

## **Någon kunde ha förberett mig för detta**

En litteraturstudie om sexuell hälsa och gynekologisk cancer

## **Someone could have prepared me for this**

A literature study about sexual health and gynecological cancer



## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Gynekologisk cancer är ett utbrett spektrum av cancersjukdomar bland kvinnor och behandlingarna har betydelse för upplevelsen av den sexuella hälsan. Den sexuella hälsan är viktig för människans totala upplevelse av hälsa. Om den sexuella hälsan upplevs otillfredsställande kan ett lidande uppstå. **Syfte:** Syftet är att beskriva kvinnors upplevelse av sexuell hälsa vid gynekologisk cancer. **Metod:** En litteraturoversikt över tolv kvalitativa artiklar har genomförts. **Resultat:** Resultatet visade upplevda barriärer för sexuell hälsa vid gynekologisk cancer. Barriärerna presenteras i tre huvudkategorier: *Den sexuella kroppen*, *Sexuella hinder* och *Sexuella relationer*. **Slutsats:** Kvinnor med gynekologisk cancer upplever huvudsakligen flera barriärer för sexuell hälsa. Upplevelsen av dessa sexuella barriärer kan leda till en otillfredsställande sexuell hälsa vilket vidare kan orsaka ett lidande. Genom kunskap om upplevelsen av sexuell hälsa vid gynekologisk cancer kan sjukvården erbjuda vård som omfattar flera aspekter av sjukdomen och därmed minska risken för lidande. **Klinisk betydelse:** Denna litteraturstudie kan bidra med kunskap om kvinnors upplevda sexuella hälsa vid gynekologisk cancer. Sjukvården har en viktig roll att uppfylla med hänsyn till kvinnors upplevelse av bristande information. Utbildning och diskussion kring sexuell hälsa på sjuksköterskeutbildningen skapar förutsättningar för att samtal om sexuell hälsa ska bli ett självklart inslag i vården.

**Nyckelord:** *Gynekologisk cancer, sexuell hälsa, kvinna, upplevelse, informationsbehov*

## ABSTRACT

**Background:** Gynecological cancer is an expanded spectrum of cancer diseases among women and the treatments have importance for the experience of sexual health. Sexual health is important for the total experience of health. If the sexual health is perceived unsatisfactory, a suffering can arise. **Aim:** The aim is to describe women's experience of sexual health within gynecological cancer. **Method:** A literature review of twelve qualitative articles was performed. **Results:** The analysis resulted in experienced barriers for sexual health within gynecological cancer. The barriers are presented in three main categories: *The sexual body*, *Sexual obstacles* and *Sexual relations*. **Conclusion:** Women with gynecological cancer mainly experience several barriers for sexual health. The barriers can lead to an unsatisfied sexual health which can cause a suffering. By knowledge about the experience of sexual health within gynecological cancer, the health care can provide care including several aspects of the disease and thereby decrease the risk for suffering. **Clinical significance:** This study can contribute knowledge about women's perceived sexual health within gynecological cancer. Health care providers have an important role to fulfill regarding women's experience of lack of information. Education and discussion about sexual health in the nursing education creates conditions for conversations about sexual health to become an obvious part of the health care.

**Key words:** *Gynecological cancer, sexual health, female, experience, information needs*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

## SAMMANFATTNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>2</b>
<b>Sexuell hälsa</b> .....	<b>2</b>
<i>Sexualitet</i> .....	2
<i>Sjuksköterskors roll för sexuell hälsa vid gynekologisk cancer</i> .....	2
<b>Cancer</b> .....	<b>3</b>
<b>Gynekologisk cancer</b> .....	<b>3</b>
<i>Att insjukna i gynekologisk cancer</i> .....	4
<i>Undersökningar och behandlingar</i> .....	4
<b>Teoretisk referensram</b> .....	<b>5</b>
<i>Sjukdomslidande</i> .....	5
<i>Vårdlidande</i> .....	5
<i>Livslidande</i> .....	6
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>6</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>6</b>
<b>METOD</b> .....	<b>7</b>
<b>Design</b> .....	<b>7</b>
<b>Urval</b> .....	<b>7</b>
<b>Datainsamlingsmetod</b> .....	<b>7</b>
<b>Dataanalys</b> .....	<b>9</b>
<b>Etiska aspekter</b> .....	<b>10</b>
<b>RESULTAT</b> .....	<b>10</b>
<b>Den sexuella kroppen</b> .....	<b>11</b>
<i>Kroppsuppfattning</i> .....	11
<i>Femininitet och fertilitet</i> .....	12
<b>Sexuella hinder</b> .....	<b>13</b>
<i>Rädsla och det okända</i> .....	13
<i>Minskad lust och funktion</i> .....	14
<i>Vikten av information</i> .....	14
<b>Sexuella relationer</b> .....	<b>15</b>

<i>Betydelsen av sex i relationen</i> .....	15
<i>Kommunikation som verktyg</i> .....	16
<i>Sex som plikt</i> .....	17
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>17</b>
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>17</b>
<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>20</b>
<i>Lust och lidande i den sexuella kroppen</i> .....	20
<i>Hinder och möjligheter i lidandets drama</i> .....	21
<i>Sexuella relationer som medlidande</i> .....	22
<i>Otillfredsställande sexuell hälsa som lidande</i> .....	23
<b>Slutsats</b> .....	<b>24</b>
<b>Klinisk betydelse</b> .....	<b>24</b>
<b>Förslag på vidare forskning</b> .....	<b>24</b>
<b>Författarnas insatser</b> .....	<b>25</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>26</b>
<b>BILAGOR</b> .....	<b>i</b>
<b>Bilaga 1. Artikelmatris</b> .....	<b>i</b>

## **INLEDNING**

Då författarna till denna litteraturstudie arbetar på gynekologiska vårdavdelningar har intresset för gynekologisk cancer vuxit fram. Våra iakttagelser är att sjukvårdens huvudsakliga fokus vid gynekologisk cancer riktar sig till att behandla det patologiska tillståndet, medan omvårdnadsaspekter som påverkar patienten i detta sammanhang inte får tillräckligt stort utrymme. Vi har reflekterat över hur det upplevs för en kvinna när ett hot mot funktionen av hennes kvinnliga organ uppstår. Därav väcktes intresset för den sexuella hälsan i sammanhanget. För att som sjuksköterska kunna främja den sexuella hälsan vid gynekologisk cancer, är kunskap om hur situationen upplevs för den enskilda kvinnan angelägen, vilket motiverar vikten av att belysa ämnet. Kvinnor med gynekologisk cancer utgör en utbredd patientgrupp inom sjukvården och tillståndet berör intima delar av både kropp och liv som medför en utsatthet, varför ämnet är relevant.

## **BAKGRUND**

### **Sexuell hälsa**

WHO (2014b) beskriver sexuell hälsa som ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välmående i relation till sexualitet, och att det inte endast innebär frånvaro av sjukdom oförmåga eller ålderssvaghet. Sexuell hälsa och möjligheten att ha njutbara och säkra sexuella upplevelser utan tvång, diskriminering och våld, kräver en positiv och respektfull inställning till sexualitet och sexuella relationer. Varje individs sexuella rättigheter måste respekteras, skyddas och fullföljas för att upprätthålla sexuell hälsa (ibid.). Vidare beskriver Hulter (2009) vikten av att utveckla sin identitet för sexuell hälsa, och att trygg identitet förankras i en sund självkänsla, vilket således kan beskrivas som centralt för sexuell hälsa.

### *Sexualitet*

WHO (2014b) menar att sexuell hälsa inte går att definiera utan att definiera sexualitet. Sexualitet omfattas av tankar kring kön, könsroller, sexuell läggning, njutning, intimitet och reproduktion, vilket gemensamt beskrivs som en viktig del i människans liv. Sexualitet kan upplevas och uttryckas genom bland annat tankar, attityder, värderingar, roller och relationer, men alla dimensioner erfars inte alltid. Sexualitet påverkas av exempelvis kultur, historia, religion och andlighet (ibid.). För kvinnor kan sexualitet omfattas av känslor och tankar kring kroppsuppfattning, femininitet, förmåga att bli gravid och den sexuella funktionen (Chamberlain Wilmoth & Spinelli, 2000).

### *Sjuksköterskors roll för sexuell hälsa vid gynekologisk cancer*

Inom sjuksköterskors kompetensområde ingår att lyssna till både patienters och partners sexuella besvär och att ge information om sexuella förhållanden vid sjukdom, skada och funktionsnedsättning (Hulter, 2009). Genom professionell omvårdnad kan sjuksköterskor stödja människors sexuella hälsa och därmed lindra lidande (ibid.). Vidare menar Hulter att ämneskunskap och medvetenhet om sexualitet är väsentligt för att kunna agera professionellt vid vårdandet av patienter med gynekologisk cancer. Då sex och samlevnad omfattas av olika värderingar är det nödvändigt att vårdpersonal bearbetar egna attityder och föreställningar gentemot ämnet för att det ska bli ett avdramatiserat inslag i vårdandet (Hulter, 2009). Kvinnor med gynekologisk cancer upplever förändringar i sexualiteten och därmed uppstår ett informationsbehov. Trots det visar forskning att kommunikation i ämnet mellan sjukvårdspersonal och patienter fortfarande är bristfällig (Stead, Brown, Fallowfield & Selby,



2003). Det kan förklaras med att sjuksköterskor upplever att bristande kunskap, självförtroende och kommunikationsstrategier utgör hinder för sådana samtal (Stead et al., 2003).

## **Cancer**

Världshälsoorganisationen (WHO, 2014a) definierar cancer som en okontrollerad celledelning. Det finns celledelning som skapar tumörer som inte är cancer, dessa är godartade och kallas benigna tumörer. Cancertumörer är elakartade och benämns maligna (ibid.). Cancertumören kan tränga in i omgivande vävnader och spridas till andra organ i kroppen (Einhorn & Sylwan, 2013). Tumören överlever i kroppen då den genom nybildade blodkärl kan försörja sig med näring och växa sig större. Cancer är ett namn på hundratals olika sjukdomar. Vilken typ av cancer som diagnostiseras relateras till var den onormala celledelningen påbörjats (ibid.).

