

# Sexuell dysfunktion hos kvinnor efter strålbehandling

- ur ett biopsykosocialt perspektiv

FÖRFATTARE	Karin Gustafsson Linda Åkeflo
PROGRAM/KURS	Examensarbete i Omvårdnad OM5250 HT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Nils Sjöström
EXAMINATOR	Sofie Jakobsson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Sexuell dysfunktion hos kvinnor efter strålbehandling - ur ett biopsykosocialt perspektiv
Titel (engelsk):	Sexual dysfunction in women after radiotherapy - from a biopsychosocial perspective
Arbetets art:	Självständigt arbete
Fristående kurs:	OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	18 sidor
Författare:	Karin Gustafsson Linda Åkeflo
Handledare:	Nils Sjöström
Examinator:	Sofie Jakobsson

---

## SAMMANFATTNING

*Bakgrund:* Sexualitet är väsentligt för människans identitet, relationer och upplevelser; ett komplext livsområde. Strålbehandling som ges till kvinnors bäckenregion påverkar hennes sexuella förmåga genom biverkningar till hud och slemhinnor som ger smärta och obehag samt minskad komfort i underlivet. Ofta ges inte den adekvata information som patienten har rätt till på grund av fördomar och okunskap. *Syftet* med litteraturstudien var att belysa hur kvinnors sexualitet påverkas av strålbehandling mot bäckenmaligniteter och kvinnornas behov av information. *Metod:* Uppsatsen är en litteraturöversikt utifrån 10 artiklar som söktes i databaserna CINAHL och PubMed. *Resultatet* visade att symtom som fatigue, diarré och aptitlöshet samt vaginala förändringar som minskad elasticitet, vaginal snävhet, dyspareuni och utebliven lubrikation leder till sexuell dysfunktion. Sexuell dysfunktion är ett av de mest rapporterade symtomen efter avslutad strålbehandling, oavsett bäckenmalignitet som hon har behandlats mot. Psykosociala förändringar såsom förändrad kroppsuppfattning, självbild, parrelation, nedsatt självförtroende, stress, oro och svårighet att hantera sin situation bidrar också till sexuell dysfunktion. Sexuell dysfunktion kvarstod lång tid efter avslutad behandling. Alla patienter efterfrågade information om hur behandlingen påverkar sexualiteten. *Diskussion:* Patienterna har behov av stöd och rådgivning hela vägen i den onkologiska processen genom kontinuitet av specialistsjuksköterska. För att kunna utföra god och säker omvårdnad behöver sjuksköterskan utrustas med ökad kunskap och förståelse i ämnet och patienten vill att sjuksköterskan erbjuder information och samtal om sexualitet. *Slutsats:* Sexuell dysfunktion är ett ofta rapporterat symtom efter avslutad strålbehandling mot bäckenmaligniteter och dessutom mätbart lång tid efter avslutad behandling. Alla patienter efterfrågar information om biverkningar som påverkar sexualiteten. Sjuksköterskan har ett ansvar för att kvinnan får information om de biverkningar som påverkar hennes sexualitet samt att ge henne möjlighet att ställa frågor, och att ha en tillåtande hållning och attityd.

## ORDLISTA

Anus/anal	- ändtarmsöppning
Corpus uterus	- livmoderkropp (benämns i uppsatsen som enbart corpus).
Cervix	- livmoderhals
Dysfunktion	- medicinsk och psykologisk term för störd eller rubbad funktion hos ett organ eller i en psykisk process.
Dyspareuni	- smärta vid samlag
Erytem	- rodnad av huden
Fatigue	- trötthet, utmattning
Kolon	- tjocktarm
Kurativ	- botande
Lubrikation	- den fuktning av vaginalslemhinnan som sker hos kvinnan vid sexuell stimulering och upphetsning
Libido	- sexualdrift
Rektum/rektal	- ändtarm
Senbiverkningar	- Biverkningar som uppträder 6 månader efter påbörjad behandling
Uterus	- livmoder

(Medicinsk fickordbok 2006, Nationalencyklopedin 2012)

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING .....	1
2	BAKGRUND .....	2
2.1	Sexualitet och hälsa .....	2
2.2	Cancer och sexualitet .....	3
2.3	Strålbehandling och sexualitet .....	3
2.4	Cancerrehabilitering .....	4
2.5	Sjuksköterskans ansvar .....	4
2.6	Travelbee´s omvårdnadsteori .....	5
3	SYFTE .....	7
4	METOD .....	7
4.1	Litteratursökning .....	7
4.2	Analys .....	8
5	RESULTAT .....	9
5.1	Förändringar som påverkar sexualiteten .....	10
5.1.1	Fysiska förändringar .....	10
5.1.2	Psykosociala förändringar .....	10
5.2	Sjuksköterskans ansvar att informera; diagnosgrupp, tidpunkt, miljö och informationsinnehåll .....	11
6	DISKUSSION .....	12
6.1	Metoddiskussion .....	12
6.2	Resultatdiskussion .....	13
6.3	Klinisk implikation .....	14
7	REFERENSER .....	16

BILAGA 1 – PLISSIT-modellen

BILAGA 2 – Artikelpresentation

# 1 INLEDNING

Cancer är en potentiellt livshotande sjukdom. Forskningens framsteg och utveckling inom onkologisk behandling har lett till att fler överlever cancersjukdom. Detta skapar nya utmaningar till oss som arbetar med onkologisk omvårdnad, inte minst vad gäller rehabilitering. Cancersjukdom och onkologisk behandling kan leda till förändringar av hennes sexualitet. Kvinnans sexualitet har i ett historiskt perspektiv varit och är fortfarande tabu-belagt och som patient kan man uppleva stor ensamhet i sina funderingar och sexuella svårigheter.

I klinisk verksamhet är kunskapen begränsad om hur sexualiteten påverkas av cancerdiagnos och behandling, samt hantering av dessa. Det kan finnas hinder och begränsningar för både patienter och vårdpersonal genom det dubbel-tabu som begreppen *cancer* och *sexualitet* rymmer. Vår erfarenhet är att det även finns brister i organisation, vårdkultur, rutiner och kompetens. Vi ser på sexualitet ur ett bio-psyko-socialt perspektiv och tror att det ligger i tiden att öppna upp för patientens behov av stöd i sexologiska frågor.

Denna litteraturstudie belyser sexuell dysfunktion hos kvinnor som fått strålbehandling mot bäckenregionen. De vanligaste bäckenmaligniteter hos kvinnor som erhåller strålbehandling är gynekologisk cancer såsom cervix- och corpuscancer samt anal- och rektalcancer. Utgångspunkten är att vi tillsammans med andra professioner har ett ansvar att informera och stödja patienter att ta hand om de biverkningar som strålbehandlingen orsakar och om möjligt begränsa dess omfattning.

## 2 BAKGRUND

### 2.1 Sexualitet och hälsa

Sex är ett av våra grundläggande behov, liksom luft, vätska, mat, värme och sömn. Sexualiteten är en grundläggande del av människan och per definition borde de sexuella behoven ingå som en del i en holistisk vård (Blagbrough,2010). Begreppet sexualitet kommer från latinets *sexus*, som betyder kön och förknippas inom biologin med könlig fortplantning (Nationalencyklopedin, 2012). Sexualitet står för mycket mera än rent fysiska yttringar. Både sexuella känslor och kärlek är nödvändiga för livet, men inte alltid knutna till varandra. Sexualiteten är väsentligt för människans identitet, relationer och upplevelser. Det är ett komplext livsområde som berör människans mest privata erfarenheter (Hulter, 2004).

World Health Organization (WHO, 2013) definierar begreppet sexualitet som: *”... en integrerad del av personligheten hos varje människa; man, kvinna och barn. Den är ett grundbehov och en aspekt av att vara mänsklig, som inte kan skiljas från andra livsaspekter. Sexualitet är inte synonymt med samlag, den handlar inte om huruvida vi kan få orgasm eller inte, och är inte heller summan av våra erotiska liv. Sexualitet är mycket mer: den finns i energin som driver oss att söka kärlek, kontakt, värme och närhet; den uttrycks i vad vi känner, hur vi rör oss, hur vi rör vid andra och själva tar emot beröring (smekningar). Sexualiteten påverkar tankar, känslor, handlingar och gensvar och genom detta vår fysiska och psykiska hälsa”* (World Health Organization, 2002, ref. på RFSU:s hemsida 2013, s.2).

