



Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Kvinnors upplevelse av sexualitet efter avslutad behandling av gynekologisk cancer

– En litteraturöversikt

Författare: Hanna Berggren & Emma Nygren
Handledare: Lars Skeppstedt

Examensarbete, 15 hp
Kandidatnivå
VT 2014

Titel

Kvinnors upplevelse av sexualitet efter avslutad behandling av gynekologisk cancer
- En litteraturöversikt

Women's experience of sexuality after completion of treatment of gynecological cancer
- A literature review

Författare	Hanna Berggren och Emma Nygren
Institution	Högskolan Väst, Institution för omvårdnad, hälsa och kultur
Arbetets art	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program/kurs	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Termin/år	VT 2014
Antal sidor	23

ABSTRACT

Background; Gynecological cancer is a common term for cancer in the female genitals and 2013 there were about 2800 women in Sweden that was diagnosed. This form of cancer and the treatment that is used, affects the sexuality and also the fertility of the women.

Aim; The purpose with the essay was to illustrate the experience of the sexuality after the treatment of gynecological cancer.

Method; The method used in the essay was a systematic translation of different literature. Of all the articles used there were eight that was qualitative, two quantitative and one was a combination of both methods. The analytic process was accomplish with the support of the Friberg (2006) analytic method.

Results; The analysis resulted in two categories; Physical changes after the treatment and the treatments impact on the sexuality of the women. The physical changes that occurred because of the treatment was recurring and it showed that it was primarily surgery that hurt the woman body. It was also shown that the biggest impact that the treatment had on sexuality was pain and reduced desire for sex. And it also showed that sexuality got a new meaning for the women and they found new ways to express their feelings towards their partner.

Conclusion; It was showed that the sexual experience primarily was affected by the physical consequences that the treatment had and not only because of the cancer itself. And it can because of this conclusion be of significance that the nurse focus on the effects of the treatment, like vaginal anatomy and physical and psychological effects to be able to support the womans sexual well-being.

Keywords; experiences, female, gynecologic cancer, sexual health, sexuality

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Cancersjukdom.....	1
Gynekologisk cancer	1
Strålbehandling.....	2
Cytostatikabehandling	2
Sexualitet.....	3
Samtal om sexualitet	3
Hälsa.....	4
Teoretisk utgångspunkt	4
Problemformulering	6
Syftet	6
Metod	6
Litteraturundersökning	6
Urval.....	7
Analys.....	7
Somatiska förändringar till följd av behandlingen.....	8
<i>Upplevelser av en förändrad kropp</i>	8
<i>Upplevelser av infertilitet</i>	9
Behandlingens påverkan på sexualiteten.....	10
<i>Smärta</i>	10
<i>Lust och förmåga till orgasm</i>	11
<i>Andra vägar till intimitet</i>	12
Diskussion	13

Metoddiskussion.....	13
Resultatdiskussion.....	15
Konklusion och praktiska implikationer	19
Referenslista	20
Bilaga I	
Bilaga II.....	

Inledning

Gynekologisk cancer är en av de vanligaste cancerformerna i Sverige. År 2013, insjuknade cirka 2800 kvinnor (Cancerfonden, 2013a). Gemensamt är att den drabbar de organ som är kopplat till sexualitet och fertilitet. Således kan sjukdom och behandling påverka kvinnans möjlighet till sexuell samvaro. Utifrån tidigare studier framkommer det att vårdpersonal undviker frågor som berör sexualitet med patienter då det anses vara av privat karaktär och inget det talas högt om. Det trots att patienter har ett stort behov av information och stöd i sådana frågor (Katz, 2003). Ett av de grundläggande folkhälsomålen är att varje individ skall ha möjlighet till sexualitet för att stärka hälsa och välbefinnande (Folkhälsomyndigheten, 2014). Därför är det viktigt att belysa kvinnornas upplevelse hur sexualiteten påverkas efter gynekologisk cancer.

Bakgrund

Cancersjukdom

Cancer är inte en enda sjukdom utan ett samlingsnamn på cirka 200 olika sjukdomar. Årligen insjuknar 55 000 personer i Sverige i cancer. Bröstcancer, prostatacancer, lungcancer samt tjocktarmscancer är några av de vanligaste förekommande cancerformerna. När cancer uppstår har balansen i celldelningen rubbats. Cellerna delar sig ohämmat vilket medför att omgivande vävnader förstörs. Behandlingsalternativen ser olika ut beroende på vilket stadium canceren befinner sig i. Syftet med behandlingen kan vara att bota, minska sjukdomens omfattning eller minska risken för återfall. Överlevnadsprognosen ser god ut i de fall där canceren upptäcks i ett tidigt skede, cirka 60 procent av dem som drabbas lever 10 år efter diagnos (Cancerfonden, 2013b).

Gynekologisk cancer

Gynekologisk cancer är ett samlingsbegrepp för cancer i kvinnans könsorgan. År 2013 insjuknade cirka 2800 kvinnor i gynekologisk cancer och det står för 12 procent av alla cancerdrabbade kvinnor i Sverige. Som gynekologisk cancer inkluderas livmoderkroppscancer, äggstockscancer och livmoderhalscancer (Cancerfonden, 2013a). Livmoderkroppscancer, endometricancer, placerar sig som en av de 10 vanligaste cancerformerna i landet och varje år diagnostiseras cirka 1400 kvinnor. Det är främst kvinnor efter menopausen som insjuknar. Före 40 års ålder är sjukdomen sällsynt (Cancerfonden, 2013c). Sjukdomen upptäcks ofta när en kvinna, som har passerat klimakteriet, får en vaginal blödning utan andra symtom. Överlevnadsprognosen är god då de flesta kvinnor diagnostiseras tidigt, 82,5 procent av patienterna lever efter 10 år (Cancerfonden, 2013d). Sveriges näst vanligaste gynekologiska cancerform är äggstockscancer, ovarialcancer, med 700 nyupptäckta fall under 2013. Ovarialcancer drabbar kvinnor i alla åldrar, men åldersgruppen mellan 40 och 70 år har statistiskt sett större risk att insjukna. Sjukdomen har kommit att kallas bukens tysta tumör på grund av att den ofta diagnostiseras sent då symtomen vanligen är vaga. Prognosen varierar beroende på vilket stadium ovarialcanceren upptäckts. För kvinnor med en utbredd sjukdom har behandlingsresultatet ofta en god prognos

även om sjukdomen inte botas helt. Den relativa 10-årsöverlevnaden är 67,8 procent (Cancerfonden, 2013e). Livmoderhalscancer, cervixcancer, är en vanlig gynekologisk cancerform med en incidens på cirka 450 kvinnor årligen. Medelåldern på kvinnorna är 55 år, men en fjärdedel är yngre än 40 år. Vanliga symtom vid cervixcancer är vaginal blödning utan samband med menstruation eller blödningar hos kvinnor som passerat klimakteriet. I mitten av 1960-talet var siffran dubbelt så stor jämfört med idag. Anledningen tycks bero på att kvinnor mellan 23 och 60 år regelbundet kallas till gynekologisk cellprovtagning för att tidigt upptäcka eventuella cellförändringar. Hos kvinnor där förändringar hittas i ett tidigt skede är prognosen god och överlevnaden efter 10 år är 67,8 procent (Cancerfonden, 2013f).

Behandlingens inverkan på sexualitet

Kirurgi

Kirurgi är ett vanligt behandlingsalternativ vid gynekologisk cancer och leder till en rad anatomiska förändringar i underlivet som kan påverka kvinnans sexualliv. Ett vanligt kirurgisk ingrepp, vid cervixcancer, är radikal hysterektomi som kan leda till minskad töjbarhet, förkortning av vagina och vävnaderna i bäckenet. Konsekvenserna av en förkortad vagina kan ge obehag och smärtor vid samlag. Vid ovarialcancer och endometricancer sker en mer begränsad bortoperation av kringliggande vävnader. Nerverna i vagina som styr sexuell upphetsning och känslighet vid samlag kan påverkas efter operationen. Det kan leda till att blodfyllnaden i underlivet blir nedsatt vilket kan leda till försämrad lubrikation. Om äggstockarna opereras bort drabbas kvinnan direkt av klimakteriesymptom som kan innebära att slemhinnan i vagina blir både torrare och skörare. Det råder även brist på hormonet testosteron, som tidigare producerats i äggstockarna, vilket har betydelse för den sexuella lusten (Bergmark & Åvall-Lundqvist, 2000).

Strålbehandling

Strålbehandling mot kvinnans bäcken irriterar slidans vävnader vilket kan leda till minskad elasticitet samt begränsad lubrikation vid upphetsning. Sammanväxning av vagina ses även som en vanlig komplikation vilket beror på att strålbehandlingen kan orsaka sårighet i slemhinnan. Då fram och bakvägg ligger tätt an kan sårbildningen ge upphov till sammanväxning vilket resulterar i att slidan blir både trängre och kortare. För att motverka sammanväxningen kan kvinnan ta hjälp av en vaginal dilator som vidgar och tänjer slidan (Schover, 1997).

Cytostatikabehandling

Cytostatikabehandling påverkar äggstockarnas hormonproduktion och ägglossningen upphör tillfälligt. Vid minskad östrogenproduktion kan kvinnan få klimakteriesymtom som torra och sköra slemhinnor i vagina. Stödjevävnaden i bäckenet stramas åt och töjbarheten i vagina minskar vilket kan leda till obehag i underlivet samt minskat välbefinnande (Schover, 1997). Cytostatikabehandling är även kopplat till håravfall vilket kan ha en negativ inverkan på kvinnans självförtroende och därmed kan sexualiteten påverkas. För att minska håravfall vid

cytostatikabehandling kan hårbotten hållas kyld med hjälp av en kylmössa. Nedkylningen påbörjas 30 minuter före cytostatikabehandling och avslutas cirka 30 till 90 minuter efter (SUB, 2005).

Sexualitet

Enligt Världshälsoorganisationen, WHO, är sexuellt välbefinnande en del av grunddefinitionen för god hälsa. Sexualiteten har inte enbart stor betydelse för människors liv och nära relationer, utan påverkar även människans välbefinnande och hälsa. Sexualitet är en central aspekt av att vara människa och uttrycks genom tankar, förväntningar och beteenden i relationer med andra människor. Sexualitet som begrepp inrymmer därmed flera dimensioner och varierar i uttryck. Vidare påverkas sexualitet av faktorer som biologi, religion, lagar och kultur. Genom att förstå hur sexualiteten påverkas av olika faktorer kan en större förståelse för vad sexualitet betyder och upplevs av olika individer (World Health Organization [WHO], 2014).