## **Gynekologisk cancer**

Gynekologisk cancer är ett sammanfattande begrepp för cancer i de kvinnliga könsorganen: livmoder, livmoderhals, äggstockar, äggledare, slida och blygd (Regionalt Cancercentrum, 2013). Bland kvinnor i Sverige är det den största cancerdiagnosgruppen efter bröstcancer med strax över 2800 drabbade kvinnor årligen (Socialstyrelsen, 2014). Incidensen är varierande beroende på typ av gynekologisk cancer. Exempelvis förekommer mer än en tredjedel av livmodercancerfallen hos kvinnor i åldern 65-74 år, och har under åren 2011-2012 inte förekommit alls hos kvinnor under 35 år i Sverige (ibid.). Olika typer av gynekologisk cancer skiljer sig åt gällande symtom, behandling och prognos. Prognosen är förknippad med i vilket stadium sjukdomen upptäcks (Stockholms Läns Landsting, 2014a). Symtomen vid äggstockscancer är diffusa och sjukdomen upptäcks därför ofta i ett sent skede i form av att cancer ofta hunnit sprida sig, vilket försämrar prognosen (ibid.). År 2011 insjuknade 625 kvinnor i äggstockscancer och samma år dog 563 kvinnor i sjukdomen. Äggstockscancer kan förekomma i alla åldrar men förekommer främst mellan åldersgrupperna 40 till 70 år (Bergman, Hont & Johansson, 2013). Livmoderhalscancer har tydligare symtom än äggstockscancer och upptäcks tidigare, och har därför en bättre prognos (Stockholms Läns Landsting, 2014b). År 2011 insjuknade 421 kvinnor i livmoderhalscancer och nästan var tredje kvinna var under 40 år (Bergman et al., 2013). Med hjälp av screening genom gynekologiska cellprovtagningar har insjuknandet i livmoderhalscancer kunnat halveras sedan 1960-talet (ibid.).

### *Att insjukna i gynekologisk cancer*

Upplevelsen av att insjukna i cancer kan beskrivas som att verkligen förstå att människan är dödlig (Lindqvist & Rasmussen, 2009). Cancer är en påminnelse om hur oförutsägbart, osäkert och orättvist livet kan vara. Människan hamnar i konfrontation med sin bristande kontroll över döden (ibid.). Det är viktigt att få information om hur samtal kring sjukdom kan föras med familj och närstående, då stöd av familjen beskrivs som essentiellt i sammanhanget (Baldwin & Usher, 2008). Kvinnor med gynekologisk cancer beskriver ett behov av att få samtala med andra i samma situation för att minska känslan av utsatthet och ensamhet (ibid.). För att kunna hantera intima förändringar som uppstår till följd av behandling vid gynekologisk cancer behövs information om hur sjukdomen påverkar sexuell lust och reproduktiva organ (Toubassi, Himel, Winton & Nyhof-Young, 2006).

En angelägen aspekt att beakta vid livmoderhalscancer är faktumet att sjukdomen utvecklas av ett sexuellt överförbart virus (McCaffery et al., 2003). Därför kan det upplevas skamfullt att diagnostiseras med livmoderhalscancer och det kan finnas en rädsla för att uppfattas som promiskuös. För kvinnor som lever i en fast relation kan misstro mot partnern uppstå vid besked om sjukdom, vilket också kan påverka upplevelsen av cancerbeskedet (ibid.).

### *Undersökningar och behandlingar*

Beroende på symtom görs olika undersökningar vid misstanke om sjukdom (Leander, 2013). Förekommande undersökningar är gynekologisk undersökning, blodprov samt röntgen av lilla bäckenet, buken och ibland även av lungor och urinblåsa för att undersöka om spridning finns. Vid konstaterad gynekologisk cancer görs en kirurgisk undersökning under sövning för att utreda hur utbredd cancer är (ibid.). Förekommande behandlingsformer är cytostatika, strålbehandling och kirurgi (Stockholms Läns Landsting, 2014c). Cytostatika ges för att bromsa sjukdomsförloppet, bota sjukdomen eller som symtomlindrande terapi när botande inte längre är möjligt. Cytostatika kan även ges för att minska risken för återfall av sjukdomen (Dahllöv, 2013). Den önskvärda effekten av cytostatika är att eliminera cancercellerna men läkemedlet påverkar även kroppens friska celler (Pedersen, Kockved & Nielsen, 2012). Således innebär det biverkningar som exempelvis håravfall och sköra slemhinnor, men även illamående och trötthet (ibid.). Strålbehandling kan användas för att bota cancer men också för att lindra symtom vid en obotlig cancer (Moegelin, 2013). Förutom extern strålning kan också intern strålning, brachyterapi, göras vid gynekologisk cancer. Då förs ett instrument in i slidan och tumören strålas radioaktivt inifrån (ibid.). Biverkningar som sköra slemhinnor,

svullnad och blödning kan uppstå (Moegelin, 2013). I en studie av Velji och Fitch (2001) beskriver kvinnor som genomgått brachyterapi att det inte enbart är de fysiska aspekterna av behandlingen och biverkningarna som är påfrestande. Erfarenheten påverkas av hela kontexten (ibid.). So och Chui (2007) beskriver information och bemötande från sjukvårdspersonal som betydelsefullt för hur behandlingen upplevs. Vidare innebär den kirurgiska behandlingsformen ett avlägsnande av angripna organ men kan också göras i förebyggande syfte för att undvika spridning (Leander, 2013). Detta innebär att kvinnor med gynekologisk cancer kan behöva få reproduktiva organ bortopererade (ibid.).

## **Teoretisk referensram**

I denna litteraturstudie används Katie Erikssons teori om *Den lidande människan* (Eriksson, 1994) för att kunna sätta kvinnornas upplevelse av den sexuella hälsan i relation till lidande och således öka förståelsen för upplevelsen. I teorin beskrivs lidande som sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande.

### *Sjukdomslidande*

Sjukdomslidande innebär enligt teorin det lidande som uppstår i relation till sjukdom och behandling. Relationen smärta-lidande beskrivs som central, då lidandet ofta kan lindras genom att reducera smärtan. Det betyder däremot inte nödvändigtvis att sjukdom medför smärta och vice versa. Sjukdomslidande kan delas in *kroppslig smärta* som innebär att smärtan kan förnimmas fysiskt, samt *själslig och andlig smärta* som uppstår till följd av känslor av förnedring, skam och skuld, som erfars i relation till sjukdom eller behandling. Detta lidande kan antingen grundas i patientens känslor eller uppstå till följd av negativa attityder från vårdpersonal.

### *Vårdlidande*

I teorin beskrivs vårdlidande utifrån fyra kategorier: *kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning* samt *utebliven vård*, vilka sammanfattningsvis innebär lidande som uppstår till följd av brister i vården. Kränkning av patientens värdighet kan exempelvis beskrivas som att frånta patientens möjlighet att vara människa till fullo, vilket minskar möjligheten till användning av sina hälsoresurser. Fördömelse grundar sig i den befintliga uppfattningen att vårdaren har till uppgift att avgöra vad som är rätt och fel för patienten, trots friheten att alltid välja själv som patient. Straff kan innebära att nonchalera en patient genom att exempelvis inte torka bort mat runt munnen efter måltid då patienten inte

förmår att göra det själv. Fördömelse och straff hör ofta samman och innebär för patienten en djup förnedring. Maktutövning inom vården kan innebära att tvinga en patient att utföra handlingar mot dennes vilja eller ork, vilket betyder att frånta patientens rätt att vara patient. Utebliven vård kan beskrivas som allt mellan mindre förseelser som slarv till medveten vanvård och innebär alltid en kränkning av människans värdighet.

### *Livslidande*

Vid livslidande blir lidandet så omfattande att hela människans existens berörs. Livslidande relateras enligt teorin till allt som innebär att leva och att vara människa bland andra människor. Hela livssituationen påverkas vid sjukdom, ohälsa och situationen att vara patient. Rädsla för att dö, att inte bli sedd och rädsla för kärlekslöshet kan då uppstå. Även känslan av att inte orka mer kan uppkomma exempelvis vid upplevelsen av avsaknad av värde eller uppgift i livet, och kan också kopplas till livslidande. Vid plötsliga och påtvingade förändringar som strider mot den livssituation människan är van vid behövs tid för att finna nytt meningssammanhang.

## **PROBLEMFORMULERING**

Gynekologisk cancer är den näst största cancerdiagnosgruppen bland kvinnor i Sverige. Att insjukna i gynekologisk cancer medför livsnödvändiga behandlingar som kan beröra den sexuella hälsan, vilken är betydelsefull för människans totala upplevelse av hälsa. Därmed uppkommer ett hot mot hälsan och en risk för lidande uppstår. Idag finns evidens för att den sexuella hälsan kan beröras vid gynekologisk cancer. Däremot saknas tillräcklig forskning om hur kvinnor med gynekologisk cancer upplever sin sexuella hälsa. Detta kan leda till brister i vårdandet av kvinnor med gynekologisk cancer. För att som sjuksköterska kunna främja kvinnors sexuella hälsa och således den totala upplevelsen av hälsa, är ämnet viktigt att belysa.

## **SYFTE**

Syftet är att beskriva kvinnors upplevelse av sexuell hälsa vid gynekologisk cancer.

## **METOD**

### **Design**

För att besvara syftet har en litteraturöversikt över kvalitativa studier gjorts.

Litteraturöversikter skapar en helhetsbild inom ett forskningsområde och genomförs för att öka kunskapen inom ett kliniskt relevant ämne, vilket kan skapa underlag för förbättringsarbete (Willman & Stoltz, 2012). Kvalitativa studier strävar efter förståelse för individens livsvärld, vilket motiverar valet av användandet av kvalitativa studier i denna litteraturstudie (Polit & Beck, 2014). Då denna studie syftar till att beskriva upplevelser anses designen lämplig.

### **Urval**

Inklusionskriterier: Omvårdnadsvetenskapliga kvalitativa studier skrivna på engelska eller svenska, publicerade mellan åren 2002-2014. Artiklarna skulle besvara syftet samt vara *peer reviewed*. Deltagarna i studierna skulle vara minst 18 år, och vara eller ha varit diagnostiserade med någon form av gynekologisk cancer samt fått behandling för detta. Studierna skulle uppnå minst medelhög kvalitet enligt författarnas subjektiva bedömning utifrån en mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik (Statens Beredning för medicinsk Utvärdering, 2012). Om någon kategori i mallen upplevdes som ”oklar” föll aktuell artikel inom ramen för medelhög kvalitet. Förstods alla kategorier som ”ja” tolkades artikeln som att den var av hög kvalitet.

Exklusionskriterier: Studier utan etiskt övervägande eller godkännande från etisk kommitté kategoriserades som låg kvalitet och exkluderades därför.

