

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp

Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete

Ingen berättade att behandlingen troligen skulle ta min fertilitet ifrån mig

En litteraturöversikt om information vid cancerbehandling

No one told me, this treatment probably might take my fertility away

A literature review about information during cancer
treatment

Författare: Josefin Ullbrand

Handledare: Lars Strömberg och Trine Højsgaard

Examinator: Jessica Holmgren

SAMMANFATTNING

BAKGRUND: Det råder oklarhet i vilken utsträckning patienter drabbade av cancer får information om cancerbehandlingens potentiella inverkan på fertiliteten och fertilitetsbevarande åtgärder. **SYFTE:** Att beskriva erfarenheter av information avseende fertilitet och fertilitetsbevarande åtgärder inför cancerbehandling hos patienter drabbade av cancer i fertil ålder. **METOD:** Litteraturoversikt av kvalitativ och kvantitativ forskning. **RESULTAT:** Sju teman identifierades: (1) Information till kvinnor om behandlingens potentiella inverkan på fertiliteten. (2) Rådgivning om fertilitetsbevarande åtgärder. (3) Brist på empowerment som en konsekvens av otillräcklig information. (4) Varför fick jag ingen information och varför erbjöds inte fertilitetsbevarande åtgärder? (5) Informationen varierar kopplat till kön, ålder och sexuell läggning. (6) Förlust av fertilitet kan ge nedsatt livskvalitet och påverka kvinnans syn på sin identitet. (7) Patienterna vill ha mer information och stöd. **SLUTSATS:** Patienter drabbade av cancer i fertil ålder får inte tillräckligt med information om cancerbehandlingens potentiella risker för fertiliteten. Kvinnor får mindre information än män och löper större risk att äventyra sin fertilitet. Vårdpersonalen behöver vara lyhörda för patientens behov och bör delge patienten adekvat information för att möjliggöra empowerment och öka livskvalité hos dessa patienter.

NYCKELORD: Behov, cancer, fertilitet, empowerment, erfarenheter, information

ABSTRACT

BACKGROUND: There is uncertainty as to what extent patients with cancer receive information about cancer treatment's potential effects on fertility and fertility preservation.

PURPOSE: To describe the experience about information regarding fertility and fertility preservation prior to cancer treatment in patients with cancer of reproductive age.

METHODS: Literature review of qualitative and quantitative research. *RESULTS:* Seven themes were identified: (1) Information to women about the treatment's potential effects on fertility. (2) Counseling in infertility preservation. (3) Lack of empowerment as a consequence of insufficient information. (4) Why didn't I receive any information and why wasn't I offered fertility preservation? (5) Information varies related to sex, age and sexual orientation. (6) Loss of fertility may impair quality of life and affect a woman's view of her identity. (7) Patients want more information and support. *CONCLUSIONS:* Patients with cancer in reproductive age, may not be enough informed about the cancer treatment's potential risks on fertility. Women receive less information than men and are more likely to jeopardize their fertility. Health professionals need to be sensitive to the patient's needs and should inform the patient with adequate information to enable empowerment and to increasing the quality of life in these patients.

KEYWORDS: Needs, cancer, fertility, empowerment, experiences, information

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
BAKGRUND	2
Cancer	2
Cancerbehandling kan påverka fertiliteten	2
Reproduktiv hälsa	2
Fertilitetsbevarande åtgärder	3
Tidigare forskning	4
Hälso-och sjukvårdens ansvar gällande information	5
Patientcentreradvård och empowerment.....	5
Livskvalité	6
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE.....	7
METOD.....	8
Design	8
Urval	8
Datainsamlingsmetod	8
Dataanalys.....	9
Etiska aspekter	10
RESULTAT	11
Information till kvinnor om behandlingens potentiella inverkan på fertiliteten.....	11
Rådgivning om fertilitetsbevarande.....	12
Brist på empowerment som en konsekvens av otillräcklig information	13
Varför fick jag ingen information och varför erbjöds inte fertilitetsbevarande åtgärder?....	13
Informationen varierar kopplat till kön, ålder och sexuell läggning	15
Förlust av fertilitet kan ge nedsatt livskvalitet och påverka kvinnans syn på sin identitet ..	16

Patienterna vill ha mer information och stöd.....	17
DISKUSSION	19
Metoddiskussion.....	19
Resultatdiskussion.....	20
Informationen når inte fram.....	20
Brist på empowerment.....	21
Skillnader i information.....	21
Slutsats.....	22
Betydelse.....	22
Förslag på vidare forskning.....	23
REFERENSER	24
BILAGOR	i
Bilaga 1.....	i
Bilaga 2.....	vii

INTRODUKTION

Efter klinisk praktik på onkologisk enhet har jag uppmärksammat bristen på informationsöverföring till patienten gällande cancerbehandling och dess negativa inverkan på fertiliteten.

Otillräcklig information om nedsatt fertilitet till följd av cancerbehandling är idag ett omdebatterat ämne (Bechman, 2015; Sternudd, 2012; Reimers, 2015). Ung Cancer skriver att de ofta möter medlemmar som inte fått information om att cancerbehandlingen kan påverka deras reproduktiva förmåga. Medlemmar uttrycker även behov att ställa frågor om sex och samlevnad eftersom ingen berättat hur behandlingen kan komma att påverka deras sexliv (Reimers, 2015). Det verkar även råda könsskillnader i informationen, där män får mer information om behandlingens inverkan på fertiliteten än kvinnor (Bechman, 2015; Sternudd, 2012). Brister i kommunikation och informationsöverföring mellan vårdpersonal och patient utgör ett riskområde i vården vilket äventyrar patientsäkerheten (Socialstyrelsen, 2015).

BAKGRUND

Cancer

Idag är cancer den sjukdom som orsakar flest dödsfall runtom i världen. År 2012 avled 8,2 miljoner människor i cancer världen över (World Health Organisation (WHO), 2015). Trots den omfattande dödssiffran blir antalet överlevande i sjukdomen högre, samtidigt som konsekvenser och livskvalitet för de överlevande blir ett högst aktuellt problem (Gilbert, Adams, Mehanna, Harrison & Hartshorne, 2010). Cancer är ett samlingsnamn för flera hundra olika sjukdomar (Bergman, Hont & Johansson, 2013). Gemensamt för sjukdomarna är att celler börjat dela sig okontrollerat i en del av kroppen och till följd av den okontrollerade celldelningen utvecklas en tumör som succesivt växer sig större (ibid). Om de onormala cellerna rör sig från cancertumören till andra delar av kroppen, vidare till andra organ kallas det för metastaser (WHO, 2015).

Cancer förekommer i alla åldersgrupper, men risken att drabbas ökar med stigande ålder (Bergman et al., 2013). År 2012 inträffade 14 miljoner nya cancer fall i världen (WHO, 2015), varav 58 000 av dessa i Sverige under år 2011 (Bergman et al., 2013). 35 % av de som får diagnosen cancer i Sverige är yngre än 65 år (ibid) vilket motsvarar ungefär 20 300 personer.

Cancerbehandling kan påverka fertiliteten

Behandling av cancer sker utifrån diagnos och kan omfatta kirurgi, strålbehandling och/eller cytostatikabehandling med det primära målet att bota cancer eller förlänga livet (WHO, 2015). I behandlingen ska patientens livskvalitet vara i fokus (ibid). En följd av cancerbehandling framförallt för unga överlevande är nedsatt fertilitet/infertilitet (Gilbert et al., 2010). Risken för nedsatt fertilitet/infertilitet på grund av cancerbehandling varierar beroende på vilken typ av cancerbehandling samt patientens ålder (Duffy, Allen, Dube & Dickersin, 2012).

Reproduktiv hälsa

WHO (2015) beskriver människors reproduktiva hälsa så som ett ansvarsfullt, tillfredställande och säkert sexliv med förmåga att föröka sig. Kvinnor och män ska även informeras om och ha rätt till prisvärda, effektiva och godtagbara metoder för fertilitetsreglering (ibid). Begreppet

fertilitet betyder förmågan att befrukta eller befruktas (Karolinska Institutet, 2015). Infertilitet definieras som oförmåga att bli gravid efter ett års försök med regelbundna samlag utan preventivmedel (Lee et al., 2006).

Fertilitetsbevarande åtgärder

Indikatorer för fertilitetsbevarande åtgärder är cancerbehandling med cellgifter, cancerkirurgi och strålbehandling med risker för infertilitet och är möjlig för de flesta personer som genomgår cancerbehandling (Lee et al., 2006). Åtgärden kräver ofta akut planering och genomförande. Målet med fertilitetsbevarande åtgärder är att bevara de reproduktiva organen. Med hormonell stimulation kan ägg (obefruktade eller befruktade) hämtas från kvinnan till framtida fertilitetsbehandlingar för möjlighet till biologiska barn i framtiden. De obefruktade äggen är dock mer benägna att ta skada under frysförvaring än de befruktade äggen (embryos). En mindre beprövad metod hos kvinnor är att frysa ner äggstocksvävnad (ibid). Dock är framgången av fertilitetsbevarande åtgärder liten för kvinnor äldre än 40 år (Cavalli-Björkman, 2011) och för att det ska vara aktuellt med fertilitetsbevarande åtgärder bör kvinnan därför vara under 40 år (Davidsson, 2014). Enligt internationella riktlinjer från 2006 avgörs fertilitetsbevarande alternativ för kvinnor utifrån diagnos, typ av behandling, kvinnans ålder, civilstånd och hur snabbt behandlingen behöver påbörjas (Lee et al., 2006).