Rätten till självbestämmande av sin egen sexualitet är ett grundläggande mänskligt behov. Varje människa har rätt till samma förutsättningar och möjligheter till ett tryggt sexualliv utan tvång, där våld och diskriminering inte förekommer (Mänskliga rättigheter, 2014). Folkhälsomyndigheten i Sverige har kategoriserat sexualitet som ett av de elva målområden i folkhälsoarbetet. Målområdet bygger på möjligheten till trygg och säker sexualitet för varje individs upplevelse av hälsa och välbefinnande (Folkhälsomyndigheten, 2014). Sexualiteten är en del av människans personlighet och definierar oss att vara mänskliga. Sex förknippas vanligen med samlag, men det behöver inte vara enda förutsättningen att uppleva intimitet. Närhet och beröring kan även vara en central del i människans sexualliv och har stor betydelse för en tillfredsställande hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2012). Det finns ett naturligt samband mellan en tillfredsställande sexualitet och en tillfredsställande livskvalitet. Personer som uppgav att de hade en långvarig sjukdom/skada hade också procentuellt högre grad av nedsatt sexuell lust (Lewin, 1996).

Bourgeois-Law och Lotocki (1999) gjorde en enkätundersökning med ett urval av 73 kvinnor med gynekologisk cancer upplevde sin sexualitet efter behandling. Undersökningen visar att 56,1 procent av kvinnorna upplevde nedsatt sexuell funktion efter behandling och 39 procent uppgav att den främsta orsaken var smärta i samband med samlag. Andra orsaker till nedsatt sexuell funktion var trötthet, nedsatt känsel i underlivet samt ofrivillig urinavgång under samlag, vilket är en vanlig biverkning av strålbehandling. Trots svårigheterna önskade kvinnorna information hur de kunde återfå ett fungerande sexualliv.

Samtal om sexualitet

Sexualitet är något som sällan diskuteras trots att många kvinnor och män bekräftar behovet av att hälso- och sjukvården bör uppmuntra till samtal som rör sexualitet (Folkhälsomyndigheten, 2014). Enligt Katz (2003) talar sjuksköterskor sällan om sexualitet med patienter, trots att dem kan ha behov av det. Det kan bero på att dem känner sig skamsna

eller att de upplever att de inte har tillräckligt med kunskap kring området. Andra sjuksköterskor tyckte att de gjorde intrång i patienternas privatliv vid samtal som rör sexualitet vilket fick dem att undvika ämnet. Många patienter uttrycker att de vill ha råd och stöd kring sexuallivet efter diagnos, vilket talar för att sjuksköterskor behöver mer utbildning i sådana frågor (Katz, 2003). Enligt Gamel, Heneveld och Davis (2000) önskar kvinnor information vid tre tidsperioder hur sexuallivet påverkas före, efter och under behandling av gynekologisk cancer. Vid diagnostillfället och under behandling hade kvinnorna frågor om hur behandlingen påverkade sexualiteten. Många kvinnor var fortfarande påverkade av chocken efter beskedet och tillgjorde sig inte all information. Därför är det viktigt att sjuksköterskan upprepar informationen vid andra tidsperioden. Den andra fasen innebär återhämtning efter behandling och kvinnorna rekommenderas vänta sex veckor med att ha samlag. Under perioden önskar kvinnorna information om fysiska komplikationer som inkontinens och förträngningar i slidan, såsom sammanväxning och torrhet och hur det kan påverka den sexuella aktiviteten. Den tredje och sista fasen kännetecknas av en period av återuppbyggande av sexuallivet. Sjuksköterskan ger råd och anvisningar om användning av en dilator som har till funktion att vidga slidan och minimera ärrvävnad. Med adekvat information och stöd från sjuksköterskan kan de negativa känslorna minskas som kommer till följd av cancerdiagnosen.

Hälsa

Enligt Världshälsoorganisationen, WHO, definieras hälsa som ” Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”. Den definitionen har varit gällande sedan den antogs 1948 och fångar upp flera aspekter av hälsa. Inom begreppet ryms utöver fysisk hälsa, psykisk hälsa och socialt välbefinnande bland annat även sexuell hälsa. Tillfredsställande sexuell välbefinnande är, som tidigare nämnts en förutsättning för god hälsa (World Health Organization [WHO], 2014). Utifrån ett holistiskt synsätt kan hälsa förstås som en balans där individen ses som en helhet med egna värderingar och framtidsmål. Människan upplever ett välbefinnande eller hälsa när det råder en balans mellan personens mål, förmågor och den omgivande miljön. Det vill säga att en individ kan uppleva hälsa och må väl trots närvaro av sjukdom. Vårdens övergripande syfte är att främja hälsa oavsett vilka förutsättningar som råder. Patienten skall kunna bevara sin hälsa, återfå hälsa eller må väl, trots sjukdom och lidande (Flensner, 2010).

Teoretisk utgångspunkt

Känsla av sammanhang (KASAM) Antonovsky (1987) är en teori som handlar om vad hälsa innebär, synen på hälsa och hur hälsa kan främjas för individen. Teorin inkluderar alla aspekter ur människans liv och inte enbart sjukdomen i sig, vilket innebär att hälsa och ohälsa definieras utifrån ett kontinuum. Kontinuum kan förklaras som en sammanhängande linje till skillnad från det tidigare synsättet där hälsa och ohälsa var dikotomier/motpoler till varandra. Utifrån ett kontinuum kan en människa lida av en sjukdomsdiagnos men ändå uppleva hälsa. Istället för ett patogent/sjukdomsinriktat synsätt förespråkar Antonovsky salutogent förhållningsätt till sjukdom och hälsa. Det är nödvändigt för att få en djupare förståelse för människan och för att finna de faktorer som främjar rörelse mot det friska hos individen.

Utifrån ett salutogent perspektiv är stressorer alltid närvarande i människors liv och det är inte fokus på stressorer som sjukdomsalstrande utan på hur de kan hanteras.

Själva begreppet KASAM består av tre komponenter: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. En människa kan ha låg respektive hög känsla på varje enskild komponent, det vill säga exempelvis hög känsla av begriplighet, men låg känsla av meningsfullhet och hanterbarhet. Begriplighet innebär att kommande stimuli, exempelvis närståendes död, sjukdom, eller skilsmässa, går att förstå och förklara förnuftsmässigt och en känsla av att situationen kommer att ordna sig. Hanterbarhet, som är den andra komponenten kännetecknas av att individen upplever att det finns resurser för att hantera de krav som individen ställs inför. Resurser kan inrymma väldigt mycket och vara personliga, eller erbjudas av närstående. Den tredje och sista komponenten, meningsfullhet, innebär att individen upplever att det finns något som engagerar och som är av betydelse känslomässigt. Utifrån klassificering från låg till hög på varje komponent framkommer åtta olika typer som en individ kan kategoriseras in i. Exempelvis hög begriplighet, hög hanterbarhet och hög meningsfullhet klassificeras som typ ett. Låg begriplighet, låg hanterbarhet och låg meningsfullhet klassificeras som typ åtta. Däremellan finns ytterligare sex möjliga typer. Komponenterna är sammanlänkande och beroende av varandra, exempelvis låg känsla av meningsfullhet påverkar därmed också de andra två komponenterna i negativ riktning. Likadant kan hög känsla av meningsfullhet påverka till positiv riktning av de andra komponenterna. Känsla av sammanhang kan därför vara dynamiskt och förändras över tid, mot ett högre eller ett lägre värde (Antonovsky, 1987).

Genom att ha en stark känsla av sammanhang är individen bättre på att hantera motgångar i livet. Svårigheterna upplevs som mer begripliga, det finns en känsla av att inre och yttre resurser finns till förfogande och det upplevs som att livet har en mening. Livshändelser, både positiva och negativa kan påverka individens känsla av sammanhang och kan som tidigare nämnts vara föränderligt (Antonovsky, 1987).

Känsla av sammanhang som teoretisk referensram passar väl till en litteraturöversikt som handlar om upplevelse av sexualitet efter gynekologisk cancer. Kvinnor som insjuknar i gynekologisk cancer utsätts för en mängd stressorer som är kopplat till diagnostillfället, behandling och tiden efter behandling. Antonovsky (1987) teori handlar om hur stark känsla av sammanhang hos individer påverkar deras hantering av stressorer och att de trots svårigheter kan uppleva hälsa. Antonovskys teori stämmer väl överens med det Flenser (2010) beskriver om hur människan ses ur ett holistiskt perspektiv, där fokus är på hela patienten och inte enbart en kroppsdel. Helheten ses som en balans mellan sjukdom och hälsa, vilket menas med att patienter kan uppleva hälsa, återfå sin hälsa eller må väl, trots sjukdom och lidande. Stark upplevelse av KASAM hos de kvinnor som genomgår gynekologisk cancer har därför stora möjligheter att uppleva hälsa trots cancerdiagnos. Gynekologisk cancer och behandling av sjukdomen kan förändra kvinnans möjlighet till sexualitet, men med ett salutogent perspektiv är fokus på nya möjligheter och alternativa vägar. Genom att sjuksköterskan tillämpar ett salutogent synsätt i möten med kvinnorna och fokuserar på det friska kan det underlätta till att skapa meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet för varje enskild patient (Antonovsky, 1987).

Problemformulering

Gynekologisk cancer drabbar de organ som är kopplat till sexualitet och fertilitet. Behandling och dess effekter inverkar på kvinnors möjlighet till ett tillfredställande sexualliv då det påverkar både det fysiska och psykiska välbefinnandet. För att återskapa ett fungerande sexualliv behöver kvinnan finna nya möjligheter till sexualitet och intimitet. Ett tillfredställande sexualliv behöver inte endast inrymma samlag utan kan således innefatta närhet och beröring, vilket kan vara av stor betydelse för att uppnå intimitet med sin partner. Det är nödvändigt att sjuksköterskan har en inblick i hur kvinnor upplever sitt sexualliv efter behandlingen för att kunna stödja och ge god vård.

Syftet

Syftet med litteraturöversikten är att belysa kvinnors upplevelser kring sexualitet efter behandlad gynekologisk cancer.

Metod

Uppsatsen är en litteraturöversikt grundad på en kombination av elva kvalitativa och kvantitativa artiklar. Enligt Friberg (2006a) handlar ett litteraturbaserat examensarbete om att skapa en översikt över det befintliga kunskapsläget inom ett specifikt område. En litteraturöversikt grundas på att befintliga studiers resultat sammanställs och därefter analyseras. Ur analysprocessen växer kategorier fram och materialet bearbetas utifrån ett neutralt perspektiv där egna åsikter åsidosätts för att åstadkomma ett så objektiva resultat som möjligt. För att få en djupare förståelse om kvinnors upplevelser och erfarenheter i samband med gynekologisk cancer användes främst artiklar som bygger på en kvalitativ metod. För att styrka resultatet kompletterades även litteraturvalet med två kvantitativa artiklar som baserades på statistik. För att säkerställa att artiklarna höll god kvalitet granskades de utifrån Friberg (2006a) mall för kvalitetsgranskning. Mallen är ett hjälpmedel baserat på ett visst antal frågor gällande kvalitativa och kvantitativa artiklar till syfte att underlätta för skribenter att kontrollera om artiklarna håller god kvalitet. Alla elva artiklar ansågs motsvara syftet samt hålla god kvalitet och standard efter granskningen vilket gjorde det möjligt att använda artiklarna i uppsatsen. Artiklarna skulle även vara peer-reviewade vilket innebär att sakkunniga forskare inom det specifika området har granskat materialets vetenskapliga kvalitet till syfte att upprätthålla vetenskaplig standard och objektivitet (Vetenskapsrådet, 2011).

