

Sexualitet på cancers villkor

En litteraturoversikt

FÖRFATTARE	Malin Mared Victoria Selstam Udin
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng/ OM5250 Examensarbete grundnivå VT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Kristina Rosengren
EXAMINATOR	Tone Ahlborg
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa	

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Sexualitet på cancers villkor En litteraturöversikt
Titel (engelsk):	Sexuality on terms of cancer A literature review
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng / Examensarbete OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	22 sidor
Författare:	Malin Mared Victoria Selstam Udin
Handledare:	Kristina Rosengren
Examinator:	Tone Ahlborg

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Gynekologisk cancersjukdom drabbar årligen 2800 kvinnor i Sverige. Behandling av gynekologisk cancersjukdom kan innebära påfrestande biverkningar, både fysiska och psykiska, som kan påverka den sexuella hälsan. Sexualitet och sexuell hälsa är sammanlänkat med välbefinnande och hälsa. Personcentrerad vård beskrivs som en av sjuksköterskans kärnkompetenser och innebär att se patienten som en person med unika behov, resurser och erfarenheter. Sexualitet kan vara ett intimt och känsligt samtalsämne, vilket ställer krav på sjuksköterskans kompetens. **Syfte:** Syftet var att belysa kvinnors erfarenheter av sexualitet i samband med gynekologisk cancersjukdom. **Metod:** En litteraturöversikt, baserad på elva kvalitetsgranskade vetenskapliga artiklar som analyserades och sammanställdes i ett resultat. **Resultat:** Under analysen framkom fyra teman *Förändrat sexliv, Förändrad självbild, Förändrad syn på sexualitet och Förändrade relationer*. Resultatet visar att kvinnors erfarenhet av sexualiteten förändras i samband med gynekologisk cancersjukdom. Kvinnor beskriver negativa förändringar i sexlivet som blir påtagliga både psykiskt och fysiskt, förändrad självbild och förändrad kroppsuppfattning. Kvinnor med gynekologisk cancersjukdom beskriver även att relationen till partnern förändras och att synen på sexualitet förändras. **Slutsats:** Kvinnor som drabbas av gynekologisk cancersjukdom är en sårbar patientgrupp och sjuksköterskan har ett ansvar i att främja den sexuella hälsan. Den personcentrerade vården ger sjuksköterskor utrymme att bejaka sexualitetens subjektivitet då kvinnans egenupplevda sexuella hälsa är utgångspunkt för vården.

Nyckelord: erfarenheter, gynekologisk cancersjukdom, personcentrerad vård, sexualitet, sexuell hälsa.

ABSTRACT

Background: Yearly, 2800 women in Sweden are diagnosed with gynecologic cancer. The treatment for gynecologic cancer disease can be followed by strenuous side effects, both physical and psychological, which can affect the sexual health. Sexuality and sexual health is linked with well-being and health. Person-centered care is described as one of nurses core competences and aims to see the patient as a person with unique needs, resources and experiences. Sexuality can be an intimate and sensitive subject to discuss which requires a certain competence in nurses. **Aim:** The aim of this study was to explore women's experiences of sexuality in connection with gynecologic cancer disease. **Method:** A literature review based on eleven, quality-assured, scientific articles which were analyzed and compiled into a result. **Result:** During the analysis four themes occurred *Changed sexlife, Changed self-image, Changed view of sexuality, Changed relationships*. The result shows that women's experiences are that sexuality in different ways changes in connection with gynecologic cancer disease. Women experience negative changes in sexlife which are expressed as being both physical and psychological, a negatively changed self-image and changed body-image. Women with gynecologic cancer experience that the relationship with the partner is changed and the view of sexuality and sexual health is changed. **Conclusion:** Women with gynecologic cancer is a vulnerable patient group and the nurse has a responsibility to promote sexual health. The person-centered care gives nurses ability to affirm the subjectivity in sexuality, as it is the woman's own perceived sexual health which is the main focus in constructing the care.

Keywords: experience, gynecologic cancer, person-centred care, sexuality, sexual health.

*Författarna vill framföra ett varmt tack till handledare Kristina Rosengren
för gott stöd och engagemang under arbetets gång.*

INNEHÅLL	Sid
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
GYNEKOLOGISK CANCER	1
<i>Behandling vid gynekologisk cancer</i>	1
SEXUALITET	2
<i>Sjuksköterskans uppdrag</i>	4
PERSONCENTRERAD VÅRD	4
<i>Den personcentrerade vårdens fördelar och utmaningar</i>	5
SYFTE	6
METOD	6
DESIGN	6
DATAINSAMLING	6
DATAANALYS	7
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	8
RESULTAT	9
FÖRÄNDRAT SEXLIV	9
FÖRÄNDRAD SJÄLVBILD.....	10
FÖRÄNDRAD SYN PÅ SEXUALITET	12
FÖRÄNDRADE RELATIONER	12
DISKUSSION	13
METODDISKUSSION.....	13
RESULTATDISKUSSION.....	15
SLUTSATSER	17
KLINISKA IMPLIKATIONER	18
REFERENSER	19

Bilagor

Bilaga I: *Tabell I, Översikt artikelsökning*

Bilaga II: *Kvalitetsgranskningsmall*

Bilaga III: *Tabell II, Översikt artikelpresentation*

INLEDNING

Gynekologisk cancer drabbar årligen ett flertal kvinnor. Cancersjukdomen och dess behandlingar kan innebära kroppsliga förändringar som påverkar självbilden. Sexualitet är ett ämne väl förbundet med hälsa och en naturlig del i människans liv. Vid sjukdom och ohälsa kan livet förändras och därmed även den sexuella funktionen. Sjuksköterskan har ett ansvar att främja hälsa där sexualitet och sexuell hälsa kan ses hamna i periferin under såväl sjuksköterskeutbildningen som inom vården. Sjuksköterskor bjuder inte alltid in till frågor rörande sexualitet med motiveringar som att ”sökordet sexualitet inte är relevant i detta läge” eller att ”det är något vi borde bli bättre på”. Bakgrunden till föreliggande arbete är därför att få en bättre förståelse för kvinnors sexualitet i samband med gynekologisk cancersjukdom, för att som framtida sjuksköterskor kunna möta dessa kvinnor inom vården.

BAKGRUND

GYNEKOLOGISK CANCER

Cancer är ett samlingsnamn för närmare 200 olika sjukdomar. I den friska kroppen sker en kontinuerlig celledelning, ett normalt skeende där celler förnyas. Vid cancer sker en ohämmad celledelning och tumörer bildas, där cancertyp beror på ursprungscellen. Tidigare diagnostisering och mer effektiva behandlingar bidrar till att fler personer överlever cancer, där ca 65 procent botas. Totalt runt 440 000 personer lever med botad eller pågående cancersjukdom, varför fokus på livskvalitet och hälsa påtalas (Cancerfonden, 2013a). I Sverige insjuknar ca 2800 kvinnor varje år i vad som benämns som gynekologisk cancer, dvs. cancer i kvinnliga könsorgan som corpus-, ovarial-, cervix- och vulvacancer (Cancerfonden, 2013b).

Corpuscancer är den mest förekommande gynekologiska cancerformen med cirka 1400 fall i Sverige per år (Högberg, 2013). Cancerceller bildas i endometriet i livmodern, även kallat livmoder-slemhinnan med en tumörtillväxt som sker under längre tid (Cancerfonden, 2013b). Ovarialcancer är en annan cancerform som drabbar ca 700 kvinnor årligen (Cancerfonden, 2013c; Åvall-Lundqvist, 2013), vilket innebär växt av tumörceller på äggstockarna. Vidare orsakas cervixcancer främst av humant papillomvirus (HPV), och ger växt av tumörceller på livmoderhalsen. Cervixcancer har minskat sedan mitten av 60-talet (ca 450) pga. att kvinnor mellan 23 och 60 år regelbundet screenas med hjälp av cellprovtagning vilket gör att cellförändringar upptäcks tidigt (Cancerfonden, 2013d). Dessutom förekommer vulvacancer, en ovanlig cancerform (ca 5%) med hög medelålder (ca 70 år) vid diagnos och som drabbar blygläpparna, klitoris, blygdbenet, för- och mellangård, urinrörsmynning samt Bartholinis körtlar (Lindell & Hellman, 2013).

Behandling vid gynekologisk cancer

Aktuella behandlingsformer vid gynekologisk cancer är främst kirurgi-, cytostatika- och strålbehandling, ofta i kombination. Syftet med behandling kan vara både kurativ, som att minska risk för recidiv och för att minska cancers utbredning (Cancerfonden, 2013e). Cytostatikabehandling ämnar döda cancerceller eller hämma dess progression. En biverkan av behandlingen är att cytostatikan även angriper kroppens friska celler, främst snabbväxande celler som exempelvis finns i slemhinnor, tarm, hårrötter och i benmärgen. Resultatet är biverkningar som sköra slemhinnor, problem från mag- och tarmkanalen, håravfall och sänkta blodvärden. Andra biverkningar är fatigue och illamående samt för tidigt klimakterium då östrogenproduktionen kan upphöra (Cancerfonden, 2013f).

Syftet med strålbehandling är liksom vid cytostatikabehandling att tumörcellerna ska dö (Cancerfonden, 2013g). Vid strålningen skadas cellernas DNA, vilket leder till minskad eller upphörd celledelning. Även friska celler skadas men då de har en bättre reparationsförmåga än cancerceller, återhämtas dessa. Vanliga biverkningar kan vara inflammation i huden, illamående och diarréer samt trängningar, sveda vid miktion och inkontinens, vilka kan uppkomma månader eller årtal efter avslutad behandling. Risk för sexuell dysfunktion föreligger vid bestrålning mot könsorganen främst på grund av fibrosutveckling med engagemang i epitelvävnad, blodkärl och nerver. Följden kan vara vaginalatrofi, dyspareuni och anorgasm (Hellström-Frykman & Lundell, 2013).

Olika typer av gynekologisk cancer kräver olika kirurgiska ingrepp. Kirurgisk behandling syftar till att avlägsna cancerceller vilket innebär att en del av den friska kringliggande vävnaden tas bort. Tumörreduktion kan också ske i symtomlindrande syfte eller för att förlänga livet vid palliativ kirurgi (Cancerfonden, 2013h). Vid corpuscancer är det vanligt att livmoder, äggstockar och äggledare avlägsnas (Cancerfonden, 2013b). För de kvinnor som ännu inte genomgått menopaus blir följden ett för tidigt klimakterium. Det innebär förlorad fertilitet och klimakteriesymtom så som svettningar och vallningar, sköra slemhinnor och sömnstörningar samt möjliga psykologiska konsekvenser (Carlsson, 2007). Vid cervixcancer opereras vanligen livmodern och kringliggande vävnad bort (radikal hyserektomi), men vid begränsad sjukdom och önskan om att behålla fertiliteten kan ibland en trachelektomi istället utföras, vilket innebär att livmoderhalsen avlägsnas (Cancerfonden, 2013d). I en studie av Bergmark, Åvall-Lundqvist, Dickman, Henningsohn och Steineck (1999) rapporterar kvinnor, som genomgått kirurgisk behandling av cervixcancer, negativa biverkningar så som minskad lubrikation, förkortad vagina och försämrad elasticitet i vagina. Lubrikation innebär att vaginan fuktas vid ökad blodgenomströmning och utsöndring från körtlar till följd av sexuell upphetsning (Carlsson, 2007). Vid ovarialcancer opereras både äggstockar och livmoder bort (Cancerfonden, 2013c). Vidare förekommer lokala resektioner, hemivulvektomi samt vulvektomi vid vulvacancer, vilket innebär borttagandet av del av vulvan eller hela vulvan (Regionalt cancercentrum, 2011).