Vad gäller män så finns möjlighet till nedfrysning av spermier, eller om det av någon anledning inte skulle finnas spermier i sädesvätskan finns möjlighet att lämna vävnadsprov från testikeln (Lee et al., 2006). Mannen bör vara under 55 år för att fertilitetsbevarande åtgärder ska kunna vidtas (Davidsson, 2014).

Nordic IVF Center (u.å) är en av flera privat kliniker som erbjuder fertilitetsutredningar och fertilitetsbevarande i Sverige. Kostnaden för att genomgå en äggfrysningsbehandling är 30 000kr (ibid) och att frysförvara spermier (upp till 5 år) kostar 4000kr (IVF-kliniken Stockholm, 2014). Behövs operativt ingrepp för uthämtande av spermier tillkommer en kostnad på 6000kr (ibid). I USA täcker sällan försäkringsbolagen kostnader för fertilitetsbevarande åtgärder (Lee et al., 2006) men i Sverige inkluderas dessa kostnader i det offentliga sjukvårdssystemet (Sternudd, 2012).

Tidigare forskning

Att informera patienter om infertilitet och fertilitetsbevarande åtgärder är viktigt (Louwe´ et al., 2013; Peate et al., 2011). Dock tillämpas metoder för att bevara fertilitet relativt sällan hos personer med cancer (Lee et al., 2006). Det är omöjligt för läkare att veta hur viktig framtida fertilitet är för deras patienter om de inte frågar. Riktlinjer beskriver att onkologer ska ge information om behandlingens potentiella inverkan på fertiliteten till alla patienter drabbade av cancer i fertil ålder. Onkologer har således ett ansvar att informera patienter om cancerbehandlingens risker för permanent nedsatt reproduktionsförmåga (ibid). I en kvantitativ studie från Nederländerna som undersökt onkologers inställning att informera sina patienter om behandlingsrelaterade fertilitetsproblem, beskrivs 58 % av dessa känna ansvarskänsla att diskutera ämnet. (Garvelink, Teruile, Louwé, Hilders & Stiggelbout, 2012). I förhållande till en kvantitativ studie från Storbritannien där 97,8 % av de onkologer som tillfrågats menar att det är deras ansvar att diskutera fertilitetsproblem med patienterna vid diagnos. Endast ett fåtal onkologer menar att det ligger i patientens eget intresse om frågan ska tas upp (Gilbert et al., 2010).

Undersökningar med patienter som överlevt cancer visar en ökad risk för känslomässigt lidande hos dem som blivit infertila till följd av cancerbehandling (Lee et al., 2006). Psykologisk ohälsa och nedsatt livskvalité talar för vikten av information till patienter i fertil ålder kring fortsatt fertilitet efter avslutad behandling och bör därför diskuteras med alla cancerpatienter i fertil ålder (Gilbert et al., 2010; Louwe´ et al., 2013). Om läkaren inte diskuterar behandlingens inverkan på fertiliteten resulterar det i att patienten påbörjar behandling omedveten om risker för fertiliteten och när behandlingen sedan är påbörjad är det för sent att vidta fertilitetsbevarande åtgärder (Duffy, Allen, Dube & Dickersin, 2012). Onkologer ska så tidigt som möjligt diskutera behandlingens potentiella risker för fertiliteten och erbjuda remiss till fertilitetsspecialist (Lee et al., 2006).

Det råder oklarhet mellan kliniker vems ansvar det är att informera patienten om fertilitetsbevarande åtgärder. I en studie där man undersökte experter som varit inblandade i information om fertilitetsbevarande åtgärder, uppgav 47 % av alla kliniker som deltog i studien att de troligen inte lämnat tillräcklig information gällande fertilitetsbevarande åtgärder (Garvelink et al., 2012). Bristande kunskap hos sjukvårdspersonalen om behandlingens inverkan på fertiliteten och brist på kunskap om fertilitetsbevarande åtgärder uppfattas vara ett

hinder för diskussion om ämnet mellan patienter och deras läkare (Duffy et al., 2012; Lee et al., 2006).

Hälso- och sjukvårdens ansvar gällande information

I sjuksköterskans nationella kompetens beskrivning framgår att sjuksköterskan bör uppmärksamma patientens informationsbehov, förse patienten med information och förvissa sig om att patienten tagit till sig informationen (Socialstyrelsen, 2005). I samråd med patienten och/eller närstående bör sjuksköterskan vägleda och ge stöd för optimal delaktighet i vård och behandling (ibid).

I patientlagen (2014:821) beskrivs hälso- och sjukvårdens ansvar i informationsöverföring till patienten. Patientsäkerhetslagen är en svensk lag som finns till för att skydda patienten för vårdskada, vilket exempelvis kan vara när en patient drabbas av lidande, kroppslig eller psykisk skada som hade kunnat undvikas genom adekvata åtgärder av hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2009). Patienten ska få information om olika metoder som finns för undersökning, vård och behandling samt information om väsentliga risker för komplikationer och biverkningar med dessa. Patienten ska få information om möjligheten till val av behandlingsalternativ. Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och att hen ska få den information som behövs för att bevara sina intressen. Informationslämnaren ska se till att patienten förstått innehållet och betydelsen av den lämnade informationen samt att patientens självbestämmande och integritet respekteras (Riksdagen, 2014).

“Sjuksköterskan besitter kunskap om sjukdomen och behandlingen som patienten i allmänhet inte har. Utgångspunkten bör vara att patienten ska få denna information utan att själv behöva ta initiativet eller kräva att bli informerad” (Borg, 2003, s.84-85).

Patientcentrerad vård och Empowerment

Genom *patientcentrerad vård* möjliggörs patientens delaktighet i sin egen vård och syftar till att patienten ska känna sig tillfredsställd med sin vård (Docteur & Coulter, 2012). Detta genom att hälso- och sjukvården delger patienten information och utbildning, visar respekt för individuella behov, arbetar för god samordning och kontinuitet samt ser patienten ur ett helhetsperspektiv för att kunna tillgodose hans behov (ibid). Empowerment, *egenmakt* syftar till att en individ ska uppleva makt över sin egen situation rörande faktorer som påverkar

hälsan (Elgán & Fridlund, 2013). För att uppleva empowerment krävs adekvat information där patienten upplever sig kunna göra egna val och ta beslut i sin situation. Ur ett omvårdnadsperspektiv innebär empowerment att tillämpa metoder för att öka patientens hälsa (ibid). Med en patientcentrerad vård byggd på empowerment kan patienten få kontroll över egenvård och möjlighet till ökat välbefinnande (Vårdhandboken, 2013). Med empowerment som utgångspunkt kan vårdrelationen mellan patient och sjukvård bli mer jämlik och ömsesidig samtidigt som patientens självbestämmande respekteras. Vårdpersonalens uppgift är att stödja och utbilda patienten (ibid).

Livskvalité

Livskvalité, *Quality of life* beskrivs som uppfattningar om ändringar och förstärkning av livsfaktorer (Karolinska Institutet, 2015).

”Livskvalitet omfattar individens uppfattning om sin situation i tillvaron utifrån den kultur och det värdesammanhang som hon befinner sig i och i relation till personliga mål, förväntningar, normer och intressen. Det är ett vitt begrepp som påverkas av individens fysiska hälsa och psykologiska tillstånd, grad av oberoende, sociala förhållanden och relationer till betydelsefulla händelser i livsmiljön” (Skånes Universitetssjukhus, 2014)

PROBLEMFÖRMULERING

Cancerbehandling kan medföra nedsatt fertilitet som i sin tur kan påverka livskvalitet negativt hos de drabbade. Problemet är att det råder oklarhet i vilken utsträckning patienter får information om behandlingens potentiella inverkan på fertilitet och om patienter erbjudits fertilitetsbevarande åtgärder. Det är oklart om informationen är tillräcklig för att patienterna ska uppleva delaktighet i beslut gällande hens reproduktiva hälsa och om informationen är tillräcklig för att möjliggöra empowerment.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva erfarenheter av information avseende fertilitet och fertilitetsbevarande åtgärder inför cancerbehandling hos patienter drabbade av cancer i fertil ålder.

METOD

Design

För att besvara studiens syfte har en litteraturoversikt över framförallt kvalitativ men även kvantitativ forskning gjorts. Med litteraturoversikt som metod kartläggs kunskapsläget inom ett visst vetenskapligt område och ger en helhetssyn inom valt problemområde (Friberg, 2006). Kvalitativ forskning är lämplig vid beskrivning av personers levda erfarenheter (Henricson & Billhult, 2012). Med hjälp av kvantitativ forskning kan strukturerade mätningar granskas för att kartlägga det studerade fenomenet (Billhult & Hunnarsson, 2012).

Urval

Inklusionskriterier

Originalartiklar som var skrivna på svenska eller engelska ur ett patientperspektiv inkluderades till studien. Dessa skulle även vara publicerade mellan år 2010-2015 och vara peer reviewed. Artiklarnas målgrupp skulle vara personer i fertil ålder, diagnostiserade med någon form av cancer samt befinna sig innan, under eller efter behandling av denna.