### **Datainsamlingsmetod**

Inledningsvis identifierades sökord för att få relevanta träffar samt synonymer till dessa. Sökorden som hittades var gynekologisk cancer, sexuell hälsa, sexualitet, kroppsuppfattning och kvalitativ. Med hjälp av ett lexikon på internet, [www.tyda.se](http://www.tyda.se), översattes orden till engelska: *gynaecological cancer*, *sexual health*, *sexuality*, *body image* och *qualitative*. En strävan efter ett mer kvalificerat lexikon fanns, men då vissa ord inte fanns i den typen av lexikon kunde de inte användas. Det lexikon som användes i denna studie gav relevanta förslag på översättningar och tolkades därför som trovärdigt. Därefter eftersträvades tillämpbara MeSH-termer, *Medical Subject Headings*, innan sökningen påbörjades, vilka togs fram via Karolinska Institutets MeSH-katalog (Karolinska Institutet, 2014). MeSH-termer är

en typ av ämnesord vilka användes för att hitta den specifika företeelsen som eftersträvades i litteratursökningen (Östlundh, 2012). *Body Image, Sexuality, Qualitative Research* och *Genital Neoplasms, Female* var relevanta MeSH-termer som fanns. Sökmotorn EBSCOhost Web användes och sökningarna gjordes i databaserna CINAHL complete, MEDLINE och CINAHL with Full Text. Dessa databaser användes för att få tillgång till ett stort urval relevant omvårdnadsvetenskaplig litteratur (Östlundh, 2012).

Söktermerna som användes i litteratursökningen sammansattes med de booleska söktermerna *AND, OR* och *NOT* i olika kombinationer för att bestämma önskat samband mellan termerna (Östlundh, 2012), se Tabell 1. Trunkering används för att få olika böjningar på ord, vilket kan markeras med olika tecken, exempelvis \* (ibid.). Då det upptäcktes att olika stavningar på *gynecological cancer* gav olika träffar användes både flera stavningar och trunkering för att inte missa viktig information. Vidare användes sökhistorik för att pröva olika sammansättningar av orden och därmed kunna hitta de kombinationer som var lämpligast. Östlundh (2012) beskriver söktekniken som att blanda experimentering med struktur, vilket ses som en av de viktigaste beståndsdelarna för en lyckad sökning.

*Information needs* var ett sökord som tillkom efterhand via sekundärsökning då ordet fanns i andra artiklars bibliografiska poster. En bibliografisk post är en informationssida som innehåller beskrivande uppgifter om artiklarna (Östlundh, 2012). Sekundärsökning beskrivs som att tillvarata intressant information som uppkommer på vägen och att använda sig av den för att hitta ytterligare relevanta informationskällor (ibid.). Strukturen under datainsamlingen var att söka på olika termer för sjukdomstillståndet och för den sexuella aspekten av det, och därefter sätta samman sökningarna för att få fram en helhet. Emellanåt märktes att ett medicinskt fokus framträdde under sökningen, varför ord som *medicine, HPV* och *screening* avgränsades med den booleska termen *NOT*. Hela litteratursökningen redovisas översiktligt i Tabell 1.

Tabell 1: Söktabell

Datum	Databas	Söktermer	Träffar	Lästa abstracts	Lästa artiklar	Utvalda artiklar
141114	CINAHL complete, MEDLINE, CINAHL With Fulltext	sexuality OR sex* OR intimacy AND gynaecological cancer OR gynecological cancer OR gyn* cancer OR genital neoplasms, female AND NOT medicine NOT screening	359	131	7	4 (1,2,3,4)
141114	CINAHL complete, MEDLINE, CINAHL With Fulltext	ovarian cancer OR endometrial cancer OR vulvar cancer OR cervical cancer OR uterine cancer AND sex* OR sexuality OR body image OR intimacy AND qualitative OR qualitative research OR nurs* or experience NOT medicine NOT screening NOT HPV	189	43	8	6 (5,6,7,8,9,10)
141114	CINAHL complete, MEDLINE, CINAHL With Fulltext	gynaecological cancer OR gynecological cancer OR gyn* cancer OR genital neoplasms, female OR vulvar cancer OR endometrial cancer OR ovarian cancer OR cervical cancer OR uterine cancer AND sexuality OR sex* OR intimacy OR body image AND information needs	31	8	2	2 (11,12)

## Dataanalys

För att utgå från en struktur i analysarbetet utgick analysen av artiklarna från tre steg enligt en modell av Friberg (2012a). Dessa steg var genomläsning av studierna, söka likheter och skillnader samt göra en sammanställning av fynden. Genomläsning gjordes genom att de 12 valda artiklarna lästes av båda författarna flera gånger för att få förståelse för helheten. Vidare lästes resultatdelarna som diskuterades mellan författarna för att försäkra att det tolkats likadant, vilket det oftast hade, annars diskuterades en gemensam tolkning fram.

Meningsbärande enheter som ansågs relevanta för syftet identifierades och sorterades genom att likheter sattes in under relevanta rubriker som skapades av författarna. Utifrån det kunde åtta subkategorier sammanställas. Genom bearbetning av subkategorierna kunde några av dem förstås inom likartat område, varför fyra huvudkategorier skapades: *Den sexuella kroppen*, *Sexuella hinder*, *Sexuella relationer* och *Informationsbehov*. Studierna som granskats redovisas översiktligt i en artikelmatris, se *Bilaga 1*.

## Etiska aspekter

Olika metoder ger upphov till olika forskningsetiska problem (Kjellström, 2012). Då studenter gör litteraturstudier finns risk för felaktiga tolkningar relaterat till begränsade kunskaper i engelska och forskningsmetodik, vilket bör beaktas i denna studie. Informanterna i analyserade studier har inte gett särskilt godkännande till deltagande i denna litteraturstudie. Däremot har de godkänt deltagande i respektive studie de medverkat i och där deras citat använts, varför citat även använts i denna litteraturstudie. Kjellström beskriver att en studie kan vara till nytta för tre olika aktörer: individen, samhället och professionen. Den här studien avser att beskriva hur kvinnor med gynekologisk cancer upplever sin sexuella hälsa och därmed att ge ökad förståelse för deras tillvaro. Förutsättningarna för att vårdpersonal kan erbjuda hälsofrämjande vård ökar, vilket följaktligen gynnar den enskilda kvinnan, individen.

## RESULTAT

Vid analys av underlaget framkom tre huvudkategorier och åtta subkategorier. De tre huvudkategorierna är: *Den sexuella kroppen*, *Sexuella hinder* och *Sexuella relationer*. Subkategorierna är: *Kroppsuppfattning*, *Femininitet och fertilitet*, *Rädsla och det okända*, *Minskad lust och funktion*, *Vikten av information*, *Betydelsen av sex i relationen*, *Kommunikation som verktyg* samt *Sex som plikt*. Vilka artiklar som använts i respektive subkategori redovisas överskådligt i *tabell 2*. I tabellen kan även urskiljas att innehållet i huvudkategorin *Sexuella hinder* är behandlat i flest artiklar. Kategorin kan således tolkas som denna studies huvudfynd.



Tabell 2. Användning av artiklar.

Huvudkategorier	Den sexuella kroppen		Sexuella hinder			Sexuella relationer		
Subkategorier	Kropps- uppfattning	Femininitet och fertilitet	Rädsla och det okända	Minskad lust och funktion	Vikten av information	Betydelse n av sex i relationen	Kommunikation som verktyg	Sex som plikt
<b>Artiklar</b>								
1. Barlow E. L. et al.	X		X	X				
2. Sekse R. J. et al.		X		X	X			
3. Akyüz, A. et al.		X			X			
4. Molassiotis, A. et al.		X	X	X		X	X	
5. Afiyanti, Y. et al.			X	X				X
6. Wilmoth, M. C. et al.			X	X	X	X		
7. Bilodeau, K. et al.			X	X		X		
8. Zeng, Y. C. et al.			X	X				X
9. Burns, M. et al.	X		X	X	X			
10. Juraskova, I. et al.		X	X		X	X	X	X
11. Cleary, V. et al.	X	X		X	X	X	X	X
12. Rasmusson, E-M. et al.	X	X			X	X	X	

## Den sexuella kroppen

### *Kroppsutfattning*

Resultatet påvisade en upplevd obekvämheter angående intima kroppsliga förändringar som uppstod till följd av behandling. Strålbehandling orsakade besvärande lukter både i det dagliga livet och i intima sammanhang (Cleary, Hegarty & McCarthy, 2013; Burns, Costello, Ryan-Woolley & Davidson, 2007; Barlow, Hacker, Hussain & Parmenter, 2014). Håravfall orsakat av cytostatika kunde påverka självbilden (Cleary et al., 2013). När behandling lett till lymfödem uttrycktes missnöje över svullnader och hudförändringar som uppstod till följd av det (Barlow, Hacker, Hussain & Parmenter, 2014). Kroppsutfattningen beskrevs även som att sensualiteten försvunnit (Rasmusson & Thomé, 2008). Efter kirurgi såg kroppen annorlunda ut och majoriteten av kvinnorna i de olika studierna uttryckte att de inte kände igen sig själva och att det ledde till ofrivillig självdistans, vilket beskrevs av en kvinna:

”I didn’t want to touch the area down there to wash myself, it felt so strange... Even now, I am not too good at touching the vulva.” (Barlow et al., 2014, s. 1861).

Detta är ett exempel på en kvinnas nya upplevelse av sig själv. De kroppsliga förändringarna som uppkom orsakade en känsla av att kroppen var främmande för kvinnan, vilket kunde orsaka självdistans.

### *Femininitet och fertilitet*

Kvinnor i studierna uttryckte att en del av femininiteten tagits ifrån dem i samband med cancersjukdomen (Sekse, Raaheim, Blaaka & Gjengdal, 2010; Juraskova et al., 2003). Borttagandet av reproduktiva organ sågs som en förlust av femininiteten, då de gynekologiska organen ansågs vara en symbol för kvinnlighet (Juraskova et al., 2003). En annan aspekt handlade om att inte längre kunna bli gravid vilket kunde upplevas som att inte vara fullständig eller normal som kvinna. Därmed uppstod ett hot mot femininiteten (Akyüs, Güvenc, Üstünsöz & Kaya, 2008; Molassiotis, Chan, Yam, Chan & Lam, 2002; Juraskova et al., 2003; Cleary et al., 2013; Rasmusson & Thomé, 2008). Huruvida dessa organ symboliserade femininet påverkades inte av om framtida önskemål om barn fanns eller inte. Även om en kvinna kände sig färdig med barnafödande kunde hon uppleva en stor förlust av femininiteten (Akyüz et al., 2008; Sekse et al., 2010). En kvinna beskrev hur de reproduktiva organen symboliserade femininitet för henne:

“Just a sense of loss... a grieving that I lost my feminity... (reproductive organs)... they are symbols of womanhood, I suppose.” (Juraskova et al., 2003. s. 271).