Vidare lyder WHO:s definition av sexualitet; *”en väsentlig del av att vara människa genom hela livet. Den upplevs och uttrycks genom tankar, fantasier, önskningar, normer, attityder och värderingar, beteenden, praktiker, roller och relationer. Sexuell hälsa är ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet. För att sexuell hälsa ska uppnås och behållas, måste alla människors sexuella rättigheter respekteras, skyddas och uppfyllas”* (WHO, refererat i Hulter, 2004, s.269).

Sexologin som vetenskap är under utveckling och är av tvärvetenskaplig karaktär. Det bedrivs forskning inom sexologi inom ett stort antal ämnesområden och det finns flera vetenskapliga tidskrifter för sexologi, varav *British journal of sexual medicine* är ett exempel. I Sverige bedrivs utbildningar i sexologi på Karolinska institutet och vid Göteborgs universitet (Ringborg U et al., 2008). Normer och värderingar om sexuellt beteende är i ständig förändring och vad som uppfattas normalt och naturligt eller onormalt och onaturligt förändras över tid beroende på sociala och kulturella sammanhang (Hulter, 2004).

De etiska riktlinjer som gäller för den yrkesverksamma sjuksköterskan i hennes grundprofession, gäller också inom sexologisk behandling (Ringborg et al., 2008). *”Sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden är: att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande. Sjuksköterskan erbjuder vård till individen, familjen och allmänheten. Sjuksköterskan samordnar sitt arbete med närstående yrkesgrupper”*

(International Council of Nurses, ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, 2007, s.3)

## **2.2 Cancer och sexualitet**

För kvinnor i Sverige är gynekologisk cancer den näst största diagnosgruppen efter bröstcancer. Dessa kvinnor är ofta en förbisedd patientgrupp (Cancerfonden, 2009). År 2010 drabbades 26295 kvinnor i Sverige av cancersjukdom, där 2854 var nya gynekologiska cancerfall och 909 nya cancerfall av rektal och anal (Socialstyrelsen, 2010).

Att få besked om en cancersjukdom är för varje enskild patient en psykologisk belastning och är en tid av osäkerhet och oro. I samband med cancerbeskedet, under vård och behandling utlöses en kris med många aspekter. Detta innebär en psykosocial påfrestning för den sjuke och hennes familj, där man sällan kan förutsäga sjukdomsförloppet eller framtiden. Denna osäkerhet och oro kan skapa stress, rädsla, ångest och depression. Om patienten kan uppnå en ny balans i tillvaron är denna ibland bräcklig och temporär. En ny vändning i sjukdomsförloppet, en ändrad behandling, medicinering, kan förändra allt. Plötsligt råder nya villkor och förutsättningar som man ska anpassa sig till (Tamm, 2012). För patienten kan belastningen under cancersjukdomen vara fysisk, psykisk, social och existentiell (Cancervårdprocessen, 2012).

Trots att statistiken numera visar på god överlevnad för den som drabbas av cancersjukdom, uppfattas oftast en cancerdiagnos som ett dödshot, vilket påverkar hela livssituationen. Psykologiska reaktioner startar hos både patient och närstående, och kan påverka parternas samliv. Psykologiskt kan dödshotet få den sexuella lusten att dämpas, men hos vissa parter kan den sexuella gemenskapen få ett ökat existentiellt värde (Ringborg et al., 2008; Degerfält et al., 2009). Sexualiteten påverkas oftast på något sätt av cancersjukdomen. Men sexualiteten kan även påverkas av ålder, livsfas och familjesituation, liksom av självförtroendet och fertilitet, tidigare erfarenheter, kultur, religion och könsroller. (Degerfält et al., 2009).

## **2.3 Strålbehandling och sexualitet**

Tillsammans med kirurgi och kemoterapi är strålbehandling ofta en oersättlig del i behandlingen av cancertumörer. Om behandlingen är kurativt syftande kan höga dosnivåer krävas, vilket kan skada även frisk vävnad (Degerfält et al., 2009). Hur stor totaldos som ska ges avgörs av tumörens typ och lokalisation. I regel vill man ge tumören så hög stråldos som den friska omkringliggande vävnaden kan tolerera (Reitan & Schölberg, 2003).

Strålbehandling är både psykiskt och fysiskt påfrestande för patient och närstående och kan innebära oro för om behandlingen ger den önskade och förväntade effekten. Stress och osäkerhet ökar påfrestningen för patienten och gör det svårare att hantera situationen (Cancervårdprocessen 2012). Trötthet är ett symptom som är vanligt förekommande i samband med strålbehandling mot de flesta cancerdiagnoser. För patienter som får strålbehandling mot bäckenmaligniteter, är förväntade biverkningar dessutom illamående och diarré samt hud- och slemhinnebiverkningar. Hud och slemhinnor i slida kan av strålbehandlingen bli torra, sköra och bilda blåsor och ger smärta och obehag samt minskad komfort i underlivet. Sammantaget leder dessa sidoeffekter ofta till sexuell dysfunktion och även till förändrad kroppsuppfattning (Ringborg et al., 2008). I vissa fall kan strålbehandlingen påverka de strålkänsliga ovarierna, vilket innebär att kvinnan får förstärkta klimakteriebesvär eller att hon kommer in i ett för

tidigt klimakterium (Bergmark & Dunberger, 2012; Degerfält et al., 2009). Den ärrbildning och fibrosomvandling av vagina som sker benämns vaginal fibros. Vaginal stenosis innebär att vagina blir förkortad och trängre och kan drabba kvinnor som fått strålbehandling mot bäckenmalignter (Degerfält et al., 2009).

## **2.4 Cancerrehabilitering**

*”Rehabilitering inleds i de flesta fall redan när diagnos cancer ställs. För att rehabiliteringen ska bli så framgångsrik som möjligt krävs att den sker i nära samarbete med patienten. Det primära ansvaret ligger på behandlande klinik och kräver oftast ett multidisciplinärt omhändertagande”* (Cancervårdsprocessen, 2012, s. 58).

Fler människor får cancer idag jämfört med tidigare. Dödligheten i sjukdomen sjunker och fler blir botade. Denna positiva utveckling ställer nya krav på cancersjukvården i form av cancerrehabilitering. Rehabilitering är eftersatt i landet och är oftast ännu inte en integrerad del i onkologisk verksamhet. Alltför många lämnas utanför möjligheten till en väl strukturerad och genomtänkt rehabilitering (Cancerfonden, 2009).

För många människor är ett tillfredställande sexualliv betydelsefullt för livskvaliteten och många människor önskar upprätthålla ett intimt samliv under hela livet. Sexologisk rehabilitering är ett känsligt ämne och många yrkesgrupper inom onkologin saknar sexologisk utbildning (Ringborg et al., 2008). För att i en parrelation kunna komma tillbaka till sexuellt samliv är den bästa förutsättningen en sund krisbearbetning. Sexologiskt rehabiliterande åtgärder kan vara att samtala om den uppkomna situationen, att planera för vila och sexuell gemenskap och kanske ta hjälp utifrån i form av parsamtal (Lundberg et al., 2010).

Kvinnor som fått strålbehandling mot bäckenet som besvärar av samlagssmärta och skav vid samlag, kan rekommenderas hjälpmedel såsom glidmedel och lidokainsalva. Ännu finns det inga erektions- eller lubrikationsstödande läkemedel som rekommenderas av medicinska expertiser till kvinnor (Lundberg et al., 2010). Klinisk erfarenhet har visat att man kan minska risken för vaginal stenosis genom användning av vaginal dilatator och rekommenderas enligt vårdprogrammet för gynekologiska tumörsjukdomar (Vårdprogram/riktlinjer, 2009), vilket även beskrivs i omvårdnadsprogrammet för colorektalcancer (Omhändertagandet vid colorektalcancer, 2009).

## **2.5 Sjuksköterskans ansvar**

Sjuksköterskans ansvarsområde innefattar att ansvara för att de omvårdnadsteoretiska och etiska grunderna i omvårdnadsarbetet tydliggörs så att de kan ligga till grund för det dagliga arbetet. Arbetet bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet (Raadu, 2012). Grundläggande för omvårdnaden är ett respektfullt patientbemötande (Hulter, 2004). I god och säker cancervård är de medicinska- och omvårdnadsaspekterna viktiga. God kommunikation, förmåga att förklara och att lyssna är egenskaper som är mycket värdefulla. För att tillgodose patientens behov i det, för sjukvårdspersonalens, väl kända krisförloppet, krävs ett multidisciplinärt samarbete (Ringborg et al., 2008). I kompetensbeskrivningen för sjuksköterskan inom onkologisk omvårdnad beskrivs att hon ska ha god förmåga att



identifiera och hantera symtomkluster relaterade till cancersjukdom och dess behandling. Hon ska också arbeta för att minimera risken för komplikationer efter behandlingar och befrämja patientens egna resurser att bemästra sin situation. Med respekt för patientens integritet och värdighet ska hon hjälpa henne att finna vägar till egenvård. Vidare beskrivs att hon ska vidta åtgärder för att identifiera informations- och undervisningsbehov och utföra åtgärder för att främja hälsa och livskvalitet. I de tidigare beskrivna grundläggande behoven ingår sexualiteten (Cancervård, 2009).