Kvaliteten av artiklarna bedömdes utifrån Fribergs granskningsmall av kvalitativa och kvantitativa studier (Friberg, 2006). Artiklarna granskades utifrån de föreslagna frågorna i granskningsmallen, sedan är det enligt Friberg (2006) upp till författaren att ta ställning till studiens kvalitet. I bilaga 1 redovisas de artiklar författaren bedömt inneha hög kvalitet och utifrån det inkluderats för vidare analys i studien (ibid).

Exklusionskriterier

Artiklar som inte godkänts av etisk kommitté eller som saknade noggranna etiska överväganden exkluderades.

Datainsamlingsmetod

Datainsamlingen skedde via sökmotorerna EBSCO Discovery samt PubMed. Sökorden som användes försökte eftersträva vedertagna MeSH-termer, vilket kontrollerades på Karolinska Institutets hemsida (<http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swebrowse.cfm>). MeSH-termer, *Medical Subject Headings* är katalogiseringsord som används för effektivare sökning i ovannämnda databaser (Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C., 2006). Sökord med vedertagna MeSH-termer som användes var: *“Infertility”*, *“Fertility”*, *“Access to information”*, *“Counseling”* och *“Fertility preservation”*. Övriga sökord som användes: *“Cancer”*, *“Experiences”* och

“*disparities fertility*”. Söktermerna kombinerades sedan med hjälp av boolerska sökoperatoren AND för att effektivisera sökningen och uppnå önskad kombination (Willman et al., 2006). Resultatet blev sedan följande kombinationer “*Infertility cancer experience*”, “*information cancer fertility*”, “*Fertility counseling AND cancer*”, “*disparities fertility preservation cancer*” och “*information fertility preservation cancer*. Av de träffar som sökningen resulterade i valdes artiklarna ut genom systematisk granskning av titel. Artikelns titel skulle innefatta ord som kunde kopplas till problemområdet för att inkluderas till vidare granskning. När artikelns abstracts hade lästs valdes de artiklar som svarade på studiens syfte. Vidare lästes artiklarna och granskades noggrant utifrån Fribergs granskningsmall (Friberg, 2006). Slutligen hade artiklar samlats in från databaserna CINAHL, MEDLINE och ACADEMIC. Ytterligare en artikel (nr.4) som svarade på studiens syfte hittades genom manuell sökning i referenslistor. I bilaga 2 (Tabell 1.) redovisas en söktabell som visar hur datainsamlingen gått till.

Dataanalys

Dataanalysen gjordes enligt Friberg (2006) genom att analysera studierna och identifiera övergripande områden. Först lästes samtliga artiklar ett flertal gånger, sedan delades kvalitativa och kvantitativa artiklar upp och analyserades var för sig. Skillnader och likheter noterades och sammanställning av respektive artikels resultat gjordes. När samtliga artiklar lästs igenom, sammanstälts och jämförts kunde författaren komma fram till följande övergripande sju områden utifrån resultat innehåll, som presenteras i form av teman: (1) *Information till kvinnor om behandlingens potentiella inverkan på fertiliteten.* (2) *Rådgivning om fertilitetsbevarande.* (3) *Brist på empowerment som en konsekvens av otillräcklig information.* (4) *Varför fick jag ingen information och varför erbjöds inte fertilitetsbevarande?* (5) *Informationen varierar kopplat till kön, ålder och sexuell läggning..* (6) *Förlust av fertilitet kan ge nedsatt livskvalitet och påverka kvinnans syn på sin identitet.* (7) *Patienterna vill ha mer information och stöd.* Nedan presenteras två tabeller (Tabell 2 och Tabell 3) som beskriver vilka artiklar som använts till respektive tema.

Tabell 2.

Tematabell över kvalitativa artiklar

Tema→ Artikel ↓	1	2	3	4	5	6	7
1.Niemasik et al., 2012	X	X		X	X	X	
2.Penros et al., 2012	X	X	X			X	X
3.Kirkman et al., 2013	X	X	X	X	X	X	X
4.Lee et al., 2010		X	X		X		X
7.Corney & Swinglehurst, 2013	X	X		X		X	X
8.Gorman, Bailey et al., 2011	X	X	X	X			X
10.Hershberger et al., 2013		X		X			X
11.Gorman, Usita et al., 2011	X		X			X	
12.Perz et al., 2014		X	X			X	

Tabell 3.

Tematabell över kvantitativa artiklar

Tema→ Artikel ↓	1	2	3	4	5	6	7
5.Letourneau et al., 2011	X	X				X	
6.Letourneau et al., 2012	X	X			X		
9.Armuand et al., 2012		X			X		

Etiska aspekter

Enligt Forsberg och Wengström (2003) bör etiska överväganden göras innan arbetet med en litteraturstudie påbörjas. Vetenskapsrådets riktlinjer beskriver att fusk och ohederligt inte får förekomma. Etiska överväganden bör även göras beträffande urval (ibid). Detta har författaren tagit hänsyn till genom att välja studier godkända av etisk kommitté eller studier

där noggranna etiska överväganden gjorts. Samtliga artiklar som ingår i litteraturstudien redovisas och arkiveras säkert i tio år. Inget fusk eller ohederligt förekommer i studien. Då samtliga artiklar var skrivna på engelska och författaren inte har engelska som modersmål bör även hänsyn tas till eventuella feltolkningar av data. För att minska risken för feltolkningar har författaren kontinuerligt använt översättningsprogram och lexikon.

RESULTAT

För presentation av artiklarna, se artikelmatris bilaga 1. Resultatet som presenteras nedan ligger fokus framförallt på kvinnor då det framkommit att kvinnor generellt får mindre information än vad män ser ut att få.

Information till kvinnor om behandlingens potentiella inverkan på fertiliteten

Att förlora sin fertilitet var en stor oro hos patienter som genomgick cancerbehandling (Penrose, Beatty, Mattiske & Koczwara, 2012). De som hade fått information om behandlingens potentiella inverkan på fertiliteten var vid tidpunkten för diagnos ibland mer fokuserade på att överleva än på framtida fertilitet (Penrose et al., 2012). För andra kvinnor var det faktum att de troligen skulle förlora sin fertilitet mer oroande än själva cancerdiagnosen (Kirkman et al., 2013). Att vilja överleva för att kunna få barn, men oro över att de åtgärder som vidtogs för överlevnad skulle innebära förlust av fertilitet, medförde ett tufft beslut hos dessa kvinnor (Kirkman et al., 2013). Även om många upplevde en diskussion om fertilitet vid tidpunkten för diagnos som överväldigande, uttrycktes också behovet att få ta del av information om behandlingens effekter på fertiliteten samt fertilitetsbevarande alternativ innan behandlingsstart (Gorman, Bailey, Pierce & Su, 2011).

I en amerikansk kvantitativ studie där 918 kvinnor hade fått behandling som skulle kunna påverka den reproduktiva förmågan, uppgav 560 av kvinnorna (61 %) att de hade fått information om potentiell fertilitetsförlust (Letourneau et al., 2011; Letourneau et al., 2012). Kvinnors erfarenheter av informationsöverföring i ämnet varierade stort (Kirkman et al., 2013). Trots att många kvinnor upplevde att de hade fått information om behandlingens potentiella effekter på fertiliteten (Gorman, Bailey et al., 2011), upplevdes informationen ofta som otillräcklig eller bristfällig (Niemasik et al., 2012). Ibland diskuterades inte behandlingens negativa inverkan på fertiliteten förens efter behandlingen och då var det försent att vidta fertilitetsbevarande åtgärder (Kirkman et al., 2013; Gorman, Usita, Madlensky

& Pierce, 2011). När fertilitet inte diskuterades hade kvinnorna ibland själva tagit upp ämnet (Courney & Swinglehurst, 2013). Generellt verkade sjukvårdspersonalen vara mer öppen att diskutera fertilitet efter behandling än innan (Corney & Swinglehurst, 2013).

Många kvinnor upplevde att de inte hade fått någon information om behandlingens påverkan på den reproduktiva förmågan (Courney & Swinglehurst, 2013; Gorman, Usita et al., 2011; Penrose et al., 2012).

Rådgivning om fertilitetsbevarande för kvinnor

Att få möjlighet att bevara sin fertilitet var viktigt för de flesta kvinnor (Gorman, Bailey et al., 2011; Kirkman et al., 2013; Penrose et al., 2012). Men då det tar tid att plocka ut ägg från kvinnan, kunde det bli ett svårt val om behandlingen skulle skjutas upp för att vidta dessa åtgärder (Lee et al., 2013). Kvinnor uttryckte det som ett svårt beslut under stressiga förhållanden, att precis fått reda på sin cancerdiagnos och behöva ta ställning till sin framtida fertilitet (Kirkman et al., 2013). Kvinnor som hade fått möjlighet att bedriva fertilitetsbevarande åtgärder stod därför inför ett tufft beslut att välja sätta sin hälsa först och påbörja behandling omgående eller börja med att starta fertilitetsbevarande åtgärder för möjlighet till framtida biologiska barn. En del kvinnor hade tyckt att det var svårt att hantera detta val, speciellt i de fall när sjukvårdspersonalen ansett att de borde starta behandling omgående (Corney & Swinglehurst, 2013).