Vid borttagande av reproduktiva organ urskiljdes också en aspekt som enbart handlade om fertilitet utan påverkan på femininiteten (Sekse et al., 2010). Detta beskrevs i form av att innebörden av operationen endast upplevdes som en förlust av fertiliteten utan att påverka femininiteten (Juraskova et al., 2003; Barlow et al., 2014). Hur förlusten av fertiliteten upplevdes påverkades av viljan att föda barn i framtiden. De som kände sig färdiga med barnafödande upplevde inte samma förlust som de som önskade få fler barn (Akyüz et al., 2008). Såhär sade en kvinna med önskemål om barn:

”I felt very sad because I wouldn’t have children. I wouldn’t be this sad if I had a child. (...).” (Akyüz et al., 2008. s. 245.).

Det fanns kvinnor i studierna som inte upplevde negativa följder efter borttagande av reproduktiva organ. Dessa kvinnor uppgav att det inte spelade någon roll om de hade en livmoder eller inte eftersom att det inte var en synlig förändring (Akyüz et al., 2008). Brösten sågs som en större symbol för femininitet och ett borttagande av ett bröst beskrevs därför påverka femininiteten mer (Juraskova et al., 2003; Sekse, Raaheim, Blaaka & Gjengedal, 2010). Vidare beskrevs en känsla av att inte behöva vara feminin inför någon vilket var en annan anledning till att borttagandet av ett gynekologiskt organ inte spelade någon roll (Juraskova et al., 2003). Då besvär från underlivet, som exempelvis blödningar, upplevts före genomförd operation kunde ingreppet till och med ses som en lättnad, vilket beskrevs av en kvinna:

”I felt so free, a relief, it was something that obviously should have been removed a long time ago.” (Rasmussen & Thomé, 2008. s. 213).

Citatet belyser en annan aspekt av borttagandet av reproduktiva organ. Kvinnan upplevde att besvären hade minskat och operationen blev således en positiv händelse för henne.

## **Sexuella hinder**

### *Rädsla och det okända*

Resultatet visade en rädsla inför sex och intimitet. Rädslan grundade sig i oro över att känna smärta under samlaget, att operationssåret inte läkt ordentligt (Barlow et al., 2014; Juraskova, 2003; Molassiotis et al., 2002; Wilmoth, Hatmaker-Flanigan, LaLoggia & Nixon, 2011; Bilodeau & Bouchard, 2011), att sex skulle påverka behandlingen av sjukdomen eller att cancer skulle kunna spridas i kroppen eller till partnern (Zeng, Li & Loke, 2011; Burns et al., 2007). En rädsla kring hur sex skulle fungera efter en anatomisk förändring uttrycktes också. Detta ledde till en känsla av att vara spänd och nervös inför samlag (Afiyanti & Milanti, 2013; Bilodeau & Bouchard, 2011; Juraskova et al., 2003) vilket beskrevs av en kvinna:

”Just after it (the operation), it was really, really sensitive because I sort of psychologically... because I didn't really have a cervix anymore and I didn't understand what was going to happen... I was really, really tense and nervous and really sort of scared (...)” (Juraskova et al., 2003. s. 272).

Som citatet visar blir de anatomiska förändringarna en del av de sexuella förutsättningarna för kvinnorna som gör att de psykologisk och praktiskt måste utmana de nya förutsättningarna för sin sexualitet. Även kvinnornas partners påverkades av rädsla (Molassiotis et al., 2002). Det

förekom att partners var avhållsamma på grund av rädsla för att bli smittad av cancer (Zeng et al., 2011). En del partners avstod från sexuella aktiviteter då de var oroliga för kvinnans hälsa och välmående, och ängsliga över att skada kvinnan (Juraskova et al., 2003). Rädslan hos båda parter påverkade den sexuella relationen och därmed den enskildes sexuella hälsa.

### *Minskad lust och funktion*

Vid borttagande av hormonproducerande organ såsom äggstockar upplevdes minskad lubrikation och sexuell lust (Afiyanti & Milanti, 2013; Wilmoth et al., 2011; Burns et al., 2007). Att tänka mer på sin kropp och sexualitet efter behandlingen än före var också förekommande, då biverkningarna kunde påverka mer än tumören tidigare gjort (Rasmusson & Thomé, 2008). Tarmkomplikationer som diarré och ömhet i området upplevdes hos flera kvinnor och beskrevs som besvärande i sexuella sammanhang (Burns et al., 2007). Minskad lust beskrevs även som en mental blockad på grund av tron att sex kommer göra ont (Juraskova et al., 2003). En annan aspekt var att inte längre uppleva något sexuellt behov i livet, som att den sexuella delen av hjärnan slutat fungera (Cleary et al., 2013). Fysiska svårigheter kunde leda till minskad lust psykiskt, vilket beskrevs av en kvinna:

I feel my vagina is "narrow", if I do not have longer foreplay with my husband, it is not well lubricated, and if it lubricates, it dries quickly... I suffer that on every sexual intercourse, it hurts really bad, but... it makes me lose my desire for sexual intercourse... (Afiyanti & Milanti, 2013., s. 153).

Minskad lust kunde uppstå ur såväl fysiska aspekter som emotionella. De emotionella aspekterna kunde därmed vara en konsekvens av de upplevda fysiska komplikationerna.

### *Vikten av information*

Resultatet visade upplevd brist på information av sjukvården om kroppsliga förändringar och sex efter behandling (Cleary et al., 2013; Sekse et al., 2012; Juraskova et al., 2003; Wilmoth et al., 2011). Detta orsakade osäkerhet i den sexuella relationen vilket även kunde påverka andra delar i förhållandet. Därför uttrycktes önskan om att även partnern skulle få information (Akyüz et al., 2008). Att få oväntade komplikationer som inte nämnts skapade oro och tankar kring om något var fel (Afiyanti & Milanti, 2013; Bilodeau & Bouchard, 2011; Rasmusson & Thomé, 2008). En kvinna berättade om vilken information som hade varit värdefull för henne:

"To tell me perhaps what the complications are, what the treatment can do and what you can and can't do, sexual activities or physical activities. I had none of that, there was nothing about it." (Burns et al., 2007. s. 369).

I enstaka fall beskrevs informationsutbytet med sjukvården angående sexuella frågor som positivt. Dessa gånger upplevdes informationen som betydande och hjälpsam, vilket betraktades som värdefullt (Rasmusson & Thomé, 2008). En kvinna sade:

”I began quite early to wonder if I could and how it would feel. Before surgery I asked the doctor and he explained that I could have sex but we have to be careful. He also explained to me what should be removed, during surgery. This was good.” (Rasmusson & Thomé, 2008. s. 215).

Problem beskrevs kring hur en konversation om sexuella funderingar skulle inledas. De flesta kvinnor tyckte att sjukvårdspersonalen skulle ta initiativ till samtal, då det upplevdes genant och svårt att göra det som patient, eftersom patienterna inte visste om deras frågor var normala (Cleary et al., 2013; Sekse et al., 2010; Akyüz et al., 2008; Burns et al., 2007). Vissa kvinnor utan partners upplevde att de inte fick någon information på grund av att de inte var i något förhållande, och att det kändes som att sjukvårdspersonalen därför tänkte att det inte var av intresse för dem (Cleary et al., 2013). En kvinna beskrev upplevelsen av informationsbristen såhär:

”Even if I am single, the doctor cannot know if I like to go out on the town and pick up men, therefore he should take up the matter.” (Rasmusson & Thomé, 2008. s. 215).

En barriär för god information beskrevs som brist på möjligheter att samtala ostört. Det fanns sällan samtalsrum tillgängliga och ofta sov flera patienter i samma sal. Kvinnorna beskrev också att personalen inte verkade ha tid avsatt för sådana samtal och ibland beskrevs osäkerhet kring vem de skulle vända sig till såvida de inte hade akuta problem, vilket var ännu ett hinder för samtal (Sekse et al., 2012; Rasmusson & Thomé, 2008; Burns et al., 2007).

## **Sexuella relationer**

### *Betydelsen av sex i relationen*

Kvinnor som var i ett förhållande beskrev det sexuella livet som en viktig men också central del i relationen (Rasmussen & Thomé, 2008). Ett inte längre fungerande sexliv kunde orsaka distans mellan personerna i förhållandet och relationen beskrevs som ofullständig utan sex (ibid.). Problemet kunde innebära stora påfrestningar i äktenskap eller relationer eftersom att partnerns lust uppenbarligen var densamma som tidigare (Molassiotis et al., 2002; Cleary et al., 2013). Vid ett fungerande samliv beskrevs hur viktigt samlivet var för parterna i relationen. Det var en bekräftelse på att allt fungerade, vilket tog bort anspänning (Rasmusson

& Thomé, 2008). För somliga beskrevs sex enbart som en del av relationen och att det inte var så viktigt (Wilmoth et al., 2011). Andra tyckte att sex var viktigt, men upplevde att synen på innebörden av sex förändrats och att de därmed fått anpassa sig till situationen (Bilodeau & Bouchard, 2011; Rasmusson & Thomé, 2008; Cleary et al., 2013) vilket en kvinna beskrev:

”Before it was just sex. Nowadays, caressing brings me warmth, gives it a human aspect; it’s more true. What’s important is that it’s more focused on affection. It is about caressing and being thight against one another.” (Bilodeau & Bouchard, 2011. s. 235).

Citatet belyser ett exempel på betydelsen av sex i en relation. Kvinnor i studierna som inte var i en relation beskrev en rädsla för hur det i framtiden kommer bli när de ska träffa någon, om de ska träffa någon. De funderade kring hur mycket och vad de skulle berätta, samt hur länge de i så fall skulle vänta innan de berättade (Rasmusson & Thomé, 2008. s. 214).

### *Kommunikation som verktyg*

I relationer där partnerna samtalade med varandra om sex upplevdes kommunikationen som ett verktyg för att hantera situationen (Rasmusson & Thomé, 2008). En kvinna i en studie berättade att hon förstod att det var frustrerande för hennes partner att de inte haft sex på länge, men partnern tyckte att de kunde fokusera på den sexuella relationen när hon blivit frisk (Molassiotis et al., 2002). Förståelsen för respektive perspektiv utvecklades, vilket skapade ett bättre förhållningssätt mot varandra. En kvinna berättade om hur kommunikation hjälpte henne och hennes partner:

”We have spoken a lot about the situation, even the sexual part. We have tried carefully. We choose positions that feel nice for me and he is very considerate towards me.” (Rasmusson & Thomé, 2008., s. 215).