Litteraturundersökning

För att skapa en överblick av problemområdet genomfördes en inledande litteratursökning. En inledande litteratursökning används för att få en ökad förståelse för problemområdet och för att få svar på om det finns tillräckligt med publicerade studier för att kunna genomföra uppsatsen (Östlundh, 2006). De första sökningarna i det inledande skedet var av utforskande karaktär och lade grunden för valda sökord. Den slutgiltiga systematiska sökningen bygger

på sökorden genital neoplasm*, female, sex*, experience*, gynecologic cancer, quality of life, sexual health. Trunkeringstecken*, möjliggör träffar på artiklar som innehåller ordets alla böjningsformer, vilket skapar en bredare sökning (Östlundh, 2006). För att få fram artiklar som motsvarar problemformuleringen och syftet kombinerades sökorden främst i databasen CINAHL som är en omvårdnadsinriktad databas. Kompletterande sökningar gjordes även i PubMed som är en internationell medicinskt databas som bland annat har ett vårdvetenskapligt fokus (se bilaga I).

Urval

För att använda så aktuell forskning som möjligt exkluderades artiklar som var publicerade innan år 2000. Endast de artiklar som fanns tillgängliga i fulltext samt de som uppfyllde kraven för peer-reviewed inkluderades. Utifrån träffarna i CINAHL och PubMed lästes först titlarna igenom och utifrån relevanta titlar lästes sedan abstract. Efter litteratursökningen fanns 17 artiklar som lästes noggrant igenom i fulltext. Av de 17 artiklarna, inkluderades 10 i uppsatsen, då de övriga sju inte svarade mot problemformuleringen och syftet. Av de 10 vetenskapliga artiklarna som valdes utifrån den systematiska sökningen var studierna gjorda i; Storbritannien (2), Turkiet (2), Norge (2), Sverige (1), Irland (1), Australien (1) och Brasilien (1). Det gjordes även en osystematisk informationssökning och enligt Friberg (2006a) lämpar sig metoden som ett komplement till den systematiska sökningen för att skapa inspiration och ge idéer. Den osystematiska sökningen möjliggör att hitta ytterligare artiklar genom att söka i utvalda artiklars referenslistor. Med utgångspunkt från de 10 vetenskapliga artiklarna som inkluderats via sökning i databaserna studerades referenslistorna för att finna ytterligare väsentliga studier som svarar till syftet. En studie gjord av Juraskova, Butow, Robertson, Sharpe, McLeod och Hacker, med ursprungsland USA, återkom i referenslistorna och valdes att inkluderas i studien då innehållet var relevant för uppsatsens syfte. Slutligen stöds resultatet av 11 stycken vetenskapliga artiklar. Varav åtta var kvalitativa, två var kvantitativa och en var kombinerad med både kvalitativ och kvantitativ metod.

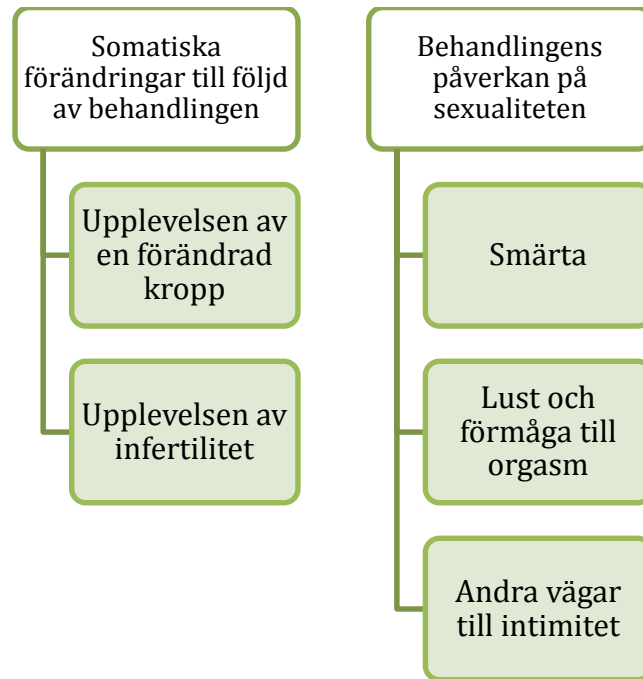
Analys

Analys och bearbetning av artiklarna genomfördes utifrån Fribergs (2006b) analysmetod som följer fem steg i syfte att finna bärande aspekter som svarar mot problemformulering och syfte. I det första steget läses de valda artiklarna igenom flera gånger för att få en uppfattning om vad det handlar om. Det andra steget identifieras nyckelfynd i varje artikels resultat. För att skapa en översikt av underlaget som skall analyseras görs en sammanställning av varje artikels resultat i det tredje steget. I det fjärde steget urskiljs sedan likheter och skillnader mellan de olika artiklarnas resultat och i det femte steget sammanfogas de bärande aspekterna som slutligen blir uppsatsens slutresultat.

För att bilda en uppfattning lästes artiklarna igenom grundligt och därefter fördelades artiklarna upp mellan skribenterna. Artiklarna lästes sedan igenom ytterligare ett antal gånger för att bilda en djupare förståelse och utifrån syftet identifierades nyckelfynd i varje artikels resultatdel. Samtliga artiklar sammanställdes utifrån nyckelfyndet vilket skapade en översikt över vad som var relevant att analyseras. Likheter och skillnader urskildes i artiklarnas resultat och för att enklare hålla isär nyckelfyndet färgmarkerades bärande begrepp och stycken i olika färgkoder. Utifrån färgkoderna urskiljdes två tydliga teman, somatiska

förändringar till följd av behandlingen och behandlingens påverkan på sexualiteten. Enligt Flensner (2010) sammanfattas de mönster som framkommit ur färgkoderna under analysprocessen till att bilda olika teman. Genom att strukturera resultatet utefter teman kan de fenomen som studerats uttryckas på ett nytt sätt.

Resultat



Somatiska förändringar till följd av behandlingen

Upplevelsen av en förändrad kropp

Kroppsuppfattningen påverkade kvinnor med gynekologisk cancer beroende på sjukdom och dess behandling. En av de mest betydelsefulla faktorerna som skadar en kvinnas kropp är kirurgi. Forskare på universitetskliniken i Istanbul studerade hur livskvaliteten och sexualiteten hade förändrats hos 30 kvinnor efter behandlad gynekologisk cancer. De kvinnorna som behandlats med radikal vulvektomi rapporterade förändringar i sin vaginala anatomi och funktion vilket påverkade den sexuella funktionen negativt. Avlägsnandet av klitoris, blygdläppar samt den övre delen av slidan skapade stor oro och kvinnorna var rädda för att bli avvisade av sin partner på grund av den förändrade anatomin (Reis, Beji & Coskun, 2010).

Kvinnorna som deltog i Sekse, Gjengedal och Råheim (2013) studie intervjuades i syfte att studera upplevelsen av en förändrad kropp efter behandlad gynekologisk cancer. Deltagarna som genomgått hysterektomi eller radikal hysterektomi beskrev hur deras kroppar hade förändrats till följd av behandlingen och att de hade svårt att vänja sig vid tanken att kvinnans mest intima kroppsdel var avlägsnat. Kvinnorna uttryckte förlusten av fertilitetsorganen som

ett tomrum vilket gav känslan av förlust, sorg och utanförskap. Deltagarna fann det svårt att återfå förtroendet med den förändrade kvinnokroppen vilket fick en negativ effekt på sexuallivet. Kvinnorna beskrev det som att de hade förlorat en del av sig själv vilket resulterade i att de upplevde sig som ofullständiga kvinnor.

Viktuppgång var ett av de vanligaste besvären efter behandling med kemoterapi hos kvinnor med gynekologisk cancer i studien utförd av Burns, Costello, Ryan-Woolley och Davidson (2007). Kvinnorna som genomgått kemoterapi till följd av cervixcancer upplevde stor frustration över viktökningen vilket gick ut över det dagliga livet samt det sexuella välbefinnandet. Deltagarna hade svårt att acceptera kroppsförändringen och kände sig obekväma i sina egna kroppar. En kvinna berättade att hon bar löst åtsittande kläder för att slippa se och påminnas om den förändring kroppen genomgått. Gemensamt hos kvinnorna var att alla upplevde att viktökningen skapade känslor av osäkerhet om vad deras partner skulle tycka om den förändrade kroppen, vilket även bidrog till ett förändrat sexualliv.

Bal, Dereli- Yilmaz & Beji, (2013) studie fokuserade på kvinnor med gynekologisk cancer som behandlats med kemoterapi visade att håravfall efter behandling var den mest besvärande biverkningen. Processen för att förlora håret till följd av kemoterapi var en stor händelse i kvinnornas liv och framkallade känslor av sorg, ilska och förtvivlan. Att se håret långsamt ramla av var en traumatisk händelse och kvinnorna förstod vilken betydelse håret hade haft för deras kvinnlighet. För de kvinnor som tidigare hade identifierat sin kvinnlighet med ett vackert hårsvall upplevde håravfallet allra värst och kvinnorna beskrev att de kände sig mindre attraktiva. Den förändrade självbilden som deltagarna upplevde efter kemoterapi påverkade deras syn på sexualiteten och de flesta kvinnorna uttryckte en stark rädsla över hur deras partner skulle reagera med anledning av den förändrade kvinnokroppen (Bal et al, 2013).

Upplevelsen av infertilitet

Synen på en förändrad kvinnlig identitet påverkades till följd av behandling av gynekologisk cancer, vilket påverkade det sexuella välbefinnandet (Bal et al., 2013 & Reis et al., 2010). Anledningen till att synen på den förändrade femininiteten påverkade sexualiteten och partnerrelationen var att kvinnorna associerade fertilitetsorganen, i synnerhet livmodern, med sitt sexualliv. Kvinnorna, som tillhörde det muslimska samhället, beskrev att inom den muslimska kulturen är livmodern fortfarande en symbol för kvinnlighet, sexualitet, fertilitet samt moderskap och många av kvinnorna hade fortfarande filosofin att *"a woman without a uterus is not a woman"*. Avlägsnandet av fertilitetsorganen fick kvinnorna att känna sig trasiga och skadade vilket påverkade rollen som hustru, som enligt deltagarna är en av de viktigaste delarna i en kvinnas identitet. Gemensamt hos deltagarna var att tomrummet efter livmodern bidrog till att de kände sig som ofullständiga kvinnor och att de inte längre kunde uttrycka sin sexualitet gentemot sin partner (Reis et al., 2010).