Biverkningar relaterade till behandling av gynekologisk cancer kan innebära psykologiska effekter som påverkar sexualiteten. Gynekologisk cancer beskrivs av många kvinnor som associerat med skuld och skam. Det förekommer föreställningar om att sexuella handlingar skulle kunna innebära insjuknande i cancer. Det är inte bara canceren i sig utan även behandlingen som påverkar självbilden då kroppsliga förändringar ses som håravfall, ärr, lymfödem, viktförändringar, urinkateter, stomi och förlorad menstruation. Viss kirurgisk behandling av gynekologisk cancer kan leda till minskad töjbarhet i vagina och bäckenvävnader, förkortning av vagina samt påverkan på de nerver som leder känslan vid sexuell upphetsning. Det kan i sin tur leda till minskad blodfyllnad i underlivet och minskad lubrikation. Slemhinnorna i vulva och vagina kan också bli påverkade av cytostatikabehandling med irritation och infektionskänslighet som följd. Även strålbehandling har inverkan på slemhinnorna då risk för ärrbildning finns, vilket kan leda till en gradvis allt trängre och förkortad vagina. Vaginala dilatatorer finns som hjälp och kan ibland behöva användas i två till tre år efter avslutad strålbehandling (Carlsson, 2007).

SEXUALITET

Människans sexualitet är ett mångfacetterat begrepp som inrymmer såväl fortplantning som individuell tillfredsställelse av olika behov avseende intimitet, emotioner, biologiska drifter och njutning (Dahlöf, 2014). World Health Organisation [WHO] definierar sexualitet som:

”Sexualitet är en väsentlig del av att vara människa genom hela livet och innefattar kön, könsidentiteter och roller, sexuell orientering, erotik, njutning, intimitet och reproduktion. Sexualitet upplevs och uttrycks genom tankar, fantasier, önskningar, normer, attityder, värderingar, beteenden, praktiker, roller och relationer. Medan sexualitet kan omfatta alla dessa dimensioner, upplevs eller uttrycks inte alltid alla av dem. Sexualitet påverkas av interaktionen mellan biologiska, psykologiska, sociala, ekonomiska, politiska, kulturella, etiska, legala, historiska, religiösa och andliga faktorer” (Översättning av Hulter, 2004. s. 679-680). WHO's definition av sexualitet är en arbetsdefinition då sexualitet som begrepp är problematiskt att definiera (WHO, 2014).

Vidare redogör folkhälsomyndigheten för övergripande mål som att en trygg och säker sexualitet är ett grundläggande behov för att kunna uppleva hälsa och välbefinnande (Folkhälsomyndigheten, 2013), vilket sammanlänkar sexualitet och hälsa. Tidigare ansågs arbetet med sexuell hälsa vara mest inriktat mot hälsosam reproduktion/fortplantning, nu har emellertid begreppet vidgats för att inrymma även sexuellt välbefinnande (Hulter, 2009). Sexuell hälsa beskrivs av WHO som ett tillstånd av fysiskt, emotionellt och socialt välmående relaterat till sexualitet, dvs. inte bara frånvaro av sjukdom, handikapp eller dysfunktion (WHO, 2014). Således ses sexualitet och sexuell hälsa som självklara arbetsområden i det globala folkhälsoarbetet. Sexuella rättigheter bygger på mänskliga rättigheter och människors lika värde, bästa möjliga hälsa relaterat till sexualitet, tillgång till sexuell hälsovård och information om sexualitet (World Association for Sexology, 2008).

Historiskt sett påbörjades en avsexualisering av kvinnan under 1800-talets andra hälft. En sexuellt ovetande, oskuldsfull och asexuell kvinna ansågs vara dygdig och god. Teorin om kvinnors frigiditet presenterades av William Aceton, en betydande läkare som lanserade sin sexualhandledning med påståenden som bl.a. beskrev hur kvinnor inte har några sexuella känslor och hur detta ansågs vara positivt för samhället. Samtidigt fanns bilden av kvinnans sexualitet som något farligare och mer primitiv än mannens, något som bottnade i mycket gamla föreställningar av kvinnan som synderska och fresterska. Möjligen var det denna bild som låg till grund för kvinnans avsexualisering, att genom dygden tämja denna sexuella varelse. Kvinnans uppgift att ta ansvar för mannens sexualitet genom att inte fresta och förföra mannen är fortfarande en realitet som blir tydlig vid exempelvis sexualbrott då frågor rörande kvinnans beteende och klädsel ställs till offret. Vidare uppfattas den kvinnliga sexualiteten i förhållande till mannens som mer passiv, svagare och mer bunden till känslor och relationer (Heberlein, 2004). Zielinski (2013) redogör för brister i sexualundervisningen till unga i USA. Fokus i undervisningen är avhållsamhet i syfte att skydda mot oönskad graviditet och sexuellt överförbara sjukdomar. Flickors sexuella känslor och lustar är inget som betonas i undervisningen, utan istället riktas fokus mot att lära flickor att säga nej till pojkar som förväntas vilja ha sex. Otillräcklig information och kunskap från exempelvis föräldrar, vårdpersonal, lärare etc. innebär svårigheter för flickor att uppskatta och förstå sin sexualitet. Informationen inhämtas istället från t.ex. media som i många fall saknar evidensbaserad information, vilket kan bidra till en skev bild av sexualitet. Vidare skapar orealistiska ideal en negativ kroppsuppfattning hos flertalet kvinnor, där känslorna av den egna kroppen står i starkt förband med den sexuella funktionen som kan påverka den sexuella hälsan i negativ riktning (Zielinski, 2013).

Sjukdom kan påverka sexualiteten genom att hota den sexuella funktionen och självbilden. Möjligheterna och/eller upplevelserna kring sexualiteten förändras vid sjukdom, vilket kan leda till identitetskris (Hulter, 2009). Cancer kan medföra sexuella problem av fysisk, psykisk och

social karaktär. Då sexualitet ses som livsbejakande uppstår en kontrast då cancersjukdom upplevs hota livet. Sjukdomens påverkan är individuell och kan bero på olika faktorer så som var i livet en person befinner sig, om denne är singel eller i en relation, relationens karaktär, aktuell självbild, könsroller, synen på sjukdom/sexualitet, tidigare erfarenheter etc. (Carlsson, 2007).

Den sexuella kommunikationen är till stor del ickeverbal, dvs. signaler för behov och intresse för sexuell aktivitet utan ord används (Hulter, 2004). En relation påverkas om en partner har en cancersjukdom så som upplevda svårigheter i att prata om sexliv och en förändrad kropp (Carlsson, 2007). Inte bara kroppsliga konsekvenser av sjukdomen påverkar kommunikationen i en relation utan även kriskänslor, sorg, ilska och skuldskänslor påverkar (Hulter, 2009). Vidare beskrivs svårigheter att träffa en ny partner då konsekvenser som förlorad fertilitet, ärrbildning på kroppen och problematiskt sexliv kan vara svåra samtalsämnen (Carlsson, 2007). Sjuksköterskan har ett uppdrag och ansvar i att kommunicera och samtala om sexualitet. Då sexualitet kan vara ett intimt och känsligt samtalsämne ställs särskilda krav på sjuksköterskans såväl kommunikativa som kliniska kompetens (Hulter, 2009).

Sjuksköterskans uppdrag

Hulter (2009) skriver om ”den traditionella tystnaden” inom hälso- och sjukvården avseende sexualitet. Tabun som omger sexualitet försvårar informationsinhämtning för vårdpersonal och kan skapa ett obehag i att samtala om sexualitet. Svårigheterna i att tala om sexualitet återfinns oftast hos vårdgivaren och många utbildningar saknar professionell förberedelse i att tala om sexualitet (Hulter, 2009). Sjuksköterskans ansvar i att samtala om sexualitet och sexuell hälsa återfinns i kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Där framgår det att sjuksköterskan skall ha förmåga att uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och så långt som möjligt lindra detta genom adekvata åtgärder (Socialstyrelsen, 2005).

I en studie av Saunamäki, Andersson & Engström (2010) framgår att vissa sjuksköterskor ansåg sig ha goda kunskapsförutsättningar om sexualitet och upplevde att denna kompetens gagnade patienten. Genom att tillgodose patientens behov att tala om sexualitet kände sjuksköterskorna en arbetstillfredsställelse och professionsansvar. Sexualitet förekommer även som sökord i dokumentationen, vilket beskrivs som hjälpsamt då de gav dem en känsla av berättigande att ta upp begreppet sexualitet med patienten (Saunamäki, Andersson & Engström, 2010). Studien visade även det motsatta, att flertalet sjuksköterskor medvetet undvek att ta upp sexualitet med patienten då de ansåg ämnet som tabubelagt. När en svårt sjuk patient uttryckte längtan efter sex eller intimitet upplevde sjuksköterskorna detta som överraskande. Sjuksköterskorna kände ett ansvar att tala om sexualitet men upplevde emotionella svårigheter som hindrade dem att ta upp ämnet. Sjuksköterskornas uppfattning om sexualitet beskrevs som något privat med intention att inte inkräkta på patientens privatliv, vilket skapade osäkerhet i att samtala om sexualitet (Saunamäki et al., 2010). Dessutom beskrivs sexualitet som ett känsligt ämne att tala med patienter om, vilket skapar osäkerhet hos sjuksköterskan och ses som ett hinder (Saunamäki et al., 2010; Kotronoulas, Papadopoulou, & Patiraki, 2009). Vidare anses avsaknad av kunskap som ett hinder för att kunna ge sexualrådgivning och att tala om sexualitet (Kotronoulas et al., 2009).

PERSONCENTRERAD VÅRD

Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] stadgar att vård skall ges enligt individuellt utformade förutsättningar och att vården skall utformas i samråd med patienten (SFS 1982:763).

Myndigheten Vårdanalys har i en rapport utvärderat patientcentrering i den svenska hälso- och sjukvården. I deras rapport framgår det att vården brister i att möta patientens individuella behov och i vissa fall att tillämpa en helhetssyn. Vidare framgår att bristen på samordning och samverkan mellan vårdgivare har en negativ inverkan på den av patienten upplevda vårdkvalitén (Docteur & Coulter, 2013). I en studie av Eldh, Ekman & Ehnfors (2008) framkom att avsaknaden i att bli bemött som en person med individuella behov resulterade i minskad patientdelaktighet. Avsaknaden av delaktighet identifieras i sin tur generera en osäkerhet hos patienter i mötet med vårdgivare.

Personcentrerad vård beskrivs av Svensk Sjuksköterskeförening [SSF] som en av sjuksköterskans kärnkompetenser (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Socialstyrelsen definierar begreppet kompetens som *"förmåga och vilja att utföra en uppgift genom att tillämpa kunskap och färdigheter"* (Socialstyrelsen, 2005. s.7). Kärnkompetenserna avser kunna skapa förutsättningar för en mer säker och kvalitativ vård. SSF föreslår även att kärnkompetenserna tydligt och genomgående skall framträda i sjuksköterskans utbildning på grund- och avancerad nivå (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Personcentrerad vård handlar om att uppmärksamma och se personen som unik (Leplege, Gzil, Cammelli, Lefevre, Pachoud & Ville, 2007). Den personcentrerade vården innebär att fokusera på personens resurser och styrkor samt möjliggöra för personen att vara en aktiv part i planering och utförande av den egna vården. Partnerskapet är därför en viktig del i den personcentrerade vården (Edvardsson, 2010). Vidare anser McCormack et al. (2010) att respekt för personen, den enskildes rätt till självbestämmande samt ömsesidig respekt och förståelse är grunden i ett personcentrerat förhållningssätt (McCormack et al., 2010). Då språket bidrar till hur verkligheten upplevs, kan ett ställningstagande för personcentrerad vård vara att använda termen "person" istället för "patient". Patientbegreppet anses nämligen fokusera på sjukdom och behandling med risk för att personer reduceras till symptom, sjukdomar och organ (McCormack & McCance, 2010). Då personbegreppet prioriterar andliga, psykiska, existentiella och sociala behov lika högt som de fysiska ses personen utifrån ett socialt sammanhang med allt vad det innebär. Utgångspunkten i vården ligger i personens berättelse och egen uppfattning av hälsa och ohälsa som bakgrund till att främja hälsa så långt det är möjligt (Bergbom, 2013).