I detta förhållande var kommunikationen verktyget som skapade tålamod, förståelse och ömsesidighet i den sexuella kontexten vilket medförde en känsla av att kunna bemästra situationen. Vid upplevd bristande kommunikation i förhållandet ansågs det påverka den intima relationen negativt. Att prata om sex kunde vara svårt och att föra ett samtal betraktades emellanåt som omöjligt utan att samtalet utvecklades till en argumentation, vilket kunde leda till kommunikationssvårigheter inom förhållandet (Cleary et al., 2012). Sådär beskrev en kvinna:

”(...) I didn't discuss this with my husband. I have only refused to have intercourse with him and he gradually lost interest too. (...)” (Molassiotis et al., 2002., s. 119).

Kvinnan beskriver i citatet hur den uteblivna kommunikationen och förståelsen ledde till ett minskat sexuellt intresse. De upplevde bristande strategier för att hantera situationen.

### *Sex som plikt*

Att stå i skuld till sin partner på grund av att inte kunna eller vilja tillfredsställa dennes behov var ett framträdande resultat. Ibland användes bortförklaringar för att undvika sex, såsom att läkaren inte gett tillåtelse till sex än (Afiyanti & Milanti, 2013). För att partnern skulle bli tillfredsställd eller på grund av rädsla för att partnern skulle söka sig till andra relationer, hade vissa kvinnor sex trots ovilja (Afiyanti & Milanti, 2013; Cleary et al., 2013). Några kvinnor i studierna beskrev att de skulle ha förståelse för sin partner vid eventuell otrohet, då de upplevde att det var deras eget fel att partnern behövt vara otrogen. Sådär sade en informant:

”Although it is hurt, I endure it... so that my husband will be satisfied... it is a part of my religious fulfilment, to make my husband happy... Because I am very afraid he would have another woman, if there is another women, I will let him marry her... because it is my fault... maybe he is not satisfied with me...” (Afiyanti & Milanti, 2013., s. 154).

Citatet visar hur känslan av att stå i skuld till sin partner utvecklades till en känsla av sexuellt tvång. Att inte vilja ha sex upplevdes som att inte kunna tillfredsställa partners behov. För att inte riskera att bli lämnad genomförde kvinnan därmed samlag med sin partner, trots ovilja.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

En litteraturstudie gjordes för att summera tidigare forskning inom området, och därmed kunna identifiera och beskriva befintliga kunskapsluckor. Kvalitativa studier användes då vi ville beskriva och förstå upplevelsen, vilket gör kvalitativa studier lämpliga i sammanhanget (Friberg, 2012b).

Tolv artiklar användes i studien vilket gav tillräckligt stort underlag för att besvara syftet. En strävan efter att använda tidsenlig fakta fanns. Författarna till denna studie tror inte att upplevelsen av den sexuella hälsan vid gynekologisk cancer skiljer sig väsentligt från år 2002 jämfört med senare, varför tillförlitligheten inte bör påverkas av att artiklar från år 2002

användes i resultatet. Att fler nya artiklar inom området inte finns kan innebära en kunskapslucka och därmed ett behov av mer empirisk forskning inom området (Östlundh, 2012).

Att utföra två litteratursökningar är viktigt då författarna efter den första litteratursökningen blir pålästa i ämnet, vilket anses stärka trovärdigheten (Östlundh, 2012). Därför gjordes en inledande sökning som hjälpte oss att anknyta till ämnet. Sedan söktes relevanta MeSH-termer för att öka sannolikheten att träffarna skulle handla om det vi sökte. Detta ledde till att relevanta sökord användes när den egentliga litteratursökningen utfördes. Sökningen gjordes i flera sökmotorer och databaser för att öka tillgängligheten till antalet artiklar, vilket ses som en styrka (ibid.). Vidare inkluderades även artiklar som inte var i full text, vilket minskar risken för att missa relevant information. Att enbart inkludera full text artiklar beskrivs av Östlundh (2012) som att avgränsa sökningen utifrån form snarare än innehåll, och att det därför bör undvikas.

Under litteratursökningen användes emellertid den booleska söktermen *NOT* för att exkludera artiklar som innehöll någon av följande tre termer: *screening*, *HPV* och *medicine*. Att avgränsa sökningen genom att exkludera vissa ord kan innebära en risk för förlust av information (Östlundh, 2012). Att exkludera *screening* och *medicine* bör dessvärre inte innebära en risk för relevant bortfall i förhållande till denna studies syfte, då dessa termer inte har en direkt anknytning till området. Däremot är HPV en förkortning på virus som orsakar livmoderhalscancer vilket medför en risk för bortfall av artiklar om livmoderhalscancer. Vi bedömde dock att sökresultatet blev för irrelevant och ohanterligt i förhållande till studiens syfte om dessa termer inkluderades, varför risken togs.

För att öka det vetenskapliga värdet är det viktigt att enbart använda artiklar med tillstånd från etisk kommitté eller med etisk reflektion (Wallengren & Henricsson, 2012). Därför användes endast sådana artiklar i detta arbete och ett fåtal relevanta artiklar utan etisk reflektion exkluderades. Alla artiklar var skrivna på engelska, vilket kan utgöra en risk för feltolkningar från författarna. Artiklarna valdes till utläsning utifrån titel och därefter abstract. Detta kan innebära en risk för bortfall av intressant material beroende på hur författarna uppfattat titeln på respektive artikel. Samtliga artiklar kvalitetsgranskades enligt en granskningsmall, vilket stärker trovärdigheten för studien (ibid.).



Underlaget i de olika artiklarna har varierat, exempelvis avseende geografiskt område, etnicitet, ålder och typ av gynekologisk cancer. Detta innebär en stor spridning i urvalet, vilket ses som en styrka inom kvalitativa studier då överförbarheten på en stor spridning av människor ökar (Willman & Stoltz, 2012). Författarna anser vidare att detta är en styrka för att kunna belysa ett globalt perspektiv inom omvårdnad. I Sverige finns idag en mångfald, vilket gör det viktigt att inom sjukvården vidga perspektivet och beakta globala aspekter i vårdandet av en människa. Å andra sidan kan faktumet att urvalet inkluderade alla former av gynekologisk cancer också ses som en svaghet, då den sexuella hälsan kanske upplevs olika vid olika diagnoser. Vi valde dock att inkludera alla former för att belysa bredden av problematiken och för att visa att besvären kan finnas vid alla former av gynekologisk cancer.

Då båda författarna har erfarenhet av att möta patienter med gynekologisk cancer förekommer sedan tidigare en förförståelse i ämnet. Vid analys fanns därför en strävan efter att upprätthålla ett objektiva perspektiv för att inte låta förförståelsen påverka resultatet. Detta gjordes genom att försöka bortse från tidigare erfarenheter och endast använda det studerade materialet. Då resultaten var tydliga var det lätt att hitta täckande benämningar på kategorierna. Vidare har båda författarna deltagit i samtliga delar av arbetet. Att båda deltar vid litteratursökning och kvalitetsgranskning stärker arbetets trovärdighet då det garanterar att artiklarna inte behandlas olika beroende på vilken författare som utfört arbetet (Wallengren & Henricsson, 2012).

För att tydliggöra och stärka betydelsen av resultaten har citat använts (Danielson, 2012). Samtidigt som citat gör en nytta innebär användandet av citat också en risk. Ett citat bör varken vara för långt eller för kort, då ett långt citat kan innehålla flera meningsbärande enheter och ett kort citat riskerar att tas ur sitt sammanhang (ibid.). I detta arbete har risken med användandet av citat beaktats genom att genomgående återgå till den artikel citatet ursprungligen kommer ifrån, för att försäkra att betydelsen av citatet inte förvrängts. Trots detta kvarstår naturligtvis en risk för citat använts i ett felaktigt sammanhang.

Två tredjedelar av artiklarna i denna litteraturstudie har haft olika ansatser såsom fenomenologisk, hermeneutisk eller *Grounded Theory*. En fenomenologisk studie avser att studera ett fenomen, det som visar sig. Allt som erfars ges en mening. Det innebär ett ömsesidigt förhållande mellan informant och forskare, vilket medför att forskarna i dessa studier påverkar resultatet (Friberg & Öhlén, 2012). Inom hermeneutiken används forskarens

förförståelse vid tolkning för att argumentera för en hypotes som uppfattats eller prövats, vilket också speglar resultatet i studien. Förförståelsen betraktas som avgörande för vilka tolkningar som är möjliga (Friberg & Öhlén, 2012). Vid *Grounded Theory* försöker forskaren hålla sig borta från all tidigare teori om fenomenet tills forskarens egen teori börjar träda fram (Polit & Beck, 2014). För denna litteraturstudie innebär ovanstående att studier med de olika ansatserna får ett resultat som till stor del påverkas av forskarna i dessa studier. Såvida författarna till studierna har diskuterat sin förförståelse, samt hur den har hanterats vid datainsamling och analys, anses studien trovärdig (Wallengren & Henricsson, 2012). Därför har vi varit noggranna med att kontrollera att författarna till dessa artiklar har fört en diskussion kring ansatsernas påverkan på resultatet. Vidare menar Friberg och Öhlén (2012) att om något inte förstås, kan det förklaras så att det förstås. Detta innebär att forskaren kan förmå att dela erfarenheter och tankar som kommit till uttryck i samtal genom interaktion (ibid.). Därav kan metoderna vara en styrka i sammanhanget, då förståelse kan nås genom förklaring.

## **Resultatdiskussion**

I studien har kvinnors upplevelse av sin sexuella hälsa i samband med gynekologisk cancer beskrivits. De huvudsakliga upplevelserna diskuteras genom en interaktion av huvudkategorierna och lidandeteorin: *Lust och lidande i den sexuella kroppen*, *Hinder och möjligheter i lidandets drama* och *Sexuella relationer som medlidande*. Därefter lyfts konkreta fenomen från resultatet och diskuteras utifrån lidandeteorin under stycket *Otillfredsställande hälsa kan orsaka lidande*.

