



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

KVINNORS KROPPSUPPFATTNING EFTER BEHANDLING FÖR GYNEKOLOGISK CANCERSJUKDOM

En litteraturöversikt

Nora Melin & Sofia Björklund

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2023
Handledare:	Sofie Jakobsson
Examinator:	Eva Jakobsson Ung

Förord

Vi vill ägna ett stort tack till vår handledare Sofie Jakobsson för vägledning och synpunkter under examensarbetets gång. Vi vill också tacka personalen på Biomedicinska biblioteket för professionell hjälp och sunda förslag kring informationsökning.

Titel (svensk):	Kvinnors kroppsuppfattning efter behandling för gynekologisk cancersjukdom
Titel (engelsk):	Women's body image after treatment for gynecological cancer
Examensarbete:	15 hp
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/År:	VT 2023
Författare:	Nora Melin, Sofia Björklund
Handledare:	Sofie Jakobsson
Examinator:	Eva Jakobsson Ung

Sammanfattning

Bakgrund: Gynekologisk cancersjukdom drabbar årligen tusentals kvinnor i Sverige. De olika onkologiska behandlingsmetoderna bidrar med en mängd biverkningar och symtom som kan påverka kvinnor flera år efter avslutad behandling. Dessa biverkningar och symtom kan leda till en förändrad kroppsuppfattning. **Syfte:** Att beskriva kvinnors kroppsuppfattning efter behandling för gynekologisk cancersjukdom. **Metod:** En litteraturöversikt där resultatet av tolv vetenskapliga originalartiklar med kvantitativ, kvalitativ och mixad metod sammanställdes. Litteratursökning gjordes i databaserna CINAHL, PubMed och PsycInfo. **Resultat:** Resultatet beskriver olika aspekter av en förändrad kroppsuppfattning genom fysiska förändringar i kroppen som orsakar begränsningar i ens vardag, förlust av tidigare funktioner och förlust av kvinnlighet och femininitet. Andra aspekter beskriver påverkan på intimitet och sexualitet och ett behov av stöd och kommunikation. **Slutsatser:** Kvinnor med gynekologisk cancersjukdom kan kämpa med en mängd olika problem kring sin kroppsuppfattning lång tid efter att onkologisk behandling avslutats. Deras behov av stöd kring kroppsliga förändringar och sexualitet möts inte i vården. Kommunikation är en viktig del i att för dessa kvinnor hantera sin förändrade kroppsuppfattning, varför sjuksköterskor måste vara lyhörda inför och ha kunskap om dessa problem.

Nyckelord: gynekologisk cancer, kroppsuppfattning, omvårdnad, onkologisk behandling.

Abstract

Background: Gynecological cancers affect thousands of women in Sweden every year. The different oncological treatments contribute to a variety of side effects and symptoms, which can affect women for years after ending treatment. These side effects and symptoms can lead to an altered body image. **Purpose:** To describe women's body image after treatment for gynecological cancer. **Method:** A literature review compiling the results of twelve original scientific articles using quantitative, qualitative, and mixed methods. A literature search was conducted in the CINAHL, PubMed and PsycInfo databases. **Results:** The results describe different aspects of an altered body image through physical changes in the body causing limitations in one's daily life, loss of previous functions and loss of femininity and femininity. Other aspects describe the impact on intimacy and sexuality and a need for support and communication. **Conclusions:** Women with gynecological cancer can struggle with a variety of problems regarding their body image long after oncological treatment has ended. Their needs in the form of support about bodily changes and sexuality are not met in healthcare. Communication is an important part of how these women manage their changed body image, which is why nurses must pay attention to and have knowledge of these problems.

Key words: body image, gynecological cancer, nursing, oncological treatment.

Innehållsförteckning

Förord	2
Sammanfattning	3
Abstract	4
Innehållsförteckning	5
Introduktion.....	7
Bakgrund	7
Gynekologisk cancersjukdom	7
Endometriecancer	7
Cervix- och vaginalcancer	8
Ovarial cancer.....	8
Vulvacancer	9
Behandlingsmetoder	9
Kirurgisk behandling	9
Cytostatikabehandling.....	10
Strålbehandling	10
Symtom och mående.....	11
Symtom till följd av kirurgisk behandling	11
Symtom till följd av cytostatikabehandling	11
Symtom till följd av strålbehandling.....	12
Psykosociala aspekter.....	12
Sjuksköterskans roll	12
Teoretisk referensram	13
Kroppen	13
Kroppsuppfattning och kroppsbild	14
Problemformulering	16
Syfte.....	16
Metod	16
Metodval	16
Datainsamling.....	17
Urval	19
Artikelgranskning.....	19
Dataanalys	20

Forskningsetiska överväganden	20
Resultat.....	21
En oförutsägbar kropp.....	22
Ständigt närvarande besvär.....	22
Förlust av funktion.....	23
Förändrad kvinnokropp	24
Kroppen i ens egna och andras ögon	24
Förlust av femininitet och kvinnlighet.....	25
Förlust av sexualitet.....	26
Förlust av sexuell njutning och intimitet	26
Förändrad sexuell relation.....	27
Vikten av stöd från omgivningen	27
Diskussion	28
Metoddiskussion	28
Resultatdiskussion	32
Kroppens verklighet.....	33
Kroppsideal.....	33
Kroppspresentation	34
Stöd och kommunikation	35
Slutsatser	36
Kliniska implikationer	36
Fortsatt forskning	37
Referenser	38
Bilagor.....	46
Bilaga 1. Granskningsmall. (Friberg, 2022b)	46
Bilaga 2. Artikelbilaga	47

Introduktion

Cancer uppstår när normala celler genom en lång process omvandlas till maligna tumörceller. Tumörcellerna kännetecknas av okontrollerbar celledelning vilket innebär att de växer och sprids. Cancer kan till exempel uppstå till följd av genetiska eller yttre faktorer som strålning, rökning och vissa virusinfektioner (World Health Organization [WHO], 2022). Gynekologisk cancersjukdom drabbar ca 3000 kvinnor i Sverige varje år och är cancer som uppstår i de inre eller yttre delarna av de kvinnliga könsorganen. Det innefattar endometriecancer, cervixcancer, vaginalcancer, ovarial cancer och vulvacancer (RCC, 2021e).

Gynekologisk cancersjukdom och onkologisk behandling kan påverka kroppen på många sätt och är intimt förknippat med den kvinnliga kroppen. Kroppsuppfattningen, den bild man har av sig själv, är viktig för hälsa och välmående. En bra kroppsuppfattning kan innebära att lita på, känna sig trygg i och tycka om sin kropp.

Efter onkologisk behandling och de första biverkningarna klingat av anses man vara färdigbehandlad och kontakten med den onkologiska vården minskar. Som sjuksköterska möter man dock kvinnor som har eller har haft gynekologisk cancersjukdom överallt i vården. Det går inte att se utifrån om någon har en bra eller dålig kroppsuppfattning och en viktig omvårdnadsåtgärd är att initiera samtal och ge stöd kring dessa frågor.

Bakgrund

Gynekologisk cancersjukdom

Endometriecancer

Endometriecancer, även kallat livmoderkroppscancer, är den vanligaste gynekologiska cancersjukdomen i Sverige och drabbar årligen ca 1400 kvinnor (Regionala cancercentrum i samverkan [RCC], 2022a). Globalt räknas det till den 6:e vanligaste cancerformen bland kvinnor där ca 417 000 insjuknade år 2020 (World Cancer Research Fund [WCRF], 2022a), (Se tabell 1).

Endometriecancer uppstår i livmoderns endometrium och delas in i typ I och II efter skillnader i uppkomst, ärftlighet och prognos (RCC, 2022a). Tidiga symtom i form av blödningar från underlivet möjliggör ofta tidig upptäckt, vilket gör prognosen god, med en relativ femårsöverlevnad på ca 80% (RCC, 2021a). Insjuknande är vanligare bland äldre

kvinnor, med en medelålder på ca 70 år. Endast 4% av de som drabbas är under 40 år. Riskfaktorer inkluderar bland annat diabetes, hypertoni, övervikt och höga östrogennivåer. Höga östrogennivåer innebär en överproduktion av östrogen som inte balanseras ut av progesteron, vilket ses vid bland annat infertilitet, östrogenbehandling och hormonstörningar (RCC, 2022a).