I arbetet med sexuella frågor är det viktigt att själv ha bearbetat tankar, känslor och erfarenheter inom personliga områden såsom sexualiteten och någon form av egen psykoterapi kan man ha god nytta av. Det är betydelsefullt att vara närvarande och att lyssna till patienters sorg, ilska och smärta som kan komma till uttryck i samtal med patienter. Vidare är det också av vikt att vara medveten om att synen på sexualitet skiljer sig åt i olika samhällen beroende på religion, politik och värderingar (Hulter, 2009).

Sjuksköterskan kan ibland avstå att informera patienter p.g.a. sina egna fördomar och okunskap till den hjälpsökande. Felaktiga bedömningar kan göras av sjukvårdspersonal för att de kan ha en inställning till vem som bör vara sexuellt aktiv eller inte. I enlighet med WHO:s definition av begreppet sexualitet (2012) är alla människor, i alla åldrar, sexuella varelser och kan ha stor betydelse för tillfrisknande och hälsa. Det är rimligt att ta hänsyn till att alla individer faller in i den definitionen. Sjuksköterskan har ett ansvar att informera patienten om sjukdom eller behandling kommer att ha konsekvenser för de sexuella funktionerna, för fertiliteten eller sexuallivet (Lundberg et al., 2010). Strålbehandling med bäckenfält kommer att påverka patientens sexuella funktion och det är viktigt att planering av behandlingen diskuteras i samråd med patienten, innan behandlingen startar (Degerfält et al., 2009).

För att kunna möta patienter och deras partners på ett professionellt sätt och diskutera sex och samlevnad behöver man inte vara expert i sexuella frågor. Att vara tillgänglig, öppen och redo att lyssna kan vara gott nog. På så sätt visar vi att vi kan vara behjälpliga till att hitta lösningar. (Degerfält et al., 2009). Men för att kunna bedriva specifik rådgivning i sexuella frågor bör rådgivaren ha grundläggande kunskaper om och intresse för olika aspekter inom sexologi, såsom medicinsk kunskap, psykologisk och filosofisk kunskap. Även livserfarenhet underlättar och bidrar oftast till en god grund för rådgivning. Rådgivarens roll kan vara att ge patienten möjlighet att ställa frågor, att ha en tillåtande hållning och attityd (Lundberg et al., 2010).

## **2.6 Travelbee's omvårdnadsteori**

Joyce Travelbee var en omvårdnadsteoretiker som levde i USA 1926-1973. Hennes teori växte fram på 1960-talet och baseras på existentialism och humanistisk filosofi och är en interaktionsteori. Detta innebär att grunden för omvårdnaden är samspelet mellan sjuksköterska och patient. För att få en djupare förståelse för hur sjuksköterskan förhåller sig till patienten har vi valt att använda oss av Travelbees omvårdnadsteori som fokuserar på interaktion och kommunikation (Travelbee J, 1977, refererat i Brask&Liljeberg, 1987).

Nursing: *"an interpersonal process whereby the professional nurse practitioner assists an individual, family or community to prevent or cope with experience or illness and suffering, and if necessary to find meaning in these experiences"*. (Travelbee J, 1971, s. 29)

Omvårdnad är en mellanmänsklig process där den professionella sjuksköterskan ser varje individ som unik och hjälper henne i lidandet, att finna en mening, att bära och kunna hantera sina erfarenheter. Hon bör bemöta patienten utifrån hennes unika upplevelser av sjukdom och lidande. Utgångspunkten kan inte vara sjuksköterskans egen uppfattning utan patienten som individ. Syftet och målet med omvårdnaden är att finna hopp, bibehålla hoppet och undvika hopplöshet (Eide & Eide, 2009). Travelbee förespråkar även vikten av prevention, att hantera sin sjukdom och lidande (Kirkevold, 2005).

Travelbee (Eide & Eide, 2009) utvecklade en modell som omfattar fem faser och handlar om utveckling i förhållandet mellan sjuksköterska och patient:

1. det inledande mötet
2. utveckling av identiteter
3. empati
4. sympati
5. ömsesidig förståelse och kontakt

I det inledande mötet observerar sjuksköterskan, värderar och drar slutsatser om patienten och patienten gör oftast detsamma i förhållande till sjuksköterskan (Eide & Eide, 2009). En god kommunikation innebär att budskapet förstås av både sändare och mottagare (Travelbee 1979). Den andra fasen innebär att sjuksköterskan och patienten börjar etablera kontakt med varandra. Deras individuella identiteter börjar bli synliga och sjuksköterskans uppgift är att medvetandegöra hur hon uppfattar patienten. Travelbee ser en fara i rollförväntningarna och att sjuksköterskan riskerar att tillskriva patienten mer av sina egna känslor, tankar och förväntningar än vad som är adekvat, s.k. "överidentifikation" (Eide & Eide, 2009). Travelbee definierar empati som: *"en upplevelse som äger rum mellan två eller fler individer. Konkret består det i en förmåga att gå in i eller dela och förstå en annan individs psykologiska tillstånd i ett visst ögonblick"* (Kirkevold 2005, s. 135). Empati är nödvändigt. Men för tillräckligt god omvårdnad krävs också sympati. Denna förmåga utvecklas, enligt Travelbee, ur den empatiska processen och kännetecknas av medkänsla. Sympati är en attityd, en känsla och ett sätt att tänka i kommunikation till den andre, en önskan att hjälpa patienten. I den femte och avslutande fasen uppstår en nära och ömsesidig kontakt och förståelse mellan de båda parterna. Den ömsesidiga förståelsen har byggts upp i de föregående faserna. Fasen beskriver Travelbee som en dynamisk och mångfacetterad process som baseras på ömsesidig tillit. Processen upplevs som viktig och meningsfull för båda parter (Kirkevold 2005).

Enligt Travelbee är ett av sjuksköterskans viktigaste redskap kommunikation och en förutsättning för att nå målet för omvårdnaden, nämligen att hjälpa patienten att bemästra lidande och finna mening i sin upplevelse. Kommunikation är det som möjliggör interaktion och att etablera en mellanmänsklig relation. Travelbees teori behandlar sjuksköterskans

kommunikationsfärdigheter och användande av sig själv och sin kunskap. Varje individ är helt unik (Kirkevold 2005).

### **3 SYFTE**

Syftet är att belysa hur kvinnors sexualitet påverkas av strålbehandling mot bäckenmaligniteter och deras behov av information.

### **4 METOD**

#### **4.1 Litteratursökning**

Studien är en litteraturoversikt över kunskapsläget inom valt problemområde (Friberg, 2006). De vetenskapliga artiklar som användes söktes under hösten 2012 i databaserna PubMed och CINAHL, samt en manuell sökning, se tabell 1. Sökord som användes var: *pelvic radiotherapy, radiotherapy, sexual, sexuality, sexual dysfunction, treatment effects, clinical practice, cervical cancer, anal cancer, rectal cancer*. Rubrikerna lästes och valdes ut om de matchade sökorden. Vidare lästes abstracten för att granska om de svarade mot valt syfte.

Till en början söktes artiklar från 2007 och framåt men vi fann då inte ett tillräckligt stort antal relevanta artiklar. Därför ändrades inklusionskriterierna till att söka artiklar som var publicerade år 2002-2012 för att erhålla aktualitet. Vidare var kriterierna att artiklarna skulle vara empiriska studier och att urvalsgruppen i studierna var kvinnor med olika bäckenmaligniteter. En artikel söktes manuellt som var publicerad 1999. Valet gjordes för att den var känd av oss sedan tidigare som banbrytande i ämnet och den fanns också med som referens i flera av de valda artiklarna. Män exkluderades och de artiklar som inte var tillgängliga i fulltext i databaserna och skrivna på andra språk än engelska valdes bort. Sökord som *nursing, caring, anal neoplasm* och *vaginal dilator* användes inledningsvis. Detta för att omvårdnad är vårt karaktärsämne och eftersom vi initialt var intresserade av att undersöka kunskapsläget och evidensen för att rekommendera vaginal dilatator till analcancerpatienter som erhållit strålbehandling. Dessa sökningar gav ett mycket begränsat antal träffar och valdes bort till förmån för sökord av mer medicinsk och fysiologisk/sexologisk karaktär och som vi ansåg svarade på vårt syfte.