Den personcentrerade vårdens fördelar och utmaningar

Den personcentrerade vården tillåter patienten att vara delaktig i sin vård varför förekomsten av egenvård ökar, vilket medför färre besök hos vårdgivare och kortare vårdtider. Delaktighet i vården minskar även förekomsten av läkemedelsfel som främjar hälsa och minskar kostnader (Hörnsten, 2013). Den personcentrerade vården främjar även relation och interaktion mellan vårdpersonal och patient (McCormack & McCance, 2010). I studier framkommer även att patienter som får personcentrerad vård upplever bättre smärtlindring och drabbas av färre trycksår (Olsson, Karlsson, & Ekman, 2007; Olsson, Karlsson, & Ekman, 2006). Dessutom var antalet vård dagar hälften till antalet jämfört med patienter som fick traditionell vård (Olsson et al., 2006). McCormack et al. (2010) har vidare studerat den personcentrerade vårdmiljöns effekter som beskrivs främja människors möjlighet att växa mentalt, emotionellt och socialt. Slutsatsen är att en personcentrerad vårdmiljö bidrar till att sjuksköterskor upplever minskad stress, ökad tillfredsställelse i arbetet och stärkt lojalitet till arbetsgivaren. Dessutom menar McCormack et al. (2010) att vårdmiljön är en viktig faktor för att på ett hållbart sätt kunna implementera personcentrerad vård då den ställer krav på effektivt teamarbete, goda relationer inom personal, adekvata rutiner för att hantera arbetsbelastning och planering av tid och

resurser (McCormack et al., 2010). Ekman et al. (2011) beskriver också att personcentrerad vård innebär ett systematiskt arbetssätt som kräver mer än personcentrerade värderingar och förhållningssätt (Ekman et al., 2011). Vidare uppges tidsbrist som ett hinder i att tillämpa personcentrerad vård, varför inkonsekvens uppstår om personcentrerad vård endast tillämpas när det finns tid över (Ekman et al., 2011; Wolf, 2012). Wolf (2012) menar vidare att det finns en utmaning i att förändra kunskapsbilden om personcentrerad vård för att kunna implementera personcentrerad vård i den kliniska verksamheten, då det kan vara svårt att finna konsensus mellan den personcentrerade vårdens teori och praktik.

PROBLEMFORMULERING

Varje människas upplevelse av sexualitet och sexuell hälsa är subjektiv och inverkar på människors välbefinnande där kvinnans sexualitet kan uppfattas som mer eller mindre passiv och svag. Då gynekologisk cancersjukdom drabbar uppskattningsvis 2800 kvinnor i Sverige varje år, är det av vikt att belysa den sexuella hälsan fysiskt, psykiskt och socialt. Sjuksköterskor har en betydelsefull uppgift att samtala med patienter om sexualitet och sexuell hälsa, vilket behöver utvecklas och förbättras utifrån patienters individuella behov. Personcentrerad vård är ett möjligt arbetssätt att bättre möta behov hos kvinnor som drabbats av gynekologisk cancersjukdom. Mot denna bakgrund avser aktuellt examensarbete att öka sjuksköterskors medvetenhet kring kvinnors sexualitet i samband med gynekologisk cancersjukdom.

SYFTE

Syftet var att belysa kvinnors erfarenheter av sexualitet i samband med gynekologisk cancersjukdom.

METOD

DESIGN

För att besvara studiens syfte valdes litteraturöversikt som studiedesign som ett strukturerat sätt att beskriva insamlad data på. En litteraturöversikt syftar till att undersöka rådande kunskapsläge inom ett problemområde och på så sätt skapa en förståelse för befintlig forskning (Friberg, 2012). För att uppnå syftet; kvinnors erfarenheter av sexualitet i samband med gynekologisk cancersjukdom, valdes en induktiv ansats. En induktiv ansats avser skapa mening och förståelse för människans subjektiva upplevelse, dvs. att tolka empiri. I litteraturöversikten användes både kvantitativa och kvalitativa artiklar. Fördelen att använda både kvantitativa och kvalitativa artiklar är att fenomen kan belysas ur olika synvinklar, vilket var relevant för aktuellt syfte (Forsberg & Wengström, 2013).

DATAINSAMLING

Initialt gjordes en inledande litteratursökning för att översiktligt undersöka valt problemområde och förekomsten av tidigare forskning. Sökningar i databaserna Cinahl, Pubmed och Psycinfo bidrog till ökad förståelse för tillgången avseende befintlig forskning inom problemområdet. En inledande litteratursökning är av relevans innan genomförandet av den egentliga datainsamlingen. Vidare är kunskap om problemområdets olika begrepp och termer också en förutsättning för att kunna formulera relevanta sökord för den kommande datainsamlingen (Östlundh, 2012).

Sökord som användes i litteratursökningen var patient experience, sexuality, sexual function, gynecological cancer, cancer patients, female. Sökningen skedde i tre olika databaser; Cinahl, Pubmed och Psycinfo. Cinahl är en databas främst inriktad mot forskning inom omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi, Pubmed är en bred databas främst inriktad mot medicinsk forskning, omvårdnad samt odontologi och Psycinfo är en databas främst inriktad mot psykologisk forskning inom medicin och omvårdnad (Forsberg & Wengström, 2013). Genom att flera databaser användes i litteratursökningen undveks publiceringsbias då ett större forskningsområde blev tillgängligt (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Sökorden bearbetades inför sökning i Medical Subject Headings (MeSH) samt enligt databasernas olika thesaurus. I sökningarna tillämpades även avgränsningar som booleska sökoperatörer för att generera mer riktade sökningar t.ex. sexual functioning AND gynecological cancer. I sökningarna tillämpades även trunkeringar som breddade sökresultaten t.ex. sex* och gynecologic* (Östlundh, 2012). De slutliga sökorden som användes efter bearbetning var patient*, sexual*, sex*, neoplasms*, gynecologic*, information, genital neoplasms, female, experience, gynecology och sexuality. Fullständig översikt av genomförda sökningar i de olika databaserna presenteras i bilaga I.

Inklusionskriterie i litteratursökningen var artiklar skrivna på engelska eller svenska. Vidare inklusionskriterie var att artiklarna var peer reviewed för ökad tillförlitlig vetenskaplig relevans (Östlundh, 2012). Pubmed har ej sökfunktionen peer reviewed men då databasen anses ha generellt strängare publiceringskriterier exkluderades detta kriterie i Pubmed. Vidare inkluderades enbart artiklar publicerade från och med 2008 för att få en bild över aktuellt forskningsläge. Avseende syftet valdes artiklar utifrån ett patientperspektiv samt att de belyste sexualitet i samband med gynekologisk cancer. Artiklar som exkluderades var artiklar skrivna på annat språk än engelska eller svenska, samt översiktsartiklar och artiklar skrivna innan 2008. Med hänsyn till induktiv ansats valdes kvantitativa studier med parameteriska variabler bort. Litteratursökningen genererade totalt 17 artiklar som kvalitetsgranskades. Artiklarna var för syftet relevanta och i enlighet med inklusions- respektive exklusionskriterierna. Kvalitetsgranskningen genomfördes enligt mallar för granskning av vetenskapliga artiklar, se bilaga II (Willman et al., 2011). Mallarna var utformade för att kunna appliceras på såväl kvalitativa respektive kvantitativa artiklar. Artiklarnas kvalitet graderades enligt hög, medel och låg. Samtliga artiklar som bedömdes medel eller hög inkluderades i studien. Totalt valdes elva av 17 artiklar att ingå i studien. Översikt av valda artiklar beskrivs i bilaga III. Flertalet valda artiklar återfanns i Cinahl, totalt åtta artiklar. Vidare genererade sökningen i Pubmed en vald artikel och sökningen i Psycinfo två valda artiklar.

DATAANALYS

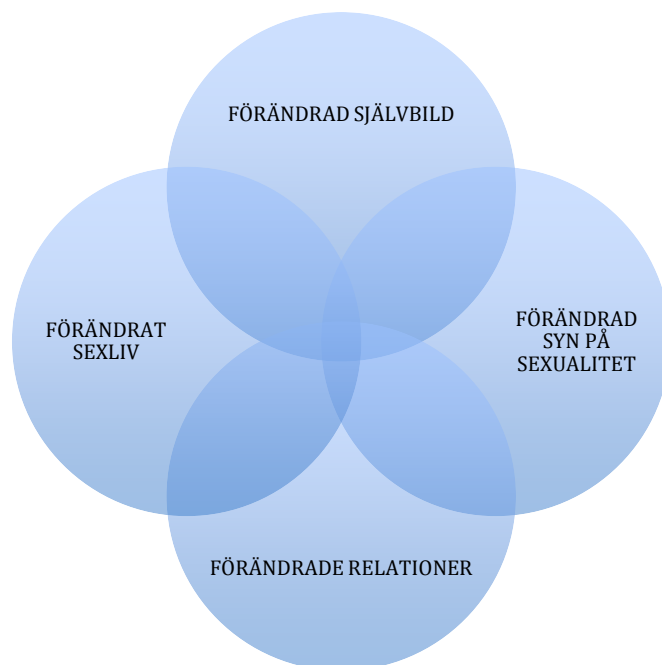
Analys av data genomfördes enligt en modell inspirerad av Polit & Beck (2012). Samtliga artiklar lästes upprepat igenom individuellt av respektive författare för att få en övergripande förståelse för innehåll och sammanhang. Därefter fördes en gemensam diskussion författarna emellan angående artiklarnas innehåll. I samband med individuell genomläsning identifierades även likheter och skillnader beträffande teoretisk utgångspunkt, metod, syfte samt resultat i respektive artikel. Därefter diskuterades artiklarna gemensamt och nya likheter och skillnader beträffande artiklarnas resultat identifierades. Gemensamt markerades data i olika färgkoder av författarna som för syftet var relevanta, dvs. kvinnors olika erfarenheter av sexualitet i samband med gynekologisk cancersjukdom. Efter färgkodning identifierades preliminära subkategorier. Subkategorierna sammanställdes och numrerades enligt en överensstämmande numrering för aktuella artiklar. Utifrån subkategorierna formades fyra teman: Förändrat sexliv, förändrad självbild, förändrad syn på sexualitet och förändrade relationer.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Sexualitet är av naturen ett känsligt ämne varför det genomgående under arbetets gång fördes ett etiskt resonemang och reflektion. Vetenskapsrådet (1990) fastslår forskningsetiska principer som syftar till att skapa etik i forskning och normer för förhållandet mellan forskare och deltagare. De forskningsetiska principerna utgörs av fyra krav: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Utifrån dessa fyra krav utfördes forskningsetiska överväganden och etiska granskningar i aktuell litteraturöversikt. Flera valda artiklar lyfte bl.a. fram sensitiviteten runt sexualitet och de intima, privata aspekterna. Flera artiklar redogjorde för hur intervjumiljöer anpassades och optimerades för deltagarnas välmående. Vidare redogjordes även för anpassning av intervjuteknik avseende ämnets känslighet. Samtliga studier förde ett etiskt resonemang och nio av totalt elva var godkända av etisk kommitté. Under arbetets gång och i dataanalysen har författarna inte avsiktligt förvridit eller utelämnat några data som besvarar syftet i aktuellt examensarbete (Vetenskapsrådet, 1990).

RESULTAT

Resultatet presenteras enligt fyra teman (Figur I). Figur 1 avser tydliggöra synergieffekt och samband mellan de fyra temana.