Cervix- och vaginalcancer

Cervixcancer, eller livmoderhalscancer, är den fjärde vanligaste cancersjukdomen hos kvinnor i världen, där 604,000 personer insjuknade år 2020 (WCRF, 2022b). Tack vare rikstäckande HPV-vaccinationer som erbjuds alla barn i årskurs 5 (Folkhälsomyndigheten, 2022) och screeningprogrammet för alla kvinnor mellan 23–70 år (Socialstyrelsen, 2021) är incidensen i Sverige förhållandevis låg, med ett årligt insjuknande på ca 500 personer och en total femårsöverlevnad på ca 73% (RCC, 2022b).

Cervixcancer uppstår i cervix och utvecklas under lång tid, vilket gör att cellförändringar kan upptäckas tidigt och att man kan förhindra en fullt utvecklad cancer. Cervixcancer utvecklas från cellförändringar nästan uteslutande orsakade av HPV-infektioner (humant papillomvirus). Sjukdomen delas in i två stadier: I och II beroende på utbredning. (RCC, 2022b).

Vaginalcancer uppstår i slidans slemhinna och orsakas ofta av kvarvarande HPV-infektioner eller till följd av spridning av annan gynekologisk cancer. Sjukdomen är ovanlig och drabbar årligen ca 30–40 kvinnor i Sverige. Medelåldern för insjuknande är 70 år. Femårsöverlevnaden är ca 46% (RCC, 2020 & 2022b).

Ovarial cancer

Ovarial cancer, eller äggstockscancer, drabbar årligen ca 700 kvinnor i Sverige (RCC, 2021a) och 313,000 kvinnor globalt (WCRF, 2022c). Sjukdomen har en relativt hög mortalitet med en femårsöverlevnad på ca 50% (RCC, 2021a). Ovarial cancer innebär maligna tumörer utgående från äggstockarna (ovarier) eller närliggande vävnad varför det också inkluderar äggledarcancer (tubarcancer) och bukhinnecancer (primär peritoneal cancer). Tumörerna kan växa på ytan av dessa vävnader och kallas då epitelial ovarial cancer, eller från äggstockens insida, då de kallas icke-epitelial ovarial cancer (RCC, 2022c).

På grund av diffusa symtom som buksmärter, svullnad och täta urinträngningar upptäcks sjukdomen ofta först i ett sent skede. Den största riskfaktorn för ovarial cancer är ärftlighet men reproduktiva och hormonella faktorer spelar också en roll då exempelvis barnafödande, amning och p-piller har en skyddande effekt (RCC, 2022c).

Vulvacancer

Vulvacancer är ovanlig, och drabbar varje år ca 150 kvinnor i Sverige. Femårsöverlevnaden är ca 90% men minskar vid spridning. Vulvacancer kan uppstå i alla delar av vulva, det yttre kvinnliga könsorganet, och orsakas oftast av någon form av hudcancer där skivepitelcancer är den absolut vanligaste. Vanliga symtom i samband med diagnos innefattar klåda och svårläkta sår. (RCC, 2019).

Medelåldern för insjuknande är 75 år i Sverige. Riskfaktorer inkluderar HPV-infektioner, hudförändringar och hudsjukdomar i vulva. Även rökning, övervikt och cellförändringar i livmoderhalsen ger ökad risk (RCC, 2019).

Tabell 1. **Gynekologisk cancerstatistik.**

	Incidens per år i Sverige	Incidens per år i världen	Genomsnittsålder	Femårsöverlevnad
Endometriecancer	1400	417 000	71 år	80%
Cervixcancer	500	604 000	50 år	73%
Vaginalcancer	30–40	17 000*	70 år	46%
Ovarial cancer	700	313 000	60–70 år	50%
Vulvacancer	150	45 000*	75 år	90%

*(WHO, International Agency for Research on Cancer, 2020).

Behandlingsmetoder

Kirurgisk behandling

Kirurgi är nästan alltid förstahandsvalet när det gäller behandling för gynekologisk cancersjukdom (Bergfeldt et al., 2019). Vid vulvacancer avlägsnas den lokala tumören samt lymfknutor i ljumskarna (RCC, 2019), medan det vanligaste ingreppet vid cervix-, endometrie- och ovarial cancer är en hysterektomi. En hysterektomi innebär avlägsnandet av

hela eller delar av livmodern, utifrån cancertyp och utbredning. Vanligast är en total hysterektomi, där hela livmodern inklusive livmoderhalsen tas bort, men man kan också göra en subtotal hysterektomi, där livmoderhalsen sparas (Bergfeldt et al., 2019).

Ett tredje alternativ är en radikal hysterektomi, som innefattar en total hysterektomi samt borttagande av kringliggande vävnad som äggledare, äggstockar, lymfkörtlar och delar av slidan (The National Cancer Institute [NCI], 2018). En hysterektomi kan utföras genom Laparoskopi, Laparotomi eller genom vagina (RCC, 2022b).

En hysterektomi medför oundvikligen infertilitet, varför man hos unga patienter med livmoderhalscancer ibland i stället väljer att utföra en radikal trakelektomi, vilket innebär att endast livmoderhalsen avlägsnas medan livmoderkroppen sparas (RCC, 2022b).

Cytostatikabehandling

Cytostatika är läkemedel som kan ges som enda onkologisk behandling eller i kombination med andra behandlingar. Vid ovarial cancer ingår cytostatika i primärbehandlingen tillsammans med kirurgi (RCC, 2022c) medan det för cervixcancer är ett alternativ till kirurgi, kombinerat med strålbehandling. Kombinerad cytostatika- och strålbehandling är förstahandsvalet vid vaginalcancer (RCC, 2022b) och ingår ofta i tilläggsbehandling utöver kirurgi, till exempel vid spridd endometriecancer (RCC, 2022a) och vulvacancer (RCC, 2019).

Cytostatikabehandlingen har olika ändamål och kan användas för att bota sjukdomen, lindra symtom eller förlänga livet. Cytostatika administreras intravenöst eller i form av tablett eller kapslar (RCC, 2021b). Läkemedlet verkar genom att angripa cancercellerna, till exempel genom cellernas DNA eller andra strukturer nödvändiga för cellers replikation, vilket hämmar celldelningen. Cytostatikabehandling påverkar alla kroppens celler, men de snabbväxande tumörcellerna är särskilt känsliga (Nilbert, 2013).

Strålbehandling

Strålbehandling är en typ av behandling där man använder joniserande strålning mot tumörområdet. Strålningen orsakar skador i cellernas DNA vilket inducerar celldöd. Det finns olika typer av strålning, extern strålning och brakyterapi (Nilbert, 2013). Strålbehandling kan ges i kurativt och i palliativt syfte, ofta i kombination med cytostatika men ibland som enda primärbehandling, till exempel vid vulvacancer (RCC, 2019). Vid cervixcancer kan

strålbehandling ges med en kombination av extern strålning och brakyterapi (Bergfeldt et al., 2019).

Den externa strålningen riktar in sig på tumören och eventuell spridning (Nilbert, 2013). De friska cellerna är inte lika sårbara för strålningen som cancercellerna och har därmed bättre möjligheter att reparera och underlätta läkning mellan behandlingarna (Bergmark, 2022). Vid brakyterapi placeras strålningskällan lokalt i form av ett instrument bredvid eller i tumören. Det möjliggör att tumören kan få en hög stråldos och den friska vävnaden får en lägre dos vilket medför färre biverkningar (Bergfeldt et al., 2019).

Symtom och mående

Symtom till följd av kirurgisk behandling

Efter en hysterektomi är det vanligt att nerverna kring urinblåsan påverkas vilket kan leda till försämrad blås- och tarmfunktion. Det är också vanligt att uppleva lymfsvullnad, känselbortfall och sexuell dysfunktion (RCC, 2022b). Opereras båda äggstockarna bort kommer kroppen omedelbart in i klimakteriet, vilket kan medföra klimakteriebesvär postoperativt i form av bland annat svettningar, sömnsvårigheter och torra slemhinnor (RCC, 2022d).

