöver att fokusera på det egna välbefinnandet engagerade en del kvinnor sig även i att stödja andra genom att arbeta för ökad medvetenhet om gynekologiska cancerformer, genom exempelvis organisationer och stödcenter (a.a.).

Förändrad attityd till livet

Hand i hand med livsstils förändringarna, utvecklades även en mer positiv attityd och förändrad syn på livet (Howell D m.fl. 2002: Zeng YC m.fl. 2011). Vissa beskrev att diagnosen gav upphov till existentiella frågor och ett sökande efter mening. För en del kvinnor tog sig denna meningsskapande process sig uttryck genom religiösa tolkningar, där sjukdomen uppfattades som en gåva eller prövning från Gud (Al-Awaisi H m.fl. 2025: Burles M & Holtslander L 2013: Zeng YC m.fl. 2011). I takt med att mening identifierades kom även en omdefinition av livets syfte: insikten om livets värde fördjupades och ett nytt band till livet etablerades, något som beskrevs ha en positiv inverkan på det emotionella välbefinnandet och höjde upplevelsen av att leva med gynekologisk cancer (Puppo C m.fl. 2020). Detta resulterade i att livet värdesattes i högre grad, relationer prioriterades och vissa såg det även som en form av återfödelse (Burles M & Holtslander L 2013: Zeng YC m.fl. 2011). Vissa hanterade diagnosen genom att förbereda inför framtiden, och den potentiella tidiga döden. Genom att uppdatera eller upprätta testamenten samt planera inför egen begravning upplevde vissa en ökad trygghet, då sådana åtgärder minskade oron för att lämna familjen utan stöd och vägledning och lindrade den emotionella bördan både för dem själva och för deras anhöriga (Burles M & Holtslander L 2013). Deltagarna betonade även vikten av att ha hopp, tro och mod, liksom en stark önskan om att leva och återfå hälsan var betydande för det emotionella välbefinnandet (Pilkington F B & Mitchell G J 2004).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Eftersom litteraturstudiens syfte var att sammanställa tidigare forskning om kvinnors upplevelser av att leva med gynekologisk cancer, valdes kvalitativa empiriska studier att basera litteraturstudien på. Kvalitativ forskning utgår från en helhetssyn och ger en djupare förståelse för hur människor erfar, tolkar och upplever sin värld (Willman m.fl. 2016). Därav ansågs kvalitativa studier kunna ge relevant data som svarar mot litteraturstudiens syfte.

Databassökning

Databaserna som valts ut var Cinahl och PubMed. Användning av flera databaser medför styrka eftersom sökningarna i de olika databaserna medför olika resultat med samma sökord. Sökningar i flera databaser breddar även sökresultatet, vilket minskar risken att missa relevanta studier samt minskar risken för ett snedvridet urval (Willman m.fl. 2016). Vidare förklarar Henricson M (2023) att sökning i flera databaser ökar antalet relevanta artiklar vilket i sin tur stärker validiteten i litteraturstudien. Dock går det inte att säkerställa om flera relevanta artiklar kunde identifierats om sökning gjordes i fler än två databaser, vilket kan ses som en svaghet. Författarna av en litteraturstudie måste vara medvetna om att olika databaser skiljer sig åt i uppbyggnaden, vilket innebär att ämnesord kan vara olika i databasernas thesaurar (Willman m.fl 2026). Detta har tagits i beaktning under databas sökningarna.

Sökord och sökstrategi

Fritextord ökar sensitiviteten, men att enbart använda fritextord leder sannolikt till för brett resultat av artiklar. Därav inkluderades både fritextord och ämnesord i sökningarna (Willman m.fl. 2016). En noggrant utförd databassökning har hög sensitivitet och specificitet, för att uppnå detta undersökte författarna relevanta sökord och undvek samtidigt sökord som inte kunde kopplas till syftet, detta för att få fram alla relevanta studier (Willman m.fl. 2016). Genom att dokumentera sökstrategier i de olika databaserna skapas transparens och överförbarhet som i sin tur stärker tillförlitligheten i litteraturstudien (Henricson 2023), vilket kan ses som en styrka i denna studie. Test sökningar gjordes för att identifiera relevanta söktermer och hitta en relevant sökstrategi innan den slutliga sökningen gjordes. Denna förberedande sökning säkerställer att det finns befintlig vetenskaplig litteratur som kan besvara syftet (Willman m.fl. 2016). Användning av booleska termer är viktigt men felaktig användning kan leda till att relevanta artiklar missas eller att för många artiklar inkluderas, därför har dessa använts med stor noggrannhet. Den booleska termen OR ökar sökningens sensitivitet och den booleska termen AND ökar specificiteten (Henricson M, 2023).

Urvalsprocessen

Alla valda artiklar till resultatet är peer reviewed, detta är ett sätt att garantera kvaliteten på studierna och stärker trovärdigheten i litteraturstudien (Henricson M, 2023). Sökningarna avgränsades till engelska artiklar, då majoriteten av all forskning publiceras på engelska. Eftersom engelska inte tillhör författarnas första språk kan däremot feltolkningar ha uppstått under läsning och översättning. Vilket kan ha påverkat resultatet genom att vissa aspekter av kvinnors upplevelser inte fullt ut fångades eller återgavs korrekt. Det diskuterades om en tidsbegränsning på 10 år skulle läggas till, det kan ses som både en styrka och svaghet. Utifrån litteraturstudiens syfte hade en tidsbegränsning varit relevant eftersom cancerbehandling har utvecklats de senaste åren, många fler överlever. Kvinnor från äldre artiklar kan ha fått annan behandling eller andra prognoser vilket i sin tur kan ha haft en påverkan på hur kvinnorna upplever att leva med gynekologisk cancer. Däremot kan man inte säkerställa att äldre men ändå relevanta artiklar utesluts. Efter test sökningar med både tidsbegränsning och utan beslutades det att tidsbegränsning inte skulle inkluderas, då sökresultatet inte genererade tillräckligt med artiklar. Äldre artiklar som valts till litteraturstudien ansågs vara relevanta utifrån syftet. För att få ett mångsidigt perspektiv inkluderades artiklar från sammanlagt 9 olika länder: Kina, Taiwan, Oman, Norge, Kanada, Storbritannien, USA, Ghana och Australien. Inkluderingen av studier från flera länder bidrar till en bred förståelse av kvinnors upplevelser av att leva med gynekologisk cancer, vilket kan stärka resultatets överförbarhet. Samtidigt bör hänsyn tas till att upplevelserna är beroende av

kontexten, såsom kultur, religion och vårdrelaterade förutsättningar. I resultatet återkommer dock liknande teman från alla artiklar trots olika sammanhang, vilket kan bidra till resultatens överförbarhet.

Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskningsmallen (SBU 2014) valdes eftersom den är framtagen för att på ett strukturerat sätt granska artiklar, vilket bidrar till en logisk och evidensbaserad hantering av det vetenskapliga underlaget (Willman m.fl. 2016). Endast studier som godkänts efter kvalitetsgranskningen har inkluderats i litteraturstudiens resultat. Ett tydligt etiskt avsnitt i artiklarna bedömdes som särskilt betydelsefullt eftersom det valda ämnet kan upplevas känsligt. Därmed beaktas hur forskaren har hanterat kvinnornas samtycke, integritet och eventuellt obehag vid frågor (Kjällström S, 2023). Båda författarna genomförde granskning och kvalitetsbedömning av samtliga artiklar och jämförde därefter sina bedömningar, vilket bidrog till ökad reliabilitet (Henricson M, 2023). Att två personer oberoende av varandra granskar och värderar studier utifrån kriterierna minskar risken för subjektiva tolkningar och ses som en styrka i arbetet (Willman m.fl. 2016). Samtidigt kan feltolkningar inte helt uteslutas då författarnas begränsade erfarenhet av kvalitetsgranskning kan ha påverkat bedömningarna. Eftersom artiklarnas kvalitet är avgörande för resultatets trovärdighet kan eventuella brister i bedömningen i sin tur ha påverkat studiens resultat (Henricson M, 2023).

Analys

Analysmetoden valdes då den ger en strukturerad och tydlig vägledning för analys av resultaten i de valda artiklarna (Popenoe m.fl. 2021). För att tolka och sammanfoga studiernas resultat krävs en medveten reflektion kring forskarnas förförståelse, för att undvika att egna värderingar påverkar analysen. Det går däremot inte att utesluta att förförståelsen har påverkat analysen och därmed resultatet (Henricson M, 2023). Analysen genomfördes först individuellt för att inte bli påverkade av varandra och för att inte missa viktiga meningsbärande enheter. Sedan genomfördes analysen tillsammans för att jämföra meningsenheter för att sedan gemensamt komma fram till passande kategorier och underkategorier till resultatet (Henricson M, 2023). Utomstående handledare har varit till hjälp för att kontrollera resultatet utifrån rimlighet och att det svarade på syftet (Henricson M, 2023), vilket stärker validiteten.

Jämställdhet

I denna litteraturstudie är urvalet begränsat till kvinnor med gynekologisk cancer. Kvinnor är en patientgrupp som historiskt varit underrepresenterade i klinisk forskning. I den här studien undersöktes kvinnors subjektiva upplevelser av att leva med gynekologisk cancer vilket kan bidra till att uppmärksamma kvinnors specifika behov som ofta får mindre uppmärksamhet än mäns inom vården.

Det kan vara relevant att reflektera över hur könsnormer och samhälleliga strukturer kan ha påverkat de inkluderade studiernas resultat. Exempelvis kulturella föreställningar om kvinnlighet, sexualitet och kroppen kan ha påverkat hur deltagarna uttryckt sina upplevelser och hur forskarna sedan tolkat dessa. Detta kan i sin tur ha påverkat resultatet i studierna. Även faktorer som socioekonomisk status kan ha påverkat både upplevelserna av att leva med gynekologisk cancer och tillgången till vård.

Resultatdiskussion

Denna litteraturstudiens syfte var att sammanställa kvinnors upplevelser av att leva med gynekologisk cancer. Här kommer huvudtemana *psykologiska konsekvenser av gynekologisk cancer, kroppslig påverkan av gynekologisk cancer och dess behandling, att leva med begränsad sexualitet och bruten intimitet, att leva med social sårbarhet och förändrade livsroller* och *copingstrategier för anpassning och välbefinnande* att kort redovisas och diskuteras i relation till det teoretiska ramverket Fundamentals of Care samt omvårdnadsteorin "Theory of Nursing as Caring" och kopplas till författarnas egna reflektioner om omvårdnad.

Psykologiska konsekvenser av gynekologisk cancer

Resultatet visade att kvinnor upplevde en rad initiala emotionella reaktioner som innebar betydande psykisk påfrestning och därmed påverkade deras upplevelse av att leva med gynekologisk cancer. Den initiala känslan var oftast chock, ofta åtföljd av förvirring, särskilt i situationer där kommunikationen från vårdpersonal var motsägelsefull. Detta överensstämmer med resultaten från Williams m.fl (2020) som visade att bristfällig och ineffektiv kommunikation från vårdpersonalen bidrog till ökad emotionell belastning då otydlighet kring sjukdom och behandling skapade osäkerhet. Utöver chock och förvirring beskrev många känslor av ångest och depression. Ett centralt återkommande inslag var den uttalade rädslan för återfall, som skapade långvarig osäkerhet, känsla av bristande kontroll och oro inför framtiden. Denna rädsla omfattade både tankar kring den egna överlevnaden och familjens välbefinnande. Liknande resultat framkommer i Shirali m.fl (2020), som identifierade rädsla för återfall som ett genomgående tema hos kvinnor med gynekologisk cancer, som har en negativ inverkan på välbefinnandet.

Dessa upplevelser visar att psykiskt mående är centralt. Fundamentals of Care betonar vikten av en trygg och tillitsfull vårdrelation, där kommunikationen är tydlig och individanpassad (Kitson m. fl 2010). Dessa känslor som beskrivs kan bland annat ses som konsekvenser av otillräcklig information, bristande emotionellt stöd och en avsaknad av kontinuitet i vården. Enligt Boykin och Schoenhofers omvårdnadsteori "Theory of Nursing as Caring" kan sjuksköterskan engagera sig i patientens känslomässiga upplevelse genom närvaro, lyhördhet och reflektion (Alligood 2013). Ett sätt att göra det är att arbeta personcentrerat, lyssna in kvinnans berättelse och bekräfta hennes känslor kan sjuksköterskan minska den emotionella belastningen och stärka känslan av trygghet och kontroll. Detta visar att det är av vikt att som sjuksköterska vara lyhörd och tillmötesgående i kommunikationen med patienten och fullfölja detta genom varje stadie av sjukdomens gång, och emotionellt stötta patienten och deras anhöriga (Akkuzu m.fl 2018).