Information och rådgivning om fertilitetsbevarande åtgärder varierade stort. En del kvinnor beskrev att de hade fått information om möjlighet att starta fertilitetsbevarande åtgärder (Niemasik et al., 2012) och var generellt väldigt nöjda med sin vård (Kirkman et al., 2013). Andra upplevde informationen som bristfällig eller att de inte hade fått någon information alls (Hershberger, Finnegan, Altfeld, Lake & Hirshfeld-Cytron, 2013). Ibland hade patienten fått information om att behandlingen kunde medföra infertilitet, men utan vidare information om fertilitetsbevarande alternativ (Perz et al., 2014). En del kvinnor berättade att de hade uttryckt för läkaren om sin önskan om framtida barn, men att fertilitetsbevarande ändå inte hade diskuterats (Niemasik et al., 2012). Många kvinnor uttryckte att de inte visste att fertilitetsbevarande åtgärder existerade innan behandling påbörjats (Penrose et al., 2012).

Även om valet hade funnits där och att läkaren hade informerat om behandlingens negativa inverkan på fertiliteten och erbjudit fertilitetsbevarande åtgärder, hade erbjudandet ibland avböjts på grund av aktuell livssituation. Anledningar som att inte ha en partner, enbart

försöka hantera sin cancerdiagnos (Perz et al., 2014) eller att de vid tidpunkten för diagnos inte var i den fas i livet då de ville ha barn uppgavs (Niemasik et al., 2012).

I en amerikansk kvantitativ studie som omfattades av 918 kvinnor som fick behandling med potentiell risk för fertilitetsförlust, genomgick 4 % av kvinnorna åtgärder för att bevara fertiliteten (Letourneau et al., 2011; Letourneau et al., 2012). Samtidigt visade en svensk kvantitativ studie att 11 % av 328 kvinnor genomgick eller planerade genomgå fertilitetsbevarande (Armuan et al., 2012).

Brist på Empowerment som en konsekvens av otillräcklig information

Då fertilitetsbevarande alternativ inte hade diskuterats, var kvinnan inte medveten om att det existerade metoder för att bevara fertiliteten. Därför började kvinnan istället förlika sig med infertilitet som ett resultat av kommande behandling (Perz, Ussher & Gilbert, 2014). Att inte ha fått möjlighet att diskutera fertilitet innan behandlingsstart väckte ilska hos många kvinnor (Gorman, Bailey et al., 2011; Lee et al., 2010; Perz et al., 2014), detta var ett stort beslut (Gorman, Usita et al., 2011) Några beskrev att de hade upplevt att personalen tog beslutet åt dem genom att förutfattat tro att de inte varit intresserade av framtida barn istället för att fråga (Lee et al., 2010).

“My dream to have children was NEVER discussed, I was placed into early menopause and suffer side-effects from that, recent tests show I have hardly no eggs and will probably never have my own child” (Perz et al., 2014).

En del kvinnor upplevde att de uteslutits från diskussioner och inte hade fått möjlighet att ta egna beslut i sin vård (Kirkman et al., 2013; Penrose et al., 2012) och att när fertilitet inte hade diskuterats, upplevde kvinnorna brist på självbestämmande (Lee et al., 2010; Penrose et al., 2012).

“I felt, not cheated, but a bit affronted that somebody had taken my fertility away and I didn't know about that” (Penrose et al., 2012).

Varför fick jag ingen information och varför erbjöds inte fertilitetsbevarande?

Några av de kvinnor som var yngre vid tidpunkten för diagnos, beskrev att de var besvikna då deras läkare hade undvikit att prata om fertilitetsproblem på grund av deras ålder. Kvinnorna menade att läkaren hade uttryckt att ämnet kunde diskuteras när de var äldre och redo att skaffa barn (Gorman, Bailey et al., 2011).

En anledning som patienterna beskrev vara bakomliggande till varför fertilitetsfrågan inte hade diskuterats, var att vårdpersonalen känt sig obekväma att diskutera ämnet (Gorman, Bailey et al., 2011). Patienterna menade att läkare varit obekväma att diskutera fertilitet och att de inte velat diskutera ämnet när patienter bett om information. Andra trodde att frågan inte diskuterades på grund av att läkaren inte kunde erbjuda några preventiva åtgärder just då (Niemasik et al., 2012).

Kvinnor som fick möjlighet att diskutera fertilitetsbevarande åtgärder var antingen starkt avrådda (Corney & Swinglehurst, 2013) eller hade fått information om att fertilitetsbevarande åtgärder inte var ett alternativ på grund av att tiden inte fanns innan behandlingen behövde starta (Corney & Swinglehurst, 2013; Gorman, Bailey et al., 2011; Kirkman et al., 2013; Niemasik et al., 2012). En del kvinnor beskrev att läkaren ville behandla cancern helt utan dröjsmål för att öka chansen till överlevnad (Corney & Swinglehurst, 2013; Gorman, Bailey et al., 2011; Niemasik et al., 2012).

Kvinnor beskrev frustration över brist på alternativ för fertilitetsbevarande åtgärder (Gorman, Bailey et al., 2011). De kvinnor som inte getts möjlighet till diskussion, förstod inte varför. Några trodde att det berodde på att de vid tidpunkten för diagnos inte hade en fast partner, andra trodde att det berodde på att det var svårt att ordna med remiss till fertilitetsspecialist eller på grund av långa väntetider (Corney & Swinglehurst, 2013). Läkare betonade risken för återkommande cancer och den ökade risken att föra vidare cancertyper till det ofödda barnet som skäl till att inte bevara fertiliteten (Niemasik et al., 2012). Andra avråddes att bevara ägg på grund av den dyra kostnaden eller att framtida barnafödande inte var ett alternativ på grund av osäker prognos (ibid).

Kvinnor som redan hade barn vid tidpunkten för diagnos beskrev att de inte hade erbjudits möjlighet till fertilitetsbevarande åtgärder. Istället hade de fått information om att de borde vara nöjda med att de redan hade barn och att de skulle fokusera på att överleva, än framtida barnafödande (Hershberger et al., 2013; Niemasik et al., 2012).

“We assume you’ve already had a child or two -- it’s not going to be a big deal if we take away your fertility” (Hershberger et al., 2013).

Andra trodde att de inte hade fått möjligheten till fertilitetsbevarande åtgärder på grund av ålder (Kirkman et al., 2013) och ibland verkade patientens civilstånd avgöra om fertilitetsbevarande åtgärder varit aktuellt eller inte (Corney & Swinglehurst, 2013; Kirkman et al., 2013).

”Breast care nurse.....turned round to us at the time and said ‘Are you single?’ I nodded, in tears, yes, and she said ‘Well you wouldn’t fit government guidelines’ and that was the end of it, and I was just so shocked” (Corney & Swinglehurst, 2013).

De kvinnor som hade fått information om att det inte var ett alternativ att bedriva fertilitetsbevarande åtgärder var fortfarande upprörda vid tidpunkten för studien och berättade att mer detaljerad information kanske hade förändrat deras upplevelse (Corney & Swinglehurst, 2013).

Informationen varierar kopplat till kön, ålder och sexuell orientering

Kvinnors erfarenheter av information gällande fertilitet och fertilitetsbevarande åtgärder varierade stort (Kirkman et al., 2013). Generellt verkade kvinnor som redan hade barn vid tidpunkten för diagnos i mindre utsträckning erbjudits fertilitetsbevarande åtgärder, eller att de inte hade fått möjlighet att diskutera framtida fertilitet i den mån de önskat (Lee et al., 2013; Niemasik et al., 2012).

”I think they did just look at me and think well you’ve got one and that should be enough” (Lee et al., 2013).

I vilken utsträckning kvinnan hade fått information verkade även vara relaterat till kvinnans ålder (Niemasik et al., 2012). Av de kvinnor som var något äldre vid diagnos, tenderade läkaren att anta att de inte längre var intresserade av framtida barn. Kvinnor som var yngre hade fått höra att de inte behövde vara oroliga för behandlingens potentiella inverkan på fertiliteten, då effekterna endast skulle komma att bli tillfälliga och att deras fortplantningsförmåga skulle komma tillbaka efter behandlingen (ibid).

”He told me that it might affect my ability to have children, but didn’t really give me any details. I think this was partly due to my age. I don’t think my doctor really considered dealing with it too much since having children was not something I was thinking about in the near future. And because of my age, it wasn’t something that I thought about either” (Niemasik et al., 2012).

I en kvantitativ studie visade resultatet att kvinnans ålder vid diagnos, om hon uttryckt önskan om framtida barn vid diagnos, om hon redan hade barn vid tidpunkt för diagnos, sexuell läggning och utbildningsnivå utgjorde skillnader i information. Dessa skillnader var dock inte statistiskt signifikanta, men visade skillnader (Letourneau et al., 2012).

De patienter som tenderade få minst information var kvinnor över 35 år, de som redan hade barn vid tidpunkten för diagnos, inte uppnått kandidatexamen, lesbiska, bisexuella eller

transpersoner. Däremot fick kvinnor yngre än 35 år, heterosexuella och/eller med hög utbildningsnivå mer information (Letourneau et al., 2012). Detsamma gällde även kvinnor som vid tidpunkten för diagnos hade uttryckt önskan om framtida barn (Armuand et al., 2012; Letourneau et al., 2012). Kvinnor som redan hade barn vid tidpunkten för diagnos hade 70 % lägre odds att erbjudas fertilitetsbevarande åtgärder än de utan barn. Kvinnor över 35 år vid diagnos hade 90 % lägre odds att erbjudas fertilitetsbevarande åtgärder än de yngre kvinnorna (Letourneau et al., 2012).