Symtom till följd av cytostatikabehandling

För kvinnor som genomgår cytostatikabehandling är symtom som illamående, kräkningar, håravfall och förändringar i smak och lukt vanligt förekommande (Olver et al., 2018). Behandlingen kan också påverka blodvärdet, genom bland annat minskat antal vita blodkroppar vilket ökar infektionskänsligheten (Planck & Palmgren, 2016). Man kan uppleva olika typer av illamående vid cytostatikabehandling, det kan inträda inom ett dygn, några dagar eller efter lång tid som ett betingat illamående (Nilbert, 2013). Det är väldigt vanligt att cytostatika medför fatigue, en mycket påfrestande trötthet som kan sitta i länge (Bergmark, 2022). Fatigue har en stor inverkan på livet efter behandlingen, då det kan leda till minskad förmåga att utföra vardagliga aktiviteter och försämrad livskvalitet (Sekse et al., 2015). Andra sena biverkningar av cytostatika är påverkad hörsel och balansrubbingar (Bergmark, 2022), försämrad njurfunktion, hjärt-kärlsjukdom och benskörhet (RCC, 2021d).

Symtom till följd av strålbehandling

Kvinnor som genomgår strålbehandling kan drabbas av en mängd olika biverkningar med olika omfattning beroende på stråломråde, behandlingsdos och volym. Biverkningarna delas in i akuta och fördröjda, där de akuta biverkningarna uppstår i vävnader med snabbdelande celler och de fördröjda i vävnader med lägre celldelningshastighet (Nilbert, 2013). Akuta, eller tidiga biverkningar uppkommer dagar eller veckor efter behandlingen och inkluderar irriterade slemhinnor i underlivet, trötthet och illamående. Fördröjda, eller sena biverkningar kan uppkomma månader eller flera år efter avslutad behandling (RCC, 2022f) och består bland annat av smärta i bäckenskelettet, stel bäckenmuskulatur, lymfödem, fibros och tarmbesvär med avföringsinkontinens, gasbildning och magknip. Den stela bäckenmuskulaturen kan leda till ansträngningsinkontinens, medan fibros kan skada urinvägarna och leda till förträngningar. Efter avslutad behandling kan man också drabbas av förträngningar och nedsatt töjningsförmåga i vagina, vilket kan leda till smärtor vid sex genom bland annat minskad genital svullnad och lubrikation vid sexuell upphetsning (RCC, 2022b).

Psykosociala aspekter

Cancersjukdomen och den onkologiska behandlingen leder både till fysiska och psykiska påfrestningar hos patienten. Samtliga gynekologiska cancerdiagnoser och behandlingar påverkar kvinnokroppen och kan leda till infertilitet, vilket kan orsaka känslor av förlust och ångest (Gilbert m.fl., 2011; RCC, 2022b).

Förutom de psykiska svårigheterna kan kvinnorna som genomgår en onkologisk behandling uppleva en osäkerhet kring det sexuella samlivet i kombination med andra symtom som behandlingen medför. Den sexuella livskvaliteten kan bli sämre och en del kvinnor undviker att ha samlag under behandling på grund av rädsla att känna smärta, blödningar samt känslenedsättning/förlust. Bortsett från smärta, kan själva intresset och den sexuella lusten vara nedsatt eller helt frånvarande (Uysal et al., 2020). Utöver det kan man också ha svårt för att få lubrikation eller orgasm (Hulter & Edberg, 2019).

Sjuksköterskans roll

Patienter med en cancersjukdom ska enligt RCC (2022e) erbjudas en kontaktsjuksköterska vid vårdande klinik, för att stärka kommunikationen mellan patient och vårdgivare och främja

patientens delaktighet i sin vård. Kontaktsjuksköterskan ska vara tydligt presenterad för patienten och finnas tillgänglig för kontakt vid behov, alternativt kunna hänvisa vidare. Kontaktsjuksköterskan ska förklara och informera om vårdprocessen, göra en individuell vårdplan och säkerställa patientens önsningar och behov. Vidare ska kontaktsjuksköterskan finnas till för både patienten och närstående i form av psykosocialt stöd vid funderingar före och efter behandling (RCC, 2022e).

Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2011) ska sjuksköterskan bidra till en miljö där mänskliga rättigheter och värderingar respekteras. Sjuksköterskan ska också se till att patient och närstående får adekvat information som är förståelig och sedan verifiera att den givna informationen är införstådd. Informationen ska alltså anpassas efter bland annat språk, kognitiva, fysiska och psykiska behov (ICN, 2011).

Som sjuksköterska inom onkologisk vård är det av vikt att ha fokus på rehabilitering. Enligt Socialstyrelsen (2023) syftar rehabilitering till att ”återfå eller bibehålla hälsa och skapa förutsättningar för ett självständigt och aktivt liv i samhället”. Som åtgärder föreslås bland annat utbildning och stöd i att klara dagliga aktiviteter. Regionala cancercentrum i samverkan har fastställt ett vårdprogram för cancerrehabilitering (2021c), där de bland annat tar upp vikten av information kring biverkningar, komplikationer och var man ska vända sig för stöd. Alla patienter ska erbjudas en vårdplan vid start av behandling, som ska formuleras gemensamt med ansvarig sjuksköterska, läkare och övriga teammedlemmar utifrån patienten och dennes förutsättningar. Många onkologiska behandlingar kan ge kvarstående symtom, långt efter behandlingen avslutats, så som förändrad tarmfunktion, lymfödem och sammanväxningar i buken. Utöver det drabbas många av förlorad fertilitet och påverkad sexuell hälsa, varför sjuksköterskan ska erbjuda information, stöttning och samtal både under och efter avslutad behandling (RCC, 2021c).

Teoretisk referensram

Kroppen

Kroppen är ett uttryck för identitet och integritet. I kroppen bärs alla tankar, erfarenheter och minnen genom hälsa, ohälsa och lidande (Lindwall, 2022). Den dualistiska människobilden, beskriven av bland andra Platon och Descartes, ser kroppen och själen som tudelade, där kroppen endast fungerar som ett skal eller en boning för den eviga själen (Bengtsson, 1993

citerad av Lindwall, 2022). I motsats till detta beskrivs den levda kroppen inom fenomenologin som en helhet av kropp, själ och värld. Merleau-Ponty (2002, citerad av Håkansson, 2019) förklarar kroppen genom att dela upp den i objekt och subjekt. Vi både har vår kropp (objekt) och är vår kropp (subjekt). Men när kroppen förändras eller tappar sina funktioner kan det vara svårt att bevara sin identitet. Den tidigare naturliga inställningen till kroppen som ett subjekt förloras, menar Svenaeus (2000, citerad av Håkansson, 2019).

Människans syn på kroppen påverkas av samhällets rådande ideal, som idag fokuserar mycket på den unga, vackra och friska kroppen som stark och självständig. Det förväntas av människor att de ska ta kontroll och ansvar över sina kroppar. En sjuk och defekt kropp blir därför något icke önskvärt som måste rättas till (Lindwall, 2022).

Kroppsuppfattning och kroppsbild

Nationalencyklopedin (u.å.) beskriver begreppet kroppsuppfattning eller kroppsbild som hur man uppfattar sin kropp och sitt utseende. En djupare förståelse kanske kan nås av definitionen från American Psychological Association (u.å.), som vidgar begreppet kroppsbild (body image) genom att beskriva dess beståndsdelar: kroppsuppfattning (body percept) och kroppskoncept (body concept). Kroppsuppfattningen är den bild man har av kroppens fysiska egenskaper, medan kroppskonceptet är inställningen, tankarna och känslorna kring dessa egenskaper.

Price (1990) beskriver kroppsuppfattning som ett dynamiskt begrepp bestående av tre centrala delar; kroppens verklighet, kroppsideal och kroppspresentation. Kroppens verklighet beskriver kroppen så som den existerar i den yttre miljön/omgivningen. Förändringar kan uppstå i kroppens verklighet, och därmed kroppsuppfattningen, vid exempelvis cancersjukdom. Kroppsideal beskriver kroppen så som man önskar att den ska se ut och fungera. Kroppsideal är direkt kopplade till de sociala och kulturella normer som existerar kring kroppar och hälsa. Kroppspresentation beskriver hur kroppen presenteras för den yttre miljön, genom utseende och beteenden, i ett försök att möta kroppens verklighet med kroppsidealen.