Det totala antalet relevanta artiklar blev slutligen 10 stycken varav åtta var kvantitativa och två kvalitativa. Samtliga artiklar var publicerade i Europa (Norge, Sverige, Storbritannien, Österrike, Tyskland, Nederländerna och Portugal).

**Tabell 1:** Sökning i PubMed och CINAHL

Databas	Sökord	Antal träffar	Granskade	Urval
PubMed	Radiotherapy Sexual dysfunction Anal cancer	15	5	2
PubMed	Pelvic radiotherapy Clinical practice Sexual	9	4	3
CINAHL	Treatment effects Cervical cancer Sexuality	3	3	2
CINAHL	Radiotherapy Sexual dysfunction Rectal cancer	6	2	2
Manuell sökning				1

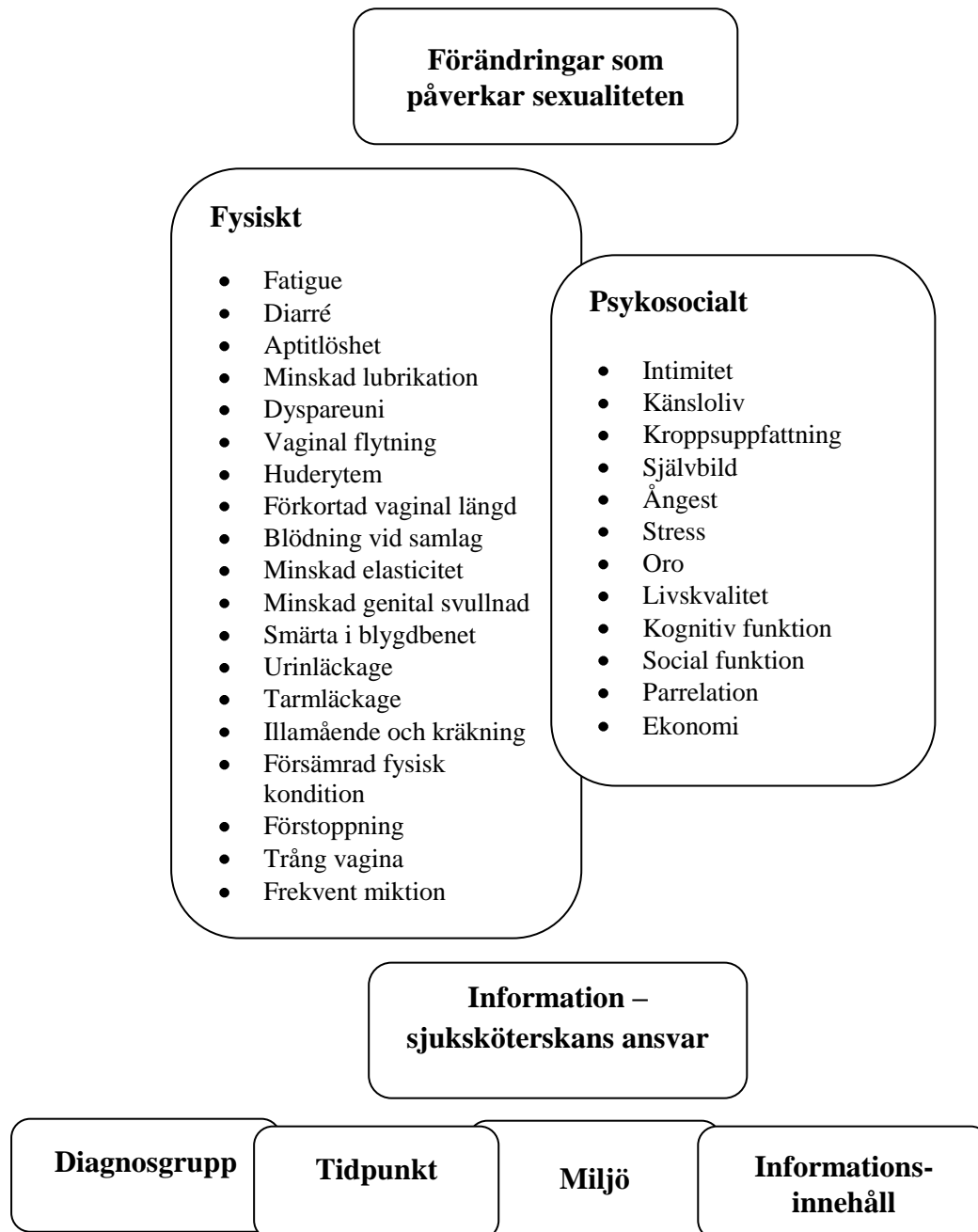
## 4.2 Analys

De valda artiklarna lästes först igenom i sin helhet av båda författarna var för sig. Därefter analyserades artiklarna gemensamt. Vi valde att inkludera två kvalitativa studier för att vi ansåg att de svarade väl mot syftet. Analyserna av de kvalitativa studierna avseende kvinnornas upplevelser och erfarenhet av sexuell dysfunktion var av vikt för problemområdet.

Artiklarna bearbetades utifrån studiens syfte. I ett tidigt skede visades en tydlighet på ämnesrubriker och följande kategorier växte fram; Förändringar som påverkar sexualiteten (fysiska och psykosociala), till vem information ges, sjuksköterskans ansvar vad gäller tidpunkt, miljö och informationsinnehåll. Studierna har godkänts av etiska kommittéer.

## 5 RESULTAT

Sexuell dysfunktion är ett ofta rapporterat symtom efter avslutad strålbehandling mot bäckenmaligniteter och dessutom mätbart lång tid efter avslutad behandling (Hägele, Mai, Wenz, Welzel, 2011; Lind et al., 2011). Alla patienter efterfrågar information om biverkningar som påverkar sexualiteten (Bergmark, Dickman, Henningsson, Steineck, Åvall-Lundqvist, 1999; Burns, Costello, Davidson, Ryan-Wooley, 2007; Faithfull & White, 2006, 2008). Analysen av artiklarna sammanställs i kategorier och underkategorier enligt figur 1.



**Figur 1.** Förändringar som påverkar sexualiteten samlade under fysiska respektive psykosociala kategorier samt sjuksköterskans ansvar kategoriseras i diagnosgrupp, tidpunkt, miljö, informationsinnehåll.

## **5.1 Förändringar som påverkar sexualiteten**

### **5.1.1 Fysiska förändringar**

De fysiska symtom som påverkar kvinnans sexualitet mest är fatigue (Burns et al., 2007; Hägele et al., 2011), diarré (Burns et al., 2007; Conde, Rodrigues, Soares, Teixeira, Teixeira, Torgal, 2012) och aptitlöshet (Greimel, Haas, Kapp, Winter 2009; Hägele et al., 2011). De vaginala förändringar som påverkar sexualiteten är minskad lubrikation (Balteskard, Bruheim, Carlsen, Fosså, Guren, Magne Tveit, Skovlund, 2010; Bergmark et al. 1999; Conde et al. 2012; Lange et al. 2009) och dyspareuni (Bergmark et al. 1999; Bruheim et al. 2010; Hägele et al., 2011; Lange et al. 2009; Lind et al., 2011), vaginal flytning och hud-erytem (Conde et al. 2012). Förkortad vaginal längd vid samlag (Bergmark et al. 1999; Bruheim et al. 2010), blödning vid samlag (Bergmark et al. 1999; Bruheim et al. 2010; Conde et al. 2012, Lind et al., 2011), minskad elasticitet (Bergmark et al. 1999; Bruheim et al. 2010; Lind et al., 2011) och minskad genital svullnad vid sexuell upphetsning (Bergmark et al. 1999; Conde et al. 2012).

Andra symtom som visar sig leda till sexuell dysfunktion är smärta i blygdbenet och urinläckage (Burns et al., 2007; Lind et al., 2011), tarmläckage, illamående, kräkning, förstoppning och försämrad fysisk kondition. Jämförelse mellan kvinnors fysiska funktion kort tid respektive lång tid efter given behandling till analcancerpatienter, visar att allt sämre funktion förelåg längre tid efter behandlingen (Hägele et al., 2011) och man ser detta även hos kvinnor med gynekologisk cancer (Lind et al., 2011). Sena biverkningar efter strålbehandling är urinläckage (Burns et al., 2007; Greimel et al. 2009; Lind et al., 2011), frekvent miktions (Greimel et al. 2009; Lind et al., 2011) och trång vagina (Greimel et al. 2009).