Kroppslig påverkan av gynekologisk cancer och dess behandling

Resultatet visade att de mest framträdande symtomen relaterade till sjukdomen och behandlingen hade en betydande inverkan på det psykiska välbefinnandet och deras förmåga att hantera vardagslivet. Många av dessa symtom ledde till betydande fysiska förändringar och många kvinnor beskrev sin kropp som förändrad och ibland främmande. Sekse m.fl. (2019) beskriver att kvinnorna i deras studie upplevde omfattande och bestående kroppsliga förändringar. Diagnosen innebar att de behövde rikta uppmärksamheten mot kroppen på nya sätt, vilket skapade ett behov av att återvinna både tilltro och kontroll över den egna kroppen. Särskilt behandlingar som innefattade hysterektomi påverkade självbilden, där upplevelsen av

den egna identiteten som kvinna och som möjlig eller nuvarande mamma förändrades avsevärt. Detta bekräftas av Williams m.fl (2020) som rapporterade att vissa deltagare upplevde en känsla av avhumanisering när de inte uppfattades som mer än sin sjukdom, vilket förstärkte upplevelsen av att deras kvinnliga identitet osynliggjordes. De mer synliga, kroppsliga förändringarna väckte även känslor av förlust av kvinnlighet, och dessa reaktioner framträdde i högre grad bland yngre kvinnor jämfört med äldre.

Detta understryker hur kroppsliga förändringar kan samverka med livsfas, identitet och psykiskt mående. Sett i relation till Fundamentals of Care belyser resultatet vikten av att sjuksköterskan stödjer både de fysiska och psykosociala grundläggande behoven då kroppsliga förändringar inte enbart påverkar det fysiska måendet (Kitson m. fl 2010). Fundamentals of Care betonar betydelsen av att se personen bakom sjukdomen, skapa trygghet och erbjuda individanpassad information som hjälper kvinnan att förstå och hantera förändringar. Detta är förenligt med Boykin och Schoenhofers omvårdnadsteori "Theory of Nursing as Caring", som betonar att respekt för individen kommer till uttryck genom att betrakta människan som hel och komplett. Att möta en människa som mindre än hel innebär ett misslyckande i att genuint möta individen (Alligood 2013). För den grundutbildade sjuksköterskan innebär detta att aktivt jobba med symtomhantering, undervisa patienten och informera om egenvård för att genom detta främja kvinnornas upplevelse av att leva med gynekologisk cancer och underlätta deras anpassning till ett förändrat kroppsligt och emotionellt livssammanhang.

Att leva med begränsad sexualitet och bruten intimitet

Resultatet visade att den sexuella hälsan var kraftigt påverkad efter diagnos och behandling, vilket i sin tur hade en omfattande inverkan på partnerrelationer. Detta stöds av Sekse m.fl (2019) som bekräftar att gynekologisk cancer har en betydande påverkan på många kvinnors sexuella liv. För många kvinnor utgjorde sexuellt samliv en central del av relationen, och förändringar i sexuell funktion och libido ledde därför till betydande relationsmässiga påfrestningar. Dessa fynd överensstämmer med Ekwall m.fl (2003) som rapporterade att deltagare antingen saknade intresse för sexuell aktivitet eller inte var sexuellt aktiva, som en direkt följd av behandling. Det framkom även att många av kvinnorna inte prioriterade sin egen sexuella tillfredsställelse utan oroade sig mer för partners sexuella upplevelse. Bristande kommunikation kring den förändrade sexuella hälsan bidrog dessutom till otillfredsställelse eller ofullständiga relationer, och önskan om mer information och vägledning uttrycktes. Behovet av stöd omfattade både praktisk kunskap om hur man kunde hantera sexuella förändringar samt tydlighet kring var man kunde vända sig för professionell rådgivning. Många upplevde dessutom att det var svårt att initiera samtal om sexualitet med vårdpersonal, då detta kunde väcka känslor av skam. Detta bekräftas av Rasmusson & Thomé (2008), som framhåller att ett aktivt och professionellt förhållningssätt från vårdpersonal var avgörande för att möjliggöra samtal om sexuell hälsa efter behandling. Ett öppet och inbjudande förhållningssätt underlättade för kvinnor att diskutera sina bekymmer och bidrog till en mer tillfredsställande återgång till intimitet.

Utifrån Fundamentals of Care framträder sexualitet som ett grundläggande men ofta förbisett behov som påverkar både fysisk, psykisk och social hälsa. Fundamentals of Care betonar vikten av att vården erbjuder en trygg relation där patientens integritet och värdighet respektera (Kitson m. fl 2010), vilket är centralt när ett så intimt ämne som sexualitet väcker skam eller osäkerhet. Detta kan också förstås ur Boykin och Schoenhofers omvårdnadsteori "Theory of Nursing as Caring" där sjuksköterskans empatiska närvaro och förmåga att skapa

en trygg relation är avgörande för att patienten ska våga ta upp känsliga frågor, minska skamkänslor och återfå intimitet och välbefinnande (Alligood 2013). För den grundutbildade sjuksköterskan innebär detta ett ansvar att besitta kunskap om sexuell hälsa och att på ett professionellt och personcentrerat sätt initiera samtalet. Det innebär också ett ansvar inte bara för att skaffa mer kunskap, utan också för den personliga mognad det krävs för att våga ställa frågor kring mer obekväma ämnen och våga vara i det svåra. Genom att skapa trygghet, avdramatisera sexualitetsrelaterade frågor och erbjuda individanpassad information kan sjuksköterskan bidra till att stärka både den sexuella och relationella aspekten av kvinnors upplevelser av att leva med gynekologisk cancer.