I en svensk kvantitativ studie som inkluderat både kvinnor och män, visade resultatet att 80 % av männen respektive 48 % av kvinnorna hade fått information om behandlingens potentiella inverkan på fertiliteten (Armuand et al., 2012). Studien visade även könsskillnader avseende information om fertilitetsbevarande åtgärder, där 68 % av männen respektive 14 % av kvinnorna, uppgav att de hade fått information. Män hade 3,5 gånger så stor chans att få information om behandlingens potentiella risk för fertiliteten och 14 gånger större chans att få information om fertilitetsbevarande åtgärder än kvinnorna (ibid).

Förlust av fertilitet kan ge nedsatt livskvalitet och påverka kvinnans syn på sin identitet

Många kvinnor upplevde att det var större fokus på att behandla cancer än på deras livskvalité. Framtida planer på barn lades åt sidan och fokus hamnade på överlevnad. Men under cancerbehandlingen började tankar om framtiden som väckte känslor om hur livet kunde te sig som infertil (Penrose et al., 2012). Infertilitet beskrevs svårt att hantera, något som genererade känslor av förlust och ångest. Kvinnor beskrev det som "less of a woman", "like I was a different person" eller "incomplete partner" (Perz et al., 2014).

Förlust av fertilitet framgick ha haft betydelse för kvinnans identitet, då fertilitet genererade känslor av att vara feminin. Att bli infertil kunde medföra att kvinnan upplevde sig mindre värdefull (Niemasik et al., 2012; Penrose et al., 2012).

“Fertility is such an essential part of being a woman” (Kirkman et al., 2013).

För en del kvinnor upplevdes förlust av fertilitet som större än själva cancerdiagnosen. Då cancer var något som behandlades och förhoppningsvis skulle botas, var infertilitet något som varade för evigt (Gorman, Usita et al., 2011; Niemasik et al., 2012). Kvinnor uttryckte oro över att sjukvårdspersonalen inte hade förstått att deras största önskan hade varit möjlighet till biologiska barn i framtiden (Kirkman et al., 2013).

“It’s (fertility) just bundled in with everything else and actually fertility affects the rest of your life – hopefully cancer affects five years...but if you lose your fertility, that’s forever” (Corney & Swinglehurst, 2013).

I en kvantitativ studie där kvinnor hade fått poängsätta sin uppskattade livskvalité relaterat till fertilitet, kunde man se att de som hade fått information om behandlingens inverkan och möjlighet till fertilitetsbevarande åtgärder uttryckte bättre livskvalité än de som inte fick någon information (Letourneau et al., 2011). Att bli lyssnad på och respekterad ökade kvinnornas välbefinnande (Kirkman et al., 2013).

Patienterna vill ha mer information och stöd

Kvinnor önskade få mer information om behandlingens inverkan på fertiliteten och vilka fertilitetsbevarande alternativ som skulle kunna vara aktuella innan behandlingsstart (Gorman, Bailey et al., 2011; Kirkman et al., 2013; Penrose et al., 2012). Det fanns en önskan om att sjukvården inte skulle anta vad kvinnan har för behov, utan vara öppna för vad hon hade att säga och hennes önskan. Kvinnor uttryckte förståelse för att sjukvårdspersonalen prioriterade att behandla cancer, men ville att betydelsen av fertilitet och moderskap skulle lyftas fram och att de skulle få hjälp med bevarande av fertilitet. Det var viktigt att informationen nådde fram innan det var för sent att vidta åtgärder. Att erbjudas en remiss till fertilitetsspecialist borde vara en självklarhet (Kirkman et al., 2013).

“Doctors need to be much more sensitive, particularly where fertility is concerned” (Kirkman et al., 2013).

Avsatt tid för rådgivning som berörde fertiliteten, där strukturerade fertilitetsfrågor diskuterades i detalj efterfrågades (Corney & Swinglehurst, 2013). Kvinnorna ville få information för att sedan kunna gå hem och fundera, en lista med olika fertilitetsbevarande åtgärder, information om vart de kunde vända sig med frågor som berörde fertiliteten samt mer diskussion med läkaren kring ämnet (Penrose et al., 2012). Broschyrer speciellt anpassade för kvinnor i fertil ålder efterfrågades (Corney & Swinglehurst, 2013). Det fanns en önskan om multidisciplinära team där inte bara sjukvårdspersonal med kunskap om cancervården inkluderades utan även personer som hjälpte till att konsultera fertilitetsproblem (Kirkman et al., 2013). Specifika program för cancerpatienter som vill bedriva fertilitetsbevarande åtgärder skulle göra det klart för patienten vart hen skulle vända sig med frågor (Hershberger et al., 2013). Kvinnor önskade öppna och ärliga samtal med experter inom området som kunde diskutera deras fertilitetsalternativ (Lee et al., 2010).

Emotionellt stöd ansågs också vara viktigt (Corney & Swinglehurst, 2013). För vissa kvinnor ansågs psykologer och kuratorer viktiga när beslut skulle fattas vid cancerdiagnos och för att bidra med stöd för hantering av behandlingens konsekvenser så som sorg vid förlust av fertilitet (Kirkman et al., 2013).

"Treat me as an intelligent woman, lay out the options for me and then I'll read what the options are and then it's my personal choice in taking risk, or not taking risk" (Lee et al., 2010).

DISKUSSION

Metoddiskussion

En litteraturöversikt av tidigare studier gjordes för att kartlägga kunskapsläget inom området (Friberg, 2006). Totalt valdes tolv artiklar ut då de ansågs tillräckliga för att besvara studiens syfte. Valet att inkludera kvalitativa artiklar var framförallt för att på bästa möjliga sätt beskriva levda erfarenheter (Henricson & Billhult, 2012), även kvantitativa artiklar inkluderades då de undersöker en större population och redovisar strukturerade mätningar (Billhult & Hunnarsson, 2012) vilket stärker studiens tillförlitlighet.

Utifrån studiens forskningsresultat bildar de kvalitativa och kvantitativa artiklarna tillsammans en trovärdighet och pålitlighet vilket gör resultatet överförbart till andra situationer eller grupper (Wallengren & Henricsson, 2012). Studiens kvalitativa artiklar ger en beskrivande bild av levda erfarenheter av information och fynden som presenterats ur de kvantitativa artiklarnas resultat bekräftar dessa levda erfarenheter. Exempelvis kan studiens forskningsresultat bidra med utveckling av strategier vid informationsöverföring till patienter i olika sammanhang inom hälso- och sjukvården (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU, 2014)

Artiklarna som valdes ut för analys baseras på studier från USA, Frankrike, Sverige, Storbritannien, Nederländerna, Australien och Canada. Till en början bidrog detta till osäkerhet kring studiens generaliserbarhet, det vill säga om studiens resultat har giltighet utanför studien (Priebe & Landström, 2012) och om forskningsresultatet skulle kunna appliceras i Svensk sjukvård, men då västerländsk sjukvård är relativt lika bedömdes detta inte utgöra ett problem. Vad som möjligtvis gjort forskningsresultatet både mer generaliserbart (Priebe & Landström, 2012) och överförbart (Wallengren & Henricsson, 2012) hade varit annat val av metod, exempelvis en kvalitativ intervju studie för att enbart undersöka levda erfarenheter i Sverige.

Då alla artiklars resultat visar liknande erfarenheter av information och studien på så sätt fått samma mått vid varje mätning anses studien tillförlitlig och innehar reliabilitet (Gunnarsson & Billhult, 2012). Artiklarna kvalitet granskades enligt Fribergs (2006) granskningsmall och har således kunnat bedömas som tillräckligt tillförlitliga för att kunna analyseras och bidra med god kvalitet till forskningsresultatet.

Studien skulle beskriva både kvinnor och mäns erfarenheter av information, men då inte kvalitativa artiklar som berört män påträffats blev fokus framförallt på kvinnor. Dock påträffades en kvantitativ artikel som även inkluderade män som kunde påvisa markanta skillnader av information och valdes därför även in för analys i resultatet. Hänsyn bör tas till att aktuella sökord kan ha påverkat tillgången till artiklar. Då författaren ville ha så aktuell forskning som möjligt för ökad tillförlitlighet och överförbarhet valdes artiklar från år 2010 och framåt. Detta inklusionskriterie kan dock ha påverkat resultatet då tidigare forskning exkluderats och ytterligare relevant information kunnat påträffas om åldersspannet av artiklar utökats.

I inklusionskriterierna beskrevs artiklar skrivna på svenska eller engelska, därför exkluderades artiklar skrivna på annat språk vilket utgör att levda erfarenheter av personer från andra länder som kunnat vara aktuella för studien exkluderats.

Citat har valt att användas i studiens resultatdel för att öka trovärdigheten och ge läsaren en beskrivande bild av levda erfarenheter.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva erfarenheter av information avseende fertilitet och fertilitetsbevarande åtgärder inför cancerbehandling hos patienter drabbade av cancer i fertil ålder (15-52 år). Nyckelfynd som påträffats under analysen diskuteras här mot tidigare forskning, omvårdnadsbegrepp och teorier som presenterats i bakgrunden, under följande kategorier: *Informationen når inte fram, Brist på empowerment och Skillnader i information.*

Informationen når inte fram

Hälso- och sjukvården har ett ansvar att informera patienter om väsentliga risker för komplikationer och biverkningar med aktuell behandling (Riksdagen, 2014). Internationella riktlinjer för bevarande av fertilitet hos patienter som genomgår cancerbehandling menar att onkologer så tidigt som möjligt ska informera patienter om behandlingens potentiella risker av fertiliteten, samt möjlighet till fertilitetsbevarande åtgärder (Lee et al., 2006). Trots detta visar resultatet att många kvinnor upplever att de inte fått information om behandlingens potentiella inverkan på fertiliteten, eller erbjudits fertilitetsbevarande åtgärder.