Beroende på ålder samt vilken livssituation kvinnorna befann sig i upplevdes förlusten av fertilitetsorganen på olika sätt. Yngre kvinnor, som saknade egna barn, och som identifierade

sin kvinnlighet med förmågan att föda barn upplevde en starkare känsla av förlorad femininitet till följd av avlägsnandet av reproduktionsorganen. Kvinnorna beskrev att de kände sig oattraktiva samt mindre kvinnliga och flera av deltagarna var oroliga att infertiliteten skulle skada förhållandet till partnern (Juraskova, Butow, Rubertson, Sharpe, McLedo & Hacker, 2002). I en studie utförd av Maughan och Clarke (2001) visade det sig att unga kvinnor upplevde barnlösheten lika förödande som att diagnostiseras med gynekologisk cancer. Processen för återhämtning och anpassning till samhället var en mycket smärtsam process för kvinnorna. Gemensamt hos alla deltagarna var att de upplevde ett socialt utanförskap på grund av barnlösheten och kvinnorna kände en stark ilska när folk antog att de var karriärskvinnor som inte prioriterade familj och barnafödande.

Känslorna av sorg kvarstod länge bland kvinnorna som sörjde förlusten av fertilitetsorganen. I en studie utförd av Carter et al. (2005) visade det sig att 50 procent av kvinnorna, efter ett år, regelbundet sörjde förlusten över att inte kunna skaffa biologiska barn. Hälften av kvinnorna upplevde svårighet att acceptera infertiliteten och 42 procent upplevde en stor frustration över barnlösheten minst en gång i veckan eller dagligen. Majoriteten av kvinnorna, 75 procent, rapporterade att livet kändes meningslöst utan ett genetiskt barn och 40 procent uttryckte att framtiden saknade syfte utan möjligheten till att ha ett biologiskt barn. 35 procent hade svårt att gå vidare med sina liv och känna lycka.

De kvinnor som hade ett eller fler barn och var färdiga med barnafödande upplevde inte avlägsnandet av livmodern som något destruktivt eller som påverkade deras syn femininitet. Tvärtom upplevdes infertiliteten som en lättnad för de kvinnor som plågats med smärtsamma menstruationer och rikliga blödningar. Anledningen till att kvinnorna inte sörjde infertiliteten var att livmodern endast förknippades som ett reproduktivt organ och ingen symbol för femininitet. Däremot rapporterade många av kvinnorna att de upplevde ömhet och torrhet i slidan vid samlag vilket påverkade sexuallivet negativt (Sekse et al., 2013).

Behandlingens påverkan på sexualiteten

Smärta

Kvinnor har uttryckt smärtrelaterad rädsla över vaginal penetration till följd av gynekologisk cancer. I Lara, Moreira de Andrade, Donaire Consolo och Peterson Mariano Salata Romao (2011) undersökning studerades 30 kvinnor som genomgått radikal hysterektomi, varav 15 av dem fick tilläggsbehandling med kemoterapi och/eller radioterapi. Gemensamt för alla kvinnorna var att samlagsfrekvensen minskade till följd av operationen och dess effekter. Fem av kvinnorna rapporterade att de hade svårigheter med att återuppta sina sexuella relationer till sin partner. Anledningen var att de kände sig obekväma med att samtala med sin partner om sina svårigheter relaterat till konsekvenserna av behandlingen. Författarna fann även indikation på att de kvinnor som genomgått hysterektomi kombinerat med radioterapi hade tre gånger högre risk att drabbas av sexuell dysfunktion. Jämfört med de kvinnor som genomgått kombinerad behandling med hysterektomi och kemoterapi.

Kvinnorna som deltog i Cleary, Hegarty och McCarthy (2013) studie intervjuades i syfte att undersöka vilken påverkan gynekologisk cancer hade på sexualiteten utifrån ett patientperspektiv. Sex av totalt åtta kvinnor, som levde i en partnerrelation, uppgav att samlagen minskade till följd av behandlingen. Resterande två kvinnor som vid tillfället för intervjun inte ingick i ett sexuellt förhållande kunde därför inte uppges om behandlingen påverkade sexuallivet. En av anledningen till den minskade samlagsfrekvensen var att kvinnorna upplevde smärta i samband med penetration relaterat till minskad lubrikation. Känselbortfall samt psykologiska hinder, exempelvis minskat självförtroende, var ytterligare två faktorer som påverkade den minskade samlagsfrekvensen. Dessutom uttryckte två av kvinnorna att de upplevde rädsla för smärta inför samlag. Liknande resultat redogjordes i Reis et al. (2010) studie där ett av de mest betydande problemen efter behandling av gynekologisk cancer var smärta i samband med samlag. Kvinnorna som genomgått radioterapi upplevde starka smärtor under samlag och en kvinna beskrev smärtorna som om någon vred om en kniv i magen. De kvinnor som diagnostiserats med cervixcancer och genomgått radikal hysterektomi, där vagina blir trängre och kortare till en följd av behandlingen, upplevde stora problem då samlag inte kunde genomföras fullt ut. De kvinnor som deltog i Burns et al. (2007) studie, som behandlats med radioterapi till följd av cervixcancer, redogjorde att smärta i samband med samlag var orsakat av urin och tarmdysfunktion som uppkom efter radioterapi. Kvinnorna rapporterade däremot att smärtan inte uppkom under själva samlagen, utan efteråt. Majoriteten av kvinnorna upplevde att de fysiska konsekvenserna av behandlingen påverkade sexualiteten på ett psykologiskt plan, som exempelvis att upprätthålla en hälsosam intim partnerrelation.

I Carter et al. (2005) studie var syftet att undersöka känslomässiga och sexuella konsekvenser efter cancerrelaterad infertilitet hos kvinnor med behandlad gynekologisk cancer. I likhet med föregående studie visade resultatet att smärta var en vanlig orsak till minskad sexuell samvaro efter behandling. Av de totalt 20 kvinnor med diagnostiserad gynekologisk cancer, som genomgått behandling, svarade 12 kvinnor att de var sexuellt aktiva. Åtta deltagare rapporterade att de upplevde smärta eller obehag under samlag, varav fem uppskattade smärtorna som medelmåttiga till höga

Även efter fem till sex år efter avslutad behandling av gynekologisk cancer upplevde kvinnor besvär med torra slemhinnor och samlag kunde stundtals vara en smärtsam upplevelse (Sekse et al., 2013). Liknande resultat kommer även Sekse, Raaheim, Blaaka och Gjengedal (2010) fram till i en intervjustudie där 16 kvinnor deltog. I studien lyftes det fram att sårighet och torrhet i vagina, till följd av behandlingen, kunde medföra att samlag upplevdes som smärtsamt och obehagligt.

Lust och förmåga till orgasm

I Carter et al. (2005) studie uppgav åtta av 18 kvinnor att de var missnöjda med sitt sexualliv och 10 upplevde låg lust till sex. Av de 12 som var sexuellt aktiva upplevde åtta ett missnöje med förmågan att uppnå orgasm. I likhet med föregående studie visade Reis et al. (2010) att ett av de påtagligaste problemen efter behandling av gynekologisk cancer var nedsatt lust.

Orsaker som identifierades utifrån kvinnornas berättelser indikerade att det kunde bero på smärta i samband med samlag, osäkerhet inför framtiden och rädsla inför att sjukdomen skulle återkomma. Förmågan att uppnå orgasm var även försämrad efter behandling och flera av deltagarna uttryckte att det kunde bero på deras psykologiska situation, för när de kände sig väl till mods kunde de uppnå orgasm. Liknande resultat redogör Ekwall, Ternestedt och Sorbe (2003) för. Kvinnorna i studien upplevde att deras lust till sex var nedsatt efter behandling och en kvinna uttryckte att hon kände sig fullständigt död på insidan. Orsaken var att hennes sexuella organ var bortopererade och att hon efter operationen inte tyckte om sin egen kropp.

Sekse et al. (2010) redogjorde att de 16 deltagande kvinnorna i studien upplevde att deras sexualliv förändrats till det sämre fem till sex år efter behandling, eller helt avslutats. Känslor av förlust och sorg över att sexuallivet inte längre var som förut var påtagliga för flera kvinnor och de kände att de inte längre kunde uttrycka sin kärlek på ett kroppsligt och intimt sätt som innan. En av anledningarna till försämrat sexualliv var att de inte upplevde lust till samlag och en kvinna uttryckte det som följande: *"I don't care anymore. It's as if the spark has gone out of me"*.

Sju av åtta deltagare i en studie utförd av Cleary et al. (2013) hade återupptagit samlag efter diagnostillfället. Fem av dem rapporterade förändringar i sexuell lust och lubrikation. Minskad lust för samlag upplevdes främst under pågående behandling, men det fanns även indikationer för att det kvarstod en längre tid efter avslutad behandling. Minskad lust samt andra faktorer som smärta och psykologiska barriärer, som försämrat självförtroende, resulterade i färre samlag jämfört med hur det var innan behandling vilket påverkade relationen med deras respektive partners. Två av kvinnorna hade separerat från sina partners, och en tredje uttryckte enorma svårigheter i sitt äktenskap. Det blev uppenbart att minskad frekvens av samlag orsakade friktion och spänningar i relationen.

Fysiska besvär till följd av behandling innebar negativ påverkan av den sexuella lusten för kvinnorna i studien av Burns et al. (2007). Fysiska besvär var relaterat till tarmdysfunktion och urininkontinens som uppkommit till följd av radioterapi. Tarmdysfunktionen innefattade bland annat ofta förekommande diarréer, vilket försvårade möjligheter till att vara intim med sin partner, eftersom kvinnorna var tvungna att uppsöka en toalett regelbundet. Bristande intresse och lust till sex med sin partner gav upphov till spänningar i parrelationen. Resultatet indikerade även att det fanns ett samband mellan fysiska effekter, bristande intresse för sex, kroppsuppfattning och att de tillsammans påverkade partnerrelationen negativt.

Andra vägar till intimitet

Carter et al. (2005) visade att 12 av 18 deltagare var sexuellt aktiva ett till fem år efter avslutad behandling av gynekologisk cancer. Tio av kvinnorna som uppgav att de hade ett sexuellt umgänge upplevde medelmåttig till hög tillfredsställelse med den emotionella närheten i deras sexuella relationer. Liknande resultat redogjorde Sekse et al. (2013) för. Några kvinnor i deras studie uppvägrade behandlingens negativa effekter på sexuallivet genom att finna nya vägar till att upprätthålla ett tillfredställande sexualliv med sin partner. Det kunde innebära längre förspel, mer planering och hjälp av sexleksaker. Även i Cleary et al.