Att leva med social sårbarhet och förändrade livsroller

Resultatet visade att många upplevde betydande förändringar i de sociala och familjära relationernas dynamik efter diagnos och behandling. För vissa innebar sjukdomsperioden att relationerna stärktes, medan andra beskrev hur tidigare nära anhöriga distanserade sig, vilket ibland ledde till obekväma eller känslomässigt svåra interaktioner. Dessa upplevelser grundade sig dels i upplevelsen av att omgivningen inte förstod deras situation, dels i att de själva valde att undanhålla information som ett sätt att skydda sig själva eller sina anhöriga. Detta ligger i linje med Williams m.fl (2020) som rapporterade att många kände isolation och ensamhet efter initial behandling. Även rollerna i hemmet förändrades påtagligt, främst till följd av den uttalade trötthet och energibrist som behandlingen medförde. Detta styrks av Ferrell m.fl (2003) som beskriver att kvinnors identitet upplevdes som hotad när tidigare roller i hemmet förändrades. Resultatet framhåller dessutom att dessa förändringar även påverkade kvinnors sociala interaktioner negativt och i vissa fall ledde till att de försvårades eller förlorades helt.

Kvinnor beskrev att de inte längre hade möjlighet att utföra hushållssysslor eller ta ansvar i samma utsträckning som tidigare, vilket ledde till att partners och andra anhöriga tog över dessa uppgifter. Detta gav upphov till känslor av att vara en börda samt en upplevelse av förlust kopplad till rollen som mamma och kvinna. Sådana förändringar påverkade i sin tur välbefinnandet negativt. Ferrell m.fl (2003) beskriver att kvinnorna uttryckte en stark önskan att återgå till de roller de hade före insjuknandet- såsom fru, mor och yrkesverksam- då dessa uppfattades som centrala för deras identitet. När de lyckades återta dessa roller upplevde många en känsla av prestation och av att ha övervunnit sjukdomen. Förlusten av möjligheten att delta i tidigare aktiviteter, såsom lek med barn, regelbundet arbete eller fritidsengagemang rapporterades också som betydelsefullt. Begränsad ork och tid medförde att dessa aktiviteter inte kunde upprätthållas, vilket resulterade i ekonomisk oro samt ytterligare emotionell belastning.

Utifrån Fundamentals of Care blir det tydligt att behov relaterade till social tillhörighet, relationer och delaktighet är centrala komponenter som påverkar kvinnans känsla av sammanhang och upplevelser av att leva med gynekologisk cancer (Kitson m. fl 2010). Detta överensstämmer med Boykin och Schoenhofers omvårdnadsteori “Theory of Nursing as Caring”, som betonar att människan formas och berikas genom vårdande relationer där individens livsvärld och erfarenheter erkänns (Alligood 2013). När relationer och roller förändras riskerar därmed även upplevelsen av välbefinnandet att påverkas. För den grundutbildade sjuksköterskan innebär detta att agera som samtalspartner och erbjuda stöd i bearbetningen av förändrade relationer och roller. Sjuksköterskan bör även fungera som en länk till andra professioner, såsom kurator eller psykolog, för att säkerställa att kvinnor får tillgång till adekvat psykosocialt stöd och därigenom främja kvinnornas upplevelser.

Copingstrategier för anpassning och välbefinnande

Resultatet visade att den mest betydelsefulla och effektiva copingstrategin för majoriteten var att använda sig av tillgången till ett fungerande stödsystem, bestående av anhöriga, religiösa gemenskaper och stödgrupper. Dessa nätverk gav både praktisk avlastning och emotionellt stöd, vilket minskade känslor av ensamhet och bidrog till ökad känsla av sammanhang och delaktighet. Seibæk & Petersen (2016) menar att stöd från familj och vänner spelar en central roll i kvinnornas process att återfå självkänsla och acceptans efter cancerbehandlingen. Samtidigt framkom att stöd inte alltid var tillräckligt eller lättillgängligt, vilket understryker betydelsen av att anpassa stödinsatserna efter individuella behov. Många valde även att aktivt förändra sin livsstil och förhållningssätt till sjukdomen. Detta upplevdes som ett sätt att återta kontrollen över det egna livet genom att förbättra sin fysiska hälsa och utveckla acceptans för att samexistera med cancern. Zeng m.fl (2010) styrker detta genom att beskriva hur deras studiedeltagare visade en högre uppskattning för livet, en mer positiv syn på livet och större tacksamhet för sina relationer. Även Arriba m.fl (2010) visade att träning påverkade den fysiska aspekten positivt samt hade en signifikant effekt på ångest, depression och den övergripande upplevelsen av att leva med gynekologisk cancer.

Utifrån Fundamentals of Care framträder det tydligt hur copingstrategier är nära kopplade till sjuksköterskans roll i att möta psykosociala behov (Kitson m. fl 2010). Detta kan även förstås i relation till Boykin och Schoenhofers omvårdnadsteori "Theory of of Nursing as Caring" som betonar att sjuksköterskan genom en bekräftande och stödjande relation kan stärka personens egna resurser och förmåga att hantera livsutmaningar (Alligood 2013). För den grundutbildade sjuksköterskan innebär detta att det är centralt att stödja kvinnan i att identifiera och stärka sina egna resurser på ett personcentrerat sätt. Detta inkluderar att uppmuntra och vägleda i att formulera realistiska mål för återhämtning. Genom sådana insatser kan sjuksköterskan bidra till att kvinnan upplever ökad mening, kontroll och sammanhang, faktorer som framstår som centrala för ett förbättrad välbefinnande.

SLUTSATS

Denna litteraturstudie visar att gynekologisk cancer påverkar varje individ på olika sätt. De psykiska och fysiska påfrestningarna hade en betydande negativ inverkan på kvinnornas upplevelse av att leva med gynekologisk cancer. Samtidigt framkom att tillgång till stöd och användning av copingstrategier underlättade hanteringen av de känslor och den oro som uppstod. Resultatet understryker vikten av fortsatt forskning och praktik, det vill säga hur sjuksköterskor i verksamheten förhåller sig till och närmar sig ämnet hur gynekologisk cancer påverkar välbefinnandet. Samtidigt visar detta på att beredskap och vilja att bemöta patienten i enlighet med Fundamentals of Care och personcentrerad vård, oberoende av vilken aspekt av upplevelser som påverkas, kan bidra till att kvinnor med gynekologisk cancer blir sedda och bemötta utifrån sin individuella upplevelse av att leva med gynekologisk cancer oavsett var i vårdförloppet de befinner sig. För sjuksköterskan innebär detta ett ansvar att ha kompetens men också trygghet i sig själv för att initiera samtal om ofta svåra ämnen, såsom sexuell hälsa, självbild, könsidentitet och relationer, samt att bemöta patienten med respekt och empati. Ökad kunskap bland grundutbildade sjuksköterskor, utbildning och reflektion inom dessa områden kan bidra till förbättrad upplevelse för kvinnor som lever med gynekologisk cancer.