Price (1990) gör också några grundantaganden kring kroppsuppfattning, som att den ständigt förändras vid både hälsa och ohälsa, i olika stadier av livet och genom en förändrad omgivning. Han menar också att kroppsuppfattningen upprätthålls i en föränderlig omgivning

genom bland annat copingstrategier och sociala stödnätverk och att balansen mellan de tre centrala delarna av kroppsuppfattning: kroppens verklighet, kroppsideal och kroppspresentation, innebär välbefinnande. Om en av de tre delarna är ur balans kan kroppsuppfattningen förändras. Kroppsuppfattningen påverkas av miljön och omgivningen, menar han, och detta påverkar i sin tur självbilden, hur man ser på sig själv, positivt eller negativt.

En litteraturstudie från Rhoten (2016) visade att onkologisk behandling som leder till fysiska förändringar i kroppens utseende eller funktion (kroppens verklighet) kan störa kroppsuppfattningen. Både små och stora förändringar kan upplevas som en förlust och leda till en förändrad självbild. Studien visade också på ett samband mellan störd kroppsuppfattning och försämrad livskvalitet, ångest och depression som många gånger även kan innebära en risk för social isolering.

Många kvinnor känner sig oförberedda på att hantera förändringarna kring sin kropp efter gynekologisk cancersjukdom, menar Gilbert m.fl. (2011). De har ett behov av information och stöd från vårdpersonal kring sexuellt välbefinnande, hur man hanterar effekterna av behandlingen samt eventuell påverkan på kroppsuppfattning och sexuell identitet. Samtidigt upplever överlevare av gynekologisk cancersjukdom många gånger en avsaknad av stöd, enligt Urbaniec m.fl. (2011). Deras studie fann ett otillfredsställt behov av stöttning kring existentiella frågor och rädsla för återfall, särskilt hos de som överlevt en längre tid. Detta menar Urbaniec m.fl. (2011) skulle kunna bero på att de som överlevt en längre tid har mindre kontakt med sjukvården, vilket gör det svårare att få tillgång till tjänster som skulle kunna lindra deras sorg och öka förmågan att hantera sin situation.

Återkommande i litteraturen är att det finns brister i kommunikationen mellan sjuksköterska och patient avseende gynekologisk cancersjukdom och dess påverkan på sexualitet och kroppsuppfattning (Gilbert m.fl., 2011; Urbaniec m.fl., 2011). Detta bekräftas av Wilson m.fl. (2022) som i en litteraturstudie identifierade att det finns ett behov hos patienter med gynekologisk cancersjukdom att få diskutera sin sexuella hälsa och funktion som inte möts.

Problemformulering

Gynekologisk cancersjukdom är cancer som uppstår i de inre eller yttre delarna av de kvinnliga könsorganen. Det innefattar endometriecancer, cervixcancer, vaginalcancer, ovarial cancer och vulvacancer och drabbar årligen tusentals kvinnor i Sverige.

Kvinnor med gynekologisk cancersjukdom drabbas av symtom som är både relaterade till sjukdomen och som biverkningar av dess behandling. Inte minst den psykosociala aspekten av en förändrad kroppsuppfattning, självkänsla och sexualitet. Besvären stannar kvar även lång tid efter avslutad behandling. Onkologisk behandling kan leda till förändringar i kroppens utseende och funktion vilket kan störa kroppsuppfattningen. Kroppsuppfattningen utgör den uppfattning man har om sin kropp och sitt utseende och påverkas av ens omgivning. Det kan vara svårt att förhålla sig till en kropp som har förändrats eller tappat tidigare funktioner i ett samhälle där den unga, friska och starka kroppen är idealet. Kvinnor med gynekologisk cancersjukdom har ett stort behov av adekvat information och stöd som inte alltid möts. Sjuksköterskor behöver kunskap och insikt om betydelsen av en förändrad kropp för att kunna möta behoven och därigenom skapa förutsättningar för att minska lidande och bestående men hos dessa kvinnor.

Syfte

Syftet med litteraturöversikten är att beskriva kvinnors kroppsuppfattning efter behandling för gynekologisk cancersjukdom.

Metod

Metodval

En litteraturöversikt valdes som metod för att kunna sammanställa den senaste aktuella forskningen kring ämnesområdet och få en uppdaterad och evidensbaserad grund (Rosén, 2017). Litteraturöversikten skapar en överblick av området med relevans för den grundutbildade sjuksköterskan och ger en vägledning i omvårdnadsarbetet där den vetenskapliga kunskapen kan användas praktiskt (Friberg, 2022a).

En litteraturöversikt granskar och sammanställer ny och aktuell publicerad litteratur för att analysera den. Syftet med en litteraturöversikt är att identifiera vad som gjorts tidigare och på

så sätt sammanfatta eller identifiera kunskapsluckor som finns inom ämnesområdet. Litteratursökningen är omfattande och inkluderar en kvalitetsbedömning av sammanställd litteratur (Grant & Booth, 2009).

Datainsamling

Data samlades in genom en litteratursökning. En litteratursökning delas in i sex steg, enligt Karlsson (2017). Först ska ett problem formuleras, sedan ska rätt resurs för datainsamling väljas och sökfrågan formuleras. Slutligen genomförs sökningen, resultatet utvärderas och en ny sökning görs utifrån denna utvärdering.

Inför den slutgiltiga litteratursökningen gjordes en inledande litteraturgenomgång av tillgänglig forskning för att få fördjupad kunskap inom ämnesområdet och vägleda i problemformuleringen och identifierandet av sökord (Karlsson, 2017). Genom att identifiera vilka fenomen som var mer eller mindre beforskade och få en översiktsbild över hur tillgänglig forskning såg ut kunde ett relevant problemområde ringas in och formuleras till en fråga (Friberg, 2022a).

För att få en avgränsad och strukturerad frågeställning användes modellen PEO, där problemformuleringen bryts ned utifrån *Population*, *Exposure* och *Outcome* (Khan et al., 2003).

P	E	O
Kvinnor med gynekologisk cancersjukdom	Onkologisk behandling	Kroppsuppfattning

Utifrån PEO-formuleringen bestämdes relevanta sökord inför litteratursökningen. MeSH-termer som valdes var *Genital Neoplasms*, *Female*, *Gynecologic Neoplasms* och *Body Image*. Cinahl subject headings identifierades som *Genital Neoplasms*, *Female* och *Body Image*. Ytterligare termer som inkluderades för bredare resultat i sökningarna var *Gynecological cancer*, *Endometrial cancer*, *Cervical cancer*, *Vaginal cancer*, *Ovarian cancer* och *Vulvar cancer*.

Den slutgiltiga litteratursökningen gjordes i databaserna CINAHL, PubMed och Psycinfo. Booleska operatorer användes som "OR" och "AND" för att fånga in eventuella synonymer och för att specificera sökningen till problemområdet (Karlsson, 2017). "AND" fungerar som

en länk mellan två sökord medan ”OR” utvidgar sökningen där man kan få träffar antingen på det ena eller andra sökordet (Östlundh, 2022).

Tabell 2. Söktabell

Datum och databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Granskade abstrakt	Relevanta abstrakt	Valda artiklar
2023-03-17 CINAHL	Body Image AND (Genital Neoplasms, Female OR Gynecological cancer OR Gynaecological cancer OR Cervical Cancer OR Endometrial cancer OR Vaginal cancer OR Ovarian cancer OR Vulvar cancer)	2010–2023 Peer reviewed	115	25	8	6
2023-03-17 PubMed	(Body Image [MeSH Terms]) AND (Genital neoplasms, Female[MeSH Terms] OR Gynecological cancer OR Gynaecological cancer OR Cervical Cancer OR Endometrial cancer OR Vaginal cancer OR Ovarian cancer OR Vulvar cancer)	2010–2023	122	29	7	5
2023-03-17 PsycInfo	Body Image AND (Genital Neoplasms, Female OR Gynecological cancer OR Gynaecological cancer OR Cervical Cancer OR	2010–2023 Peer reviewed	72	11	2	1

	Endometrial cancer OR Vaginal cancer OR Ovarian cancer OR Vulvar cancer)					
--	--	--	--	--	--	--

Urval

Inklusionskriterier var originalartiklar som handlade om kroppsuppfattning, gynekologisk cancersjukdom och tiden efter avslutad behandling. Patientgruppen skulle vara personer med biologiskt kvinnligt kön i alla åldrar. Studiedesignen kunde vara antingen kvalitativ, kvantitativ eller mixad metod.