(2012) studie där deltagarna uppgick till åtta kvinnor framkom det att intimitet som inkluderade annat än bara samlag blev viktigare för en del av kvinnorna. Det kunde vara att hålla varandras händer, kyssar och andra former av uttryck som signalerade tillgivenhet. Några av deltagarna upplevde att deras syn på sexualitet var förändrad till följd av cancerdiagnosen och fått en djupare innebörd. Sexualitet uppfattades även som något mer än den fysiska akten samlag, den var förknippad med attityder, feminitet, utseende och relationer. Vidare tyckte alla åtta deltagarna att sexualitet var en viktig del av en kvinnas liv, men runt tidsperioden för diagnosen var frågor rörande liv och död betydligt mer viktigt (Cleary et al., 2013)

Djup tacksamhet över att vara i liv, en känsla av att ha växt som människa och omvärdering av vad som uppfattades som viktigt i livet var känslor som deltagare i Sekse et al. (2010) uttryckte. Samtidigt hägrade en beredskap på att cancer kunde återkomma, tillsammans med de utmaningarna som behandlingen av den gynekologiska cancer hade på sexualiteten. Kvinnorna i studien uttalade att de var tvungna att finna nya vägar för att kunna relatera och uttrycka sina känslor till sin partner. Det gjordes ofta i tysthet och ömsesidig förståelse tillsammans med deras partner, för att på så vis hitta en gemensam grund.

Diskussion

Metoddiskussion

Litteraturoversiktens syfte var att beskriva hur kvinnor med gynekologisk cancer upplevde sin sexualitet efter behandling. För att fånga kvinnornas upplevelser valdes främst artiklar med en kvalitativ ansats. Undantag gjordes i två fall där artiklar med en kvantitativ ansats valdes då vi ansåg att de svarade väl till syftet. Enligt Davidsson och Patel (2004) används en kvalitativ ansats för att fånga och identifiera en persons egenskaper och erfarenheter, det vill säga att forskaren ställer frågor som ger utrymme för intervjupersonen att svara med egna ord. Resultatet hade möjligen blivit mer tillförlitligt med en empirisk studie där utgångspunkten är tagen från verkligheten för att skapa en ökad förståelse av personens upplevelser. Segesten (2006a) menar att tiden är begränsad för att kunna genomföra en empirisk studie som uppfyller kraven för en god kvalitet inom grundbildningen till sjuksköterskeprogrammet och därför är det inte att rekommendera. Valet föll då på att genomföra en litteraturoversikt. Segesten (2006b) menar att översikten kan med fördel genomföras då kunskapsläget skall utforskas vilket skapar möjlighet till ny kunskap om hur vårdarbetet kan förbättras. Litteraturoversikten kan även resultera i att områden, där det finns begränsad forskning, uppmärksammas och ger grund för fortsatt forskning.

Under den inledande litteratursökningen som utfördes i databasen CINAHL stod det klart att det att det fanns ett tillräckligt urval av artiklar som svarade mot problemformuleringen och syftet. För att komplettera urvalet av artiklarna utökades sökningen till PubMed för att säkerställa att värdefulla artiklar inkluderades. Databasen CINAHL användes mest frekvent då sökningen hade ett större urval av artiklar som syftade till att beskriva patienters

upplevelser. Av totalt 11 inkluderade artiklar kommer åtta ifrån CINAHL och tre kommer ifrån PubMed. Uppsatsens resultat hade stärkts ytterligare om andra databaser hade använts vid sökningen. Fulltext valdes som inklusionskriterie vid båda sökningarna, men enligt Östlund (2006) är det en mindre bra metod då värdefull information kan gå förlorad. Resonemanget som fördes resulterade i att fulltext ändå valdes att ha som inklusionskriterier då sökningarna gav tillräckligt med artiklar som svarade till syftet. Vid den systematiska litteratursökningen användes sökorden inledningsvis separat vilket resulterade i ett stort antal träffar och listan var till synes oöverkomlig att granska. För att begränsa sökningen kombinerades sökorden vilket gav ett mer riktat urval av artiklar. Antal träffar var fortfarande stort och i ett försök att begränsa antalet träffar avgränsades sökningen till att enbart inkludera artiklar som var skrivna efter år 2000. Det visade sig att begränsningen var näst intill obetydlig vilket kan visa på att intresset för ämnet har ökat de senaste åren.

De inkluderade artiklarna i uppsatsen har sitt ursprung i åtta olika länder så som Sverige, Norge, Storbritannien, Irland, Turkiet, Brasilien, USA och Australien och var författade på engelska. När en text översätts från engelska till svenska finns det risk för feltolkning och att budskapet kan misstolkas vilket därmed kan komma att påverka reliabiliteten. För att undvika feltolkning lästes artiklarna enskilt till en början, för att därefter studera texterna tillsammans. I uppsatsen är fem världsdelar representerade, dock är majoriteten av artiklarna utförda i västvärlden och resultatet i uppsatsen kan då inte styrka att den förändrade sexualiteten hos kvinnor med gynekologisk cancer är ett internationellt problem. Det saknades studier att tillgå från utvecklingsländer vilket påverkar överförbarheten till ett internationellt plan. Litteraturöversiktens överförbarhet hade stärkts om forskning från världsdelar som Mellanöstern och Afrika hade funnit tillgängliga att inkludera i resultatet. Emellertid visade resultatet på stora likheter vilket kan tolkas som att kvinnornas upplevelse av en förändrad sexualitet är lika världen över.

Friberg (2006a) tillvägagångssätt för analys av kvalitativa samt kvantitativa artiklar användes för att analysera innehållets resultat. Den inledande analysen genomfördes enskilt vilket bedöms öka reliabiliteten då risken för att påverka varandras tankar minimeras (Lantz, 2011). När den enskilda analysen var gjord jämfördes resultaten och det visade sig att likvärdiga slutsatser hade dragits, vilket pekar på att trovärdigheten i det slutliga resultatet är god. Det är viktigt enligt Friberg (2006b) att behålla ett förutsättningslöst tänkande vid analysering av texter för att undvika att låta förutfattade meningar påverka arbetet. Under hela förloppet präglades analysarbetet av öppenhet och artiklarnas innehåll granskades utifrån ett neutralt perspektiv där egna åsikter åsidosattes för att åstadkomma ett sådant objektiva resultat som möjligt. Det har även eftersträvat att data skall framställas på ett korrekt sätt och att likaså inte utesluta delar som kan innebära att slutresultatet påverkas på ett negativt sätt. För att styrka uppsatsens validitet och därmed trovärdighet granskades artiklarna utifrån Friberg (2006a) mall för kvalitetsgranskning och genom att kvalitetsgranska artiklarna förstärks källornas tillförlitlighet.

Två av de artiklar som ingick i resultatet var delvis skrivna av samma författare och utgick från samma urval av deltagare (Sekse et al, 2010 & Sekse et al, 2013). Det kan bedömmas vara en svaghet eftersom resultatet inte blir lika väl underbyggt. Artiklarnas syfte var

formulerade på olika vis och därmed också resultatet, därför bedömdes det ändå som relevant att inkludera båda artiklarna. Ytterligare två andra artiklar var skrivna av delvis samma författare (Reis et al, 2009 & Demigroz- Bal, Dereli- Yilmaz & Kizilkaya- Beji, 2012). Däremot baserades inte artiklarnas resultat på samma urval av deltagare, vilket kan ses som en styrka. En svaghet är dock att inkludera kvalitativa artiklar av samma författare eftersom resultatet i kvalitativa studier tolkas utifrån dennes förståelse (Davidson & Patel, 2004).

I samtliga vetenskapliga artiklar som ingick i resultatet förde författarna ett etiskt resonemang samt att artiklarna var granskade och godkända av en etisk kommitté. Grundläggande etiska principer för medicinsk forskning innebär att det krävs informerat samtycke att delta i studien, samhället skall gynnas av den bedrivande forskningen, deltagarna ska skyddas från möjliga risker samt att anonymitet garanteras till varje deltagare. Vidare skall deltagarna när som helst ha möjlighet att avbryta och utgå från studien (Vetenskapsrådet, 2011). Vid val av artiklar fanns inget inklusionskriterium som sade att artiklarna skulle vara granskade av en etisk kommitté. Vid granskningen ansågs det däremot vara av vikt att valda artiklar förde ett etiskt resonemang då uppsatsens ämne kan uppfattas vara av känslig art. Uppfattningen är att resultatet kan ses som mer tillförlitligt då grundläggande principer uppfylls tack vare att deltagarna möjligen känner sig trygga med garanterande anonymitet och att deltagandet är frivilligt.

Resultatdiskussion

Utifrån resultatet framkommer två kategorier angående kvinnors upplevelser av sexualitet efter behandlad gynekologisk cancer. De två teman som presenteras i resultatdelen är följande: Somatiska förändringar till följd av behandlingen och behandlingens påverkan på sexualiteten. I resultatdiskussionen kommer Antonovskys teori om känsla av sammanhang, KASAM, diskuteras som stöd för att anknyta till uppsatsens resultat.

Ett av huvudfynden som identifierades i resultatet var att kvinnornas kroppsuppfattning främst påverkades av behandlingen och inte endast av cancersjukdomen. Kirurgi och kemoterapi var två återkommande behandlingar som bidrog till en negativ kroppsuppfattning främst på grund av avlägsnandet av fertilitetsorganen.

Det framkom ur Reis et al, (2010) resultat att kirurgi var den behandlingsform som orsakade störst skada på kvinnokroppen och förlusten av fertilitetsorganen orsakade stor sorg. De kvinnor som behandlats med kirurgi upplevde inte enbart fysiska förändringar i kroppsuppfattningen utan även själsliga förändringar, vilket fick konsekvenser för livskvaliteten som i sin tur påverkade sexualiteten negativt. Det kan jämföras med tidigare forskning där sambandet mellan livskvalitet och sexualitet har studerats. Resultatet visade att det finns ett naturligt samband mellan de två faktorerna och personer som upplevde en minskad livskvalitet hade även hög grad av nedsatt sexuell lust (Lewin, 1996). Sekse et al, (2013) rapporterar ett snarlikt resultat då kirurgi redovisas som ett av de främsta ingreppen som förändrar kvinnokroppen och som ger upphov till en känsla av tomhet. Kroppsförändringen var svår att acceptera och upplevdes som en känsla av ofullständighet

vilket påverkade intimiteten i partnerrelationen. Resultaten från Reis et al, (2010) och Sekse et al, (2013) studier upplevs inte som överraskande då de flesta kvinnor förknippar sin sexualitet och identitet med reproduktionsorganen (Juraskova, 2002). Anledningen till att kirurgi anses orsaka störst skada på kvinnokroppen är på grund av att ingreppet orsakar stora förändringar i anatomin vilket kan leda till att kvinnorna hamnar i klimakteriet (Bergmark et al., 2000).