FORTSATT KUNSKAPSUTVECKLING OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE

Arbetet med litteraturstudien har gett författarna en fördjupad förståelse för upplevelsen av att leva med gynekologisk cancer hos kvinnor. Författarna har sedan tidigare haft uppfattningar kring hur upplevelserna kan påverkas, men saknat djupgående förståelse, hur olika aspekter samspelar och vad som var mest centralt för kvinnorna. Framför allt har egen kunskap inhämtats kring den sexuella hälsan och hur den påverkas. Liksom att olika psykiska besvär verkar ha större påverkan på välbefinnande mer än de fysiska besvären. I relation till ämnet finns det ytterligare kunskapsbehov för författarna kring hur dessa kvinnor upplever omvårdnaden mer ingående. Detta för att bättre förstå behovet av omvårdnad i relation till gynekologisk cancer och kvinnornas upplevelse av att leva med gynekologisk cancer.

Resultatet har visat att sexuell hälsa är en central del bland kvinnornas upplevelser. Samtidigt har det i resultatet uppkommit brister kring just omvårdnaden relaterat till det området. Författarna anser att det finns ett behov av att utveckla större kunskap kring hur sexuell hälsa kan tas upp. Samt skapa en trygg och öppen miljö för att göra samtalet enklare. Detta kan hjälpa den grundutbildade sjuksköterskan i omvårdnaden, på grund av att det är ett känsligt samtalsområde som inte alltid är lätt att ta upp med patienter. Resultatet har även visat att många kvinnor upplever långvariga psykiska besvär som påverkar deras välbefinnande på olika sätt, även efter avslutad behandling. Författarna ser därför ett behov av att förbättra och utveckla kunskapen kring hur sjuksköterskan kan bidra till uppföljning och rehabilitering på lång sikt för denna patientgrupp.

REFERENSER

*Al-Awaisi H, Moshtohry A, Al Balushi M, Bureny I (2025), Lived experiences of gynaecological cancer survivors in Oman: a qualitative study. *BMJ Open, 15*, 2.

Akkuzu G, Kurt G, Guvenc G, Kok G, Simsek S, Dogrusoy S, & Ayhan A (2018), Learning Needs of Gynecologic Cancer Survivors. Journal of Cancer Education. *The Official Journal of the American Association for Cancer Education, 33(3), 544-550.*

Alligood R M, (2013) Nursing theorists and their work. I: Purnell M J, (Red). *Anne Boykin and Savina O. Schoenhofer: The Theory of Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice* (Upplaga 8), Elsevier.

*Appiah E O, Amertil N P, Ezekiel E O B , Lavoe H, Siedu D J (2021), Impact of cervical cancer on the sexual and physical health of women diagnosed with cervical cancer in Ghana: A qualitative phenomenological study. *Womens Health, 17*, 1-11.

Arriba L N, Fader A N, Frasure H E, Gruenigen V E (2010) A review of issues surrounding quality of life among women with ovarian cancer. *Gynecologic Oncology, 119*, 390-396.

Bettany-Saltikov J, McSherry R, (2016) How to do a systematic Literature Review in Nursing: A step-by-step guide. Croydon, CPI Group.

*Boding S A, Russell H, Knoetze R, Wilson V, Stafford L (2022), “Sometimes i cant look in the mirror”: Recognise the importance of the sociocultural context in patient experiences of sexuality, relationships and body image after ovarian cancer, *European Journal of Cancer Care, 31* (6).

*Burles M, Holtslander L (2013), “Cautiously Optimistic That Today Will Be Another Day With My Disease Under Control”, *Cancer Nursing, 36,* 436-444.

Cancerfonden (2023) *Äggstockscancer (ovarial cancer)*. >https://www.cancerfonden.se< HTML (2025-10-23)

Cancerfonden (2023) *Livmoderhalscancer (cervixcancer)*. >https://www.cancerfonden.se< HTML (2025-10-23)

Cancerfonden (2023) *Livmodercancer*. >https://www.cancerfonden.se< HTML (2025-10-23)

Cancerfonden (2024) *Statistik äggstockscancer*. >https://www.cancerfonden.se< HTML (2025-10-23)

Cancerfonden (2025) *Gynekologisk cancer.* >https://www.cancerfonden.se< HTML (2025-10-23)

Cancerfonden (2025) *Statistik livmoderhalscancer*. >https://www.cancerfonden.se<HTML (2025-10-23)

Cancerfonden (2025) *Statistik livmodercancer*. >https://www.cancerfonden.se< HTML (2025-10-23)

*Chow KA, Chan CWH, Law BMH (2021), Perceptions of Chinese Patients Treated for Gynaecological Cancer about Sexual Health and Sexual Information Provided by Healthcare Professionals: A Qualitative Study, *Cancers, 13,* 1654.

Ekvall E, Ternestedt B M, Sorbe B (2003), Important aspects of health care for women with gynecological cancer. *Oncology Nursing Forum 30 (2),* 313-9.

*Ettinger S E (2024), Gynecological Cancers and Quality of Life, *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice, 22* (4).

European Network of Gynecological Cancer Advocacy Groups (ENGAGe) (2024). *Gynecological cancers in Europe. Fact and figures 2024.* >https://www.worldgoday.org< PDF (2025-11-05)

Fang H, Tan Y, Sun Y, Wang W (2024), Effectiveness of nursing care for cervical cancerpatients undergoing chemotherapy, *African Journal of Reproductive Health, 28*, 46-51.

Ferrell B R, Smith S L, Ervin K S, Itano J, Melancon C (2003), A qualitative analysis of social concerns of women with ovarian cancer. *Psycho-Oncology 12,* 647-663.

Henricson M, (2017) *Forskningsetik.* I: Kjellström S, (Red)*Vetenskaplig teori och metod. (Upplaga 2)* Lund, Studentlitteratur.

*Howell D, Fitch M I, Deane K A (2002), Impact of Ovarian Cancer Perceived by Women, *Cancer Nursing, 26,* 1-9.

Internetmedicin (2025) *Endometriecancer*. >https://www.internetmedicin.se< HTML (2025-10-23)

Jonsdottir B, Wikman, A, Sundström Poromaa I, Stålberg, K (2023), Advanced gynecological cancer: Quality of life one year after diagnosis. *PLOS One, 18* (6).