Exklusionskriterier var artiklar som var skrivna på annat språk än svenska och engelska, artiklar som utvärderade behandlingsmetoder och mätinstrument samt artiklar som gällde annan sjukdom eller andra cancerformer. Även artiklar utan etiskt godkännande exkluderades. Begränsningar som gjordes i sökningarna var att artiklarna skulle vara peer reviewed och publicerade mellan 2010–2023.

Enligt Rosén (2017) görs först en grovsällning utifrån titel och sammanfattning och sedan en närmre granskning i fulltext. Litteratursökningen genererade totalt 309 artiklar. Av dessa bedömdes 17 relevanta enligt inklusions- och exklusionskriterier utifrån titel och abstrakt. Några av artiklarna dök upp i flera av databaserna varför dubletter räknades bort. De 17 artiklarna granskades sedan i fulltext, varvid ytterligare fem artiklar sållades bort då de inte uppfyllde inklusions- och exklusionskriterier genom avsaknad av etiskt godkännande. Slutligen återstod tolv artiklar.

Bland de tolv artiklarna berörde sju cervixcancer, fem ovarial cancer, fyra endometriecancer, tre vulvacancer och en artikel redovisade inte specifik gynekologisk cancersjukdom. Studierna utfördes mellan allt från några veckor efter onkologisk behandling till flera år efter avslutad behandling (tre veckor till 18 år).

Artikelgranskning

Dessa tolv artiklar granskades sedan av båda författarna för brister i kvalitet och bias. Utifrån Fribergs granskningsmallar (2022b) (se bilaga 1) graderades kvaliteten på en skala på 0–13 poäng, där JA gav 1 poäng och OKLART/NEJ gav 0 poäng. Artiklarna bedömdes sedan

enligt låg kvalitet (0–5 poäng), medel kvalitet (6–9 poäng) och hög kvalitet (10–13 poäng). Artiklar med hög- eller medel kvalitet inkluderades. Båda författarna granskade alla artiklar individuellt och kom sedan gemensamt fram till vilka som höll tillräckligt god vetenskaplig kvalitet för att inkluderas.

Artiklarna bedömdes efter om de hade ett tydligt problem formulerat och avgränsat, var grundade i teori och forskning, hade ett klart formulerat syfte, väl beskriven metod, urval och analys, väl utförda tolkningar av resultat, etiska resonemang, en tydlig metoddiskussion och en återkoppling till teoretiska antaganden (Friberg, 2022a).

Sex artiklar bedömdes vara av hög kvalitet, och sex av medel. Genomsnittspoängen för artiklarna av medel kvalitet var 8,3 poäng (fyra artiklar fick nio poäng och två fick sju poäng) och 10,2 poäng för de av hög kvalitet (fem artiklar fick tio poäng och en fick elva). De inkluderade artiklarna redovisas i bilaga 2.

Dataanalys

Dataanalysen skedde i enlighet med Fribergs metod för litteraturöversikter av kvantitativ och kvalitativ forskning (Friberg, 2022a). Inför dataanalysen lästes de valda artiklarna igenom individuellt av båda författarna flera gånger, varefter varje studies resultat gemensamt sammanfattades i text, för att få en tydlig bild av varje artikels innehåll och sammanhang. Varje artikel sammanfattades sedan i en tabell (Se bilaga 2). Därefter följde en analys av resultaten, där likheter och olikheter identifierades. Analysen sammanställdes därefter i teman utifrån texternas huvudsakliga innebörd och mening (Friberg, 2022a).

Forskningsetiska överväganden

Forskning som kräver människors medverkan innebär alltid en risk att deltagare utnyttjas eller kränks. För att förhindra detta finns flertalet forskningsetiska riktlinjer, principer och lagar som bör följas för att öka deltagarnas säkerhet, välbefinnande och rättigheter (Kjellström, 2017). Internationella riktlinjer som brukar följas inom forskning är till exempel Helsingforsdeklarationen utarbetad av World Medical Association [WMA] (2013) som berör vikten av att värdera balansen mellan risker och fördelar av forskningen, behovet av ny forskning i relation till deltagarnas hälsa och intresse samt rättviseaspekter, oberoende granskning och informerat samtycke.

Vid all forskning bör forskningsetiska principer följas, såsom *Människovärdesprincipen* som lyfter alla människors lika värde, *Respekt för personer* som lyfter autonomi och informerat samtycke, *Göra-gott-principen* som väger risk mot nytta och skyddar konfidentialitet samt *Rättvisprincipen* som innebär likvärdig behandling och att skydda sårbara grupper (Kjellström, 2017). I Sverige finns lagar som reglerar forskningsetik, bland annat Etikprövningslagen (2003:460) och Personuppgiftslagen (1998:204) som föreskriver att forskning ska visa hänsyn till mänskliga rättigheter, friheter, hälsa och säkerhet, samt rätten till integritet och skydd från spridandet av personuppgifter.

I enlighet med dessa etiska förhållningssätt inkluderades endast artiklar med etiskt godkännande från sina respektive forskningsetiska kommittéer i denna litteraturöversikt. Kvalitetspoäng gick förlorade vid bristfälliga etiska överväganden under kvalitetsgranskning, så som avsaknad av uttrycklig information kring informerat samtycke. Informerat samtycke innebär att deltagarna gett sitt samtycke till att delta efter att ha fått adekvat information om studieförfarandet och rätten att dra sig ur (Kjellström, 2017). Uttrycklig information om informerat samtycke fanns hos nio av artiklarna, men saknades hos tre (Jefferies & Clifford., 2012; Bakker et al., 2016; Hazewinkel et al., 2012).

Tydliga etiska överväganden och uppfyllandet av samtliga forskningsetiska krav sågs hos tre artiklar (Barlow et al., 2014; Aquil et al., 2021; Wilson et al., 2020) och 4 artiklar nämnde specifikt att studien utförts i enlighet med Helsingforsdeklarationen (Aquil et al., 2021; Gómez-Campelo et al., 2014; Penar-Zadarko et al., 2013; Wilson et al., 2020).

Resultat

Samtliga artiklar visade att kvinnor som genomgått behandling för gynekologisk cancersjukdom på olika sätt ofta får en negativ påverkan på kroppsuppfattningen. Det fanns dessutom en tydlig koppling i flera studier mellan en förändrad kroppsuppfattning och sexualitet (Bakker m.fl., 2017; do Rosário Ramos Nunes Bacalhau m.fl., 2020; Sekse m.fl., 2013; Stafford & Judd., 2011; Wilson m.fl., 2020).

Utifrån artiklarnas resultat identifierades fyra huvudteman som beskriver olika dimensioner av en förändrad kroppsuppfattning: En oförutsägbare kropp, Förändrad kvinnokropp, Förlust av sexualitet, Vikten av stöd från omgivningen och sex underteman: Ständigt närvarande

besvär, Förlust av funktion, Kroppen i ens egna och andras ögon, Förlust av femininitet och kvinnlighet och Förändrad sexuell relation.

Tabell 3. **Huvudteman och subteman som beskriver kvinnors kroppsuppfattning efter behandling för gynekologisk cancersjukdom.**

En oförutsägbar kropp	Förändrad kvinnokropp	Förlust av sexualitet	Vikten av stöd från omgivningen
Ständigt närvarande besvär	Kroppen i ens egna och andras ögon	Förlust av sexuell njutning och intimitet	
Förlust av funktion	Förlust av femininitet och kvinnlighet	Förändrad sexuell relation	

En oförutsägbar kropp

Ständigt närvarande besvär

En förändrad kroppsuppfattning beskrivs som ett av de största problemen för kvinnor med gynekologisk cancersjukdom tre månader till tre år efter avslutad behandling i en studie av Wilson m.fl. (2020). Totalt 54% av de kvinnor som deltog i en studie av Aquil m.fl. (2021) rapporterade problem med sin kroppsuppfattning de första månaderna efter kirurgisk onkologisk behandling. I genomsnitt 6 år efter avslutad behandling levde problemen kring kroppsuppfattning kvar hos 25,4% av kvinnorna i en studie av Bakker m.fl. (2017).