Ett påtagligt fynd i resultatet var att håravfall och viktökning, under pågående eller avslutad behandling, var två av de främsta faktorerna som påverkar upplevelsen av en förändrad kvinnokropp (Burns et al., 2007 & Bal et al., 2013). Kvinnorna som behandlats med kemoterapi drabbades av håravfall som en konsekvens av behandlingen vilket påverkade synen på kroppsbilden. Det framkom att kvinnorna kände sig mindre attraktiva till följd av den förändrade kroppsuppfattningen vilket bidrog till att kvinnorna tvivlade på sin identitet (Bal et al., 2013). Även viktökning till följd kemoterapi var ett tydligt fynd i resultatet då det visade sig vara en av den vanligaste faktorn som påverkar kvinnornas kroppsuppfattning. Kvinnorna associerade inte enbart viktökningen till en förändrad kroppsbild utan även som en bidragande faktor som skapar spänningar i partnerrelationen (Burns et al., 2007). Sociala medier målar upp en bild av den perfekta kvinnan som slank, välmående med friskt och fylligt hår. Kvinnor som har drabbats av håravfall och viktökning till följd av behandlingen uppfyller inte bilden av den perfekta välmående kvinnan vilket troligtvis kan vara en bidragande faktor till att kvinnorna upplever sig mindre attraktiva som kan leda till att partnerrelationen blir påverkad.

Ett viktigt fynd som identifieras ur resultatet var att förlusten av fertilitetsorganen upplevdes på olika sätt beroende på kultur, ålder och livssituation. Infertilitet till följd av behandlingen var en återkommande faktor i resultatet som påverkade könsrollen och synen på en förändrad kvinnlig identitet.

Det framkom i Reis et al, (2010) resultat att kvinnorna som tillhör den muslimska kulturen associeras med barnafödande. Anledningen är att fertilitetsorganen, speciellt livmodern, är en symbol för moderskap och barnafödande. Det framkom även ur resultatet att det kvinnorna som behandlats med hysterektomi till följd av gynekologisk cancer ansågs inte längre vara fulländade kvinnor av samhället. Resultatet upplevdes som överraskande då delar av Asiens, med ett muslimskt ursprung, syn på kvinnor skiljer sig markant från de värderingar som syns i många andra europeiska länder.

I resultatet framkom det att kvinnor i olika åldersspann upplevde förlusten av fertilitetsorganen på olika sätt (Juraskova et al., 2002 & Sekse et al., 2013). Juraskova et al, (2002) beskriver att yngre kvinnor, som associerar förmågan av att föda barn med sin kvinnlighet, upplever en starkare känsla av förlorad femininitet till följd av infertiliteten. Maughan et al, (2000) presenterade ett snarlikt resultat då förlusten av fertilitetsorganen redovisas som en traumatisk händelse i kvinnornas liv som fick dem att tvivla på femininiteten. Det framkom även att yngre kvinnor, som saknade egna barn, upplevde infertiliteten lika förödande som att diagnostiseras med gynekologisk cancer. Detta bekräftas av Carter et al, (2005) då resultatet visade att hälften av kvinnor upplevde svårighet att acceptera barnlösheten och majoriteten av kvinnorna, 15 av 20 kvinnor, berättade att livet

saknade mening utan ett genetiskt barn. Det framkom även ur studien att känslorna av sorg kvarstod länge bland kvinnorna som sörjde förlusten av fertilitetsorganen.

Resultatet i Sekse et al, (2013) studie visades ett positivt fynd där kvinnor, som var färdiga med barnafödandet, endast upplevde positiva effekter efter avlägsnandet av fertilitetsorganen. Infertiliteten upplevdes som en lättnad för de kvinnor som hade plågats av smärtsamma menstruationer och rikliga blödningar. Utifrån resultatet kan nya erfarenheter ses vilket kan konstatera att behandlingen inte nödvändigtvis behöver upplevas negativt utan även kan ses som en positiv förändring som ökar en kvinnas välbefinnande. Fyndets trovärdighet stärks ytterligare utifrån ett holistiskt synsätt då teorin bygger på att en person kan må väl och uppleva hälsa, trots närvaro av sjukdom. Det är viktigt att sjuksköterskan arbetar utifrån ett holistiskt synsätt, oavsett vilket praktiskt fält eller kontext det gäller, för att tillgodose patientens hälsa eller återfå hälsa trots sjukdom och lidande.

Vanliga orsaker till följd av behandlingen var trängre vagina som försvårade samlag och minskad lubrikation som gjorde slemhinnorna torra samt såriga, vilket medförde smärta vid samlag (Alves Silva Lara et al., 2011; Cleary et al., 2013; Reis et al., 2010; Burns et al., 2007; Carter et al., 2005; Sekse et al., 2013 & Sekse et al., 2010). Behandlingar som hysterektomi där livmodern avlägsnas samt radikal hysterektomi som innefattar fullständigt avlägsnande av livmoder, livmoderhals, övre vagina och den bindväv som omger livmodern är två kirurgiska ingrepp som främst orsakar ovanstående konsekvenser (Bergmark & Åvall-Lundqvist, 2000). Radioterapi, som också är ett vanligt behandlingsalternativ vid gynekologisk cancer, medförde smärta som orsakades av tarm och urindysfunktion. Resultatet visar således att oavsett vilken behandling som kvinnorna gick igenom medförde smärta, men av olika orsaker. Det kan jämföras med Bourgeois-Law och Lotocki (1999) där smärta efter behandling av gynekologisk cancer var den mest betydande konsekvensen och som var den främsta orsaken till nedsatt sexuell funktion. Lust och förmåga till orgasm var även påverkad efter behandling av gynekologisk cancer och flera kvinnor uttryckte att de var missnöjda med sitt sexualliv. Gemensamt för studierna var att samlagsfrekvensen hade minskat jämfört med innan behandling (Carter et al., 2005; Reis et al., 2010; Sekse et al., 2010; Cleary et al., 2013 & Burns et al., 2007). Utifrån resultatet kan det tolkas som att smärta och andra biverkningar av behandling kom att påverka kvinnornas lust till sexuell samvaro. Tarm och urindysfunktion innebär smärta i samband med samlag men även en psykologisk påfrestning då kvinnornas möjlighet att vara intim med sin partner försvårades då diarréer var vanligt förekommande. Lusten var också påverkad av psykologiska barriärer/ hinder som försämrade självförtroendet.

Tillfredställande sexualliv har visats höra samman med tillfredställande livskvalité. Individer som led av någon långvarig sjukdom eller skada hade också högre grad av nedsatt sexuell förmåga (Lewin, 1996). Utifrån Lewin (1996) kan det därför antas att de kvinnor som upplevde nedsatt sexuell förmåga relaterat till behandling av gynekologisk cancer även upplevde nedsatt livskvalité. Det är därför viktigt att sjuksköterskan beaktar kvinnornas upplevelser och stödjer dem genom behandlingen samt under uppföljningstiden. Då kvinnan upplever att hon har stöd genom den svåra tiden som sjukdomen för med sig, kan hennes

känsla av sammanhang stärkas. Stöd kan innebära information kring sjukdomen och behandlingen som då stärker begriplighet vilket är den första komponenten i känsla av sammanhang. Den andra komponenten, hanterbarhet innebär att patienten upplever att det finns resurser för att kunna hantera svårigheter. Det kan innebära både inre resurser och yttre, som närstående eller sjukvårdspersonal (Antonovsky, 1987). Genom att sjuksköterskan finns tillgänglig för patienten och ger känslomässigt stöd kan hanterbarhet stärkas.

Resultatet visar att upplevelsen av vad sexualitet innebar för kvinnorna var förändrad efter behandling av gynekologisk cancer. Det blev uppenbart att sexualitet fick en djupare innebörd och betydelsen av intimitet som inte enbart innefattade samlag blev viktigare. Kyssar, att hålla varandras händer och annan form av närhet var sådant som belystes vara betydelsefullt (Carter et al., 2005; Sekse et al., 2013; Cleary et al., 2013; Sekse et al., 2010). Det är ett viktigt fynd då behandlingen påverkar möjligheterna till samlag, dels för att smärta efter behandling är en vanlig konsekvens och dels för att kvinnorna upplever minskad lust. Enligt Bourgeois-Law & Lotocki (1999) upplevde 56,1 procent av kvinnor i en enkätundersökning att smärta var den främsta orsaken till sexuell dysfunktion. Andra orsaker var trötthet, nedsatt känsel i underlivet och ofrivillig urinavgång, vilket kan tolkas vara orsak till minskad lust. Kvinnorna uttryckte i undersökningen att de trots besvären önskade återfå ett fungerande sexualliv.

Genom att sjuksköterskan fokuserar på nya möjligheter och att finna andra vägar till intimitet under pågående behandling samt under uppföljningstiden kan kvinnornas situation underlättas, i enlighet med Antonovsky (1987) ska ett salutogent förhållningssätt förespråkas och fokus ska ligga på det friska hos individer. I Carter et al. (2005) studie redogörs att 12 av totalt 18 deltagare var sexuellt aktiva ett till fem år efter avslutad behandling av gynekologisk cancer. Av de 12 som var sexuellt aktiva upplevde 10 kvinnor medelmåttig till hög tillfredsställelse med den emotionella närheten i deras sexuella relationer. Det bekräftar ytterligare att sexualitet upplevs vara betydelsefullt för välbefinnandet. Stor del av uppsatsen har berört hur sexualiteten påverkas negativt av behandlingen, men det faktum att 10 av 12 var tillfredsställda med den emotionella närheten är fynd som behöver uppmärksammas. Sekse et al. (2013); Cleary et al. (2013) och Sekse et al. (2010) redovisar ett snarlikt resultat då sexualiteten rapporteras inrymma mer än bara samlag, vilket stärker uppsatsens resultat. Även Folkhälsomyndigheten (2012) redogör att samlag inte är den enda förutsättningen för att uppleva intimitet. Närhet och beröring ses som två viktiga faktorer i människans sexualliv vilket har stor betydelse för hälsa och välbefinnande.

För att anta ett salutogent förhållningssätt kan sjuksköterskan med fördel stödja och uppmuntra de delar av sexualiteten som upplevs tillfredställande. Det innebär att lyfta upp det positiva som den emotionella närheten innebär, istället för att fokusera på de begränsningar av sexualiteten som gynekologisk cancer kan medföra. Sjuksköterskan kan därför stödja patienten att stärka dennes känsla av sammanhang genom ett salutogent perspektiv på hälsa och sjukdom och därmed främja hälsa hos kvinnor med gynekologisk cancer (Antonovsky, 1987). Kvinnorna uttryckte själva att de var tvungna att finna andra vägar för att upprätthålla ett sexualliv med sin partner eller för att kunna relatera och uttrycka sina känslor till denne

(Sekse et al., 2010 & Sekse et al., 2013). Det tyder på en vilja och en uppfattning att sexualitet är en viktig del av livet och att vara kvinna.