Kitson A, Conroy T, Wengstrom Y, Profetto-McGrath J, Robertson-Malt S (2010), Defining the fundamentals of care. *International Journal of Nursing Practice, 16*, 423-434.

Ko E, Lee Y (2024), The Effects of Coping Strategies Between Uncertainty and Quality of Life of Korean Women With Gynecological Cancer: Evaluation of Uncertainty in illness Theory and Stress and Coping Theory. *Advances in Nursing Science, 47,* E-84-E95.

*Millet N, Moss E L, Munir F, Rogers E, McDermott H J (2022), A qualitative exploration of physical and psychosocial well-being in the short and long term after treatments for cervical cancer, *European Journal of Cancer Care, 31*, 2.

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

Popenoe R, Langius-Eklöf A, Stenwall E, Jervaeus A (2021,) A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*, *41(4)*, 175-186.

*Puppo C, Dentand L, Tredan O, Ahmed-Lecheheb D, Joly F, Preu M (2020), The quality of life of long-term remission patients in the Vivrovaire study: The impact of ovarian cancer on patient trajectory, *Journal of Psychosocial Oncology, 38,* 481-500.

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

Renpenning K M, Taylor S G (2003), Self-Care Theory in Nursing. Selected Papers of Dorothea Orem, *Springer Publishing Company.*

Seibæk L, Petersen L K (2016), Survivorship in women surgically treated for gynaecological cancer- The impact of postoperative rehabilitation. *Clinical Nursin Studies, 4 (4), 66*-72.

*Sekse R, Gjengedal E, Råheim M (2011), Living in a Changed Female Body After Gynecological Cancer, *Health Care for Women International, 34,* 14-33.

Sekse RJT, Dunberger G, Olesen M L, Osterbye M, Seibaek L (2019), Lived experiences and quality of life after gyneacological cancer-An integrative review, *Journal of clinical nursing, 28,* 1393-1421.

Shirali E, Yarandi F, Ghaemi M, Montazeri A (2020), Quality of Life in Patients with Gynecological Cancers: A Web-Based Study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 21*, 1969-1975.

Svensk sjuksköterskeförening (2024) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. >https://swenurse.se< PDF (2025-10-27)

*Tsai L Y, Tsai J M, Tsay S L (2020), Live experiences and disease trajectories in women coexisting with ovarian cancer, *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology, 59*, 115-119.

Vitale S G, La Rosa V L, Rapisarda A M C, Lagana A S (2016), Fertility preservation in women with gynaecologic cancer: the impact on quality of life and psychological well-being. *Human fertility, 21,* 35-38.

*Warren N, Melrose D M, Brooker J E, Burney S (2018), Psychosocial distress in women diagnosed with gynecological cancer, *Journal of Health Psychology, 23,* 893-904.

Willman A, Bahtsevani C, Nilsson R, Sandström B (2016) *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund, Studentlitteratur

*Zeng Y C, Li D, Loke A Y (2011), Live after cervical cancer: Quality of life among Chinese women, *Nursing and Health Sciences, 13,* 296-302.

Zheng Y C, Ching S S, Loke A Y (2010), Quality of life measurement in women with cervical cancer: implications for Chinese cervical cancer survivors. Health and Quality of Life outcomes, 8:30.

Zhu B, Gu H, Mao Z, Beeraka N M, Zhao X, Anand M P, Zheng Y, Zhao R, Li S, Manogaran P, Fan R, Nikolenko V N, Wen H, Basappa B, Liu J (2024), Global burden of gynaecological cancers in 2022 and projections to 2050. *Journal of global health*, elektroniskt tillgänglig innan publikation (2025-10-28).

BILAGA 1.

DATABAS: Cinahl			
SYFTE: Kvinnors upplevelser av att leva med gynekologisk cancer			
PEO	**BLOCK**	**SÖKORD**	**ANTAL TRÄFFAR**
	1.	SÖKORD (ämnesord) MH "Genital Neoplasms, Female+"	48 938
		SÖKORD (fritext) XB ("Genital Neoplasms")	2
		SÖKORD (fritext) XB ("Gynecological cancer*)	987
		SÖKORD (fritext) XB ("Gynecological neoplasms")	15
		Antal träffar block 1	49 211
	2.	SÖKORD (ämnesord) MH "Quality of life+"	173 930
		SÖKORD (fritext) XB ("Quality of life")	174 467
		SÖKORD (fritext) XB ("Life quality")	3 196
		SÖKORD (fritext) XB (Well-being)	97 109
		Antal träffar block 2	325 778

PEO	BLOCK	SÖKORD	ANTALTRÄFFAR
	3.	SÖKORD (ämnesord) MH "Attitude+"	614 337
		SÖKORD (fritext) XB (attitude*)	109 354
		SÖKORD (fritext) XB (experience)	465 340
		SÖKORD (fritext) XB (perceptions)	171 683
		SÖKORD (fritext) XB (feelings)	52 719
		Antal träffar block 3	1 085 784

5.	Sökningar	Antal träffar	Relevanta titlar	Lästa abstract	Lästa studier i fulltext	Valda studier till kvalitets-granskning	Valda studiertill resul-tatet	Datum

	Block 1 AND 2	**2 346**						
	Block 1 AND 2 AND 3	**637**						
	Block 1 AND 2 AND 3 + begräns-ningar	**597 (peer review och engelska)**	**80**	**80**	**19**	**10**	**9**	**25-11-13**

Avsluta med begränsningar:	**Engelska, peer-reviewed**

BILAGA 2.