Kvinnor i skilda studier beskrev en känsla av att inte längre kunna lita på sin kropp, som blivit okänd och oförutsägbar. Det okända och oförutsägbara omfattades av att kroppen hade förändrats och blivit otrygg. Kvinnor kände sig svikna av sin egen kropp och inte längre i kontroll över sin kropp (Jefferies & Clifford., 2012; Sekse m.fl., 2013). Det uttrycktes som en känsla av maktlöshet som att ”vara utelämnad åt kroppens egen hotfulla vilja” (Sekse m.fl., 2013 s. 24). Kvinnor beskrev en ständig vaksamhet kring fysiska symtom och tecken på att sjukdomen återvänt. Även efter att fem år gått och man blivit försäkrad om att cancersjukdomen var borta fanns känslan av vaksamhet och otrygghet kvar. Man saknade då

tryggheten som de regelbundna uppföljningarna innebar genom att de gav en försäkran om att man var kroppsligt frisk (Sekse m.fl., 2013).

Förlust av funktion

Efter behandling kunde även den fysiska funktionen bli begränsad, vilket framkom i studien av Jefferies & Clifford (2012). I studien berättar flera kvinnor att de fått smärta, domningar och förlorad känsel i delar av benen på grund av de nervskador som lymfkörtelutrymningen orsakat. Detta ledde till att de behövde stöd i vardagen i form av käpp eller rullstol och att de begränsades i vardagsaktiviteter så som att sitta ner i längre perioder till följd av obehag och smärta. Den förändrade och förlorade kroppsliga funktionen hade konsekvenser på det sociala livet, genom att man inte längre kunde umgås med sin familj eller utföra aktiviteter med sina barn (Jefferies & Clifford, 2012).

Vid vulvakirurgi upplevde kvinnorna i studien av Jefferies & Clifford (2012) en förändring i könsorganets struktur, som att allt flyttats åt sidan. Detta innebar att urin okontrollerat rann ner för benen och att mensblod rann rakt utanför bindan. Miktionsbesvär beskrivs även i en studie av Hazewinkel m.fl. (2012) där 36% av kvinnorna med cervixcancer upplevde svårigheter att tömma blåsan och 24% upplevde urininkontinens. Kvinnorna rapporterade också att tarmens funktion var påverkad, 15% upplevde anal obstruktion, 13% rapporterade förstoppning och 8% rapporterade avföringsinkontinens. Symtomen orsakade av den försämrade tarmfunktionen och miktionsbesvären hade ett samband med kroppsuppfattningen, där en allvarligt försämrad tarmfunktion hade störst påverkan (Hazewinkel m.fl., 2012).

Kirurgi, i form av radikal hysterektomi, kan även orsaka sömnstörningar hos kvinnor, enligt en studie av Aquil m.fl. (2021). I studien sågs ett samband mellan radikal hysterektomi, störd kroppsuppfattning och sömnstörningar. Sambandet var också relaterat till depression och ångest, vilket rapporterades av mer än hälften av kvinnorna. I studien rapporterade 39% dålig sömnkvalitet och 14% ganska dålig sömnkvalitet.

Kirurgiskt borttagande av livmodern och ett tidigt isättande av menopaus kan orsaka förändringar i kroppens temperaturreglering. I studien av Sekse m.fl. (2013) resulterade kirurgin i en omedelbar förändring av kroppens temperatur oavsett om kvinnorna var pre- eller postmenopausala. De beskrev hur de drabbades av värmevallningar, svettningar eller häftiga svängningar i kroppstemperatur mellan varm och kall. En kvinna i studien av Wilson

m.fl. (2020) beskrev hur det kändes att plötsligt hamna i menopaus. Hon beskrev det som att hon åldrats tio år och att det påverkat hennes utseende, att hon kände sig mindre åtråvärd och ointresserad av att upprätthålla ett sexliv.

Förändrad kvinnokropp

Kroppen i ens egna och andras ögon

I studien av Boding m.fl. (2022) kopplas begreppet kvinnlighet till reproduktion och hormonella förändringar, och femininitet till ytliga attribut som att klä sig, sminka sig och anstränga sig för att se bra ut. Deras resultat pekar på att den största konsekvensen av sjukdomen och dess behandling var en förändrad eller förlorad femininitet och kvinnlighet. Några av kvinnorna i studien ville känna sig feminina, attraktiva och mer lika sig själva före cancer, genom att till exempel sätta upp håret, bära parfym eller örhängen hemma. Många av kvinnorna upplevde däremot en fullständig förlust av femininitet, eller så hade de gett upp på tanken av det. De beskrev hur de inte orkade bry sig om sitt utseende längre, att det inte fanns någon känsla av femininitet kvar i kroppen.

Boding m.fl. (2022) visade att många kvinnor upplevde en negativ kroppsuppfattning på grund av att de gått upp i vikt, att kroppsformen hade förändrats, de hade ärr på kroppen eller på grund av att de hade tappat sitt hår. För många var de negativa känslorna relaterade till deras egen uppfattning om kroppar och allmänhetens negativa uppfattning. En kvinna berättar hur hennes kroppsuppfattning allvarligt påverkades av behandlingen, att hon kände sig uppsvullen och hatade hur hon såg ut. En annan beskrev sitt ärr som rått och skrämmande. En tredje förklarade att hon ibland inte ens klarade av att se sig själv i spegeln.

Att kvinnorna själva kände sig oattraktiva gjorde att de antog att andra också skulle se på deras kroppar negativt, vilket ledde till att kvinnorna kände att de behövde dölja sina ärr och kroppar. Inte bara för att dölja dem fysiskt utan också på grund av en rädsla av vad andra skulle tycka samtidigt som de då också kunde slippa få frågor om cancer. (Boding m.fl., 2022). På samma sätt visade Wilson m.fl. (2020) att kvinnorna försökte dölja spår av sin sjukdom genom kläder. En kvinna beskriver hur hon försökte dölja sin nefrostomi-slang för att kunna ha vanliga kläder på sig. Även i studien av Barlow m.fl (2014) berättar kvinnor som genomgått lymfkörtelutrymning hur de ändrade och anpassade sina kläder för att dölja sina svullna ben. De upplevde alla en påverkan på kroppsuppfattning. Att försöka anpassa sig genom kläder sågs även i studien av Sekse m.fl. (2013), där kroppens förändrade

temperaturreglering tvingade dem att ändra sina klädvanor, genom att ta på sig eller alltid ha med sig extra plagg. En kvinna i studien av Boding m.fl. (2022) berättade att hon inte längre kunde använda klackskor då hennes tår domnat av och hon fått problem med balansen som en konsekvens av den onkologiska behandlingen.

Några kvinnor delade inte den negativa bilden av en förändrad kropp, utan kände i stället respekt och uppskattning för sina kroppar och vad de genomlevt (Boding m.fl., 2022). Att vulvan inte syns var en lättnad för några av de som överlevt vulvacancer. Kvinnorna beskriver det som att kroppen kändes annorlunda, men fortfarande feminin och att man inte behöver oroa sig för att folk ska se det. De hade uppfattningen av att det hade varit värre om det till exempel varit ett bröst som skulle tagits bort. En kvinna gillade hur hennes nya vulva såg ut, att den var plattare och finare (Barlow m.fl., 2014).

Förlust av femininitet och kvinnlighet

En total eller radikal hysterektomi medför oundviklig infertilitet. Att förlora reproduktiva organ och fertilitet hade den enskilt största påverkan på upplevelsen av kvinnlighet hos kvinnorna i studien Boding m.fl. (2022). Kvinnorna beskriver bland annat en känsla av misslyckande, att vara mindre värd och mindre kvinna, genom att inte längre kunna göra det man som kvinna är menad att göra, vilket syftade på att skaffa barn. Förlusten av fertilitet gjorde även att kvinnorna kände sig isolerade från sina jämnåriga. En kvinna beskriver hur hon såg sina vänner få barn, och kände som att "allt hennes kropp gjort var att odla en dödsklump" (Boding m.fl., 2022, s. 3).