I bakgrunden presenteras två kvantitativa studier med två olika resultat 58 % respektive 97,8% avseende onkologers ansvarskänsla att diskutera framtida fertilitet med deras patienter (Garvelink et al., 2012; Gilbert et al., 2012). Utifrån vad som framkommer i resultatet verkar

bristande ansvarskänsla, otillräcklig kunskap om fertilitetsbevarande åtgärder och förutfattade meningar hos behandlande läkare utgöra ett hinder för informationsöverföring då patienter inte får information, trots att det finns både riktlinjer (Lee et al., 2006) och lag på information till patienten (Riksdagen, 2014). Det är således vårdpersonalens ansvar att informera patienten om cancerbehandlingens potentiella inverkan på fertiliteten (ibid) och inte patientens. Då sjuksköterskan besitter kunskap om behandlingen som patienten i allmänhet inte har (Borg, 2003), bör patientens informationsbehov uppmärksammas (Socialstyrelsen, 2009) och vårdpersonalen ska delge den information som behövs för att bevara patientens intressen (Riksdagen, 2014).

Brist på empowerment

I bakgrunden presenteras studier som visar ökad risk för känslomässigt lidande, psykologisk ohälsa och nedsatt livskvalité hos dem som blivit infertila till följd av cancerbehandling (Gilbert et al., 2010; Lee et al., 2006; Louwe et al., 2013). Vilket kan jämföras med resultatet då kvinnor uttrycker ilska och upplevelse av att inte få ta egna beslut i sin vård och brist på självbestämmande, när fertilitetsfrågan inte diskuterats. Fokus hamnar ofta enbart på att behandla cancer utan hänsyn till kvinnans livskvalité och delaktighet, vilket gör det omöjligt för patienten att uppnå empowerment då möjlighet att uppleva makt över sin egen situation inte existerar (Elgán & Fridlund, 2013). Om patienten ska uppnå empowerment och patientcentrerad vård krävs att vårdpersonalen delger information och ger patienten möjlighet till delaktighet i beslut (Vårdhandboken, 2013).

Skillnader i information

I resultatet framkommer att kvinnor som är äldre än 35 år sällan erbjuds fertilitetsbevarande åtgärder i förhållande till kvinnor under 35 år, trots att fertilitetsbevarande åtgärder kan vidtas för kvinnor upp till 40 år (Davidsson, 2014). En möjlighet varför ämnet inte diskuteras är att läkaren antar att kvinnan inte är intresserad av framtida barn på grund av hennes ålder, men då information bör delges alla patienter intresserade av familjeplanering i fertil ålder (Lee et al., 2006) måste vårdpersonalen vara lyhörda för dennes intressen (Riksdagen, 2014) och diskutera detta med patienten (Lee et al., 2006). Trots att fertilitetsbevarande åtgärder inte är ett alternativ för kvinnor över 40 år (Davidsson, 2014) bör behandlingens inverkan på fertiliteten diskuteras med alla patienter i fertil ålder (Gilbert et al., 2010; Louwe´ et al., 2013)

då resultatet visar att fertilitet för många kvinnor även har annan betydelse än enbart förmåga att få barn.

Det framkommer i resultatet att kvinnor hade fått information om att de inte passar in i riktlinjer för fertilitetsbevarande åtgärder på grund av deras civilstånd. Men trots att forskning visar att obefruktade ägg är mer benägna att ta skada under frysförvaring än embryos, fryser man idag ner obefruktade ägg hos personer med risker för infertilitet som genomgår cancerbehandling (Lee et al., 2006) och bör därför inte utgöra ett hinder för kvinnor som vid diagnos inte har en partner.

Resultatet visar att kvinnor får mindre information än män om behandlingens inverkan på fertiliteten och att de i mindre utsträckning erbjuds fertilitetsbevarande åtgärder. Att endast 14 % av kvinnorna hade fått information om fertilitetsbevarande åtgärder i förhållande till männen där 68 % hade fått information kan bero på bristande kunskap om fertilitetsbevarande åtgärder hos sjukvårdspersonalen (Duffy et al., 2012; Lee et al., 2006). Andra faktorer kan vara att mannen får vidta fertilitetsbevarande åtgärder upp till 55 års ålder i förhållande till kvinnor som ska vara under 40 år (Davidsson, 2014).

En amerikansk kvantitativ studie som presenterats i resultatet visar att 4 % av kvinnorna vidtagit åtgärder för att bevara fertiliteten i jämförelse med en Svensk kvantitativ studie som visar att 11 % genomgick eller planerade genomgå fertilitetsbevarande åtgärder. En faktor som skulle kunna ligga till grund för dessa skillnader är kostnaden. Då försäkringsbolagen i USA sällan täcker dessa åtgärder (Lee et al., 2006) i förhållande till Sverige där kostnaderna täcks av det offentliga sjukvårdssystemet (Sternudd, 2012).

Slutsats

Patienter drabbade av cancer i fertil ålder får inte tillräckligt med information om cancerbehandlingens potentiella risker för fertiliteten. Kvinnor får mindre information än män och löper större risk att äventyra sin fertilitet. Vårdpersonalen behöver vara lyhörda för patientens behov och bör delge patienten adekvat information för att möjliggöra empowerment och öka livskvalité hos dessa patienter.

Betydelse

Studien förväntas bidra med ökad kunskap hos både sjukvårdspersonal och patienter kring betydelsen av information om behandlingens biverkan på fertilitet och fertilitetsbevarande åtgärder i samband med cancerbehandling. Kunskapen skulle i klinisk verksamhet kunna

tillämpas av sjuksköterskor och annan vårdpersonal på onkologisk enhet. Författarens förhoppning är att alla onkologiska enheter ska som både muntlig och skriftlig rutin lämna information om cancerbehandlings biverkan på fertiliteten och fertilitetsbevarande åtgärder.

Förslag på vidare forskning

Vidare forskning behövs inom ämnet för att kunna problematisera och konkretisera bristande information om infertilitet vid cancerbehandling. Forskning med fokus på varför informationen inte når patienterna och vad som behövs göras för att patienterna ska få information. Det behövs kvalitativa studier om mäns upplevelse av information.

REFERENSER

*= Resultat artiklar

Adams, E; Hill, E; Watson, E. (2013). Fertility preservation in cancer survivors: a national survey of oncologists' current knowledge, practice and attitudes. *British Journal of Cancer*, 108 (8), 1602-1615. Doi: 10.1038/bjc.2013.139.

*Armuan, G., Rodriguez-Wallberg, K., Wettergren, L., Ahlgren, J., Enblad, G., Höglund, M., & Lampic, C. (2012). Sex differences in fertility-related information received by young adult cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 30 (17), 2147-53. Doi: 10.1200/JCO.2011.40.6470

Bechman, L. Charlotte (2015). *Malmö Högskola Nyheter: Information till cancersjuka brister*. Hämtad 18 september, 2015, Från,
<https://www.mah.se/Nyheter/Nyheter-2015/Information-till-cancersjuka-brister/>

Bergman, O. & Hont, G. & Johansson, E. (2013). *Cancer i siffror: Populärvetenskapliga fakta om cancer*. (Socialstyrelsen 2013-6-5). Från,
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19108/2013-6-5.pdf>

Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012). Kvantitativ studiedesign och stickprov. I *Henricson, M. (RED.) Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur

Borg, T. (2003). Sexualitet. I *Reitan, M. A. & Schölberg, Kr. T., (RED.) Onkologisk omvårdnad: patient-problem-åtgärd*. Falköping

Cavalli-Björkman, N. (2011). Fertilitet efter cancerbehandling. Hämtad 8 september, 2015, från Vårdguiden, <http://www.1177.se/Stockholm/Tema/Cancer/Under-och-efter-behandling/Fertilitet-och-sexualitet/Fertiliteten-efter-cancerbehandlingen/>

*Corney, R., & Swinglehurst, A. (2014). Young childless women with breast cancer in the UK: A qualitative study of their fertility-related experiences, options, and the information given by health professionals. *Psycho-Oncology*, 23(1), 20-26. Doi: 10.1002/pon.3365

Davidsson, A. (2014). *Fertilitetsbevarande åtgärder*. Hämtad 25 september, 2015, Från Akademiska Sjukhuset, <http://www.akademiska.se/sv/Verksamheter/Reproduktionscentrum/Fertilitetsbevarande-atgarder/>

Docteur, E. & Coulter, A. (2012). *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård: En extern utvärdering*. (Rapport 2012:5). Stockholm: TMG Sthlm. Från <http://www.varदानalys.se/Rapporter/2013/Patientcentrering-i-svensk-halso--och-sjukvard---en-extern-utvardering-/>

Duffy, C., Allen, S., Dube, C., & Dickersin, K., (2012). Oncologists' Confidence in Knowledge of Fertility Issues for Young Women with Cancer. *Journal of Cancer Education*, 27 (2), 369-376. Doi: 10.1007/s13187-011-0304-1