DATABAS: PubMed			
SYFTE: Kvinnors upplevelser av att leva med gynekologisk cancer			
PEO	**BLOCK**	**SÖKORD**	**ANTALTRÄFFAR**
	1.	SÖKORD (ämnesord) "Genital Neoplasms, Female" [Mesh]	275 752
		SÖKORD (fritext) "genital neoplasms" [Title/Abstract]	310
		SÖKORD (fritext) "gynecological cancer" [Title/Abstract]	3 945
		SÖKORD (fritext) "gynecological neoplasms"[Title/Abstract]	152
		Antal träffar block 1	277 290
	2.	SÖKORD (ämnesord) "Quality of life" [Mesh]	314 023
		SÖKORD (fritext) "quality of life" [Title/Abstract]	460 738
		SÖKORD (fritext) "life quality" [Title/Abstract]	12 756
		SÖKORD (fritext) well-being [Title/Abstract]	158 808
		Antal träffar block 2	661 727

PEO	BLOCK	SÖKORD	ANTALTRÄFFAR
	3.	SÖKORD (ämnesord) "Attitude" [Mesh]	734 582
		SÖKORD (fritext) attitude [Title/Abstract	83 610
		SÖKORD (fritext) experience [Title/Abstract]	961 232
		SÖKORD (fritext) perception [Title/Abstract]	262 558
		SÖKORD (fritext) feelings [Title/Abstract]	51 403
		Antal träffar block 3	1 901 032

5.	Sökningar	Antal träffar	Relevan tatitlar	Lästa abstract	Lästa studier i fulltext	Valda studier till kvalitets-granskning	Valda studiertill resul-tatet	Datum

	Block 1 AND 2	**5 466**						
	(Block 1 AND 2) AND 3	**1037**						
	(Block 1 AND 2 AND 3) AND 4 + begräns-ningar	**995 (engelska)**	**53**	**53**	**15**	**5**	**5**	**25-11-13**

Avsluta med begränsningar:	**Engelska, peer-reviewed**

BILAGA 3.

Art. No	Reference	Purpose	Method	Results
1	Al-Awaisi H, Moshtohry A, Al Balushi M, Bureny I (2025), Lived experiences of gynaecological cancer survivors in Oman: a qualitative study, *BMJ Open, 15*, 2	**"To examine the lived experiences of women who survived gynecological cancer in Oman."**	Qualitative method Analysis method according to Clarke & Braun (2013) Semi-structured individual interviews. 6 women/0 non-response (>18 years) High quality Oman	Four themes were identified: **Faith and attitude:** Shock over diagnosis, better acceptance of the disease when the disease was analyzed based on religion. **Living with the complications of treatment:** The treatment had a fundamental impact on life. **Living with cancer:** The participants were affected psychologically and disrupted their social roles and sex life. **Coping with her journey with cancer:** Coping with her cancer diagnosis helped with social support and religion.
2	Appiah EO, Amertil NP, Ezekiel EOB, Lavoe H, Siedu DJ (2021), Impact of cervical cancer on the sexual and physical health of women diagnosed with cervical cancer in Ghana: A qualitative phenomenological study, *Women's Health, 17, 1-11.*	**"Examining life experiences after a cervical cancer diagnosis with regard to sexual and physical health."**	Qualitative method Analysis method according to Elo & Kyngäs (2008) Semi structured interviews. 30 women/0 non-response (29-79 years) High quality Ghana	Two themes were identified: **Sexual function:** Physical symptoms affected sexual health and relationships with partners. **Physical burden:** Changed appearance, as well as increased anxiety due to the diagnosis that has led to poorer sleep.
3	Boding SA, Russell H, Knoetze R, Wilson V, Stafford L (2022), "Sometimes I can't look in the mirror: Recognise the importance of the	**"To investigate the psychological and emotional impact of ovarian scanceer on sexuality, relationships,**	Qualitative method Analysis method according to Braun & Clarke (2006) Anonymous online survey.	Three themes were identified: **Failure and loss of femininity:** Loss of reproductive organs affected fertility, affected self-esteem and the role of woman.

	sociocultural context in patient experiences of sexuality, relationships and body image after ovarian cancer", *European Journal of Cancer Care, 31(6).*	**body image, and femininity."**	98 women/0 non-response (22-81 years) Medium quality Australia	**Internalizing public perceptions of oneself:** Society's image of oneself affected self-image. Fear of how others would perceive their bodies. **Altered relationships:** Changes in sexual function affected relationships.
4	Burles M, Holtslander L (2013), "Cautiously Optimistic That Today Will Be Another Day With My Disease Under Control", *Cancer Nursing 36, 436-444.*	**"Examining the lived experiences of ovarian cancer."**	Qualitative method Analysis method according to van Manen (1990) Face-to-face interviews, with follow-up through e-mail interviews. 16 women/0 non-response (37-68 years) High quality Canada	Five themes were identified: **Changed health status and body:** Difficulty adapting to the now sick body. Changes in relation to the body, led to the development of coping strategies. **Disturbances in everyday life:** Significant disturbances in everyday life. Had to give up some ordinary chores, such as household chores and work. **Changed relationships:** Affected relationships, if there were problems before, the diagnosis could mean the end of the relationship. Some experienced the relationship as strengthened. **Uncertainty about the future:** Fear of relapse was very psychologically stressful. **Dealing with and finding meaning in the disease**: Some found meaning in the disease to deal with it. Some coped by planning for their death.
5	Chow KA, Chan CWH, Law BMH (2021), Perceptions of Chinese Patients Treated for Gynaecological Cancer about Sexual Health and Sexual Information Provided by Healthcare Professionals: A Qualitative Study, *Cancers 13, 1654.*	**"To qualitatively investigate the effects of cancer treatment on Chinese patients treated for gynecological cancere with respect to their sexual function, sexual activity, and relationships with their partner."**	Qualitative method Semi structured interviews. 21 women/0 non-response (>18 years) High quality China	Four themes were identified: **Changes in sex life:** Reduced/altered sex life due to libido or vaginal symptoms. **Impact on femininity:** Feelings of loss of femininity, seeing themselves as incomplete women due to hysterectomy. **Relationships with partners:** The majority did not think the relationship was negatively affected, instead they took care of each other.