Figur I – Översikt av resultatets teman

FÖRÄNDRAT SEXLIV

Temat förändrat sexliv utgörs av kvinnors beskrivningar av hur sexlivet har förändrats i samband med gynekologisk cancersjukdom. De kategorier som framträder är *smärta, minskad lust, minskad frekvens, oroskänslor och psykologiska hinder*.

Kvinnor med gynekologisk cancersjukdom beskriver att sexlivet påverkas negativt i samband med sjukdom och behandling (Reis, Beji, & Coskun, 2010; Rasmusson & Thomé, 2008; Sacerdoti, Lagana, & Koopman, 2010; Cleary, Hegarty, & McCarthy, 2011; McCallum, Lefebvre, Jolicoeur, Maheu, & Lebel, 2012; Lara, de Andrade, Consolo, & Romão, 2012; Cleary, Hegarty, & McCarthy, 2013; Sekse, Gjengedal & Raheim, 2013).

Smärta i samband med samlag är en negativ effekt som framkommer i ett flertal studier (Sekse et al., 2013; Cleary et al., 2013; Reis et al., 2010; McCallum et al., 2012; Wilmoth, Hatmaker-Flanigan, LaLoggia, & Nixon, 2011). Många kvinnor beskriver torrhet i slemhinnorna efter behandling, vilket föranleder smärta vid samlag (Sekse et al., 2013; Cleary et al., 2013; Wilmoth et al., 2011; Reis et al., 2010). Torra och ömma slemhinnor anses ligga till grund för negativ förväntan och osäkerhet. Kvinnor redogör för att samlag, som tidigare varit behagligt nu känns obehagligt och smärtsamt (Sekse et al., 2013). Förändringar i vagina så som förkortad vagina och ärrbildning beskrivs som ytterligare orsaker till samlagssmärta (McCallum et al., 2012; Wilmoth et al., 2011; Reis et al., 2010). Vidare rapporterar kvinnor att smärtan i många fall leder till oro och rädsla inför sexuell aktivitet. Oroskänslorna beskrivs bero på rädsla för att uppleva smärta i samband med samlag (Sekse et al., 2013; Cleary et al., 2013; Lara et al., 2012; Reis et al., 2010).

Minskad sexuell lust och längtan beskrivs av kvinnor som drabbats av gynekologisk cancer (Sekse et al., 2013; Cleary et al., 2013; Wilmoth et al., 2011; Cleary et al., 2011; Sacerdoti et al., 2010; Reis et al., 2010; Rasmusson & Thomé, 2008). Kvinnor uttrycker att minskad sexlust leder till en tomhetskänsla och sorg över att sexlivet inte längre är vad det en gång var (Sekse et al., 2013; Sacerdoti et al., 2010). Kvinnor beskriver vidare hur lustkänslorna påverkas negativt av rädslor och oro inför att uppleva smärta i samband med samlag (Sekse et al., 2013). Även rädsla och oro inför framtiden har en negativ inverkan på den sexuella lusten (Reis et al., 2010). Vidare rapporterar kvinnor om trötthet vid gynekologisk cancer (Akyüz, Güvenc, Üstünsöz, & Kaya, 2008; Wilmoth et al., 2011; Rasmusson & Thomé, 2008), som beskrivs ha en negativ inverkan på sexlusten då brist på energi ställer krav på tidsplanering och framförhållning (Rasmusson & Thomé, 2008).

I samband med gynekologisk cancersjukdom minskar kvinnors fysiska sexuella kontakt i frekvens (Sekse et al., 2013; Cleary et al., 2013; Akkuzu & Ayhan, 2013; Lara et al., 2012; Cleary et al., 2011). I studien av Akyüz et al. (2008) beskrivs föreställningar och farhågor om att sex skulle göra ont, vilket innebar att kvinnor undvek sexuell kontakt under lång tid efter att behandlingen var avslutad (Akyüz et al., 2008). Kvinnor redogör för att sexliv med penetrerande samlag helt upphört till följd av smärtor och avsaknad av lust (Sekse et al., 2013). Dessutom beskrivs att den minskade samlagsfrekvensen beror på smärtproblematik, förlorad känslor och psykologiska hinder (Cleary et al., 2013), vilket även innebär svårigheter i att nå orgasm (Reis et al., 2010).

Sekse et al. (2013) lyfter fram att kvinnors känslor i sexlivet förändras i samband med gynekologisk cancersjukdom. Oförutsägbarheten i sexuell lust och känslan av att inte kunna kontrollera kroppen (vid t.ex. smärtproblem) beskrivs som en ond cirkel. Kvinnor beskriver även en uppgivenhet i att de till slut inte vet ”vad som leder till vad”. När sexlivet förändras i negativ riktning och i vissa fall upphör helt, beskrivs det som en sorg och svårt att acceptera (Sekse et al., 2013).

FÖRÄNDRAD SJÄLVBILD

Temat förändrad självbild utgörs av kvinnors beskrivningar av hur självbilden förändras i samband med gynekologisk cancersjukdom. De kategorier som framträder är *förändrad kroppsbild, känsla av förlorad kvinnlighet, förlust av fertilitet och tomhetskänsla*.

Kvinnor som diagnostiserats och behandlats för gynekologisk cancersjukdom rapporterar en negativt förändrad kroppsuppfattning (Rasmusson & Thomé, 2008; Sacerdoti et al., 2010; Cleary et al., 2013; McCallum et al., 2012; Reis et al., 2010; Cleary et al., 2011). I en studie av Sacerdoti et al. (2010) beskriver kvinnor hur synen på den egna kroppen och sexualiteten förändrats negativt efter cancerdiagnos och behandling samt hur den förändrade kroppsuppfattningen haft en negativ inverkan på deras intima relation. Vidare beskrivs den förändrade kroppsuppfattningen ha en negativ inverkan på självkänslan (Cleary et al., 2013; Sacerdoti et al., 2010; Wilmoth et al., 2011; McCallum et al., 2012; Cleary et al., 2011), där osäkerheten inför den egna kroppen ses som ett hinder för den sexuella hälsan (McCallum et al., 2012).

Årribildning och viktuppgång beskrivs av kvinnor vara en anledning till en negativt förändrad självbild och kroppsuppfattning (Sacerdoti et al., 2010; McCallum et al., 2012; Wilmoth et al., 2011; Reis et al., 2010). Viktuppgång ses som både en fysisk och psykisk negativt inverkan faktor på sexualiteten (Wilmoth et al., 2011). I Reis et al. (2010) studie berättar t.ex. en kvinna om hur viktuppgången påverkat hennes känslor till den egna kroppen. Hon beskriver att hon inte längre tycker om sig själv och upplever sig ”klumpig”, samt att hon oroar sig för hur hennes partner egentligen känner inför henne. Vidare berättar kvinnor (Sacerdoti et al., 2010) om känslan av att vara ”stympade, asymmetriska och skadade” som konsekvenser av behandlingen vid gynekologisk cancersjukdom.

I McCallum et al. (2012) studie beskriver kvinnor att en viktig del i att uppnå en god sexuell hälsa är att ha en positiv kroppsuppfattning samt förmågan att känna sig attraktiv och självsäker i en sexuell relation. Denna uppfattning är särskilt viktig hos de kvinnor som upplever oro och stress över bestående fysiska förändringar så som operationsärr, borttagande av yttre könsorgan och viktuppgång (McCallum et al., 2012). I studien av Wilmoth et al. (2011) beskrivs att fysisk träning hade en positiv inverkan på kvinnor och bidrog till en mer positiv självkänsla.

Alopeci är ytterligare en anledning till en förändrad sexuell självbild. Kvinnorna vittnar om hur självkänslan blir negativt påverkad av att tappa håret (Wilmoth et al., 2011; Reis et al., 2010; Cleary et al., 2013). I studien av Cleary et al. (2013) beskriver kvinnorna förlusten av håret som en stor livshändelse som förknippas med känslor som ilska, förtvivlan och sorg.

Känslan av att inte längre känna sig som en kvinna och att förlora sin kvinnlighet tas upp av många kvinnor (Rasmusson & Thomé, 2008; Cleary et al., 2013; McCallum et al., 2012; Reis et al., 2010; Cleary et al., 2011; Akkuzu & Ayhan, 2013; Akyüz et al., 2008). Kvinnlighet uppfattas vara starkt förbundet med kvinnans sexualitet (Cleary et al., 2013). I Wilmoth et al. (2011) beskriver kvinnor hur de definierar sexualitet utifrån hur de känner sig som kvinna, vilket exemplifieras av figuren, hur de klär sig och hur de framhäver sig inför andra. Vidare berättar kvinnor (McCallum et al., 2012) om hur självbilden med hänsyn till kvinnlighet i den sexuella relationen väsentligt förändras efter cancerdiagnos. De har ett behov att känna att partnern, eller den eventuella framtida partnern, inte bara attraheras av ens fysiska kropp utan också av ens kvinnliga natur och som sexuell varelse. En kvinna berättar om att hon känner sig ofullständig som kvinna relaterat till oförmåga att ha vaginalt samlag (McCallum et al., 2012).

Vidare beskrivs känslan av att ha förlorat sin kvinnlighet som starkt förbunden med förlust av livmodern och förmågan att bli gravid (McCallum et al., 2012; Cleary et al., 2013; Akyüz et al., 2008). Yngre kvinnor berättar om att känslorna rörande infertilitet är starkt förknippade med sexualiteten (Rasmusson & Thomé, 2008). Infertilitet ses bl.a. som konsekvens av behandling samt som en förlust och som en sorg av många kvinnor (Rasmusson & Thomé, 2008; Sacerdoti et al., 2010; McCallum et al., 2012; Sekse et al., 2013).

Förlusten av fertiliteten och livmodern gav även en känsla av tomhet och en kvarvarande känsla av ofullständighet (Sekse et al., 2013). Erfarenheten av att inte längre känna sig hel beskrivs av många kvinnor (Sekse et al., 2013; Rasmusson & Thomé, 2008; Sacerdoti et al., 2010; Wilmoth et al., 2011; Cleary et al., 2011; Akyüz et al., 2008). Känslan av tomhet efter operation av livmodern, både ur ett fysiskt och ur ett psykiskt perspektiv tas upp. Kvinnor redogör för en fysisk känsla av ett tomrum, att vara ihålig efter förlusten av ett organ. Känslan beskrivs försvinna gradvis med tiden (Sekse et al., 2013; Wilmoth et al., 2011), men förlusten av livmoder genererade också djupare känslor av tomhet, utanförskap och sorg (Sekse et al.,

2013). I studien av Wilmoth et al. (2011) redovisar kvinnorna att sexualiteten har påverkats av känslan att inte längre vara hel och känslan att ha blivit dissekerad (Wilmoth et al., 2011). Däremot framkommer i en studie av Rasmusson & Thomé (2008) hur t.ex. en kvinna uttrycker känslan av frihet och lättnad efter att livmodern opererats bort.

FÖRÄNDRAD SYN PÅ SEXUALITET

Temat förändrad syn på sexualitet utgörs av hur kvinnor berättar om att sexualiteten förändras i samband med gynekologisk cancersjukdom. De kategorier som framträder är *hur synen på sexualitet förändras och föreställningar om gynekologisk cancer och sex*.

I studien av Cleary et al. (2013) redogör kvinnor för hur de identifierar sexualitet som något mer än den fysiska samlagsakten relaterat till en djupare mening som bottnar i attityd, kvinnlighet, utseende och relation. Kvinnor beskriver även hur deras uppfattning om sexualitetens innebörd förändrades i samband med gynekologisk cancersjukdom. Ett exempel är studien av Wilmoth et al. (2011) där sexualiteten förändrades efter avslutad behandling, från att vara kroppsdelar som en livmoder till att istället innefatta självbild och kvinnlighet.