### **5.1.2 Psykosociala förändringar**

Cancerbesked och behandling påverkar parrelationer och kan skada den sexuella funktionen och intimiteten. Ett förändrat känsloliv, förändrad kroppsuppfattning och självbild påverkar identitet och sexualitet (Burns et al., 2007; Hägele et al., 2011) liksom ångest, stress och oro (Bergmark et al. 1999; Burns et al., 2007; Conde et al. 2012). Livskvalitet och sexuell funktion efter cervixcancer påvisar att kvinnor som har erhållit kirurgi och strålbehandling har försämrad livskvalitet jämfört med den grupp av patienter som har fått kirurgi eller kirurgi och kemoterapi (Greimel et al. 2009). Försämrad nivå av kognitiv och social funktion påvisas. Även relationen till partnern kan påverkas negativt av de ekonomiska problem som kan följa av sjukdom och behandling (Greimel et al. 2009) (Conde et al. 2012; Hägele et al., 2011).

En studie som utfördes redan 1999 påvisar inga skillnader i sexuellt intresse såsom libido, sexuell upphetsning och samlagsfrekvens, jämfört med friska individer. Däremot finns en högre grad av oro och lidande kopplat till minskad libido i cancer-gruppen (Bergmark et al. 1999). Detta är även rapporterat i studier gjorda 2009 och 2012 (Conde et al. 2012, Greimel et al. 2009;).

## 5.2 Sjuksköterskans ansvar att informera; diagnosgrupp, tidpunkt, miljö och informationsinnehåll

Det finns åsiktsskillnader mellan specialistsjuksköterskor och radioterapiassistenter vad gäller vilken diagnosgrupp som ska erhålla information om vaginal dilatation. Radioterapiassistenter ger i högre utsträckning dilatations-information till gynekologiska cancerpatienter men avstår från att ge samma information till patienter med andra bäckenmaligniteter.

Specialistsjuksköterskor är mer benägna att ge samtliga patienter med bäckenmaligniteter likvärdig information (Faithfull & White, 2006). En del sjuksköterskor utför en bred sexuell hälsoundersökning. Av dem har 65 procent specialistutbildning inom onkologi eller gynekologi. Läkarna är vanligtvis inte involverade i att ge patienten undervisning i vaginal dilatation. Däremot görs uppföljning och följsamhet av givna råd av läkaren på återbesöket (Faithfull & White, 2006, 2008).

Specialistsjuksköterskor spelar en nyckelroll för stödjande vård och står för information och rådgivning. Patientinformation om vaginal dilatation ges av en kombination av personal. Information ges vid behandlingens start eller under sista behandlingsveckan, men det visar sig inte finnas någon klar konsensus för när tidpunkten för detta är optimal. Man föredrar att ge både skriftlig och muntlig information. Vanligtvis bokas 15-30 minuter med patienten för undervisning i vaginaldilatation (Faithfull & White, 2006, 2008).

I samtal och information om sexualitet är det få av patienterna som lyfter frågorna om återupptagandet av samlag efter strålbehandlingen, relationsfrågor, hantering av menopaus och relevans av eventuella tidigare sexuella svårigheter och sexuell återhämtning (White, Faithfull, 2006, 2008). Av de informationsbroschyrer som vänder sig till patienterna, fanns det omnämnt i 41 procent av dem att strålbehandling mot bäcken har påverkan på den sexuella hälsan (Faithfull & White, 2008). Ibland får kvinnor inadekvat information om behandlingseffekter. En stor del av kvinnorna får ingen information om sena biverkningar eller om hur behandlingen påverkar sexualiteten. Tre viktiga aspekter som kvinnorna efterfrågar är (Burns et al., 2007):

- vilken information som ges
- att information ges vid rätt tidpunkt
- i vilken miljö man informerar i

Patienterna önskar att få information före start av behandling samt efter behandling och i uppföljningen. Man efterfrågar även ökad tillgänglighet och tid för diskussion angående behandlingens påverkan på sexualiteten. Sjukhusmiljön anses vara negativ och man saknar möjlighet och tid för diskussion vid uppföljande samtal (Burns et al., 2007). Vad gäller informationsinnehåll finns önskemål om:

- information om senbiverkningar på urin- och tarmfunktion
- mer kunskap om hur effekterna av strålbehandlingen påverkar sexualiteten (Burns et al., 2007).

## 6 DISKUSSION

### 6.1 Metoddiskussion

Litteraturstudien svarar på vårt syfte och visar på problemområdets stora vidd. Metoden för studien såg vi som ett lärtillfälle att introducera forskningsprocessen och det har också gett oss fördjupade och nya kunskaper i ämnet. Inledningsvis önskade vi hitta empiriska studier i ämnet vaginal dilatation och användning och råd som ges i samband med utprovning av sådan för kvinnor som fått strålbehandling mot analcancer. Vi fann dock inte ett tillräckligt stort antal artiklar i ämnet och valde då att vidga vår frågeställning till att inkludera även andra bäckenmaligniteter i vår artikelsökning. Fortsatt var det problematiskt att få kvantitet i vårt urval. Relevanta studier avseende rekommendationer som gällde användning av vaginal dilatator var begränsade. Och vi valde då att vidga vårt problemområde till att gälla sexuell dysfunktion efter avslutad strålbehandling mot bäckenmaligniteter.

Vid sökning i databaserna med sökorden *female* i kombination med *radiotherapy* och *sexual dysfunction* var urvalet otillräckligt. Därför fick sökningen ske per diagnosgrupp; cervical, rectal och anal. Urvalet var fortfarande litet men vi ansåg det var tillräckligt. De relevanta artiklar vi valde att inkludera var samtliga gjorda i Europa. En svaghet är att vi inte hittade studier med större geografisk spridning men vi antar att det beror på att kvinnors sexuella problem uppmärksammas mer i västvärlden.

Vidare fann vi det problematiskt att hitta ett tillräckligt stort antal studier med omvårdnadsvetenskapliga perspektiv utifrån syftet. Men eftersom den sexuella problematiken är tydlig för diagnosgruppen, beslutade vi oss för att fortsätta och anser att vi fick med den diagnosgruppen (analcancerpatienter) och dess omvårdnadsproblematik som vi från början avsåg att undersöka.

Artikelsökningar gjordes allra först i PubMed, CINAHL och Cochrane men i den senare databasen hittades tills största delen review-artiklar och vår inriktning var att studera empiriska artiklar. Därför valdes Cochrane bort.

Vid artikelanalysen kunde vi tydligt urskilja strålbehandlingens biverkningar och effekter som leder till sexuell dysfunktion. Resultaten i de artiklar som var kvantitativa, visade statistisk signifikans vad gäller de olika symtomen. Mellan diagnosgrupperna fanns det stora likheter i symptom och dess frekvens hos patienterna, och vår förförståelse vad gäller sexuell påverkan efter strålbehandlingen verifierades. Det överraskade oss att de sexuella biverkningarna kvarstod under lång tid men såg en brist i att studier av senbiverkningar inte hade gjorts. Vi frågade oss varför ett så stort och viktigt område fortfarande är oforskat. De kvalitativa artiklarnas resultat visade på stora brister och variationer i sjuksköterskornas interaktion och kommunikation med patienterna på ett tydligt sätt och gav inte mycket utrymme för egen tolkning.



## 6.2 Resultatdiskussion

I de onkologiska vårdprogrammen finns idag inga gemensamma riktlinjer för hantering av symtom efter avslutad strålbehandling mot bäckenmaligniteter vad gäller sexuell dysfunktion, utan är uppdelad i diagnosgrupper. Vi saknar beskrivning av symtom, gradering av svårigheterna och handlingsplan för hur de ska hanteras i flertalet av vårdprogrammen. De vaginala förändringarna är ett stort bekymmer, som minskad elasticitet, vaginal snävhet, dyspareuni och utebliven lubrikation (Bergmark et al. 1999). Hos anal- och rektal-cancerpatienterna kan vi se liknande symtom efter avslutad behandling. Patienterna har ett aktivt sexuellt samliv och samtidigt rapporteras sexuell dysfunktion i hög frekvens. I vårt resultat framträdde brister i vem som fick information om behandlingsbiverkningar som påverkar sexualiteten. Alla bäckenmaligniteter rapporterade en hög grad av sexuell dysfunktion. Vi fann i artiklarna att likvärdig information inte gavs till de olika diagnosgrupperna. Detta innebär att patienterna undanhålls adekvat information och kan leda till ett lidande som skulle kunnat begränsas i omfattning.