Elgán, C. & Fridlund, B. (2013). Vuxet vardagsliv. I Friberg, F. & Öhlén, J. (RED.) *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur

Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värddering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur

Garvelink, Mirjam M., ter Kuile, Moniek M. Louw, Leoni A. Hilders, Carina G. J. M. Stiggelbout, Anne M. (2012). A Delphi consensus study among patients and clinicians in the Netherlands on the procedure of informing young breast cancer patients about Fertility Preservation. *Acta Oncologica*, 51 (8), 1062-1069. Doi: 10.3109/0284186X.2012.702927

Gilbert, E., Adams, A., Mehanna, H., Harrison, B., & Hartshorne, G. M., (2011). Who should be offered sperm banking for fertility preservation? A survey of UK oncologists and haematologists. *Annals of Oncology*, 22 (5), 1209-1214. Doi:10.1093/annonc/mdq579

*Gorman, R. J., Bailey, S., Pierce, P.J., & Su. H. I., (2011). How do you feel about fertility and parenthood? The voices of young female cancer survivors. *J Cancer Surviv*, 6 (2), 200–209. Doi: 10.1007/s11764-011-0211-9

*Gorman, R. J., Usita, P., Madlensky, L., & Pierce, P. J., (2011). Young Breast Cancer Survivors: Their Perspectives on Treatment Decisions and Fertility Concerns. *Cancer Nurs*, 34 (1), 32–40. Doi:10.1097/NCC.0b013e3181e4528d.

Gunnarsson, R., & Bullhult, A. (2012). Mätinstrument och diagnostiska test. I *Henricson, M. (RED.) Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*.

Studentlitteratur

Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ studiedesign. I *Henricson, M. (RED.) Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur

*Hershberger, E. P., Finnegan, L., Altfeld, S., Sara Lake., & Hirshfeld-Cytron, J. (2013). Toward theoretical understanding of the fertility preservation decision-making process: Examining information processing among young women with cancer. *Res Theory Nurs Pract*, 27(4), 257–275. Hämtad från databasen PubMed with full text.

IVF- . (2014). IVF-behandling:Priser. Hämtad 14 januari, 2016, Från IVF-klinikenStockholm, <http://www.ivfcliniken.se/stockholm/priser/ivf-behandling/>

Karolinska Institutet. (2015). *Swedish MeSH*. Hämtad 1 September, 2015, Från http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_en.cfm

*Kirkman, M., Stern, C., Neil, S., Winship, I., Mann, G. B., Shanahan, K., Missen, D., Shepherd, H., & Fisher, R.W.J. (2013). Fertility Management After Breast Cancer Diagnosis: A Qualitative Investigation of Women's Experiences of and Recommendations for Professional Care. *Health Care for Women International*, 34 (1), 50–67. Doi: 10.1080/07399332.2012.735729

*Letourneau, M. J., Erin E. E., Katz, P. P., Katz, A., Wei Z. A., Chien, A. J., Melisko, M. Cedars, M., Rosen, M. (2012). Pretreatment fertility counseling and fertility preservation improve quality of life in reproductive age women with cancer. *Cancer*, 118 (6), 1710-1717. Doi: 10.1002/cncr.26459

*Letourneau, J., Smith, J., Ebbel, E., Craig, A., Katz, P., Cedars, M., & Rosen, M. (2012). Racial, socioeconomic, and demographic disparities in access to fertility preservation in young women diagnosed with cancer. *Cancer*, *118*(18), 4579-4588. Doi: 10.1002/cncr.26649

*Lee, J.R., Wakefield, A., Foy, S. Howell, J.S., Wardley, M.A., & Armstrong, C.A. (2010). Facilitating reproductive choices: the impact of health services on the experiences of young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *20* (10), 1044–1052. Doi: 10.1002/pon.1826

Lee, S.J., Schover, L.R, Partridge, A.H., Patrizio, P., Wallace, W.H., Hagerty, K., Beck, L.N., & Oktay, K., (2006). American Society of Clinical Oncology Recommendations on Fertility Preservation in Cancer Patients. *JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY*, *24*(18), 2917-31. Doi: 10.1200/JCO.2006.06.5888

Louwé, A. L., ter Kuile, M. M., Hilders, G. J. M. C., Jenninga, E., Tiemessen, M. S., Peters, A. W. A., Nortier, W. R. J., & Stiggelbout, M. A., (2013). Oncologists' practice and attitudes regarding fertility preservation in female cancer patients: a pilot study in the Netherlands. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *34* (3), 129-132. Doi: 0.3109/0167482X.2013.821977

*Niemasik, E.E., & Letourneau, J., Dohan, D., Katz, A., Melisko, M., Rugo, H., & Rosen, M., (2012). Patient perceptions of reproductive health counseling at the time of cancer diagnosis: a qualitative study of female California cancer survivors. *J Cancer Surviv*, *6* (3), 324–332. Doi: 10.1007/s11764-012-0227-9

NordicIVFCenter. Äggfrysning: Priser. Hämtad 14 januari, 2016, från NordicIVFCenter, <http://nordicivfcenter.se/priser-aggfrysning/>

Peate, M., Meiser, B., Friedlander, M., Zorbas, H., Rovelli, S., Sansom-Daly, U.,....Hickey, M. (2011) It's Now or Never: Fertility-Related Knowledge, Decision-Making Preferences, and Treatment Intentions in Young Women With Breast Cancer-An Australian Fertility Decision Aid Collaborative Group Study. *JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY*, *29* (13), 1670-7. Doi: 10.1200/JCO.2010.31.2462

*Penrose, R., Beatty, L., Mattiske, J., & Koczwara, B., (2012). Fertility and cancer-a qualitative study of Australian cancer survivors. *Support Care Cancer*, 20 (6), 1259-65. Doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00520-011-1212-y>

*Perz, J., Ussher, J., & Gilbert, E. (2014). Loss, uncertainty, or acceptance: subjective experience of changes to fertility after breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 23 (4), 514-522. Doi: 10.1111/ecc.12165

Priebe, G., & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar: grundläggande vetenskapsteori. I *Henricson, M. (RED.) Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur

Reimers, J., (2015). *Ung Cancer: Dålig information till unga cancerpatienter om sex och fertilitet*. Hämtad 18 september, 2015, Från <http://www.ungcancer.se/dalig-information-till-unga-cancerpatienter-om-sex-och-fertilitet> Hämtad 2015-09-18

Skånes Universitetssjukhus. (2014). *Livskvalitet*. Hämtad den 22 september, från Skånes Universitetssjukhus, <https://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/Kunskapscentrum-for-geriatrik/Kunskapsbank/Livskvalitet/>

Socialstyrelsen. (2015). *Informationsöverföring och kommunikation*. Hämtad 24 september, 2014, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/riskomraden/kommunikation>

Socialstyrelsen. (2009). *Patientsäkerhet*. Hämtad 24 september, 2014, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet>

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 6 september, 2015, från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). (2014). *Värdering och syntes av studier utförda med kvalitativ analysmetodik*. Hämtad 23 september, 2015, från SBU, http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel08.pdf

Sternudd, K. (2012). *KI nyheter: Dålig information till kvinnor om fertilitet efter cancer*. Hämtad 18 september, 2015, Från <http://ki.se/nyheter/dalig-information-till-kvinnor-om-fertilitet-efter-cancer>

Svensk författningssamling 2014:821. *Patientlag*. Hämtad 6 september, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/#K3

Vårdhandboken. (2013). *Målet är ökad patientcentrering*. Hämtad 23 september, 2015, Från Vårdhandboken, <http://www.varldhandboken.se/Texter/Bemotande-i-varld-och-omsorg-patientperspektiv/Malet-ar-okad-patientcentrering/>

Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat arbete. I Henricson, M. (RED.) *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur

World Health Organisation. (2015). *Reproductive health*. Hämtad 1 september, 2015, Från WHO, http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/

WHO. (2015). Cancer. Hämtad 2 september, 2015, Från WHO, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet. (2:a uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.