### *Lust och lidande i den sexuella kroppen*

Ett fynd som framkom vid analysen var att vissa kvinnor upplevde en stor förlust av femininiteten vid borttagande av ett reproduktivt organ (Molassiotis et al., 2002; Sekse et al., 2010). Detta kunde leda till en känsla av att vara ofullständig som kvinna. Resultatet stöds av Chamberlain Wilmoth och Spinelli (2000) som menar att förlora förmågan att föda barn kan påverka en kvinnas känsla av sig själv som kvinna. Att operera bort ett reproduktivt organ kan även ha inverkan på kvinnans hållning till sig själv, vilket kan leda till reflektion kring vem hon är (ibid.). Det kan också anknytas till frågor om identitet och självkänsla, som beskrivs vara centralt för den sexuella hälsan (Hulter, 2009). Vidare menar Fernandes, Papaikonomou och Nieuwoudt (2006) att många kvinnor förknippar förmågan att föda barn med en naturlig del av att vara vuxen kvinna, och att känslan av att vara fullständig därmed hotas vid

infertilitet, vilket i sin tur kan påverka kvinnans relationer till andra. Keramat et al. (2013) menar att infertilitet kan skapa stress som kan leda till missnöje med sig själv och sitt eventuella äktenskap och att socialt stöd är viktigt för att minska påverkan av stressen. Vårdpersonal som är i kontakt med cancerpatienter bör få utbildning i samtalsmetodik för att kunna underlätta kommunikationen och därmed informationsutbytet med patient och närstående (Onkologiskt centrum, 2012). Samtidigt menar Stead et al. (2003) att sjuksköterskor upplever kunskapsbrist i samtal om sexualitet och bristande samtalsstrategier som hinder för god kommunikation med patienter. Således verkar konsensus råda om önskan om förbättrade kommunikationsstrategier, varför resurser behövs för att kunna uppnå detta. Det stärker våra tankar kring vikten av socialt stöd i sammanhanget och motiverar varför både sjukvård och närstående är betydelsefulla för patienten i kontexten.

### *Hinder och möjligheter i lidandets drama*

Att begränsas i intima sammanhang på grund av rädsla för smärta, minskad lust och funktion var ett annat framkommande resultat (Burns et al., 2007; Afyanti & Milanti, 2013). Detta kunde leda till undvikande av sex och frågeställningar kring om sexuell lust någonsin kommer att upplevas igen (ibid.). Även rädsla för att sex skulle påverka behandlingen eller för att föra vidare sjukdomen till partnern var fenomen som beskrevs (Zeng, Li & Loke, 2011; Burns et al., 2007). Således uppstod ett hot mot hela sexualiteten. Kunskap om fysiska förändringar som orsakar sexuella svårigheter efter behandling finns beskrivet. Däremot finns inte kvinnors upplevelser av dessa förändringar beskrivet i samma utsträckning (Bodurka & Sun, 2006). Det kan relateras till det bristande stöd kvinnor emellanåt upplever i vården. Kvinnors upplevelser av fysiska förändringar efter behandling av gynekologisk cancer kan därför ses som en kunskapslucka som behöver fyllas för att kunna ge bättre vård i sammanhanget.

Upplevelsen av att inte erhålla tillräckligt med information om hur påverkan på sexualiteten kunde bli och skulle kunna hanteras efter behandling var ett framträdande resultat. Resultatet visar att patienter upplevde att det var svårt att inleda en konversation om sexualitet och att de ansåg att det var sjuksköterskans uppgift att ta initiativ till samtal (Rasmusson & Thomé, 2008; Sekse et al., 2010). Eftersom resultatet visar att patienter önskar information om behandlingarnas effekter på den sexuella hälsan, bör sjuksköterskor redogöra för den informationen till patienterna. Detta resonemang stärks av Hulter (2009) som menar att information om sexualitet ingår i sjuksköterskors arbetsuppgifter. Tidigare forskning visar att sjukvårdspersonal tycker att sexualitet är ett svårt ämne att tala om och att de anser sig ha

bristande kunskap i ämnet (Stead et al., 2003). Det verkar råda entydighet om att patienter önskar information och att sjukvårdspersonal bör inleda denna typ av samtal. En anledning till att problemet kvarstår kan bero på att sjuksköterskor anser sig ha bristande kompetens och upplever osäkerhet inom området. Kanske indikerar detta att mer utbildning bör ges till sjuksköterskor, exempelvis redan på sjuksköterskeutbildningen för att tidigt ge förutsättningar för att kunna utveckla ett tryggt och kompetent förhållningssätt till ämnet. Hulter (2009) exemplifierar utbildningssätt som bland annat rollspel och andra studieuppgifter som förberedelse inför seriösa samtal.

### *Sexuella relationer som medlidande*

Resultatet visade att personer i relationer som omfattades av god kommunikation hanterade situationen bättre än de som inte hade god kommunikation (Rasmusson & Thomé, 2008). Kommunikationen bidrog till att partners utvecklade förståelse för varandra och det ledde till att den sexuella relationen inte upplevdes negativt i samma utsträckning som i de fall där kommunikationen var en svårighet. I dessa sammanhang beskrevs istället att hela relationen kunde hotas av sjukdomen och konsekvenserna den bar med sig (Cleary et al, 2013). Oattes och Offman (2007) menar att generellt i förhållanden där partnern kommunicerar om sex avspeglas det positivt i den relationen. Det är således inte unikt för relationer där gynekologisk cancer finns. Onkologiskt centrum (2012) belyser vikten av att både kvinnan och hennes partner ges tillåtelse och tillfälle att tala om sexualitet med vårdpersonal, samt att de uppmanas att samtala med varandra om eventuella problem. Dahlberg och Segesten (2010) beskriver att inkludera närstående i vårdandet är en del av den patientfokuserade omvårdnaden och att närstående kan vara en avgörande faktor för patienters möjlighet att bevara hälsa och uppleva välbefinnande.

Något som framkom i resultatet var befintliga skillnader angående synsätt på sex och intimitet. I majoriteten av studierna beskrevs ett jämlikt och jämställt synsätt på sex, med vilket avses sex på lika villkor mellan parterna (Rasmusson & Thomé, 2008; Afiyanti & Milanti, 2013). I några studier däremot, betraktade kvinnor sex som deras plikt gentemot sin partner, och att rollen som kvinna inte uppfylldes om hon inte var intim med sin partner (Bilodeau & Bouchard, 2011). Skuld var också en framträdande känsla. Kvinnor som blivit omhändertagna av sin partner under sjukdomsperioden kunde uppleva att det var deras skyldighet att återgälda sin partner sexuellt, då den sexuella delen av relationen varit mindre frekvent under sjukdomsperioden (Cleary et. al, 2013). Detta resultat framkom i ett fåtal

artiklar, men inte genomgående i analysen av resultatet. Stier (2009) menar att kultur innefattar föreställningar om människans kropp och att kroppen därmed är kulturell. Då de flesta kulturer omfattar kollektiva föreställningar om den mänskliga kroppen och sexualiteten behöver synen på kroppen och sexualitet förstås mot bakgrund av det kulturella sammanhanget (Stier, 2009). Trots befintliga definitioner av sexuell hälsa och sexualitet innebär det således inte att begreppen har samma innebörd för alla. Även om sjukvården utgår från särskilda definitioner i samtal med patienter bör det tas i beaktande att en definition inte säkerställer att personal och patient samtalar om samma sak. Vi anser att det är viktigt att klargöra att olika synsätt på sex påverkar kvinnornas upplevelse av sexualiteten och påverkar därmed den sexuella hälsan olika vid gynekologisk cancer.

### *O tillfredsställande sexuell hälsa som lidande*

Resultatet visar att lidande i många fall kunde ses hos kvinnorna. Dessa lidanden beskrivs utifrån teorin om *Den lidande människan* (Eriksson, 1994). Resultatet visar att fysisk smärta kunde uppstå i intima situationer efter behandling vilket kan härledas till relationen smärta-lidande, som enligt teorin är central för sjukdomslidande. Även själslig smärta kunde uppstå till följd av exempelvis skuld i de fall då kvinnor i studierna upplevde att de stod i skuld till sin partner och att de inte uppfyllde sin roll som partner. Kvinnor i studierna som inte levde i en relation beskrev att de kunde mötas av fördömande attityder från vårdpersonalen i form av att information om sex inte togs upp med dem, vilket därmed orsakade ett sjukdomslidande. Biverkningar som lymfödem och tarmkomplikationer medförde konsekvenser för kvinnors sexuella hälsa, exempelvis genom att till följd av det undvika intima situationer. Då begränsningar i det dagliga livet uppstått till följd av sjukdomen kan sjukdomslidande enligt teorin ses i sammanhanget.

Genomgående visade resultatet en upplevelse av bristande information hos kvinnorna berörande exempelvis kroppsliga förändringar, komplikationer efter behandling och sexualitet. Studierna exemplifierar situationer då kvinnor upptäckt komplikationer som de inte fått information om, vilket skapade oro kring om någonting var fel. Ovanstående kan definieras som utebliven vård, vilket i teorin beskrivs som ett vårdlidande. I vårdmötet är patienten i en underlägsen position då denne är beroende av en annan människas hjälp. Att som sjukvårdspersonal inte ge all nödvändig information kan därför relateras till maktutövning vilket också är en form av vårdlidande i teorin. Att ge information om sex kan

därmed inte ses som ett valbart alternativ av sjuksköterskor trots en obekväm känsla i sammanhanget.

Livslidande kan i teorin anknytas till upplevelsen av att inte kunna leva upp till sin roll, vilket är en framträdande känsla i resultatet. Att operera bort ett reproduktivt organ beskrevs emellanåt som en förlust av femininiteten då dessa organ kunde symbolisera femininitet. Borttagandet av ett reproduktivt organ innebär också infertilitet, vilket i resultatet framstod som en förlust av fertilitet och även femininitet, vilket ledde till en känsla av att inte kunna leva upp till sin roll. Att inte vilja vara intim med sin partner beskrevs också som att inte leva upp till sin roll. Detta kunde leda till rädsla för kärlekslöshet vilket i teorin beskrivs som ett livslidande. Vidare beskrivs livslidande som att behöva konfronteras med krav på förändrad livsföring, vilket i resultatet exemplifieras genom att behöva förändra synen på sex för att kunna uppleva tillfredsställelse i sammanhanget.

### **Slutsats**

Kvinnor med gynekologisk cancer upplever i huvudsak barriärer för sexuell hälsa vilka beskrivs i denna litteraturstudie. Upplevelsen av dessa sexuella barriärer kan leda till en otillfredsställande sexuell hälsa vilket vidare kan orsaka ett lidande. Genom att exemplifiera lidandet som sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande kan förståelsen öka för kvinnornas upplevda lidande i sammanhanget. Med kunskap om upplevelsen av sexuell hälsa vid gynekologisk cancer kan sjukvården erbjuda vård som omfattar flera aspekter av sjukdomen och därmed kan risken för lidande hos kvinnan minskas.