Konklusion och praktiska implikationer

Kvinnor som genomgått behandling för gynekologisk cancer upplever att sexualitet har fått en annan innebörd och omvärderat synen på livet. Det framgick ur resultatet att upplevelser av sexualitet främst påverkades av fysiska besvär till följd av behandlingen och inte enbart av cancersjukdomen. Det kan därför vara av betydelse att sjuksköterskan bör fokusera på effekterna av cancerbehandlingen, som vaginal anatomi, fysiska effekter och psykiska effekter för att kunna stödja kvinnans sexuella välbefinnande. Genom att fokusera på nya möjligheter till sexualitet kan kvinnorna, trots sjukdomen, uppleva god hälsa. Det stöds av Antonovsky (1987) teori om känsla av sammanhang där ett salutogent förhållningssätt förespråkas och som innebär att en människa kan lida av en sjukdomsdiagnos men ändå uppleva hälsa.

Nya erfarenheter som erhållits ur uppsatsen är en ökad förståelse hur god sexualitet påverkar välbefinnande och hälsa. Kunskap om att sexualitet kan inrymma mycket mer än bara samlag och att det finns andra vägar till att uppleva intimitet. En positiv överraskning som framgick i resultatet var att behandlingen till följd av gynekologisk cancer inte nödvändigtvis behöver upplevas negativt, främst hos äldre kvinnor, utan kan även ses som en positiv förändring som ökar en kvinnas välbefinnande.

Eftersom uppsatsen belyser kvinnors upplevelse av sexualitet efter behandlad gynekologisk cancer anser vi att det behövs fler studier som syftar till att undersöka hur partnern upplever förändringarna till följd av kvinnans behandling. Anledningen till att sjuksköterskan bör ha kunskap om hur partnern upplever förändringen är att hen även kan vara i behov av stöd och att känna sig delaktig. Även fler studier med fokus på hjälpmedel som kan minska kvinnors svårigheter i samband med sexualitet anser vi behövs. Under uppsatsens gång framkom det att kvinnorna upplevde att det saknades information om hjälpmedel som kan underlätta sexuallivet. Därför bör sjuksköterskan uppmärksamma de hjälpmedel som finns att tillgå för att underlätta kvinnornas situation.

Referenslista

Antonovsky, A. (1987). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.

Bal, M., Yilmaz, S., & Beji, N. (2013). Sexual Health in Patients with Gynecological Cancer: A Qualitative Study. *Sexuality & Disability*, 31(1), 83-92. doi:10.1007/s11195-012-9263-7.

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

Bourgeois-Law, G., & Lotocki, R. (1999). Sexuality and gynaecological cancer: a needs assessment. *Canadian Journal Of Human Sexuality*, 8(4), 231-240.

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.

Cancerfonden. (2013a). *Statistik*. Cancerfondsrapporten 2013 . Hämtad 20 mars, 2014, från Cancerfonden, <http://www.cancerfonden.se/Documents/cfr13/cancerfondsrapporten2013.pdf>

Cancerfonden. (2013b). *Vad är cancer?* Hämtad 9 april, 2014, från Cancerfonden, <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Vad-ar-cancer/>

Cancerfonden. (2013c). *Livmoderkroppscancer*. Hämtad 9 april, 2014, från Cancerfonden, <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Cancersjukdomar/Livmoderkroppscancer/>

Cancerfonden & Socialstyrelsen. (2013d). *Livmoderkroppscancer*. Cancer i siffror 2013: populärvetenskapliga fakta om cancer. Hämtad 10 april, 2014, från Cancerfonden http://www.cancerfonden.se/Documents/Cancer%20i%20siffror%202013/cancer_i_siffror_2013.pdf

Cancerfonden & Socialstyrelsen. (2013e). *Äggstockscancer*. Cancer i siffror 2013: populärvetenskapliga fakta om cancer. Hämtad 10 april, 2014, från Cancerfonden http://www.cancerfonden.se/Documents/Cancer%20i%20siffror%202013/cancer_i_siffror_2013.pdf

Cancerfonden & Socialstyrelsen. (2013f). *Livmoderhalscancer*. Cancer i siffror 2013: populärvetenskapliga fakta om cancer. Hämtad 10 april, 2014, från Cancerfonden http://www.cancerfonden.se/Documents/Cancer%20i%20siffror%202013/cancer_i_siffror_2013.pdf

- Carter, J., Rowland, K., Chi, D., Brown, C., Abu-Rustum, N., Castiel, M., & Barakat, R. (2005). Gynecologic cancer treatment and the impact of cancer-related infertility. *Gynecologic oncology*, 97, 90-95.
- Cleary, V., Hegarty, J., & McCarthy, G. (2013). How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality. *Cancer Nursing Practice*, 12(1), 32-37.
- Davidson, B., & Patel, R. (2004). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Eide, H. & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekwall, E., Ternestedt, B., & Sorbe, B. (2003). Important aspects of health care for women with gynecologic cancer. *Oncology Nursing Forum*, 30(2 part 1), 313-319. doi:10.1188/03.ONF.313-319
- Flenser, G. (2010). Det vetenskapliga ämnet. I E. Dahlborg Lyckhage (Red.), *Att bli sjuksköterska- en introduktion till yrke och ämne* (ss. 85-107). Lund: Studentlitteratur
- Folkhälsomyndigheten. (2014). *Folkhälsans utvecklingsområden*. Hämtad 20 mars, 2014, från Folkhälsomyndigheten, <http://folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/sexualitet-och-reproduktiv-halsa/>
- Folkhälsomyndigheten. (2012). *Sex, hälsa och välbefinnande*. Hämtad 24 mars, 2014, från Folkhälsomyndigheten, <http://folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12779/R2012-01-Sex-halsa-och-valbefinnande.pdf>
- Friberg, F. (2006a). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss. 115-124). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2006b). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss. 105-122). Lund: Studentlitteratur.
- Juraskova, I., Butow, P., Robertson, R., 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.
- Katz, A. (2003). Sexuality after hysterectomy: a review of the literature and discussion of nurses' role. *Journal Of Advanced Nursing*, 42(3), 297-303. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02619.x

- Lantz, B. (2011). *Den statistiska undersökningen: grundläggande metodik och typiska problem*. Lund: Studentlitteratur.
- Lara, L., de Andrade, J., Consolo, F., & Romão, A. (2012). Women's Poorer Satisfaction With Their Sex Lives Following Gynecologic Cancer Treatment. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 16(3), 273-277.
- Maughan, K., & Clarke, C. (2001). The effect of a clinical nurse specialist in gynaecological oncology on quality of life and sexuality. *Journal Of Clinical Nursing*, 10(2), 221-229. doi:10.1046/j.1365-2702.2001.00465.x
- Reis, N., Beji, N., & Coskun, A. (2010). Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: results from quantitative and qualitative data. *European Journal Of Oncology Nursing*, 14(2), 137-146. doi:10.1016/j.ejon.2009.09.004
- SBU Alert-rapport. (2005). *Nedkylning av hårbotten för att förhindra håravfall i samband med cytostatikabehandling*. Hämtad 11 april, 2014, från Kunskapscentrum hör hälso- och sjukvården, <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Alert/Nedkylning-av-harbotten-for-att-forhindra-haravfall-i-samband-med-cytostatikabehandling/>
- Schover, L.R. (1997). *Sexuality and fertility after cancer*. New York: Wiley.
- Segesten, K. (2006a). Ännu en metodbok. I. Friberg, F. (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss. 9-16). Lund: Studentlitteratur.
- Segesten, K. (2006b). Att välja modell för sitt examensarbete. I. Friberg, F. (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss. 85-88). Lund: Studentlitteratur.
- Sekse, R., Gjengedal, E., & Råheim, M. (2013). Living in a Changed Female Body After Gynecological Cancer. *Health Care For Women International*, 34(1), 14-33. doi:10.1080/07399332.2011.645965
- Sekse, R., Raaheim, M., Blaaka, G., & Gjengedal, E. (2010). Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 24(4), 799-807. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00778.x
- Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed* (1:2011). Hämtad 5 maj, 2014, från Vetenskapsrådet, <https://www.vr.se/download/18.3a36c20d133af0c12958000491/1321864357049/God+forskningssed+2011.1.pdf>
- Vetenskapsrådet. (2011). Vad innebär peer review?. Hämtad 17 juni, 2014, från Vårdvetenskapsrådet,

<http://www.vr.se/forskningsfinansiering/beredning/beredningsprocessen/forskaregranskarforskare/faqpeerreview/vadinnebarpeerreview.5.5fa10c312ed4d5b90680001670.html>

World health organization. (2014). *Defining sexual health*. Hämtad 24 mars, 2014, från world health organization, http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

World health organization. (2014). *WHO definition of health*. Hämtad 18 juni, 2014, från world health organization, <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I. Friberg, F. (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss. 45-70).

Bilaga I

Datum	Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar
140411	Cinahl Avgränsning: Female, peer-reviewed, 2000-2014, Full text	Genital neoplasm* AND Female	175	2	1	Sekse et al, 2010
140411	Cinahl Angränsning: Female, peer-reviewed, 2000-2014, Full text	Genital neoplasm* AND sex* AND experience*	51	3	3	Cleary et al, 2013
140411	Cinahl Angränsning: Female, peer-reviewed, 2000-2014, Full text	Gynecologic cancer AND sexuality AND experiences	156	10	5	Lara et al, 2012 Ekwall et al, 2003 Burrns et al, 2007
140411	Cinahl Angränsning: Female, peer-reviewed, 2000-2014, Full text	Genital neoplasm* AND Sexuality AND Quality of life	99	3	2	Bal et al 2013 Maughan et al 2001
140411	PubMed Angränsning: Female, 2000-2014, Full text	Genital neoplasm* AND sexual health AND experience*	25	4	1	Sekse et al 2013
140411	PubMed Angränsning: Female, 2000-2014, Full text	Gynecologic oncology AND Sex* AND Experiences	37	6	1	Carter et al 2005
140411	PubMed Angränsning: Female, 2000-2014, Full text	Gynecologic cancer AND Sex* AND quality of life	74	4	3	Reis et al 2010
140423						Juraskova et al 2003