Kvinnor anser att sexualitet är en viktig del i en kvinnas liv (Cleary et al., 2013; Rasmusson & Thomé, 2008; Sacerdoti et al., 2010; Wilmoth et al., 2011), men frågan om liv och död anses viktigare än sexualitet, speciellt i samband med tiden för insjuknande (Cleary et al., 2013; Rasmusson & Thomé, 2008; Akyüz et al., 2008). Efter avslutad behandling beskrivs däremot sexualitetens betydelse öka igen (Cleary et al., 2013). I studien av McCallum et al. (2012) undersöks synen på sexuell hälsa bland kvinnor som avslutat behandling för gynekologisk cancer. Kvinnor berättar att fysiska aspekter, som samlag och orgasm är mindre viktiga än att ha en stark intim relation, en god självbild samt förmågan att bli sexuellt upphetsad och tillfredställd på annat sätt. Kvinnorna uttrycker även betydelsen av en ömsesidig känslomässig relation med partnern som beskrivs ta sig uttryck i smek och kyssar (McCallum et al., 2012).

Vidare redogör kvinnor för sina tankar om cancer och sexualitet i Reis et al. (2010). Ett exempel är en kvinna som beskriver hur hon undvek att vaginalt, bli exponerad för hennes mans sperma med föreställningen om att sperman kunde förvärpa hennes sjukdom eller leda till att hon återinsjuknade i cancer. Andra kvinnor utgick från att deras partner kunde bli smittad av cancer genom sexuell kontakt, vilket innebar att kvinnorna undvek sexuell kontakt. Ett annat exempel framkommer i studien av Rasmusson & Thomé (2008) där en kvinna beskriver oro över hur cancer skulle kunna spridas om blödning uppstod i livmodern. Vidare undvek vissa kvinnor sexuell kontakt upp till sex månader efter behandling med föreställningen att de skulle skadas av att ha sex (Akyüz et al., 2008). Andra kvinnor beskriver rädsla inför att ha samlag utifrån föreställningen att de skulle drabbas av infektioner (Akkuzu & Ayhan, 2013).

FÖRÄNDRADE RELATIONER

Temat förändrade relationer utgörs av kvinnors beskrivningar av hur relationen med partnern förändras i samband med gynekologisk cancersjukdom. De kategorier som framträder är *negativa och positiva förändringar i relationen*.

I samband med gynekologisk cancersjukdom beskriver kvinnor att relationen med partnern förändras (Sekse et al., 2013; Cleary et al., 2013; Reis et al., 2010; Cleary et al., 2011). Vissa kvinnor redogör för hur relationen påverkades negativt vid sjukdom och behandling (Cleary et al., 2013; Sacerdoti et al., 2010; Reis et al., 2010; Rasmusson & Thomé, 2008). Negativa förändringar beskrivs skapa en distans i den intima relationen såväl fysiskt som emotionellt

(Cleary et al., 2013; Sacerdoti et al., 2010). När sexlivet förändras påverkas relationen i negativ riktning och kommunikationssvårigheter kan uppstå. Kvinnor berättar om svårigheter i att prata om sex med sin partner (Cleary et al., 2013; McCallum et al., 2012). Andra kvinnor upplever att svårigheterna i relationen skapar känslor av ensamhet och isolation (McCallum et al., 2012). Kvinnor beskriver även skuld-känslor beträffande partners förväntningar på kvinnan och förändringar i sexlivet (Cleary et al., 2013; Sekse et al., 2013; Reis et al., 2010). De beskriver även rädsla och oro för att bli lämnade av sin partner och i vissa fall ledde de negativa förändringarna till separation (Cleary et al., 2013; Sekse et al., 2013).

Vidare beskriver kvinnor även att relationen med partnern förbättrades (Sekse et al., 2013; McCallum et al., 2012; Wilmoth et al., 2011; Sacerdoti et al., 2010; Akyüz et al., 2008). I studien av Rasmusson & Thomé (2008) framkom betydelsen av att kunna tala med sin partner. Kvinnorna påtalade vikten av god kommunikation för bättre förutsättningar att hantera ett förändrat sexliv, där stöd från partnern är viktigt (Wilmoth et al., 2011; Rasmusson & Thomé, 2008; Akyüz et al., 2008). Ökad uppmärksamhet och bekräftelse uppfattas främja relationen (Wilmoth et al., 2011). Vissa kvinnor redogör för hur de tillsammans med sin partner aktivt arbetade med att finna strategier för att reda ut sexuella problem i relationen (Sekse et al., 2013; McCallum et al., 2012). Gemensamma aktiviteter och god kommunikation av tankar och känslor genererade tillitskänslor i relationen (McCallum et al., 2012).

Kvinnor som inte levde i en relation med en partner upplevde oroskänslor och rädsla inför framtida relationer. Osäkerheten inför hur kroppsliga förändringar kan påverka sexualiteten beskrivs som ett hinder för att gå in i nya relationer (Rasmusson & Thomé, 2008; Sacerdoti et al., 2010).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Valet av studiedesign, en litteraturöversikt med induktiv ansats, ansågs mest relevant för att svara på arbetets syfte. Då arbetet avsåg belysa kvinnors erfarenheter valdes främst kvalitativ litteratur. Kvalitativa forskningsstudier syftar till att beskriva och förklara erfarenheter och fenomen (Forsberg & Wengström, 2013). Enbart siffror är inte lämpligt att beskriva människors erfarenheter med (Segesten, 2012) varför kvantitativa forskningsstudier med parameterisk metod exkluderades. Kvantitativa forskningsstudier med icke-parametrisk metod ansågs däremot applicerbart och inkluderades därför i arbetet. Enligt Friberg (2012) kan litteraturöversikt som val av studiedesign innebära att ett redan tolkat material feltolkas och på så sätt minskar tillförlitligheten i resultatet. Genom individuell genomläsning och gemensam diskussion av materialet har förhoppningsvis risken för feltolkning minskat och därigenom ökar tillförlitligheten av examensarbetet. Författarnas förförståelse kan också innebära en selektivitet i urvalet som påverkar resultatets tillförlitlighet (Friberg, 2012). Författarnas förförståelse innebär bl.a. intresset för problemområdet, kunskaper från verksamhetsförlagd utbildning och arbetslivserfarenhet. Med hänsyn för arbetets design och induktiva ansats har författarna försökt utgå från ett genomgående kritiskt förhållningssätt under arbetets gång. Aktuell medvetenhet och öppenhet kan anses stärka tillförlitligheten i arbetets resultat (Forsberg & Wengström, 2013). För syftet och arbetets omfattning hade kvalitativ innehållsanalys eller kvalitativ metasyntes kunnat vara alternativa studiedesigner då dessa metoder också strävar efter att beskriva och förklara erfarenheter och fenomen (Forsberg & Wengström, 2013).

Litteratursökning gjordes i tre databaser; Cinahl, Pubmed och Psycinfo. Sökning i flera databaser innebär att publiceringsbias undviks, vilket kan anses bidra till att trovärdigheten i resultatet ökar (Willman et al., 2011). Majoriteten av forskningsstudier återfanns i Cinahl som är den mest aktuella databasen för omvårdnadsforskning. Sökorden (bilaga I) och tillämpningen av ämnesordlistor beträffande sökorden i de olika databaserna var för syftet tillfredställande. Sökordens exakthet i relation till syftet är av betydelse för arbetets trovärdighet (Östlundh, 2012). Författarnas begränsade erfarenhet i arbetsmetodik och otillräckliga kunskaper i sökstrategier kan innebära att värdefull litteratur gått förlorad, vilket minskar resultatets trovärdighet (Östlundh, 2012).

Inklusionskriterie för arbetet var forskningsstudier med publiceringsdatum från 2008-01-01. Givet publiceringsdatum kan ha inneburit en begränsning i att relevant äldre forskning uteblivit. Detta till trots, värderas ny och aktuell forskning högre (Forsberg & Wengström, 2013) än ett eventuellt databortfall av författarna. Ytterligare ett inklusionskriterie för arbetet var att forskningsstudierna skulle vara skrivna på engelska eller svenska med hänsyn till författarnas språkkunskaper. Hade fler språk inkluderats hade resultatet kunnat bli bredare och mer generaliserbart. Begränsningen i att exkludera artiklar skrivna på andra språk innebär ett bortfall av relevant litteratur, vilket kan ha minskat resultatets trovärdighet (Östlundh, 2012).

Deltagarna i de forskningsstudier som ingick i arbetet representerade en bred demografi. Gemensamt var erfarenheten av att bli eller tidigare ha blivit behandlade för gynekologisk cancersjukdom. Resultatet fick på så sätt ett brett perspektiv. Hade deltagarna representerat en mer homogen demografi, som specifik cancerdiagnos och behandlingsmetod, hade resultatet möjligen blivit mer applicerbart och på så sätt fått en ökad trovärdighet. Även ur ett internationellt perspektiv finns aspekter som påverkar trovärdigheten och generaliserbarheten i resultatet. Forskningsstudierna som ingår i arbetet representerar länderna Sverige, Norge, Irland, Turkiet, Brasilien, USA och Kanada. Länderna som forskningsstudierna representerar kan påverka resultatets generaliserbarhet negativt på grund av varierande socioekonomiska, kulturella och religiösa förutsättningar. I studien av Reis et al. (2010) framhålls att inom det muslimska samhället förekommer föreställningen att ”a woman without a uterus is not a woman” då femininitet, sexualitet, fertilitet och moderskapet är starkt förknippat med livmodern (Reis et al., 2010). Vidare diskuteras i många av forskningsstudierna sexualitet som ett känsligt ämne att prata om och att metoder som tillämpas i studierna därför anpassats. Uppfattningen om att sexualitet är ett känsligt ämne skiljer sig inte nämnvärt åt länderna sinsemellan. Styrkan i att använda forskningsstudier från olika länder kan ses i att kvinnors olika erfarenheter redovisas, oavsett nationalitet, och på så sätt ger ett bredare internationellt perspektiv. Däremot bör nämnas att ett mer heltäckande internationellt perspektiv möjligen kunde uppnås om fler länder och världsdelar varit representerade i arbetet.

Kvalitetsgranskningen har tillämpats enligt Willman et al. (2011) granskningsmallar för kvalitativa respektive kvantitativa forskningsstudier. Användning av granskningsmallar utformade för olika studiemetoder, var en förutsättning för att kunna bedöma forskningsstudiernas kvalitet. Med hänsyn till författarnas begränsade erfarenhet i arbetsmetodiken kan granskningen innebära att kvalitén i forskningsstudierna missbedömts. Kvalitetsgranskningen kan ha inneburit att studier som kunde varit värdefulla för resultatet valts bort på grund av låg bedömd kvalitet. Kvalitetsgranskningen genererade totalt elva forskningsstudier, hade färre artiklar valts kunde tillförlitligheten minskat ytterligare. I resultatet ingår två studier av samma författare, vilket också kan ha påverkat tillförlitligheten i resultatet. Dock valdes dessa två artiklar att ingå i aktuell litteraturoversikt då kvaliteten

bedömdes hög i båda artiklarna. Dataanalysprocessen utfördes enligt en modell inspirerad av Polit & Beck (2012) och genererade teman. Genom både individuell analys och gemensam diskussion utvecklades analysen och på så sätt kan tillförlitligheten i resultatet ha ökat. Under analysen av data framträdde synergi mellan de olika huvudfynden, vilket innebar svårigheter i att på ett tillfredställande sätt avgränsa teman. Svårigheterna i att avgränsa tydliga teman kan ha påverkat resultatets tillförlitlighet, vilket kan förklaras av författarnas ringa erfarenhet. Dock har ett systematiskt arbetssätt, genomgående under dataanalysen tillämpats. Samtliga forskningsstudier som ingår i resultatet redogör för etiskt resonemang och nio av totalt elva artiklar redovisar godkännande från etisk kommitté. I många av artiklarna framkommer sensitiviteten runt sexualitet och hur deltagarna i studierna bemötts med respekt utifrån detta. Intervjumiljöer anpassades och olika intervjumetoder, speciellt utformade för samtal rörande sexualitet, tillämpades av forskarna i studierna.