Vi frågar oss om de enkäter som patienter har fått svara på i studierna har en begränsning i sin utformning och är nyfikna på hur frågorna har ställts, då vi ser att det i resultatet inte var någon skillnad mellan studiegrupp och kontrollgrupp avseende sexuell intresse. Patienter utan partner var exkluderade i flera studier och detta såg vi som en brist, eftersom utgångspunkter är att alla individer har en sexualitet och är viktigt för alla oavsett civilstånd, sexuell läggning. Problemen har flera dimensioner och det är svårt att jämföra olika studier med varandra eftersom de var olika utformade.

Majoriteten av patienterna ställer inte frågor om behandlingens inverkan på sexualiteten. De förväntar sig att läkaren eller sjuksköterskan tar upp frågan, men de i sin tur tar överdriven hänsyn till patientens integritet. Likaså visar vårt resultat att det finns en avsaknad av riktlinjer för vilken information som ska ges, vart och när den ska ges. Här ser vi ett område som sjuksköterskan har ett ansvar att utveckla; att identifiera informations- och undervisningsbehov i sexuella frågor (Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor, 2009). Sexualiteten är ett komplext livsområde och ett cancerbesked ger både patient och närstående en psykosocial belastning som påverkar sexualiteten. Självbild och kroppsuppfattning förändras och har visat sig skada sexuell funktion och intimitet. Emotionell och psykosocialt stöd är därför viktigt att erbjuda. Mer kunskap behövs för hur vi tar upp sexologiska frågor. Ett bra sätt är att använda sig av samtalsmodellen PLISSIT; Permission, Limited Information, Specific Suggestions och Intensive Therapy. Modellen utarbetades av psykolog Jack Annon (1976). Se bilaga 1.

Enligt Travelbee's omvårdnadsteori är kommunikation ett medel som i omvårdnadsprocessen syftar till att lindra och förebygga lidande. Brist på kommunikation kan förstärka den sjukes isolering och ensamhet. Kommunikation är en komplicerad och ömsesidig process som kräver bestämda förutsättningar. Goda kommunikationsfärdigheter är att ha kunskaper och förmåga att tillämpa den, känslighet och ett välutvecklat sinne för timing och att behärska olika kommunikationstekniker (Travelbee, 1971).

Travelbee´s omvårdnadsteori anser vi stämmer väl med problemområdets karaktär. Förmåga till interaktion och kommunikation anser vi är färdigheter som sjuksköterskan behöver för att uppnå god omvårdnad. Färdigheter i detta kan man lära sig men det kan ta lång tid och är en livslång process. Vidare beskriver Travelbee omvårdnadsprocessen som ett disciplinerat, intellektuellt närmande, en logisk metod för att närma sig vårdproblemen. Sjuksköterskan ska använda sig av aktuell omvårdnadsforskning och annan tvärvetenskaplig kunskap för att nå omvårdnadens mål (Kirkevold, 2005). För fortsatt utveckling av vårt karaktärsämne, anser vi att omvårdnadsforskning är viktig för att uppnå omvårdnadens mål. Vår kliniska erfarenhet är att kommunikation är mångfacetterat och kan vara problematiskt. Vi tror att goda kommunikationsfärdigheter är grunden och att sjuksköterskan behöver utbildning och träning i samtalsmetodik för att kunna ge ett gott psykosocialt stöd till patienten. Genom att använda oss av omvårdnadsvetenskapen, socialstyrelsens rekommendationer och vårdplaner inom onkologin, tror vi att de kvinnor vi beskriver i uppsatsen, får den understödjande vård de har rätt till; hela kvinnan – hela vägen.

Enligt WHO:s definition är sexualitet en väsentlig del av att vara människa genom hela livet och sexuell hälsa är ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande. I ett nyttgivet vårdprogram tar man med detta som en viktig del av onkologisk vård och behandling; hela människan – hela vägen (Cancervårdsprocessen, 2012 ). Vårdprogrammet beskriver supportive care och omfattar symtomkontroll och psykosocialt stöd under hela sjukdomsperioden. Att ge understödjande vård till kvinnor som fått strålbehandling mot bäckenmaligniteter i sjukdoms-, behandlings- och rehabiliteringsfaserna förutsätter att sjuksköterskan har en intellektuell ansats och innebär ett livslångt lärande för oss, träning ger färdighet.

### **6.3 Klinisk implikation**

Bristande kunskap och missriktad hänsyn av patienters integritet hos sjuksköterskor leder till att patienterna får bristfällig eller ingen information alls om vilka symtom som kan förväntas av strålbehandlingen. Än mindre om hur de kan förebyggas. Att arbeta efter Cancervårdsprocessens vårdprogram avseende kontaktsjuksköterska och teamarbete, tror vi är rätt metod och arbetssätt för god och säker vård.

Vår uppfattning är att sjuksköterskor inom onkologisk vård bör ges möjlighet att fördjupa kunskaperna för att ge adekvat information och omvårdnad i ämnet sexologi. För att utföra en mer ingående sexuell hälsoundersökning behövs fördjupade kunskaper och kompetens inom sexologi. Vi behöver bli bättre på att riskbedöma och identifiera symtom och skapa rutiner och metoder för detta. Vi ser ett stort behov av ett multidisciplinärt samarbete mellan specialister inom sexologi, onkologi och gynekologi, t ex. skapa fler centra för cancerrehabilitering. Kompetensökning och resurser till den onkologiska vården behövs för att möjliggöra detta (Hulter, 2004). Ett sätt att öka tillgängligheten och förbättra uppföljning av patienter kan vara att etablera sjuksköterskeledda mottagningar inom onkologin dit man kan remittera patienter med ett identifierat rehabiliteringsbehov avseende sexuell hälsa. Miljön för samtal har visat sig ha betydelse och vi behöver också undersöka i vilket skede patienten vill ha information samt innehåll i informationen. Ytterligare förslag till vidare

forskning är att göra en empirisk studie där man undersöker risker för att utveckla sexuell dysfunktion och mätmetoder för olika sexuella symtom relaterat till onkologisk behandling.

Cancer och sexualitet är dubbeltabu. Vårdpersonal har ett ansvar att arbeta för öppenhet och hög tolerans på arbetsplatsen kring sexuella frågor. Då sexuell dysfunktion är ett stort problem för strålbehandlade kvinnor förvånas vi över att cancerrehabiliteringen på området är underdimensionerad i Europa. Författarnas erfarenheter i klinisk verksamhet är att man har en inriktning på diagnos och behandling där sexuella frågor inte har kommit i fokus. Det pågår just nu ett cancerrehabiliteringsprojekt på onkologiska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhus, där man följer upp kvinnor som för ett antal år sedan avslutat strålbehandling mot bäcken. Kvinnornas hjälpbehov visar sig vara stort avseende både tarm-, urin- och sexuella problem (Bergmark & Dunberger, 2012). Det vore bra om denna resurs fanns tillgänglig för alla drabbade. Parallellt med den verksamheten startade kliniken en sjuksköterskeledd mottagning för vaginalstavsutprovning. Syftet är att förebygga vaginala biverkningar och om möjligt begränsa den påverkan som strålbehandlingen kan få på sexualiteten.

Denna litteraturstudie har gett oss ökade kunskaper om sexuell dysfunktion och kvinnornas behov av stöd och information samband med strålbehandling som ges till bäckenområdet. Att utrustas med ökad kunskap och förståelse i ämnet är viktigt och kan ske genom personlig utveckling och utbildning såsom samtalsmetodik, coachande och regelbunden handledning. Vårt resultat visar att patienten vill att vi sjuksköterskor öppnar upp för frågor, information och samtal om sexualitet.

## 7 REFERENSER

Annon J. (1976). *Behavioral Treatment of Sexual Problems*. Andra upplagan. Harper & Row: Medical Department.

Balteskard L, Bruheim K, Carlsen E, D.Fosså S, G.Guren M, Magne Tveit K, Skovlund E,. (2010) *Sexual function in females after radiotherapy for rectal cancer*. Acta Oncologica, 49:826-832.

Belfrage H. (2006). *Medicinsk fackordbok*. Artonde upplagan. Lund: Studentlitteratur.

Bergmark K, Dickman P.W. Henningsohn L, Steineck G, Åvall-Lundqvist E. *Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer*. (1999). The New England Journal of Medicine, 340:1383-9.

Bergmark K, Steineck G, Åvall-Lundqvist E, (2000). *Gynekologisk cancer påverkar ofta sexualiteten*. Läkartidningen, 97: 5347-55.

Blagbrough J. (2010). *Importance of sexual needs assessments in palliative care*. Art and science, 24;(52)35-39.

Brask K, Liljeberg Margit. *En beskrivning och ett försök att utvärdera Joyce Travelbees omvårdnadsteori*. Uppsatsarbete (Kandidatuppsats)nr 1987:6.