### **Klinisk betydelse**

Kännedom om de upplevda barriärerna kan bidra till ökad förståelse för kvinnor med gynekologisk cancer och deras sexuella hälsa. Att stor del av lidandet uppkommer relaterat till bristande information innebär att sjukvården har en viktig roll att uppfylla. Genom att redan på sjuksköterskeutbildningen ge mer utrymme för utbildning och diskussion kring sexuell hälsa och sexualitet, skapas förutsättningar för att samtal om detta ska få ett naturligt inslag i vården. Därmed ökar chansen att kvinnor med gynekologisk cancer kan upprätthålla en tillfredsställande sexuell hälsa och risken för lidande minskar.

### **Förslag på vidare forskning**

Kunskapsluckor om bristande information har identifierats i sammanhanget. Att undersöka åtgärder som leder till att sjuksköterskor känner sig trygga och kompetenta nog för att samtala

om sexuell hälsa som ett naturligt inslag i vården är av stor vikt. Ett annat framkommande resultat var att några kvinnor lyckats hitta vägar för att förnimma god sexuell hälsa trots omständigheterna. Forskning om faktorer som har betydelse för att kvinnor ska kunna hitta strategier ur problematiken är av intresse för att kunna hjälpa fler kvinnor i samma situation. Vidare är forskning om hur den sexuella hälsan upplevs vid varje enskild typ av gynekologisk cancer intressant för att kunna individanpassa vården.

### **Författarnas insatser**

Båda författarna till denna studie har deltagit vid samtliga delar. Under processen har alla delar avslutningsvis bearbetats i samråd. Båda författarna har bidragit i lika stor utsträckning till den färdiga produkten.

## REFERENSER

\* = Artiklar som använts i resultatet

\*Afyianti, Y. & Malinti, A. (2013). Physical sexual and intimate relationship concerns among Indonesian cervical cancer survivors: A phenomenological study. *Nursing and Health Sciences* (15), 151-156. Doi:10.1111/nhs.12006

\*Akyüz, A., Güvenc, G., Üstünsöz, A. & Kaya, T. (2008). Living With Gynecologic Cancer: Experience of Women and Their Partners. *Journal of Nursing Scholarship* 40(3), 241-247.

Baldwin, A. E. & Usher, K. (2008). Going the distance - Experiences of women with gynaecological cancer residing in rural remote north Queensland. *International Journal of Nursing Practice* 14(4), 322-328. Doi: 10.1111/j.1440-172X.2008.00705.x

\*Barlow, E. L., Hacker, N. F., Hussain, R & Parmenter, G. (2014). Sexuality and body image following treatment for early-stage vulvar cancer: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 70(8), 1856-1866. Doi: 10.1111/jan.12346

Bergman, O., Hont, G., Johansson, E. (2013). Cancer i siffror 2013: Populärvetenskapliga fakta om cancer. Hämtat 9 december, 2014, Från [http://www.cancerfonden.se/Global/Dokument/omcancer/cancer\\_i\\_siffror/cancer\\_i\\_siffror\\_2013.pdf](http://www.cancerfonden.se/Global/Dokument/omcancer/cancer_i_siffror/cancer_i_siffror_2013.pdf)

\*Bilodeau, K. & Bouchard, L. (2011). The sexuality of Quebec women with cervical cancer: Looking for love despite radiotherapy's trauma to their sexual body. *Canadian Oncology Nursing Journal* 21(4), 233-237. Doi: 10.5737/1181912x214233237

Bodurka, D. C. & Sun, C. C. (2006). Sexual Function after Gynecologic Cancer. *Obstetrics and gynecology clinics of North America* 33(4), 621-630. Doi: 10.1016/j.ogc.2006.09.006

\*Burns, M., Costello, J., Ryan-Woolley, B. & Davidson, S. (2007). Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality. *European Journal of Cancer Care* 16(4), 364-372. Doi: 10.1111/j.1365-2354.2006.00743.x

Chamberlain Wilmoth, M. & Spinelli, A. (2000). Sexual Implications of Gynecologic Cancer Treatments. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 29(4), 413-421. Doi: 10.1111/j.1552-6909.2000.tb02064.x



- \*Cleary, V., Hegarty, J. & McCarthy, G. (2013). How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality. *Cancer Nursing Practice* 12(1), s. 32-37.
- Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dahlöf, A. (2013). *Cytostatikabehandling*. Hämtad 5 januari, 2015, från 1177 Vårdguiden, <http://www.1177.se/Stockholm/Tema/Cancer/Under-och-efter-behandling/Behandlingar/Cytostatikabehandling/>
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 331-343). Lund: Studentlitteratur.
- Einhorn, S. & Sylwan, L. (2013). *Vad är cancer?* Hämtad 9 december, 2014, från Cancerfonden, <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Vad-ar-cancer/Vad-ar-cancer/>
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Arlöv: Liber Utbildning.
- Fernandes, P., Papaikonomou, M. & Nieuwoudt, J. M. (2006). Women suffering through their bodies. *South African Journal of Psychology* 36(4), 851-879.
- Friberg, F. (2012a). Att göra en litteraturstudie. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133-144). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012b). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.121-132). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. & Öhlén, J. (2012). Fenomenologi och hermeneutik. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 345-372). Lund: Studentlitteratur.
- Hulter, B. (2009). Sexualitet. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 677-710). Lund: Studentlitteratur.
- \*Juraskova, I., Butow, P., Robertson, L., Sharpe, L., McLEOD, C & Hacker, N. (2003). Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: A qualitative insight. *Psycho-Oncology* 12(3), 267-279. Doi: 10.1002/pon.639

Karolinska Institutet. (2014). *Svensk MeSH – MeSH sökverktyg*. Hämtad 10 november, 2014, från Karolinska Institutet, [http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh\\_se.cfm](http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm)

Keramat, A., Masoumi, S. Z., Mousavi, S. A., Poorolajal, J., Shobeiri, F. & Hazavehie, S. (2013). Quality of Life and Its Related Factors in Infertile Couples. *Journal of Research in Health Sciences* 14(1), 57-64.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-94). Lund: Studentlitteratur.

Leander, G. (2013). *Cancerformer*. Hämtad 9 december 2014, från Cancerfonden, <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Cancersjukdomar/>

Lindqvist, O. & Rasmussen, B. H. (2009). Omvårdnad i livets slutskede. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 793-836). Lund: Studentlitteratur.

McCaffery, K., Forrest, S., Waller, J., Desai, M., Szarewski, A. & Wardle, J. (2003). Attitudes towards HPV testing: A qualitative study of beliefs among Indian, Pakistani, African-Caribbean and white British women in the UK. *British Journal of Cancer* 88(1), 42-46.

Moegelin, I-M. (2013). *Strålbehandling*. Hämtad 5 januari, 2015, från 1177 Vårdguiden, <http://www.1177.se/Stockholm/Tema/Cancer/Under-och-efter-behandling/Behandlingar/Stralbehandling/>

\*Molassiotis, A., Chan, C., Yam, B., Chan, E. & Lam, C. (2002). Life after cancer: Adaption issues faced by Chinese gynaecological cancer survivors in Hong Kong. *Psycho-Oncology* (11), 114-123. Doi:10.1002/pon.540

Oattes, M. K. & Offman, A. (2007). Global self-esteem and sexual self-esteem as predictors of sexual communication in intimate relationships. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 16(3-4), 89-100.

Onkologiskt centrum. (2012). *Omvårdnadsprogram för patienter med gynekologiska tumörsjukdomar*. Lund: Onkologiskt centrum. Från: <https://www.skane.se/sv/Webbplatser/tumorregistret/Patientprocessarbete/Gyncancer/Vardprogram-gynekologisk-cancer/>

Pedersen, B., Koktved D. P. & Nielsen, L. L. (2012). Living with side effects from cancer treatments – a challenge to target information. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 27(3), 715-723. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01085.x

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott.

\*Rasmusson, E-M. & Thomé, B. (2008). Women's wishes and Need for Knowledge Concerning Sexuality and Relationships in Connection with Gynecological Cancer Disease. *Sex & Disability* (26), 207-218. Doi: 10.1007/s11195-008-9097-5

Regionalt Cancercentrum. (2013). *Gynekologisk cancer*. Hämtad 19 november, 2014, från Regionalt Cancercentrum, [http://www.cancercentrum.se/sv/stockholmgotland/VP\\_register/Gynekologisk-cancer/](http://www.cancercentrum.se/sv/stockholmgotland/VP_register/Gynekologisk-cancer/)

\*Sekse, R. J., Raaheim, M., Blaaka, G. & Gjengedal, E. (2010). Life beyond cancer: Women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer. *Scandinavian Journal of Caring Science* 24(4), 799-807. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00778.x

So, W. K. & Chui, Y. (2007). Women's experience of internal radiation treatment for uterine cervical cancer. *Journal of Advanced Nursing* 60(2), 154-161. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04387.x

Socialstyrelsen. (2014). *Statistikdatabas för cancer*. Hämtad 19 november, 2014, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/cancer>

Statens Beredning för medicinsk Utvärdering. (2012). Hämtad 14 november, 2014, från Statens Beredning för medicinsk Utvärdering, [http://www.sbu.se/sv/var\\_metod/Granskningsmallar/](http://www.sbu.se/sv/var_metod/Granskningsmallar/)

Stead, M.L., Brown, J.M., Fallowfield, L. & Selby, P. (2003). Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *British Journal of Cancer* (88), 666-671. Doi: 10.1038/sj.bjc.6600799

Stier, J. (2009). *Kulturmöten: En introduktion till interkulturella studier*. Lund: Studentlitteratur.

Stockholms Läns Landsting. (2014a). *Äggstockscancer*. Hämtad 19 november, 2014, från 1177 Vårdguiden, <http://www.1177.se/Stockholm/Tema/Cancer/Cancerformer-och-fakta/Cancerformer/Aggstockscancer/>

Stockholms Läns Landsting. (2014b). *Livmoderhalscancer*. Hämtad 19 november, 2014, från 1177 Vårdguiden, <http://www.1177.se/Stockholm/Tema/Cancer/Cancerformer-och-fakta/Cancerformer/Livmoderhalscancer/>

Stockholms Läns Landsting. (2014c). *Behandling vid cancer*. Hämtad 5 januari, 2015 från 1177 Vårdguiden, <http://www.1177.se/Stockholm/Tema/Cancer/Under-och-efter-behandling/>

Toubassi, D., Himel, D., Winton, S. & Nyhof-Young, J. (2006). The informational needs of newly diagnosed cervical cancer patients who will be receiving combined chemoradiation treatment. *Journal of Cancer Education* 21(4), 263-268.