RESULTATDISKUSSION

Syftet för denna litteraturstudie var att belysa kvinnors erfarenheter av sexualitet i samband med gynekologisk cancersjukdom, vilket får betraktas som uppnått. I diskussionen belyses några huvudfynd och delar av resultatet. Resultatet visar att kvinnors erfarenhet är att sexualiteten på olika sätt förändras i samband med gynekologisk cancersjukdom. Kvinnors upplevelser av negativa förändringar blir påtagligt både psykiskt och fysiskt. I samband med gynekologisk cancer beskriver kvinnor en negativt förändrad självbild och kroppsuppfattning. Kvinnor berättar att relationen till partnern förändras och att negativa förändringar skapar känslomässig distans i relationen. Innebörden av sexualitet och sexuell hälsa förändras där sexualiteten beskrivs som något mer än den fysiska samlagsakten då självbild och närhet i relationen blir mer betydelsefullt.

Sexualitet beskrivs som ett känsligare ämne än andra och kan uppfattas tabubelagt (Hulter, 2009). I resultatet beskriver kvinnor olika föreställningar om hur cancer kan smitta eller göra skada i samband med sex. Ett kunskapsbehov identifieras hos kvinnor med gynekologisk cancersjukdom, vilket kan ha uppstått delvis på grund av sjuksköterskors bristande förmåga att utbilda och samtala om sexualitet. Kända brister i att samtala om sexualitet framkommer även i tidigare forskning (Kotronoulas et al., 2009) då sjuksköterskor beskriver svårigheter i att tala om sex. Vidare beskriver kvinnor svårigheter i att diskutera sexualitet med sina partners (Cleary et al., 2013; McCallum et al., 2012). Kommunikativa svårigheter i relationen påverkade relationen negativt och sågs i vissa fall leda till separation (Cleary et al., 2013; Sekse et al., 2013).

Med kännedom om synen på sexualitet som tabubelagd kan kvinnor ha svårigheter i att samtala om sexualitet även med sjuksköterskor eller annan vårdpersonal. Utifrån antagandet att kvinnor har svårigheter att samtala om sexualitet med såväl partners som vårdpersonal ställs krav på sjuksköterskans möjlighet och kunskaper i att samtala om och uppmärksamma sexualitet. Vidare finns en sårbarhet i att vara patient då det kan förekomma en ojämlig maktbalans mellan patienten och vårdaren. Förståelse för ojämlikheter i vårdrelationen och förståelse för sårbarheten i att vara patient med hotad sexuell hälsa kan genom ett personcentrerat förhållningssätt ge bättre förutsättningar att främja hälsa. Den personcentrerade vården strävar efter ett jämlikt partnerskap där patientens berättelse är utgångspunkt för vården. Partnerskapet i den personcentrerade vården bygger på ömsesidighet, förtroende och kontinuitet (McCormack & McCance, 2010). Således ses ett ansvar hos sjuksköterskan i att initiera samtal kring sexualitet och att göra kvinnan till en aktiv part i samtalet. Sexualitet kan inte vara en del som negligeras varför kunskapsbehov även kan finnas hos sjuksköterskor. I personcentrerad

vård är patientens berättelse utgångspunkten och innefattar på så sätt även dennes subjektiva syn på sexualitet. I aktuell litteraturöversikt medvetandegörs ett kunskapsbehov hos kvinnor med gynekologisk cancersjukdom och ger ökad förståelse för sexualitetens sårbarhet. Sjuksköterskans ansvar är då bl.a. att främja den sexuella hälsan genom patientundervisning och samtal kring sexuell hälsa.

I resultatet framkommer att flertalet studier har en uteslutande heteronormativ utgångspunkt, dvs. att normen är man och kvinna i en sexuell relation. Penetrerande samlag med penis och vagina, ses som sexuell norm och en stor del av ett förändrat sexliv uppges innefatta förlust av förmåga att genomföra penetrerande samlag. I en studie av Hordern (2008) granskas hur patienters sexualitet framställs i omvårdnadsstudier. Ett heteronormativt perspektiv framgår där den sexuella funktionen bedöms enligt förmågan att genomföra penetrerande samlag (Hordern, 2008). WHO definierar sexualitetens förekomst oberoende kön och avsaknaden av perspektivet homo-, bi-, trans- och queersexuellt (HBTQ) kan ses som en brist i studierna. Ett heteronormativt perspektiv som utgångspunkt begränsar och förminska föreställningen om sexualitet som något subjektivt. Genom att betrakta sexualitet som ett subjektivt fenomen kan det överrensstämma med ett personcentrerat förhållningssätt då individens egenupplevda sexuella hälsa är utgångspunkt för vården. Således dras slutsatsen att den personcentrerade vården bättre kan ge utrymme för mångfald i sexuell bemärkelse.

Vidare framkommer i resultatet att kvinnor upplever att den sexuella relationen förändras och istället för det penetrerande samlaget beskrivs kommunikation och ömsesidig känslomässig relation med smek och kyssar som viktigare (McCallum et al., 2012; Rasmusson & Thomé, 2008). Samtidigt uttrycks känslor av skuld och oro inför att inte kunna genomföra penetrerande samlag (Cleary et al., 2013; Sekse et al., 2013; Reis et al., 2010; McCallum et al., 2012). Även om synen på sexualitet förändrats uppfattas dock betydelsen av att kunna prestera penetrerande samlag kvarstå, vilket styrks av tidigare forskning (Hordern, 2008) om rådande heteronormativa perspektiv på sexualitet. Vidare kan tolkningen göras att kvinnor tar ansvar inte bara för den egna sexualiteten, utan även för mannens sexualitet. Därigenom kan antas att kvinnors ansvarstagande för det gemensamma sexlivet genererar skuldkänslor inför partnern och oro för att denne skall finna sexuell tillfredsställelse på annat håll. En sårbarhet kan ses i att kvinnor tar på sig ansvaret för sexlivet i den gemensamma parrelationen och kan därigenom lastas av känslor med skam och skuld.

Aktuell sårbarhet kan även hota den sexuella hälsan och skapa lidande, varför sjuksköterskans ansvar är att uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande så långt som möjligt för att lindra lidande (Socialstyrelsen, 2005). I den personcentrerade vården skapas utrymme att värdera andliga, psykiska, existentiella och sociala behov lika högt som fysiska behov (Bergbom, 2013). Således kan den personcentrerade vården lindra lidande och främja sexuell hälsa genom stödjande samtal och öppen kommunikation om sexualitet. Då den personcentrerade vården ser individen som en del av sitt sociala sammanhang innebär det en möjlighet att involvera partnern i kommunikationen. Genom att använda personcentrerad vård kan troligtvis kvinnor få stöd i såväl relation som i sin situation.

I resultatet ses en förändrad självbild i samband med gynekologisk cancersjukdom. Förlust av kvinnlighet och att inte längre vara hel kan tolkas som grund till en förändrad självbild. Förändrad sexuell funktion, infertilitet och en fysiskt förändrad kropp beskrivs innebära förlust av kvinnlighet. Kvinnlighet kan å ena sidan höra ihop med den fysiska förlusten av livmodern och att inte längre kunna bära barn, å andra sidan kan kvinnlighet beskrivas som abstrakt, som

en känsla. Känslan av att vara attraktiv inför partnern är något som kan tillskrivas kvinnligheten, dvs. ett behov att känna att partnern inte bara attraheras av ens fysiska kropp utan också av ens kvinnliga natur och sexuella varelse (McCallum et al., 2012). Enligt Ekstrand & Saarino (2010) låter sig inte män i större utsträckning påverkas i förhållande till sin manlighet som kvinnor i förhållande till sin kvinnlighet. Minskad lust eller ork för sexuell umgänge beskrivs inte leda till någon känsla av förlust av manlighet eller känsla av underlägsenhet inför partnern (Ekstrand & Saarino, 2010). I aktuell litteraturöversikt kan känslan av kvinnlighet till stor del bero på hur partnern uppfattar och bekräftar kvinnligheten. Självbild kan även ses förknippad med självkänslan som vid sjukdom kan påverkas negativt (Hulter, 2009). Fysiska förändringar i samband med sjukdom och behandling anses i resultatet påverka självkänslan negativt. Förändrad självbild, känslan av förlorad kvinnlighet och försämrade självkänsla innebär en sårbarhet. Rådande ideal och normer som tillskrivs kvinnan innebär t.ex. en ökad utsatthet och sårbarhet (Zielinski, 2013). I förlängningen kan de ideal och normer tillhörande den kvinnliga könsrollen förstärka en redan befintlig sårbarhet och på så sätt utgöra ett hot mot den sexuella hälsan. En förändrad sexualitet och självbild kan innebära att en persons livsvärld förändras. I samband med att livsvärlden förändras kan personens behov och resurser förändras därav är det av vikt att sjuksköterskan i en personcentrerad vård bekräftar kvinnans livsvärld samt stöttar dennes styrkor och resurser (Edvardsson, 2010).

I aktuell litteraturöversikt är den sexuella hälsan hos kvinnor med gynekologisk cancersjukdom ofta negativt förändrad. Den sexuella funktionen påverkas med samlagssmärta, torra slemhinnor, oroskänslor och förlorad lust som resultat (Reis et al., 2010; Rasmusson & Thomé, 2008; Sacerdoti et al., 2010; Celary et al., 2011; McCallum et al., 2012; Lara et al., 2012; Cleary et al., 2013; Sekse et al., 2013). En komplex bild framträder av hur sexlivet förändras med oroskänslor som kan leda till spänningar och smärta. Torra slemhinnor ses som en fysisk biverkan av behandlingen men kan även bero på minskad lubrikation till följd av minskad lust och oro. Den personcentrerade vården ger förutsättningar för sjuksköterskan att stötta kvinnans styrkor, resurser och behov (Edvardsson, 2010). De delar i sexlivet som för kvinnan är skönt och njutbart bör uppmuntras, samtidigt som sorg och besvikelse över förlust av delar i sexlivet ska bekräftas. Kunskap och utbildning vad beträffar hjälpmedel i sexlivet kan också bli en konkret uppgift för sjuksköterskan för att kunna stötta kvinnan och främja den sexuella hälsan (Sundbeck, 2013).