Burns M, Costello J, Ryan-Wooley B, Davidson S. (2007). *Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of womans 'sexuality*. European Journal of Cancer Care, 16;364-372.

Cancerfonden (2009) Hämtad 12-12-12 från, <http://www.cancerfonden.se/sv/Om-Cancerfonden/Press/Pressmappar/Cancerfondsrapporten-2009/>

Cancerfonden (2009) Hämtad 12-11-11 från, <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/for-patienter/Vardagen-forandras/Sex-och-cancer/>

Cancervård (2009). *Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor i cancersjukvård*, 2009. Hämtad 12-12-12 från, [http://www.cancervard.se/sites/default/files/Kompbeskr\\_cancerwebb.pdf](http://www.cancervard.se/sites/default/files/Kompbeskr_cancerwebb.pdf)

Cancervårdsprocessen 2012. Hämtad 12-12-12 från, [http://www.cancercentrum.se/Global/OCVast/cancersjukdomar/supportive\\_care/Cancerva%C%8Ardprocessen%20120323.1.pdf](http://www.cancercentrum.se/Global/OCVast/cancersjukdomar/supportive_care/Cancerva%C%8Ardprocessen%20120323.1.pdf)

Conde, Rodrigues A C, Soares P, Teixeira R, Teixeira T, S, Torgal I. (2012). *Impact of pelvic radiotherapy on female sexuality*. Arch Gynecol Obstet, 285:505-514.

Degerfält J, Moegelin I-M, Sharp L. (2009). *Strålbehandling*. Andra upplagan. Ungern: Studentlitteratur.

- Dunberger G, Bergmark K. (2012). *Nurse-led care for the management of side effects of pelvic radiotherapy: what does it achieve?* *Curr Opin Support Palliat Care*, 6:60-68.
- Eide H, Eide T. (2009) *Omvårdnadsorienterad kommunikation; relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur.
- Faithfull S, White I.D., (2006) *Vaginal dilation associated with pelvic radiotherapy: a UK survey of current practice*. *International Journal of Gynecological Cancer*, 16;1140-1146.
- Faithfull S, White I. (2008). *Delivering sensitive health care information: Challenging the taboo of women's sexual health after pelvic radiotherapy*. *Patient Education and Counseling*, 71: 228-233.
- Friberg, F. (Red.). (2006). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Greimel R E, Winter R, Kapp S K, Haas J. (2009). *Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long- term follow-up study*. *Psycho-Oncology*, 18:476-482.
- Hulter B. (2004). *Sexualitet och Hälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Hägele V, Mai S.K. Welzel G, Wenz F, (2011). *Quality of Life outcomes in patients with anal cancer after combined radiochemotherapy*. *Strahlenther Onkol.*, 187:175-82.
- International Council of Nurses, *icn:s etiska kod för sjuksköterskor*, 2007. Hämtad 2012-12-12 från, <http://www.swenurse.se/pagefiles/2582/ssf%20etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>
- Kirkevold M. (2000). *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur.
- Lange M.M, Marijnen C.A.M, Maas C.P, Meershoek-Klein Kranenbarg E, Putter H, Rutten H.J, Stiggelbout A.M van de Velde C.J.H (2009). *Risk factors for sexual dysfunction after rectal cancer treatment*. *European Journal of Cancer*, 45:1578-1588.
- Lind H, Waldenström A-C, Dunberger G, al-Abany M, Alevronta E, Johansson K-A, Olsson, C, Nyberg T, Wilderäng U, Steineck G, Åvall-Lundqvist E (2011). *Late symptoms in long-term gynaecological cancer survivors after radiation therapy: a population-based cohort study*: *British Journal of Cancer*, 105;737-745.
- Lundberg PO, Löfgren-Mårtensson L (Red.).(2010). *Sexologi*. Tredje upplagan. Stockholm: Liber.
- Nationalencyklopedin. (2012). Hämtad 12-12-12 från, <http://www.ne.se>
- Onkologiskt centrum, Västra sjukvårdsregionen. Göteborg 2010. *Regionala Vårdprogram/riktlinjer 2009. Gynekologiska tumörsjukdomar; Cervixcancer och cervixdysplasi*. Hämtad 12-12-12 från,

[http://www.cancercentrum.se/Global/OCVast/cancersjukdomar/Gynonkologi/Cervix/vardprogram\\_cervix\\_2009.pdf](http://www.cancercentrum.se/Global/OCVast/cancersjukdomar/Gynonkologi/Cervix/vardprogram_cervix_2009.pdf)

Raadu G. (2012). *Författningshandbok för personal inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Liber AB.

Regionalt Vårdprogram 2009. *Omhändertagandet vid colorektalcancer*. Hämtad 12-12-27 från,  
[http://www.cancercentrum.se/Global/OCVast/cancersjukdomar/kolorektal/omvardnadsprogram\\_kolorektal\\_2009.pdf](http://www.cancercentrum.se/Global/OCVast/cancersjukdomar/kolorektal/omvardnadsprogram_kolorektal_2009.pdf)

Reitan A.M. och Schölberg T.S. (2003). *Onkologisk omvårdnad Patient-problem-åtgärd*. Stockholm: Liber AB.

RFSU. (2012). *Sex och relationer*. Hämtad 13-01-06 från, [www.rfsu.se/sv/sex--relationer/](http://www.rfsu.se/sv/sex--relationer/) .

Ringborg U, Dalianis T, Henriksson R. (Red.).(2008). *Onkologi*. Andra upplagan. Stockholm: Liber.

Socialstyrelsen. (2010). *Cancerregistret*. Hämtad 12-11-11 från,  
<http://192.137.163.49/sdb/can/val.aspx><http://>

Tamm M. (2012) *Psykosociala teorier vid hälsa och sjukdom*. Lund: Studentlitteratur.

Travelbee, J. (1971). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Interpersonal aspects of nursing*. Andra upplagan. USA.

Travelbee J. (1979). *Travelbee´s intervention in psychiatric nursing*. Andra upplagan. USA.

World Health Organizaton (WHO (2012) Hämtad 12-11-11 från,  
<http://www.who.int/reproductivehealth/en/>

## **Bilaga 1 – PLISSIT-modellen**

Som vårdgivare kan vi använda oss av den sexologiska samtalsmetoden PLISSIT-modellen som utarbetats av psykologerna Annon och Robinsson i USA 1978.

**P** står för "permission" -tillåtelse

Att ha en tillåtande hållning är det viktigaste, och helt avgörande för om man ska kunna hjälpa och stödja. Ställ en öppen fråga för att visa att du är beredd att diskutera. Patienten har då möjlighet att välja om hon/han vill prata om sitt sexliv.

**LI** står för "limitid information"- begränsad information.

Man ger begränsad information, enkla råd och stöd. Kanske vanliga problem vid den behandlingen patienten får. Det är viktigt att patienten styr och får den information som är relevant. Ex. Information om att man inte kan överföra strålning och cytostatika vid samlag eller kyssar och på så sätt skada sin partner.

**SS** står för "specifik suggestion"- riktade råd

Här lämnas riktad information relaterat till de specifika sexuella problem patienten har. Här krävs att vårdgivaren har relevant kunskap om patienten och dennes unika situation. Ex. Till en kvinna som avslutat strålbehandling och som önskar ha samlag men upplever minskad lubrikation. Här kan rådet vara att glidsalva kan underlätta samlaget och att glidsalva finns att köpa receptfritt på apoteket

**IT** står för "intensiv therapy"- intensiv terapi

Här hänvisar vårdgivaren till experter utifrån problemets art, det kan exempelvis vara gynekolog, urolog, sexolog, kirurg eller parrelationsterapeut.

(Cancervårdsprocessen, 2012)

## Bilaga 2 – Artikelpresentation

Översikt av artiklar som ingår i uppsatsen (n=10)

**Titel:** Sexual function in females after radiotherapy for rectal cancer

**Författare:** Bruheim K, Tveit K.M, Skovlund E, Balteskard L, Carlsen E, Fosså S.D och Guren M.G.

**Tidskrift:** Acta Oncologica, 2010; 826-832

**Syfte:** Att jämföra kvinnor med rektalcancer som fått strålbehandling och utan strålbehandling, deras sexuella funktion.

**Metod:** Enkätundersökning med designade frågor om sexualitet SVQ 17. Kvantitativ jämförande studie med 172 kvinnor som deltog med diagnos rektal cancer i 2 kontrollgrupper; den ena gruppen 62 kvinnor som fått strålbehandling och den andra gruppen 110 kvinnor som inte fått strålbehandling. Telefonintervjuer gjordes för att samla in aktuell medicinskt data, arbetsstatus, annan sjukdom, rökning och om de hade stomi vid enkät tillfället.