Velji, K. & Fitch, M. (2001). The Experience of Women Receiving Brachytherapy for Gynecologic Cancer. *Oncology Nursing Forum* 28(4), 743-51.

Världshälsoorganisationen. (2014a). *Cancer*. Hämtad 19 november, 2014, från World Health Organisation, <http://www.who.int/topics/cancer/en/>

Världshälsoorganisationen. (2014b). *Sexual and reproductive health*. Hämtad 20 november, 2014, från World Health Organisation, [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)

Wallengren, C. & Henricsson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 481-498). Lund: Studentlitteratur.

Willman, A. & Stoltz, P. (2012). *Metasyntes*. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (s.457-470). Lund: Studentlitteratur.

\*Wilmoth, M. C., Hatmaker-Flanigan, E., LaLoggia, V. & Nixon, T. (2011). Ovarian Cancer Survivors: Qualitative Analysis of the Symptom of Sexuality. *Oncology Nursing Forum* 38(6), 699-708.

\*Zeng, Y. C., Li, D. & Loke, A. Y. (2011). Life after cervical cancer: Quality of life among Chinese women. *Nursing and Health Sciences* (13), 296-302. Doi: 10.1111/j.1442-2018.2011.00616.x

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.



# BILAGOR

## Bilaga 1. Artikelmatris.

Art. Nr.	Författare, År, Titel, Tidsskrift, Land	Syfte	Metod, Urval, Antal deltagare (=n)	Resultat	Kvalitet
1.	Barlow, E. L., Hacker, N. F., Hussein, R & Parmenter, G.  2014  Sexuality and body image following treatment for earlystage vulvar cancer: a qualitative study.  <i>Journal of Advanced Nursing</i>  Australien	Beskriva kvinnors upplevelse av sexualitet och kroppsuppfattning efter behandling av vulvacancer.	Kvalitativ: semi-strukturerade djupintervjuer. Ansats: Fenomenologisk. Urval: 10 kvinnor som nyligen behandlats för vulvacancer. Ålder 37-76 år.  (n=10)	Två teman: Sexuality och Body image.	Hög
2.	Sekse, R. J., Raaheim, M., Blaaka, G. & Gjengedal, E.  2010  Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer.  <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>  Norge	Få en djupare förståelse för långtidsöverlevande kvinnors levda erfarenhet av gynekologisk cancer och hur de upplevde cancervården.	Kvalitativ: djupintervjuer. Ansats: Fenomenologisk-hermeneutisk. Urval: 16 kvinnor som varit friska från cervix-, uterus eller ovarialcancer i minst 5 år. Ålder: 39-66 år.  (n=16)	Tre huvudteman: Living with tension between personal growth and fear of recurrence, Living in a changed female body och Feeling left alone – not receiving enough information and guidance after treatment.	Hög
3.	Akyüz, A., Güvenc, G., Üstümsöz, A. & Kaya, T.  2008  Living With Gynecological Cancer: Experience of Woman and Their Partners.  <i>Journal of Nursing Scholarship</i>  Turkiet	Beskriva erfarenheten av att leva med gynekologisk cancer bland turkiska kvinnor och deras partners.	Kvalitativ: djupintervjuer. Ansats: fenomenologisk. Urval: 19 kvinnor med endometrie-, ovarial-, cervix- eller uteruscancer samt 12 partners. Ålder: Kvinnor 43-70 år, partners 46-73 år.  (n=31)	Sju teman: Experiences during the diagnosis period, Experiences during the treatment period, The effect of cancer on family life, Changes in daily life, Coping methods and support sources, The meaning of illness och Experiencing the illness as a woman.	Medelhög
4.	Molassiotis, A., Chan, C., Yam, B., Chan, E. & Lam, C.  2002  Life after cancer: Adaption issues faced by Chinese gynaecological cancer survivors in Hong Kong.  <i>Psycho-Oncology</i>  Kina	Undersöka anpassningsproblem som kinesiska kvinnor som överlevt gynekologisk cancer möter.	Kvalitativ: intervjuer. Ansats: fenomenologisk. Urval: 18 kvinnor som överlevt cervix-, ovarial-, eller endometriecancer. Ålder: 21-64 år.  (n=18)	Sex teman: Positive revival, Marital relationship difficulties, Planning for the future, Sexuality and femininity difficulties, Fertility issues och Discomfort: Weakness and pain.	Hög

5.	Afiyanti, Y. & Milanti, A. 2013 Physical sexual and intimate relationship concerns among Indonesian cervical cancer survivors: A phenomenological study. <i>Nursing and Health Sciences</i> Indonesien	Undersöka fysiska sexuella bekymmer och dess påverkan på intima partnerrelationer upplevda av indonesiska kvinnor som överlevt cervixcancer.	Kvalitativ: djupintervjuer. Ansats: fenomenologisk. Urval: 13 gifta kvinnor som överlevt cervixcancer. Ålder: 38-48 år.  (n = 20)	Två teman: Physical sexual concerns following cervical cancer treatment och The impact of reduced sexual desire on intimate partner.	Hög
6.	Wilmoth, M. C., Hatmaker-Flanigan, E., LaLoggia, V. & Nixon, T. 2011 Ovarian Cancer Survivors: Qualitative Analysis of the Symptom of Sexuality. <i>Oncology Nursing Forum</i> USA	Ur ett patientperspektiv få ökad förståelse för förändringar av kvinnors sexualitet orsakat av behandling av ovarial cancer, samt få lärdom om hur kvinnor hanterar situationen och vilken information de vill ha av sjuksköterskor.	Kvalitativ: individuella intervjuer och fokusgrupp. Urval: 13 kvinnor som behandlats för ovarial cancer. Ålder: 33-75 år.  (n=13)	Oavsett ålder påverkade behandling av ovarial cancer sexualiteten. Upplevelsen av symtom berodde på mekaniska- och hormonella förändringar vilket även fysiska, psykiska och sociala faktorer hade.	Medelhög
7.	Bilodeau, K. & Bouchard, L. 2011 The sexuality of Quebec women With cervical cancer: Looking for love despite radiotherapy's trauma to their sexual body. <i>Canadian Oncology Nursing Journal</i> Quebec	Beskriva erfarenheten av sexualitet hos medelålders kvinnor med cervix cancer i Quebec.	Kvalitativ: intervjuer. Ansats: fenomenologisk. Urval: 10 kvinnor som slutfört strålbehandling för cervixcancer minst 6 månader tidigare. Ålder: 40-60 år.  (n=10)	Fyra teman: Living a global change in relation to one's life, Seeing the conjugal relationship differently, Seeing sexuality in a different way: Seeking love, Seeing sexuality in a different way: Living in a sexual body traumatized by radiotherapy.	Medelhög
8.	Zeng, Y. C., Li, D. & Loke, A. Y. 2011 Life after cervical cancer: Quality of life among Chinese women. <i>Nursing and Helth Sciences</i> Kina	Utforska betydelsen av livskvalitet bland kinesiska kvinnor som överlevt cervixcancer.	Kvalitativ: skriftlig respons. Utgångspunkt: QoL-modell. Urval: 35 kvinnor som överlevt behandling av cervixcancer. Ålder: 18+.  (n=35)	Fem domäner: Impacts on physical well-being, Impacts on psychological well-being, Impacts on social well-being, Effects on spiritual well-being och Disruptions to sexual life.	Hög



9.	<p>Burns, M., Costello, J., Ryan-Woolley, B. &amp; Davidson, S.</p> <p>2007</p> <p>Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality.</p> <p><i>European Journal of Cancer Care</i></p> <p>England</p>	<p>Undersöka kvinnors sexualitet efter behandling av cervixcancer.</p>	<p>Kvalitativ: djupintervjuer. Ansats: fenomenologisk. Urval: 13 kvinnor som behandlats för cervixcancer 2-3 år tidigare. Ålder: 18+.</p> <p>(n=13)</p>	<p>Tre huvudteman: Physical effects following treatment, The impact of treatment on sexuality och Inadequate information.</p>	Hög
10.	<p>Juraskova, I., Butow, P., Robertson, R., Sharpe, L., McLeod, C. &amp; Hacker, N.</p> <p>2003</p> <p>Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: A qualitative insight.</p> <p><i>Psycho-Oncology</i></p> <p>Australien</p>	<p>Undersöka komponenter av sexuell anpassning efter behandling av cervix- och endometrie cancer och dess påverkan på livskvaliteten.</p>	<p>Kvalitativ: semi-strukturerade telefon- eller ansikte-mot-ansikte intervjuer med patienter. Ansats: fenomenologisk. Urval: 20 kvinnor som behandlats för cervix- eller endometrie cancer nyligen upp till över två år tidigare. Ålder: 19-64 år.</p> <p>(n = 20)</p>	<p>Tre teman: Issues related to being "feminine", The role of intimacy in post-treatment adjustment och The importance of communication between health professionals, patients and partners.</p>	Hög
11.	<p>Cleary, V., Hegarty, J. &amp; McCarthy, G.</p> <p>2013</p> <p>How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality.</p> <p><i>Cancer Nursing Practice</i></p> <p>USA</p>	<p>Utforska gynekologisk cancers påverkan på sexualiteten ur ett patientperspektiv.</p>	<p>Kvalitativ: semi-strukturerade intervjuer. Urval: 8 kvinnor som behandlats för cervix-, ovarial- eller vulvacancer. Ålder: 25-68 år.</p> <p>(n=8)</p>	<p>Fem teman: Sexuality: meaning and importance, Sexual self-concept, Sexual functioning, Sexual relationships och Need for information.</p>	Hög
12.	<p>Rasmusson, E-M. &amp; Thomé, B.</p> <p>2008</p> <p>Women's wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease.</p> <p><i>Sexuality &amp; Disability</i></p> <p>Sverige</p>	<p>Undersöka kvinnors önsningar och kunskapsbehov kring sexualitet och relationer i samband med gynekologisk cancer.</p>	<p>Kvalitativ: intervjuer. Urval: 11 kvinnor som behandlats för cervix-, uterus-, eller ovarialcancer. Ålder: 36-60 år.</p> <p>(n=11)</p>	<p>Två teman: Absence of knowledge about the body och Conversations with sexual relevance.</p>	Hög