SLUTSATSER

Kvinnor som drabbats av gynekologisk cancersjukdom erfar negativa förändringar i sexlivet, i självbilden och i relationen som kan hota den sexuella hälsan. Kvinnors sexualitet beskrivs som mer passiv än mäns, vilket innebär en sårbarhet då sexualitet inte alltid erkänns på lika villkor. Sexualitet sett ur ett heteronormativt perspektiv där penetrerande samlag ses som norm, kan bidra till att kvinnor med gynekologisk cancersjukdom upplever oro och skuld känslor för att inte längre ha samma förmåga att prestera penetrerande samlag. Kvinnors syn på sexualitet förändras också i samband med gynekologisk cancersjukdom, vilket ger ett behov av kunskap om hur sjukdom påverkar sexualiteten. Vidare framkommer behovet av stöd då sexualitet uppfattas vara ett känsligt och tabubelagt ämne, vilket kan innebära kommunikativa svårigheter i vården. Kvinnor som drabbas av gynekologisk cancersjukdom är en sårbar patientgrupp, varför sjuksköterskan har ett ansvar i att främja den sexuella hälsan. Personcentrerad vård och ett personcentrerat förhållningssätt kan stödja kvinnors situation, där individens berättelse är utgångspunkt för vården som därigenom kan uppmärksamma behov och möjligheter för att främja den sexuella hälsan.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Resultatet av aktuellt examensarbete kan ge en ökad förståelse för och medvetenhet om kvinnors erfarenheter av sexualiteten i samband med gynekologisk cancersjukdom där kvinnors sårbarhet ur flera aspekter belyses. Med en ökad förståelse för dessa kvinnors situation kan sjuksköterskor bättre möta identifierade behov för att främja sexuell hälsa. Den personcentrerade vården ger utrymme för kvinnors berättelse och subjektiva upplevelse, vilket kan bidra till ökad förståelse som sjuksköterskan behöver för att kunna möta dessa kvinnors behov. Ett område som identifieras i resultatet är kvinnors olika föreställningar om hur sexuell kontakt kan innebära spridning av cancer eller att smitta partnern, vilket tyder på bristande information från vårdpersonal. Kunskaper och förståelse för betydelsen av att samtala med patienter om sexualitet och sexuell hälsa behöver stärkas såväl i utbildning som i kliniskt arbete. Genom att stärka sjuksköterskors kunskaper i bl.a. samtalsmetodik och sexuell hälsa kan den sexuella mångfalden och kvinnors sexuella hälsa främjas. Konkret kan sjuksköterskans samtal för att främja sexuell hälsa innebära samtal om t.ex. att nya erogena zoner kan utvecklas på kroppen efter förlust av känsel i könsorganen (Hulter, 2004). Vidare kan sjuksköterskan uppmuntra till alternativ till vaginalt samlag så som att t.ex. duscha och bada tillsammans, ha smeksex och oralt sex. Framförallt bör uppmuntras att ta vara på sensualiteten i form av kramar, kyssar och romantik för att fortfarande uppleva sig som kärlekspartners (Ahlborg, 2010). Sjuksköterskor har ett ansvar i att samtala om sexualitet och tidpunkten för att samtala om sexualitet bör anpassas individuellt. Tidpunkt för att samtala om sexualitet bör ej sammanfalla i samband med diagnostillfälle utan företrädesvis under behandling eller då behandlingen är avslutad (Cleary et al., 2013; Rasmusson & Thomé, 2008). I framtida forskning föreslås att ett HBTQ perspektiv belyses i samband med gynekologisk cancersjukdom, för att utveckla kunskap om sexualitet och sexuell hälsa.

REFERENSER

Artiklar markerade med * har använts i resultatet.

- Ahlborg, T. (2010). *Lust och samliv – att må bra i sin parrelation vid mogen ålder och som äldre*. Hämtad 2014-05-27, från <http://toneahlborg.files.wordpress.com/2013/09/lustochsamliv-tone-ahlborg.pdf>
- *Akkuzu, G., & Ayhan, A. (2013). Sexual functions of turkish women with gynecologic cancer during the chemotherapy process. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(6), 3561-3564.
- *Akyüz, A., Güvenc, G., Üstünsöz, A., & Kaya, T. (2008). Living with gynecologic cancer: Experience of women and their partners. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 241-247.
- Bergbom, I. (2013). Vårdande kompetens, personcentrerad vård och organisationer. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s.111-134). Stockholm: Liber AB.
- Bergmark, K., Åvall-Lundqvist, E., Dickman, P.W., Henningsohn, L., Steineck, G. (1999). Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *New England Journal of Medicine* 340(18), 1383-1389
- Cancerfonden. (2013a). *Vad är cancer*. Hämtad 2014-03-21, från <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Vad-ar-cancer/Vad-ar-cancer/>
- Cancerfonden. (2013b). *Livmoderkroppscancer*. Hämtad 2014-03-21, från <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Cancersjukdomar/Livmoderkroppscancer/>
- Cancerfonden. (2013c). *Äggstockscancer*. Hämtad 2014-03-21, från <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Cancersjukdomar/Aggstockscancer/>
- Cancerfonden. (2013d). *Livmoderhalscancer*. Hämtad 2014-03-21, från <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Cancersjukdomar/Livmoderhalscancer/>
- Cancerfonden. (2013e). *Behandlingar*. Hämtad 2014-03-21, från <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Undersokningar-och-behandlingar/Behandlingar/>
- Cancerfonden. (2013f). *Cytostatikabehandling*. Hämtad 2014-03-21, från <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Undersokningar-och-behandlingar/Behandlingar/Cytostatikabehandling/>
- Cancerfonden. (2013g). *Strålbehandling*. Hämtad 2014-03-21, från <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Undersokningar-och-behandlingar/Behandlingar/Stralbehandling/>
- Cancerfonden. (2013h). *Operation*. Hämtad 2014-03-21, från <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Undersokningar-och-behandlingar/Behandlingar/Operation>
- Carlsson, M. (2007). Sexualitet och cancer. I M. Carlsson (Red.), *Psykosocial cancervård* (s.173-197). Lund: Studentlitteratur AB.
- *Cleary, V., Hegarty, J., & McCarthy, G. (2013). How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality. *Cancer Nursing Practice*, 12(1), 32-37.
- *Cleary, V., Hegarty, J., & McCarthy, G. (2011). Sexuality in irish women with gynecologic cancer. *Oncology Nursing Forum*, 38(2), 87-96. doi: 10.1188/11.ONF.E87-E96.
- Dahlöf, L. Nationalencyklopedin. (2014). *Sexualitet*. Hämtad 2014-03-27 från <http://www.ne.se/lang/sexualitet>
- Docteur, E & Coulter, A. (2013). *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård*. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys. Hämtad 2014-03-27 från

<http://www.vardanalys.se/Rapporter/2013/Patientcentrering-i-svensk-halso--och-sjukvard---en-extern-utvardering-/>

- Edvardsson, D. (2010). Personcentrerad omvårdnad – definition, mätskalor och hälsoeffekter. I D. Edvardsson (Red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (s.29-38) Lund: Studentlitteratur AB.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., . . . Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care-ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Ekstrand, P. & Saarino, L. (2010). Patientens makt och vanmakt i vården. I H. Strömberg & H. Eriksson (Red.), *Genusperspektiv på vård och omvårdnad* (s.169-185). Lund: Studentlitteratur AB.
- Eldh, A. C., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2008). Considering patient non-participation in health care. *Health Expectations*, 11(3), 263-271. doi: 10.1111/j.1369-7625.2008.00488.x
- Folkhälsomyndigheten. (2013). *Sexualitet och reproduktiv hälsa*. Hämtad 2014-03-28 från <http://folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/sexualitet-och-reproduktiv-halsa/>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.133-144). Lund: Studentlitteratur AB.
- Heberlein, A. (2004). *Den sexuella människan*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Hellström-Frykman, A-C., & Lundell, M. (2013). Strålbehandling vid gynekologisk cancer. I B. Sorbe, B. Frankendal, & T. Högberg (Red.), *Gynekologisk Onkologi* (s.149-163). Lund: Studentlitteratur AB.
- Hordern, A. (2008). Intimacy and sexuality after cancer: A critical review of the literature. *Cancer Nursing*, 31(2), 9-17.
- Hulter, B. (2004). *Sexualitet och hälsa – begränsningar och möjligheter*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Hulter, B. (2009). Sexualitet. I A-K. Edberg., H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder – Hälsa och ohälsa* (s. 677-709). Kristianstad: Studentlitteratur AB.
- Högberg, T. (2013). Corpuscancer (endometriecancer). I B. Sorbe, B. Frankendal, & T. Högberg (Red.), *Gynekologisk Onkologi* (s.307-319). Lund: Studentlitteratur AB.
- Hörnsten, Å. (2013). *Personcentrerad Vård*. Vårdhandboken. Hämtad 2014-03-30 från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Personcentrerad-varld/Oversikt/>
- Kotronoulas, G., Papadopoulou, C., & Patiraki, E. (2009). Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: critical review of the evidence. *Support Care Cancer*, 17(5), 479-501. doi: 10.1007/s00520-008-0563-5
- *Lara, L. A. S., de Andrade, J. M., Consolo, F. D., & Romão, A. P. M. S. (2012). Women's poorer satisfaction with their sex lives following gynecologic cancer treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(3), 273-277.
- Leplege, A., Gzil, F., Cammelli, M., Lefevre, C., Pachoud, B., & Ville, I. (2007). Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 29(20-21), 1555-1565.
- Lindell, G., & Hellman, K. (2013). Vulvacancer. I B. Sorbe, B. Frankendal, & T. Högberg (Red.), *Gynekologisk Onkologi* (s.415-436). Lund: Studentlitteratur AB.
- *McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C., & Lebel, S. (2012). Sexual health and

- gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 33(3), 135-142. doi: 10.3109/0167482x.2012.709291
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centred Nursing Theory and Practice*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K., Manning, M., . . . Slater, P. (2010). Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal Older People Nursing*, 5(2), 93-107. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00216.x
- Olsson, L. E., Karlsson, J., & Ekman, I. (2006). The integrated care pathway reduced the number of hospital days by half: a prospective comparative study of patients with acute hip fracture. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 1(3), 1-7. doi: 10.1186/1749-799x-1-3
- Olsson, L. E., Karlsson, J., & Ekman, I. (2007). Effects of nursing interventions within an integrated care pathway for patients with hip fracture. *Journal of Advanced Nursing*, 58(2), 116-125. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04209.x
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- *Rasmusson, E., & Thomé, B. (2008). Women's wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease. *Sexuality & Disability*, 26(4), 207-218.
- Regionalt cancercentrum. (2011). *Vulva- och vaginalcancer*. Hämtad 2014-03-22, från http://www.cancercentrum.se/Global/OCVast/cancersjukdomar/Gynonkologi/VulvaVagina/vardprogram/VP_reg_vulvaVagina_2012.pdf
- *Reis, N., Beji, N. K., & Coskun, A. (2010). Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: results from quantitative and qualitative data. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(2), 137-146. doi: 10.1016/j.ejon.2009.09.004
- *Sacerdoti, R. C., Lagana, L., & Koopman, C. (2010). Altered sexuality and body image after gynecological cancer treatment: how can psychologists help? *Professional Psychology Research and Practice*, 41(6), 533-540. doi: 10.1037/a0021428
- Saunamaki, N., Andersson, M., & Engstrom, M. (2010). Discussing sexuality with patients: nurses' attitudes and beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1308-1316. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05260.x
- Segesten, K. (2012). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvantitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.111-120). Lund: Studentlitteratur AB.
- *Sekse, R. J., Gjengedal, E., & Raheim, M. (2013). Living in a changed female body after gynecological cancer. *Health Care Women International*, 34(1), 14-33. doi: 10.1080/07399332.2011.645965
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från: http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Sundbeck, M. (2013). *Sexuell hälsa i vården – en metodbok för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Svensk sjuksköterskeförening[SSF]. (2010). *Strategi för utbildningsfrågor*. Hämtad 2014-03-27 från <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Utbildning-publikationer/Strategi.for.utbildnfragor.pdf>

- Vetenskapsrådet. (1990). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad 2014-05-06, från: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>
- Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB.
- *Wilmoth, M. C., Hatmaker-Flanigan, E., LaLoggia, V., & Nixon, T. (2011). Ovarian cancer survivors: qualitative analysis of the symptom of sexuality. *Oncology Nursing Forum*, 38(6), 699-708. doi: 10.1188/11.ONF.699-708
- Wolf, A. (2012). *Person-centred care: Possibilities, barriers and effects in hospitalised patients*. (Doktorsavhandling, Göteborgs universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa). Hämtad 2014-03-28 från <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/29206>
- World Association for Sexology [WAS]. (2008). *Sexual Health for the Millennium. A Declaration and Technical Document*. Hämtad 2014-03-27 från <http://176.32.230.27/worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/millennium-declaration-english.pdf>
- World Health Organization. (2014). *Defining sexual health*. Hämtad 2014-03-27 från http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/
- Zielinski, R. (2013). Assessment of women's sexual health using a holistic, patient-centered approach. *Journal of midwifery and women's health*, 58(3), 321-327. Doi: 10.1111/jmwh.12044.
- Åvall-Lundqvist, E. (2013). Epitelial ovarialcancer. I B. Sorbe, B. Frankendal, & T. Högberg (Red.), *Gynekologisk Onkologi* (s.333-379). Lund: Studentlitteratur AB.
- Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.57-80). Lund: Studentlitteratur AB.