**Land:** Norge

**Antal ref:** 35

---

**Titel:** Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study.

**Författare:** Greimel E.R, Winter R, Kapp K.S och Haas J.

**Tidskrift:** Psycho-Oncology 2009, 18:476-482

**Syfte:** Undersöka senbiverkningar hos kvinnor med cervix cancer som överlevt olika onkologiska behandlingar i form av livskvalitet och sexuell funktion.

**Metod:** Enkätfrågor i livskvalite EORTC QLQ-C30, riktat för cervix cancer EORTC QLQ-CX24 och sexual aktivitet frågeformulär SAQ. 121 kvinnor deltog i studien, 63 var behandlade med kirurgi, 38 behandlade med kirurgi och cytostatika och 20 med kirurgi och strålbehandling. Deskriptiv statistik användes också för att samla in socio-demografisk data och medicinsk data. De 3 grupperna jämfördes med 1139 kvinnor utan cancer sjukdom.

**Land:** Österrike



Antal ref: 20

---

Titel: Quality of life outcomes in patients with anal cancer after combined radiochemotherapy.

Författare: Welzel G, Hägele V, Wenz F, Mai S.K.

Tidskrift: Strahlenther onkologie 2011;187:175-82

Syfte: Undersöka patienter med anal cancer deras erfarenheter efter radiokemoterapi, identifiera om faktorer som sjukdom och patient relaterat till deras livskvalitet.

Metod: Ekätundersökning med livskvalitetsstudie; EORTC QLQ-C30 och kolorektal riktat frågeformulär QLQ-CR38 med 52 responder. 37 kvinnor deltog och 15 män deltog. Studiegruppen jämfördes med frisk population i Tyskland.

Land: Tyskland

Antal ref: 47

---

Titel: Risk factors for sexual dysfunction after rectal cancer treatment.

Författare: Lange M.M, Marijnen C, Maas C, Putter H, Rutten H.J, Stiggelbout A.M, Meershoek-Klein Kranenbarg E, Van de Velde C.J.H.

Tidskrift: European Journal of cancer 2009 45;1578-1588

Syfte: Studien ville undersöka risk faktorerna vid onkologisk behandling av rektal cancer, hur de påverkade sexuell dysfunktion.

Metod: Enkätfrågor med livskvalitetformulär och frågor om sexuell aktivitet och sexuell funktion var också inkluderade. Enkäterna besvarades innan behandlingen och vid månad 3, 6, 12, 18 och 24 efter operation. Urvalet var 990 patienter varav 365 var kvinnor och 625 män som deltog i studien som fått eller inte fått strålbehandling.

Land: Nederländerna

Antal ref: 29

---

**Titel:** Late symptoms in long-term gynaecological cancer survivors after radiation therapy: a population-based cohort study:

**Författare:** Lind H, Waldenstöm A.C, Dunberger G, Al-Abany M, Alevronta E, Johansson K.A, Olsson C, Nyberg T, Wilderäng U, Steineck G och Åvall-Lundqvist E.

**Tidskrift:** British Journal of Cancer 2011, 105;737-745

**Syfte:** Undersöka överlevande kvinnors fysiska symtom vid gynekologisk cancer efter strålbehandling.

**Metod:** Cohort studie, enkätundersökning med 351 frågor sammanställdes efter 18 månaders semi-strukturerade intervjuer på kvinnor som överlevt cancer efter strålbehandling, specifika frågor angående symtom från mag-tarm, urin, genitalier, bäcken, buk och ben. Frågor ställdes också om demografi, sexuell funktion, annan sjukdom, psykosociala- och livskvalitetsfrågor. Urvalet i studien var 789 kvinnor som fått strålbehandling mot bäcken. Kontrollgruppen var 478 kvinnor utan cancersjukdom.

**Land:** Sverige

**Antal ref:** 39

---

**Titel:** Vaginal dilation associated with pelvic radiotherapy: a UK survey of current practice.

**Författare:** White I.D, Faithfull S.

**Tidskrift:** Internation Journal of Gynecological Cancer 2006, 16, 1140-1146

**Syfte:** Påvisa nuvarande praxis av undervisning av dilatator till kvinnor med bäckenmaligniteter och utvärdering av denna.

**Metod:** Enkätundersökning med 38 ämnen skickades ut till alla strålbehandlingsavdelningar i landet och till specialistsjuksköterskor inom gynonkologi. Enkäten utformades med hjälp av expertpanel inom fälten; sexuell hälsa och gynekologisk onkologi. Enkäten behandlade 4 nyckelområden, tillhandahållande av patientinformation och undervisning, bedömningsmetoder för sexuell hälsa, tekniker i användandet av dilatator och utvärdering av patientens följsamhet. Urval 92 deltog i studien, 40 arbetade som radioterapiassistenter och 52 var specialistsjuksköterskor inom gynonkologi.

**Land:** England

**Antal ref:** 26

---

**Titel:** Vaginal changes and sexuality in woman with a history of cervical cancer.

**Författare:** Bergmark K, Åvall-Lundqvist E, Dickman P.W, Henningson L, Steineck G.

**Tidskrift:** The New England Journal of Medicine 1999, 340:1383-1389

**Syfte:** Undersöka effekterna av vaginala förändringar och dess påverkan på sexuell funktion hos kvinnor som haft cervix cancer.

**Metod:** Enkätstudie med frågor om vaginala förändringar och sexuell funktion. Frågorna var designad att undersöka symtom av sexuell dysfunktion såsom minskat sexuell intresse, fördröjt svar vid sexuell upphetsning, vaginal förkortning och oelasticitet samlagfrekvens, orgasm och orgasmupplevelse. Man hade också följdfrågor på symtomen som frekvens, intensivitet, duration, kvalité och graden av distress det orsakade. Urval var 708 kvinnor som deltog. Kontrollgruppen var 489 kvinnor utan cancer sjukdom.

**Land:** Sverige

**Antal ref:** 21

---

**Titel:** Delivering sensitive health care information: Challenging the taboo of women's sexual health after pelvic radiotherapy.

**Författare:** Faithfull S, White I.D.

**Tidskrift:** Patient Education and Counseling 2008 71; 228-233.

**Syfte:** Belysa hur nuvarande praxis av undervisning påverkar kvinnor som genomgår strålbehandling mot bäcken.

**Metod:** Enkätstudie med 38 frågor skickades ut till samtliga strålbehandlingsavdelningar i landet och till specialistsjuksköterskor inom gynonkologi. Enkäten utformades med hjälp av expertpanel inom fälten; sexuell hälsa och gynekologisk onkologi. Enkäten behandlade 4 nyckelområden, tillhandahållande av patientinformation och undervisning, bedömningsmetoder för sexuell hälsa, tekniker i användandet av dilatator och utvärdering av patientens följsamhet. Urval 92 deltog i studien, 40 arbetade som radioterapiassistenter och 52 var specialistsjuksköterskor inom gynonkologi.

**Land:** England

Antal ref: 44

---

Titel: Impact of pelvic radiotherapy on female sexuality

Författare: Rodrigues A.C, Teixeria R, Teixeria T, Conde S, Soares P och Torgal I.

Tidskrift: Arch Gynecol Obstet 2012, 285:505-514

Syfte: Undersöka fysisk och psykosocial sjuklighet, sexuell funktion och social och relationers tillfredsställelse bland kvinnor som får strålbehandling mot bäcken.

Metod: Fallkontrollstudie, Observationsstudie av urval 199 kvinnor, där 98 får strålbehandling mot bäcken pga urinblåse-, rektal- och analcancer och 101 var friska kvinnor utan cancersjukdom. Skolor som användes vid undersökningen var DASS (psychological health), FSFI (female sexual function index), ESSS (social support) och IMS (relationship satisfaction).

Land: Portugal

Antal ref: 33

---

Titel: Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of woman`s sexuality

Författare: Burns M, Costello J, Ryan-Woolley B och Davidson S.

Tidskrift: European Journal of Cancer Care 2007, 16: 364-372

Syfte: Undersöka kvinnors sexualitet två till tre år efter behandling mot cervix cancer.

Metod: Kvalitativ fenomenologisk studie, semi-strukturerad djupintervjuer på 13 kvinnor efter två till tre år efter avslutad onkologisk behandling. Fokuserade på kvinnornas subjektiva erfarenheter för att få förståelse av deras sexualitet och deras behov av specifik information.

Land: England

Antal ref: 40

---