BILAGOR

Bilaga 1

Artikelmatis

Artikel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
1. "Patient perceptions of reproductive health counseling at the time of cancer diagnosis: a qualitative study of female California cancer survivors". Niemasik, E.E., & Letourneau, J., Dohan, D., Katz, A., Melisko, M., Rugo, H., & Rosen, M. (2012)	Undersöka vad kvinnor minns om reproduktiva hälsorisker vid tidpunkten för cancerdiagnos, för att identifiera hinder i hälsorådgivning gällande fertilitet och fertilitetsbevarande.	Enkätstudie med flervals- och öppna frågor. Kvinnor 18-40 år. 697 deltagare. USA.	Femtioen procent hade haft reproduktiv rådgivning och drygt tolv procent hade fått rådgivning om fertilitetsbevarande. Kommunikations hinder gällande information om fertilitet och fertilitetsbevarande.	Hög
2. "Fertility and cancer-a qualitative study of Australian cancer survivors". Penrose, R., Beatty, L., Mattiske, J., & Koczwara, B., (2012)	Bedöma fertilitetsproblem bland cancer överlevande under 50 år och som en del av en större studie undersöka efterlevande oro om fertilitet, sexualitet och föräldraskap.	Kvalitativ. Inspelade intervjuer. Kvinnor med cancerdiagnos, 24-50 år. Australien.	Fyra teman identifierades, varav tre intressanta för studien. 1. Fertilitet utgör mer än förmåga att föda barn. 2. Brist på information för att kunna ta beslut om fertilitet. 3. Deltagarnas rekommendationer.	Hög

<p>3. "Fertility Management After Breast Cancer Diagnosis: A Qualitative Investigation of Women's experiences of and Recommendations for Professional Care". Kirkman, M., Stern, C., Neil, S., Winship, I., Mann, G. B., Shanahan, K., Missen, D., Shepherd, H., & Fisher, R.W.J. (2013)</p>	<p>Att lära mer om kvinnors erfarenheter av fertilitetsrelaterad information i cancervården.</p>	<p>Kvalitativ. Intervjuer. Kvinnor 26-45 år med bröstcancer diagnos. Australien.</p>	<p>Erfarenheter av fertilitetsrelaterad information varierade. Kvinnorna uttryckte liknande behov och uttryckte önskan om kommunikation gällande fertilitet och fertilitetsbevarande.</p>	<p>Hög</p>
<p>4. "Facilitating reproductive choices: the impact of health services on the experiences of young women with breast cancer". Lee, J.R., Wakefield, A., Foy, S. Howell, J.S., Wardley, M.A., & Armstrong, C.A. (2010)</p>	<p>Undersöka kvinnors erfarenheter av att få information om att behandlingen påverkat deras fertilitet och hur deras interaktioner med hälso- och sjukvården påverkat deras erfarenheter.</p>	<p>Kvalitativ. Intervjuer. Kvinnor med bröstcancer diagnos, under 40 år. Storbritannien.</p>	<p>Motstridiga råd från sjukvårdspersonal en tyckte öka kvinnornas farhågor att fertilitetsbevarande minskade risken för överlevnad. Kvinnorna upplevde att behandlingen och sjukvården berövat dem val. Önskan om mer information.</p>	<p>Hög</p>

<p>5. "Pretreatment fertility counseling and fertility preservation improve quality of life in reproductive age women with cancer". Letourneau, M. J., Erin E. E., Katz, P. P., Katz, A., Wei Z. A., Chien, A. J., Melisko, M. Cedars, M., Rosen, M. (2011)</p>	<p>Beskriva om infertilitets rådgivning innan cancerbehandling har inverkan på livskvalité efter cancerbehandling</p>	<p>Kvantitativ. Retrospektiv enkätstudie. Kvinnor i fertil ålder, olika cancerdiagnoser. 18-40 år. USA..</p>	<p>Fertilitetsrådgivning av en fertilitetsspecialist resulterade i mindre ånger än att enbart diskutera fertilitet med sin onkolog.</p>	<p>Hög</p>
<p>6." Racial, socioeconomic, and demographic disparities in access to fertility preservation in young women diagnosed with cancer". Letourneau, M. J., Smith, J., Ebbel, E., Craig, A., Katz, P., Cedars, M., & Rosen, M. (2012)</p>	<p>Undersöka sambandet mellan sociodemografiska faktorer och tillgång till fertilitetsbevarande bland kvinnor i fertil ålder diagnostiserade med cancer.</p>	<p>Kvantitativ. Retrospektiv undersökning. Kvinnor, olika cancerdiagnoser, 18-40 år. USA.</p>	<p>Sextioen av kvinnorna diskuterade cancerbehandlingens potentiella inverkan på fertiliteten med onkologlaget. Kvinnor som inte uppnått kandidatexamen nivå diskuterade frågan i mindre utsträckning än övriga. Skillnader i tillgång på fertilitetsbevarande om patienten var över 35 år eller hade tidigare barn vid diagnos.</p>	<p>Hög</p>

			<p>Skillnader i tillgång till fertilitetsbevarande baserat på etnicitet och sexuell läggning observerades.</p>	
<p>7. "Young childless women with breast cancer in the UK: A qualitative study of their fertility-related experiences, options, and the information given by health professionals". Corney, R., & Swinglehurst, A. (2014)</p>	<p>I detalj undersöka fertilitetsrelaterade upplevelser hos unga barnlösa kvinnor med bröstcancer. Informationen de fått, fertilitetsbevarande alternativ som givits och vilka dilemman de står inför.</p>	<p>Kvalitativ. Intervjuer. Unga barnlösa kvinnor under 45 år med första episoden av bröstcancer som diagnostiserats för minst 6 månader sedan. Storbritannien.</p>	<p>Mängden av information som gavs till kvinnorna från vårdpersonalen varierade kraftigt. Endast hälften gavs möjlighet att bedriva fertilitetsbevarande åtgärder innan behandlingsstart med cytostatika. De flesta var oroliga inför framtiden och hur deras fertilitet skulle påverkats. I allmänhet var det brist i information och stöd i dessa frågor.</p>	<p>Hög</p>
<p>8. "How do you feel about fertility and parenthood? The voices of young female cancer survivors". Gorman, R. J., Bailey, S.,</p>	<p>Undersöka fertilitet och oro kring föräldraskap bland kvinnor överlevande i cancer i fertil ålder.</p>	<p>Kvalitativ. Intervjuer. Kvinnor 18-34 år. USA.</p>	<p>.Brist på valmöjligheter och kontroll över fertilitet. Vill ha information om sin fertilitet..</p>	<p>Hög</p>

Pierce, P.J., & Su. H. I., (2011)				
9. "Sex differences in fertility-related information received by young adult cancer survivors". Armuand, G., Rodriguez-Wallberg, K., Wettergren, L., Ahlgren, J., Enblad, G., Höglund, M., & Lampic, C. (2012)	Syftet med studien var att undersöka manliga och kvinnliga överlevare i cancer, deras uppfattning om fertilitetsrelaterad information och användning av fertilitetsbevarande åtgärder i samband med cancerbehandling i fertil ålder.	Kvantitativ. Frågeformulär. Deltagare (Kvinnor och män) 18-45 år med cancerdiagnoser som lymfom, akut leukemi, testickelcancer eller äggstockscancer. Även kvinnor med bröstcancer som genomgått cytostatika behandling. Sverige.	Majoriteten av de manliga deltagarna uppgav att de fått information om behandlingens effekt på fertiliteten samt fertilitetsbevarande åtgärder. Mer än hälften hade vidtagit fertilitetsbevarande åtgärder. Mindre än hälften av alla kvinnor uppgav att de fått information om behandlingens inverkan på fertiliteten, och ännu färre om fertilitetsbevarande alternativ.	Hög
10. "Toward theoretical understanding of the fertility preservation decision-making process: Examining information processing among young women with	Öka teoretisk förståelse för process i beslutsfattande om fertilitetsbevarande åtgärder, genom att undersöka informationsbehandling bland unga kvinnor med cancer.	Kvalitativ. Semi-strukturerade intervjuer. Unga vuxna kvinnor 19-40 år boende i 15 olika delstater i Columbia. USA.	Kvinnor önskade skraddarsydd, personlig information specifik för deras situation.	Hög

cancer”. Hershberger, E. P., Finnegan, L., Altfeld, S., Sara Lake., & Hirshfeld- Cytron, J. (2013)				
11. ”Young Breast Cancer Survivors: Their Perspectives on Treatment Decisions and Fertility Concerns”. Gorman, R. J., Usita, P., Madlensky, L., & Pierce, P. J., (2011)	Undersöka hur unga kvinnor fattar beslut om cancerbehandling och oro över fertiliteten.	Kvalitativ. Telefonintervjuer. Kvinnor, tidigt stadium av bröstcancer som diagnostiserats vid 40 års ålder eller yngre. USA.	Oro över fertilitet är olika för varje kvinna. De berättade inte om mina alternativ och jag tänkte inte på fertiliteten förns det var för sent.	Hög
12. ”Loss, uncertainty, or acceptance: subjective experience of changes to fertility after breast cancer”. Perz, J., Ussher, J., & Gilbert, E. (2014)	Undersöka den subjektiva upplevelsen av infertilitet bland kvinnor med bröstcancer.	Kvalitativ. Online- undersökning, slutna och öppna frågor. Kvinnor med bröstcancerdiagnos, Australien.	Studiens resultat visade bland annat brist på information om fertilitetsrådgivni ng.	Hög

Bilaga 2 (Tabell 1.)

Söktabell

Datum	Sökmotor/ Databas	Sökord	Antal träffar	Lästa abstracts	Lästa artiklar	Antal analyserade artiklar	Artikel nr.
150819	EBSCO Discovery <i>with full text, peer review*</i> CI NAHL Complete	“Infertili ty cancer experien ce”	66	32	4	1	12
150819	EBSCO Discovery <i>with full text, peer review*</i> MEDLINE, CINAHL Complete	“inform ation cancer f ertility”	90	29	11	2	2,7
150819	EBSCO Discovery <i>with full text, peer review*</i> MEDLINE, CINAHL Complete	“Fertilit y counseli ng AND cancer”	219	43	9	3	1,3,5
150821	EBSCO Discovery <i>with full text, peer review*</i> ACADEMI C	“disparit ies fertility preserva tion cancer”	18	9	1	1	6

150824	EBSCO Discovery <i>with full text, peer review*</i> MEDLINE	“inform ation fertility preserva tion cancer”	63	12	5	2	8,11
150825	PubMed <i>with full text, publication dates 5 years*</i> MEDLINE	“inform ation fertility preserva tion cancer”	49	13	6	2	9,10