BILAGOR

Bilaga I: Tabell I, Översikt artikelsökning

Databas och datum	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar (dubbletter exkluderade)	Valda artiklar
Cinahl 2014-04-01	Patient* AND sexual* AND neoplasms* AND gynecologic*	Peer reviewed, research article, 2008-2013	19	11	5	<p>Women's Poorer Satisfaction With Their Sex Lives Following Gynecologic Cancer Treatment</p> <p>Ovarian Cancer Survivors: Qualitative Analysis of the Symptom of Sexuality</p> <p>Sexuality in Irish Women With Gynecologic Cancer*</p> <p>Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: results from quantitative and qualitative data</p>
Cinahl 2014-04-01	Information AND genital neoplasms, female	Peer reviewed, research article, 2008-2013	28	14	6	<p>Living in a changed female body after gynecological cancer</p> <p>How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality</p> <p>Sexuality in Irish Women With Gynecologic Cancer *</p> <p>Women's wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease*</p> <p>Living with gynecologic cancer: experience of women and their partners</p>
Pubmed 2014-04-01	Genital Neoplasms AND sex* AND experience	5 years, journal article	23	7	3	<p>Sexual functions of Turkish women with gynecologic cancer during the chemotherapy process</p>
Psycinfo 2014-04-01	Gynecology AND neoplasms AND sexuality	2008-2014, peer reviewed	27	10	3	<p>Sexual health and gynecological cancer: Conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services</p> <p>Altered sexuality and body image after gynecological cancer treatment: How can psychologists help?</p> <p>Women's wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease*</p>
Totalt			97	42	17	11

*Artikel förekommer även i annan sökning

Bilaga II(a): Kvalitetsgranskningsmall

EXEMPEL PÅ PROTOKOLL FÖR KVALITETSBEDÖMNING AV STUDIER MED KVANTITATIV METOD, RCT & CCT (Willman et al., 2011)

Beskrivning av studien

Forskningsmetod RCT CCT (ej randomiserad)
 Multicenter, antal center.....
 Kontrollgrupp/er

Patientkaraktäristika Antal.....
Ålder.....
Man/Kvinna.....

Kriterier för inkludering/exkludering
Adekvat inkludering/exklusion Ja Nej

Intervention.....
.....
.....

Vad avsåg studien studera?
Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått.....
.....

<i>Urvalsförfarandet beskrivet?</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
<i>Representativt urval?</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
<i>Randomiseringsförfarandet beskrivet?</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
<i>Likvärdiga grupper vid start?</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
<i>Analyserade i den grupp som de randomiserades till?</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
<i>Blinding av patienter?</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
<i>Blindning av vårdare?</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
<i>Blindning av forskare</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej

Bortfall

<i>Bortfallsanalysen beskriven?</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<i>Bortfallsstorleken beskriven?</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<i>Adekvat statistisk metod?</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<i>Etiskt resonemang?</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Hur tillförlitligt är resultatet?

<i>Är instrumenten valida?</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<i>Är instrumenten reliabla?</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<i>Är resultatet generaliserbart?</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Huvudfynd (hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, power-beräkning)

.....
.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Hög Medel Låg

Kommentar

.....
.....

Granskare sign:

Bilaga II(b): Kvalitetsgranskningsmall

EXEMPEL PÅ PROTOKOLL FÖR KVALITETSBEDÖMNING AV STUDIER MED KVALITATIV METOD (Willman et al., 2011)

Beskrivning av studien, t.ex. metodval

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej Vet ej

Patientkaraktäristika
Antal.....
Ålder.....
Man/Kvinna.....

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej
Etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval
- Relevant? Ja Nej Vet ej
- Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Metod för
- Urvalsförfarandet tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej
- Datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej
- Analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet
- Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej Vet ej
- Råder datamätnad? (om tillämpligt) Ja Nej Vet ej
- Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet
- Redovisas resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej
- Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej
Genereras teori? Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....
.....
.....
.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Hög Medel Låg

Kommentar.....
.....
.....

Granskare (sign)

Bilaga III: Tabell II, Översikt artikelpresentation

Titel	Författare	Tidskrift	År	Land	Syfte	Metod	Resultat	Bedömd kvalitet
Living in a changed female body after gynecological cancer	Sekse, T. R. J., Gjengedal, E., Råheim, M.	Health Care for Women International	2013	Norge	Syftet var att få en djupare förståelse för kvinnors upplevelser av att leva i en förändrad kropp som överlevare av gynekologisk cancer, 5-6 år efter behandling.	En fenomenologisk-hermeneutisk, kvalitativ studie. 13 deltog. Datainsamlingen bestod av två djupintervjuer som skedde med ett års mellanrum.	Tre subteman framkom i analysen av intervjumaterialet: Känsla av tomhet i livmodern, förändringar i kroppstemperatur och ett förändrat sexliv.	Hög
How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality	Cleary, V., Hegarty, J., & McCarthy, G.	Cancer Nursing Practice	2013	Irland	Syftet var att utifrån ett patientperspektiv undersöka hur gynekologisk cancer påverkar sexualiteten.	Kvalitativ deskriptiv studie. Åtta deltog. Datainsamlingen bestod av semistrukturerade intervjuer.	Deltagarna beskrev negativa förändringar i alla aspekter gällande deras sexualitet efter att de blivit diagnostiserade och blivit behandlade för gynekologisk cancer.	Hög
Women's poorer satisfaction with their sex lives following gynecologic cancer treatment	Lara, L.A.S., de Andrade, J.M., Consolo, F.D., & Romão, A.P.M.S.	Clinical Journal of Oncology Nursing	2012	Brasilien	Syftet var att undersöka kvinnors uppfattning av deras sexliv efter gynekologisk cancerbehandling och att undersöka hur behandlingen påverkar den sexuella funktionen.	Kvantitativ tvärsnittsstudie med icke-parametriska variabler. 30 deltog. Datainsamlingen bestod av strukturerade individuella intervjuer.	Deltagarna uppgav signifikant försämring av kvalitén i sexlivet efter behandling. Samlagsfrekvensen minskade signifikant efter behandling. Alla deltagare redogjorde för smärta i samband med vaginal penetration.	Medel

Sexual health and gynecological cancer: Conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services	McCallum, M., Lefebvre, M., Jolicoeur, L., Maheu, C., & Lebel, S.	Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology	2012	Kanada	Syftet var att undersöka subjektiva erfarenheter beträffande sexuell hälsa och behov av stöd från hälso- och sjukvården bland kvinnor som genomgått behandling för gynekologisk cancer.	Kvalitativ studie. 15 deltog. Datainsamling bestod av semistrukturerade intervjuer.	Kvinnor beskrev hur deras subjektiva definitionen av sexuell hälsa innefattade känslomässig intimitet, självbild, kroppsuppfattning och sexuell respons.	Hög
Ovarian cancer survivors: qualitative analysis of the symptom of sexuality	Wilmoth, M. C., Hatmaker-Flanigan, E., LaLoggia, V., & Nixon, T.	Oncology Nursing Forum	2011	USA	Syftet var att, ur ett patientperspektiv, få en ökad förståelse för förändrad sexualitet relaterat till behandling för ovarialcancer.	Kvalitativ deskriptiv studie. 13 deltog. Datainsamlingen bestod av individuella intervjuer och en fokusgrupp.	Oavsett demografi framkom att kvinnornas sexualitet påverkats negativt i samband med ovarialcancer. Förändringar i samband med behandlingen skapade känsla av tomhet.	Hög
Sexuality in irish women with gynecologic cancer	Cleary, V., Hegarty, J., & McCarthy, G.	Oncology Nursing Forum	2011	Irland	Syftet var att undersöka hur sexualiteten hos kvinnor som genomgått behandling för gynekologisk cancer påverkats. Specifikt syftades undersöka; sexuell självbild, sexuella relationer och sexuella funktionen samt att identifiera relationen dem emellan.	Kvantitativ deskriptiv, korrelations- och tvärsnittsstudie. 106 deltog. Datainsamlingen genomfördes med hjälp av enkäter med ickeparametriska variabler.	Deltagarna rapporterade negativa förändringar gällande sexuell självbild, sexuella relationer och den sexuella funktionen.	Hög

Altered sexuality and body image after gynecological cancer treatment: how can psychologists help?	Sacerdoti, R. C., Lagana, L., & Koopman, C.	Professional Psychology: Research and Practice	2010	USA	Syftet var att undersöka kvinnors erfarenheter gällande sexualitet och kroppsuppfattning efter att ha genomgått behandling för gynekologisk cancer.	Kvalitativ korrelationsstudie. 16 deltog. Databasinsamlingen bestod av individuella intervjuer.	Vad som väsentligt skiljde kvinnorna som behandlats för gynekologisk cancer från kontrollgruppen var bland annat förvärrad sexuell funktion, förändrad självbild och att relationen till partnern blev negativt påverkad.	Hög
Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: results from quantitative and qualitative data	Reis, N., Beji, N. K., & Coskun, A.	European Journal of Oncology Nursing	2010	Turkiet	Syftet var att undersöka den upplevda livskvaliteten hos patienter med gynekologisk cancer och att undersöka vilka problem som kan påverka livskvaliteten och den sexuella funktionen.	Mixad metod. Kvantitativ enkät, 100 deltog. Kvalitativ del, 30 deltog. Databasinsamlingen bestod av semi-strukturerade djupintervjuer.	Gynekologisk cancer och behandling sågs skapa problem som hade negativ inverkan på fysiska, sociala, andliga och psykologiska aspekter av livskvalitet. Behandling av gynekologisk cancer innebar för kvinnorna att den sexuella hälsan, kroppsuppfattning, kvinnlighet, sexuell funktion och fertiliteten påverkades negativt.	Medel

Women's wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease	Rasmusson, E., & Thomé, B.	Sexuality and Disability	2008	Sverige	Syftet var att undersöka kvinnors önskan och behov av kunskap gällande sexualitet och relationer i samband med gynekologisk cancer.	Kvalitativ studie. Elva deltog. Datainsamling bestod av individuella intervjuer.	Kvinnorna i studien upplevde negativa kroppsliga förändringar, både fysiska och psykiska. Känslorna förstärktes pga. okunskap rörande den egna kroppen. Övergripande uttryckte kvinnorna ett otillfredsställt behov av kunskap.	Hög
Sexual functions of turkish women with gynecologic cancer during the chemotherapy process	Akkuzu, G., & Ayhan, A.	Asian Pacific Journal of Cancer Prevention	2013	Turkiet	Syftet var att utvärdera hur förändringar, som patienter med gynekologisk cancer upplever i samband med behandling, påverkar sexualiteten.	Mixad metod. Kvantitativ del, tvärsnittsstudie, 34 deltog. Datainsamling bestod av enkäter utformade enligt Female Sexual Functioning Index(FSFI). Kvalitativ del, fem deltog. Datainsamling bestod av semistrukturerade intervjuer.	Kvantitativt resultat visade att 75% av kvinnorna hade låg poäng FSFI (under 30) vilket indikerar hög risk för sexuell dysfunktion. Kvalitativt resultat visade att kvinnorna hade en längtan efter sex men hindrades av rädslor, upplevde svårigheter och smärta i samband med samlag samt svårigheter att tala med sin partner.	Medel
Living with gynecologic cancer: Experience of women and their partners	Akyüz, A., Güvenc, G., Üstünsöz, A., & Kaya, T.	Journal of Nursing Scholarship	2008	Turkiet	Syftet var att beskriva erfarenheter i samband med gynekologisk cancer som kvinnor och deras partners upplever.	Kvalitativ deskriptiv fenomenologisk studiedesign. 31 deltog. Datainsamling bestod av semistrukturerade intervjuer.	Resultatet visar att familjelivet påverkades i samband med gynekologisk cancersjukdom och även den sexuella relationen.	Medel