Bilaga II

Översikt av analyserade artiklar

Författare	Titel	Tidsskrift	År/Land	Syfte	Metod	Urval	Resultat
Bal, M., Dereli-Yilmaz, S. & Kizilkaya- Beji, N.	Sexual Health in Patients with Gynecological Cancer: A Qualitative Study.	Sex Disabil (2013) 31: 83-92	2012/Turkiet	Att undersöka hur kroppsbilden, sexuell funktion, fertilitet, sexuell hälsa samt moderskapet påverkar kvinnor som överlevt gynekologisk cancer	Studien bygger på en kvalitativ forskningsmetod där deltagarna (23) intervjuades. 11 av kvinnorna valdes slumpmässigt ut för att delta i en mer djupgående intervju angående sexuell hälsa.	Kriterierna för att delta i studien var att kvinnorna skulle ha en diagnostiserad gynekologisk cancer, behandlingen skulle vara avslutad minst 6 månader innan studiestart samt ha en partner	Studien visade att kvinnornas syn på sexualitet, kroppsuppfattning, fru/moderskap samt fertilitet hade förändrats till det negativa efter behandling.
Burns M., Costello, J., Ryan-Woolley, B., & Davidson, S.	Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality.	European Journal of Cancer Care. 16 (2007), 364-372.	2006/England	Att undersöka kvinnors sexualitet två till tre år under behandling för livmoderhalscancer.	Kvalitativ intervjustudie med 13 kvinnor diagnostiserade med livmoderhalscancer.	Inklusionskriterier var att kvinnorna skulle vara över 18 år, diagnostiserats med livmoderhalscancer, var behandlade för canceren två till tre år innan studien startade och friskförklarade samt förstå och kunna tala Engelska.	Tre teman utformades utifrån intervjuerna: "fysiska effekter till följd av behandling som inkluderade urininkontinens och tarmproblem." andra temat: "Behandlingen hade negativ påverkan på sexualiteten." Tredje temat: "Majoriteten av deltagarna i studien tyckte att informationen de fick var otillräcklig gällande behandling och effekten av behandlingen".
Carter, J., Rowland, K., Chi, D., Brown, C., Abu-Rustum, N., Castiel, M., & Barakat, R.	Gynecologic cancer treatment and the impact of cancer-related infertility.	Gynecologic Oncology, 97(2005), 90-95.	2004/England	Undersöka känslomässig och sexuella konsekvenser efter cancerrelaterad infertilitet hos kvinnor med behandlad gynekologisk cancer.	Kvantitativ studie av 20 kvinnor med behandlad gynekologisk cancer. Deltagarna fick svara på en enkät vid ett tillfälle.	Studien bestod av 20 kvinnor, i åldrarna 27-49 år med diagnostiserad gynekologisk cancer. Deltagarna fick inte ha biologiska eller adopterade barn, samt att man skulle förstå och läsa engelska	Studien visade att 45 % av kvinnorna var missnöjda med sitt sexualliv. Upplevelsen av smärta eller obehag vid vaginal penetration (62 %) samt minskad lubrikation vid samlag (58 %) var den främsta orsaken till minskad lust och intresse.
Cleary, V., Hegarty, J., & McCarthy, G.	How a diagnosis of gynaecological cancer affects	Cancer nursing practice. 1 (2013), 32-37.	2012/Irland	Att undersöka vilken påverkan gynekologisk cancer har på	Kvalitativ intervjustudie med 8 kvinnliga deltagare med diagnostiserad	Inklusionskriterier var att kvinnorna skulle ha någon form av gynekologisk	Kvinnornas syn på sexualitet hade förändrats i samband med cancerdiagnosen och fått en

	women's sexuality			sexualiteten utifrån patientens perspektiv.	gynekologisk cancer.	cancer (Livmoderkroppscancer, äggstockscancer eller livmoderhalscancer).	djupare innebörd. Alla deltagare tyckte att sexualitet var en viktig del av att vara kvinna men frågor rörande liv och död var vid tidpunkten för diagnosen viktigare.
Ekwall, E., Ternstedt, B., & Sorbe, B.	Important aspects of health care for women with gynecologic cancer.	Oncology Nursing Forum. 30 (2003), 313-319.	2003/Sverige	Att beskriva vad kvinnor diagnostiserade med gynekologisk cancer ansåg vara viktigt under deras kontakt med hälso- och sjukvården.	Kvalitativ intervjustudie med 17 kvinnor diagnostiserade med någon form av gynekologisk cancer.	Kvinnor som behandlats med strålning eller kemoterapi för gynekologisk cancer mellan hösten 1996 till och med våren 1997 på ett sjukhus i mellersta Sverige. Som krav var att de skulle kunna tala svenska.	Tre teman bildades utifrån intervjuerna om vad kvinnorna ansåg vara viktigt i samband med cancerbehandling /vård. Första temat var "optimal care". Andra temat: "good communication". Sista temat: "sexual-image and sexuality"
Juraskova, I., Bütow, P., Robertson, R., Sharpe, L., McLeod, C. och Hacker, N.	Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight.	Psycho-Oncology, 12: 267-279	2003/Australien	Att undersöka hur kvinnor anpassade sexualiteten efter behandlingen och hur det påverkade livskvaliteten.	Författarna använde sig av en kvalitativ metod där kvinnor i åldrarna 19-64 intervjuades. Med hjälp av IST programvara kodades de inspelade intervjuerna och teman skapades.	Kvinnor som behandlats med enbart kirurgi, kirurgi plus yttre strålbehandling, kirurgi plus brachyterapi eller yttre strålning plus brachyterapi deltog i studien.	Teman som framkom ur studien var: Behandlingens påverkan på kvinnors femininitet, betydelsen av intimitet efter behandlingen samt vikten av kommunikation mellan vårdpersonal, patienter och partners.
Lara, L., Moreira de Andrade, J., & Donaire Consolo, F., & Peterson Mariano Salata Romão, A.	Women's poorer satisfaction with their sex lives following gynecologic cancer treatment.	Clinical Journal of Oncology Nursing. 16 (2012), 273-277.	2011/Brasilien	Att bedöma vilken självuppfattning kvinnor har på sitt sexualliv till följd av behandling av gynekologisk cancer och att redogöra för vilken inverkan sådan behandling har på den sexuella funktionen.	Kvantitativ tvärsnittsstudie.	Data samlades in från en retrospektiv undersökning ur medicinska journaler från 37 kvinnor med gynekologisk cancer.	Alla kvinnor uttryckte rädsla för smärta vid samlag. Några kvinnor kände osäkerhet för mannens känslor gentemot dem. Fem partners hade svårt att återuppta den sexuella relationen. Ingen av kvinnorna hade diskuterat sexualitet med sin behandlande läkare och de skämdes inför en sådan konversation.
Maughan, K. & Clarke, C.	The effect of a clinical nurse specialist in gynaecological oncology on quality of life and sexuality.	Journal of Clinical Nursing 2001; 10: 221-229.	2001/England	Att undersöka om samtal/stöd från en specialiserad sjuksköterska inom gynekologisk cancer har en positiv effekt på	En blandning av kvalitativa och kvantitativa forskningsmetoder i studien. Den kvantitativa informationen analyserades i "the EORTC QLQ-C30". Den kvalitativa metoden bestod	36 kvinnor med en diagnostiserad gynekologisk cancer deltog i studien. Kvinnorna valdes sedan slumpmässigt ut till antingen studiegruppen (19) eller	Studien tyder på att sjuksköterskan har en betydande roll för en förbättrad livskvalité och sexualitet för kvinnor i sin återhämtning från gynekologisk cancer.

				livskvalitet och sexualitet hos kvinnor med gynekologisk cancer.	av intervjuer där sjuksköterskan samlade information om upplevelsen av livskvalitet och sexualitet.	kontrollgruppen (17).	
Reis, N., Beji, N. & Coskun, A	Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer: Results from quantitative and qualitative data.	European Journal of Oncology Nursing 14 (2010) 137-146	2009/Turkiet	Att undersöka livskvalitet hos patienter med gynekologisk cancer och finna problem som påverkar kvinnors livskvalitet och sexuella funktion.	Forskningen utfördes på en gynekologisk universitetsklinik i Istanbul där 100 kvinnor med gynekologisk cancer svarade på en enkätundersökning som inriktades på livskvalitet. Dessutom genomfördes en semistrukturerad djupintervju med 30 av de 100 kvinnorna, frågorna fokuserade på hälsa och sexualitet.	Kriterierna för att delta i studien var att kvinnorna skulle ha en diagnostiserad gynekologisk cancer samt att behandlingen skulle vara avslutad minst 6 månader innan studiestart.	Studien visade att livskvalitet var måttligt i urvalsgruppen. Gynekologisk cancer och behandling orsakar problem som har en negativ effekt på fysiska, psykiska, sociala och andliga aspekter på livskvalitet. Det visade sig också att behandlingen påverkar den sexuella hälsan, kroppsbyggnad, könsroll (kvinnlighet), sexuella funktioner och fertilitet
Sekse, R., Gjengedal, E. & Råheim, M.	Living in a Changed Female Body After Gynecological Cancer.	Health Care for Women International. 34: 14-33.	2013/Norge	Att beskriva kvinnors upplevelse av en förändrad kropp efter gynekologisk cancer.	En kvalitativ metod som bygger på intervjuer med 16 kvinnor, i åldrarna mellan 39 och 66 år, som överlevt gynekologisk cancer (<5 år). Varje deltagare intervjuades vid två tillfällen med 12 månaders mellanrum.	Kvinnorna valdes ut efter följande kriterier: Färdigbehandlad gynekologisk cancer, avsaknad av metastasbildning efter behandling, ålder mellan 30 och 70 år samt deltagit i uppföljningskontroller.	Kvinnorna fann det svårt att återfå förtroendet med deras förändrade kvinnokroppar och det framkom 5 teman i den kvalitativa analysen. Känslan av ett tomrum i livmodern, förändrad kroppstemperatur, förändrat sexualliv samt den läkta, men sårbara och osäkra kroppen - 5 år senare.
Sekse, R., Raaheim, M., Blaaka, G., & Gjengedal, E.	Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer.	Scandinavian Journal of Caring Sciences. 24 (2010), 799-807.	2010/Norge	Att få en djupare förståelse för den upplevda erfarenheten hos långtidsöverlevande av gynekologisk cancer, samt av deras upplevelser av cancer vården.	Kvalitativ intervjustudie med 16 kvinnliga deltagare med gynekologisk cancer. Kvinnorna intervjuades två gånger med 12 månaders mellanrum.	16 kvinnliga deltagare, i åldrarna 39-66 år. Inklusionskriterier var att kvinnorna inte hade återinsjuknat i gynekologisk cancer eller drabbats av metastaser. Deltagarna skulle vara mellan 30-70 år och följts upp i fem år, men inte genomgått den slutgiltiga kontrollen.	Utifrån intervjuerna identifierades tre teman: "Living with tension between growth and fear of recurrence", "Living in a changed female body" och "Feeling left alone - not receiving enough information and guidance after treatment"

Högskolan Väst
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
461 86 Trollhättan

Telefon 0520-22 30 00

www.hv.se