Fem år efter ingreppet beskrev en kvinna att hon, trots att hon accepterat situationen, fortfarande kände sig mycket sårbar. Varje gång hon såg en bebis gråta eller en gravid kvinna påmindes hon om sin egen förlust av fertilitet och moderskap (Sekse m.fl., 2013). I en studie av Gómez-Campelo m.fl. (2014) beskrivs ett samband mellan gynekologisk cancersjukdom och infertilitet med bland annat ung ålder, planer på att skaffa barn och psykisk ohälsa. Aquil m.fl. (2021) visade att sömnstörningar, som var relaterat till ångest, depression och störd kroppsuppfattning, i högre utsträckning drabbade unga och barnlösa kvinnor.

För de kvinnor som genomgått kirurgisk behandling kunde själva borttagandet av organ eller kroppsdelar leda till känslor av ofullständighet. Barlow m.fl. (2014) beskrev hur kvinnor som genomgått radikala excisioner av vulva och multipla ingrepp kämpade mer med störda känslor kring femininitet och kroppsuppfattning, än de som genomgått enklare ingrepp. I

samma studie beskriver en kvinna som genomgått en lymfkörtelutrymning en känsla av ofullständighet (Barlow m.fl., 2014). Även i studien Sekse m.fl. (2013) beskrev många kvinnor en känsla av förlust och ofullständighet efter hysterektomi. De beskrev det som ett tomrum där livmodern tidigare fanns, känslan av att övriga organ låg annorlunda inuti kroppen och att något faktiskt saknades där inne. Ingreppet orsakade känslor av sorg, förlust och främlingskap. För de flesta försvann dessa känslor som var förknippade med borttagande av organ med tiden och blev något de kom att acceptera.

Förlust av sexualitet

Förlust av sexuell njutning och intimitet

Efter en gynekologisk cancersjukdom och onkologisk behandling upplevde många kvinnor en förändring i relation till sin sexualitet. Förändringen innebar en avsaknad av sexuell lust och att strävan efter sex antingen var helt borta eller väldigt liten (Barlow m.fl., 2014; Boding m.fl., 2022; Jefferies & Clifford., 2012; Sekse m.fl., 2013).

Fysiska förändringar orsakade av behandlingen beskrivs bland annat som torra, ömma slemhinnor (Boding m.fl., 2022; Sekse m.fl., 2013), en förändrad känsel i excisionsstället, som en avdomnad och obehaglig känsla (Barlow m.fl., 2014), strukturella förändringar i könsorganet (Boding m.fl., 2022) och smärta (Bakker m.fl., 2017; Barlow m.fl., 2014; Boding m.fl., 2022; do Rosário Ramos Nunes Bacalhau m.fl., 2020; Stafford & Judd., 2011). I studien av Stafford & Judd (2011) rapporterade 48% av kvinnorna mer vaginal torrhet sedan cancerdiagnosen, 40% mer smärta vid samlag och 30% att vagina minskat i storlek. Smärtan orsakad av torra slemhinnor beskrevs av en kvinna som så svår att det blev smärtsamt att bära underkläder, att ha sex kändes därför helt otänkbart (Boding m.fl., 2022). De fysiska förändringarna och smärtan orsakade av den onkologiska behandlingen resulterade i att kvinnorna upplevde rädsla oro och osäkerhet inför samlag (Barlow m.fl., 2014; Boding m.fl., 2022; Jefferies & Clifford., 2012; Sekse m.fl., 2013), och hade dessutom en negativ inverkan på kroppsuppfattning och sexuell tillfredsställelse enligt flera studier (do Rosário Ramos Nunes Bacalhau m.fl., 2020; Stafford & Judd., 2011).

En kvinna berättade om rädslan över att förlora sin klitoris i samband med kirurgin att andra natten efter operationen onanerade hon för att försäkra sig om att hennes klitoris fortfarande var intakt (Barlow m.fl., 2014). I en studie av Penar-Zadarko m.fl. (2013) visades att sexuella bekymmer och kroppsuppfattning förbättrades tre månader efter avslutad behandling och

patienternas livskvalitet ökade jämfört med innan och under behandling, medan en annan studie visade att många kvinnor sköt upp sin sexuella aktivitet i månader på grund av oro och fruktan av smärta och att vara otillräcklig för sin partner (Barlow m.fl., 2014). Vissa kvinnor återupptog samlag så fort såren läkt medan andra väntade lång tid, men oavsett hur länge man väntade upplevde de flesta smärta (Barlow m.fl., 2014). I en studie av Bakker m.fl. (2017) visade sig sexuell smärta och oro ha en betydande inverkan på kroppsuppfattning och relationsproblem. I deras studie rapporterades sexuell oro av 38% av deltagarna. Man såg också att de kvinnor som var sexuellt inaktiva rapporterade betydligt högre nivåer av sexuell lidande, oro för sexuell smärta och oro över sin kroppsuppfattning jämfört med de kvinnor som var sexuellt aktiva.

Förändrad sexuell relation

Kvinnor som lider av genital smärta rapporterade i en studie av do Rosário Ramos Nunes Bacalhau m.fl. (2020) att smärtan ger en negativ påverkan på deras förmåga att känna sig nära och visa tillgivenhet till sin partner. För många innebar denna förlust av njutning och intimitet en svår sorg. Man kunde inte längre uttrycka kärlek på samma kroppsliga och intima sätt till sin partner, och lusten och glädjen till sex var försvunnen (Boding m.fl., 2022; Sekse m.fl., 2013). Flera kvinnor var dessutom rädda för att vara en börda för sina partners. De kände sig skyldiga till förlusten av sexuell intimitet och skämdes för att deras partner behövde stå ut med det (Boding m.fl., 2022). Även lång tid efter behandling fanns dessa problem kvar (Sekse m.fl., 2013). För vissa blev sexet som ett jobb som skulle utföras för att hålla sin partner nöjd (Boding m.fl., 2022) och ett flertal kvinnor var frånskilda på grund av att den sexuella relationen hade förändrats (Barlow m.fl., 2014).

Även om de sexuella aspekterna av deras relationer i många fall nästan upphört, beskrev vissa kvinnor hur den känslomässiga kopplingen och närheten till deras partner kvarstod eller förstärktes genom cancerupplevelsen. För vissa kvinnor hade deras partner varit ett stöd och en känslomässig stabilitet och cancerdiagnosen hade fört dem ännu närmre varandra (Boding m.fl., 2022).

Vikten av stöd från omgivningen

Flera studier betonar vikten av socialt stöd och att socialt stöd inverkar på upplevelsen av kroppsuppfattning (Gómez-Campelo m.fl., 2014; Jefferies & Clifford., 2012; Wilson m.fl., 2020). En avsaknad av socialt stöd var förknippat med högre psykisk ohälsa i studien av

Gómez-Campelo m.fl. (2014). Flera studier visade att många kvinnor led av depression och ångest till följd av sin sjukdom och behandling (Aquil m.fl., 2021; Gómez-Campelo m.fl., 2014; Stafford & Judd., 2011). I studien av Aquil m.fl. (2021) rapporterade fler än hälften av kvinnorna symtom på depression och 18% kvinnorna i studien av Stafford & Judd (2011) hade en pågående behandling för depression och ångest.

Att prata om kvinnokroppens funktioner och sexualitet kan vara svårt och känsligt. Enligt Stafford & Judd (2011) är det vanligast förekommande behovet hos kvinnor som överlevt gynekologisk cancersjukdom att få hjälp att hantera oron att cancer ska komma tillbaka. För många var det svårt att lära sig leva med oron och rädslan för återfall, beskriver även Jefferies & Clifford. (2012). Stafford & Judd (2011) beskriver fler vanligt förekommande behov som en kontinuerlig kontaktperson i vården, hjälp att anpassa sig till förändringar i kroppen och behov av emotionellt stöd. Kvinnor i flera studier beskrev hur dessa behov inte blev mötta, att det fanns en brist på kommunikation och stöd från vårdpersonal med hjälp att förstå sina kroppsliga förändringar i det dagliga livet (Sekse m.fl., 2013; Stafford & Judd, 2011; Wilson m.fl. 2020). De upplevde att vårdpersonalen inte lyssnade ordentligt och avfärdade deras problem och symtom. Många vände sig då i stället till anhöriga för att diskutera frågor kring kroppsuppfattning, sexualitet och sexuell funktion (Wilson m.fl. 2020).