				Provision of six information by health professionals: Was incomplete, wanted to receive more information on the initiative of health professionals. I felt ashamed to bring it up myself.
6	Ettinger S E (2024), Gynecoogical Cancers and Quality of Life, *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice 22*, (4).	**"Identifying how women newly diagnosed with gynecological cancer who have received surgical treatment define quality of life."**	Qualitative method Semi-structured interviews. 7 women/0 non-response (30-75 years) Medium quality United States	Four themes were identified: **Women define quality of life as mobility and the ability to perform household chores.** **Insufficient communication is a barrier to support:** Participants discussed the importance of communication. **A cancer diagnosis can have a psychological impact:** Fear was associated with the cancer diagnosis and fear of the unknown. **A cancer diagnosis with surgery as a result and readmission can have a psychological impact.**
7	Howell D, Fitch MI, Deane KA, (2002), Impact of ovarian cancer perceived by women, *Cancer Nursin 26, 1-9.*	**"To describe women's perceptions of the impact ovarian cancer has had on their lives."**	Qualitative method Telephone interviews. 18 women/0 non-response (35-73 years) Medium quality Canada	Three themes were identified: **Changes in everyday life:** Giving up many things in life, such as activities with children, work, changed relationships and changed sexual life. **Big challenges:** living with uncertainty was hard, feelings of losing control of life. Uncomfortable encounters with people who were not comfortable with the disease. **Support system:** Different sources of support helped a lot. Women active in the church experienced a lot of support from the congregation.
8	Millet N, Moss E L, Munir F, Rogers E, McDermott H J (2022), A qualitative exploration of physical and psychosocial well-being in the short and long term after treatments for cervical cancer, *European Journal of Cancer Care, 31*, 2	**"To investigate the experience of recovery in the short term and long term among women who have been treated with surgery and/or chemotherapy and radiotherapy from a biopsychosocial perspective."**	Qualitative method. Analysis method according to Clarke & Braun (2017) Semi-structured interviews. 21 women/4 non-response (28-55 years). High quality	Three themes were identified: **Treatment as a paradox**: The treatment created problems and symptoms but was also a cure. **Emotional changes:** Challenges to identity. Feelings of isolation arose. The inability to have children led to a changed image of oneself. Long-term anxiety, such as fear of relapse was related to pain. **Growth through adversity:** Regaining normalcy, such as jobs and stable family life was significant. Acceptance through a changed perspective was the management strategy.

			United Kingdom	
9	Pilkington F B & Mitchell G J (2004), Quality of life for women living with a gynecological cancer, *Nursing Science Quarterly, 17*, 147-155.	**"To deepen the understanding of quality of life from the perspective of women living with gynecological cancer."**	Qualitative method. Analysis method according to Parse (2001) Semi-structured interviews. 14 women/0 non-response (30-73 years) Medium quality Canada	Four themes were identified: **Preserve and value loving words and expressions:** Relationships played a big role. Descriptions of being involved and sharing love with family were important. **Affirming one's own worth**: The importance of being seen as a person and not a disease, as well as maintaining autonomy. **Sinking into something comforting despite suffering:** Participants described emotions as overwhelmed and exhausted. Losses were described as dignity, sexuality and hope. **Growing strength to endure:** Fear of the unknown and fear of relapse.
10	Puppo C, Dentand L, Tredan O, Ahmed-Lecheheb D, Joly F, Preu M (2020), The quality of life of long-term remission patients in the Vivrovaire study: The impact of ovarian cancer on patient trajectory, *Journal of Psychosocial Oncology, 38:4, 481-500.*	**"To acquire in-depth knowledge of the different dimensions of life calculity and how ovarian cancer affects these."**	Qualitative method Analysis method according to Bertaux (2019) Semi structured interview questions. 16 women/0 non-response (25-74 years) Medium quality France	Three themes were identified: **Physical/physical problems:** Perceived treatments as disproportionate to stage of diagnosis. Impact on body image and feminine identity, affected self-esteem and sexual quality of life. **Changes in social life:** Some attributed the effect on age others to ovarian cancer and treatment. **Temporal perception and the perception of the OC experience:** Some redefined the purpose of life. Some changed daily life to align with cancer.
11	Sekse R, Gjengedal E, Råheim M (2011), Living in a changed female body after gynecological cancer, *Health Care for Women International, 34*, 14-33.	**"Examining the experiences of women who have survived gynecological cancer."**	Qualitative method with a phenomenological and hermeneutic approach. In-depth interviews on two occasions (12 months between). 16 women/0 non-response (39-66 years.)	Two themes were identified: **Bodily influence:** The body that had previously been known was now unknown. Fear of relapse led to anxiety. **Loss of motherhood**: Hysterectomy involved feelings of grief and loss and alienation. If you did not want children in the future, you found out earlier.

			Medium quality Norway	
12	Tsai LY, Tsai JM, Tsay SL, (2019) Live experiences and disease trajectories in women coexisting with ovarian cancer, *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology, 59, 115-119.*	**"To qualitatively examine the lived experiences of patients with ovarian cancer, focusing on certain symptom-related problems, transition in family and social role, sexuality, fertility, recurrence and external support."**	Qualitative method. Analysis method according to Giorgi (2005) Semi structured interview questions. 21 women/0 non-response (30-65 years) Medium quality Taiwan	Three themes were identified: **A depressive stage:** Shock over diagnosis, as well as confusion due to contradictory information from health professionals. **Fear of relapse.** **Changed mindset:** More positive, worked a lot with self-healing and coexisting with the cancer.
13	Warren N, Melrose DM, Brooker JE, Burney S (2018), Psychosocial distress in women diagnosed with gynecological cancer, *Journal of Health Psychology, 23, 893-904.*	**"To gain a deeper understanding of the psychosocial factors that contribute to or help alleviate the stress that women experienced in connection with their gynaecological cancer diagnosis and treatment."**	Qualitative method Analysis method according to Clarke & Braun (2013) Semi structured interviews. 7 women/3 non-response (35-65 years) High quality Australia	Two themes were identified: **The importance of social support:** Feeling included and remembered was important. However, some described difficulties in finding suitable support groups. **Withholding information:** Some withheld information to protect themselves but also relatives. Could lead to distance in some relationships.
14	Zeng YC, Li D, Loke AY, (2011), Live after cervical cancer: Quality of life among Chinese women, *Nursing and Health Sciences, 13, 296-302.*	**"To investigate the importance of quality of life among Chinese cervical cancer survivors and the effects of cervical cancer survival on these women's quality of life."**	Qualitative method Analysis method according to Leech N L (2007) Written questions. 35 women/7 non-response (>18 years)	Five themes were identified: **Impact on physical health:** Some symptoms affected physical health, such as loss of appetite, poor sleep, weight changes, etc. **Psychological impact:** Anxiety, depression and irritability were increased, among other things.

			High quality China	**Social health impact:** impact in daily life, changes in roles in the home led to addiction and feelings such as being a burden on the family. **Impact on spiritual well-being:** Some found meaning in the diagnosis, had a more positive outlook on life and more valued relationships. **Impact on sexual health:** Changes/breaks in sexual relationships. Those who were sexually active had poorer quality.