Några kvinnor nämnde att en förstående partner kan fungera som ett bra stöd göra det lättare att hantera sjukdomsförloppet och behandlingen (Jefferies & Clifford., 2012; Wilson m.fl., 2020) medan andra lyfter att kollegor (Jefferies & Clifford, 2012) eller stödgrupper för andra som drabbats av gynekologisk cancersjukdom (Stafford & Judd., 2011; Wilson m.fl., 2020) kan vara till stor hjälp.

Diskussion

Metoddiskussion

En litteraturöversikt valdes som metod för att granska och sammanställa den senaste litteraturen kring ämnesområdet (Grant & Booth, 2009). Litteraturöversikten inkluderade tolv artiklar som bedöms ha besvarat syftet väl.

För litteratursökningen valdes databaserna CINAHL, PubMed och Psycinfo för deras respektive förmåga att inkludera ett omvårdnadsperspektiv såväl som ett biomedicinskt och ett psykologiskt perspektiv (Östlundh, 2022). Att söka i flera databaser ökar chansen att hitta

relevanta artiklar och stärker litteraturöversiktens trovärdighet enligt Henricson (2017b). Vid litteratursökningen återkom många studier i de olika databaserna, vilket tyder på ökad sensitivitet. Att även kombinera ämnesord med fritext ökar specificiteten i litteraturöversikten genom att även hitta de artiklar som inte blivit sorterade under ämnesord, enligt Henricson (2017b). Den största risken med en litteraturöversikt är att man missar viktiga delar av litteraturen eller endast inkluderar en liten mängd relevant forskning. Detta kan ge resultaten en tveksam trovärdighet (Friberg, 2022a; Grant & Booth, 2009). Litteratursökningen visade enligt Henricson (2017b) på hög trovärdighet och specificitet varför denna risk anses vara liten.

Artiklar som handlade om sexualitet i relation till kroppsuppfattning inkluderades, medan artiklar som enbart berörde sexualitet exkluderades. Detta eftersom forskning pekar på ett nära samband mellan de två (Gilbert m.fl., 2011; Urbaniec m.fl., 2011). Artiklar som berörde annan cancersjukdom exkluderades, eftersom nästan alla artiklar kring kroppsuppfattning som litteratursökningen genererade var i relation till bröstcancer. En artikel som jämförde bröst- och gynekologisk cancer inkluderades eftersom urvalet bestod till hälften av kvinnor med gynekologisk cancersjukdom och dess resultat verkade tydliga att särskilja mellan de två diagnoserna (Gómez-Campelo m.fl., 2014). Detta visade sig däremot inte vara fallet vid dataanalysen, vilket gör att den data som inkluderats från den studien i vårt resultat kanske inte är helt applicerbar för kvinnor med gynekologisk cancersjukdom och kan ses som en svaghet med denna studie.

En av de kvantitativa artiklarna (Penar-Zadarko m.fl., 2013) var longitudinell och inkluderade patienter innan, under och efter behandling, varför endast en liten del av resultatet kunde plockas ut. Detta var dock enkelt att göra, då varje del i resultatet tydligt markerade vilken tidsperiod det gällde.

Att ha med etiskt godkännande i inklusionskriterierna sållade bort fem artiklar som översiktligt såg ut att annars ha låg kvalitet vid kvalitetsgranskning. Resterande tolv artiklar bedömdes av tillräckligt god kvalitet för att inkludera. De artiklar som endast nådde medel kvalitet hade generellt otillräcklig information om teoretiska utgångspunkter och i vissa fall en bristfällig metoddiskussion. Vid kvalitetsgranskningen granskade båda författarna samtliga artiklar och jämförde och diskuterade sedan sina granskningar. Detta stärker reliabiliteten och tillförlitligheten i vårt arbete, enligt Henricson (2017b).

Av de inkluderade artiklarna var sju av kvantitativ metod, fyra av kvalitativ metod och en av mixad metod. Bland de kvalitativa studierna, och artikeln av mixad metod som granskades enligt samma mall, uppnådde alla kriterierna kring en väl beskriven metod och analys, vilket indikerar en hög bekräftelsebarhet. Alla artiklar var dessutom peer reviewed och flera beskriver en oberoende granskning vilket ökar deras trovärdighet. I de flesta fall var resultaten tydliga och överförbara i andra kontexter, vilket indikerar en ökad överförbarhet. Däremot saknade många en ordentlig metoddiskussion och reflektion kring brister och förförståelse, vilket sänker studiernas pålitlighet, och en låg pålitlighet gör även överförbarheten lägre (Mårtensson & Fridlund, 2017). De inkluderade kvalitativa artiklarna bedöms därför ha en medelhög trovärdighet.

Hos de kvantitativa artiklarna var de största bristerna en otydlighet kring teoretiska utgångspunkter, men samtliga artiklar hade väl beskrivna metoder där de använt sig av validerade mätinstrument vilket även ökar studiernas validitet. Även dessa artiklar var alla peer reviewed vilket också ökar trovärdigheten (Mårtensson & Fridlund, 2017). Alla förutom två artiklar hade tydliga metoddiskussioner där de bland annat diskuterar studiens generaliserbarhet, det vill säga, hur överförbart resultatet är i andra kontexter (Priebe & Landström, 2017). Detta ger de inkluderade kvantitativa artiklarna en relativt hög validitet.

De flesta kvantitativa artiklar utgick från validerade mätinstrument och många gånger var de återkommande i flera studier, vilket stärker vår litteraturöversikts reliabilitet (Henricson, 2017b). Framför allt var Body Image Scale (BIS) återkommande, ett formulär på 10 frågor specifikt utvecklat för cancerpatienter (Hopwood m.fl., 2001), som användes i fyra av studierna. Det formuläret återkom även i artikeln av mixad metod. Andra återkommande mätinstrument var exempelvis Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) och Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSES). Däremot användes många olika mätinstrument, vilket kan göra det problematiskt att dra slutsatser från vårt resultat (Henricson, 2017b). Dessutom var bortfallet relativt stort i två studier, och i två andra beskrevs det inte alls vilket också sänker pålitligheten och därmed reliabiliteten i vårt resultat (Henricson, 2017b), men eftersom detta endast gäller två studier tolkas ändå reliabiliteten som relativt hög.

Litteraturöversikten inkluderade kvalitativa, kvantitativa och artiklar med mixad metod, men trots detta hade många en liknande studiedesign. De kvalitativa artiklarna hade i stort sett alla en fenomenologisk teoretisk utgångspunkt med semistrukturerade intervjuer eller intervjuer med öppna frågor. De kvantitativa artiklarna använde sig, alla förutom en kohortstudie, av en

tvärsnittsdesign. Artikeln med mixad metod använde också öppna frågor i slutet av sitt frågeformulär till sin kvalitativa del och en tvärsnittsdesign till sin kvantitativa del. Att ha studier med liknande design i urvalet ökar litteraturöversiktens validitet och trovärdighet (Henricson, 2017b). Validiteten och trovärdigheten i resultatet stärktes dessutom av utomstående, både handledare och handledningsgrupp. Oberoende granskning ger litteraturöversikten en starkt trovärdighet och pålitlighet, enligt Henricsson (2017).

Dataanalysen skedde genom flera noggranna genomläsningar av texterna, först individuellt och sedan gemensamt av författarna. Resultaten sammanfattades sedan gemensamt i ett textdokument, varpå texterna diskuterades och gemensamma teman identifierades och sorterades i texten. Utifrån dessa delades sedan huvudteman in i subteman.

Vid en litteraturöversikt finns det risk att författarna, medvetet eller omedvetet, väljer ut studier som stödjer den egna världsbilden vilket ger en risk för selektionsbias (Friberg, 2022a; Grant & Booth, 2009). Detta hanterade författarna genom att synliggöra sin förförståelse med reflektion över den enskilt och sedan diskutera den gemensamt inför datainsamling och analys, vilket enligt Henricson (2017a) minskar risken för snedvridna resultat och egna värderingar i tolkningen av texterna. Insikterna var att båda författarna förväntade sig att det skulle finnas ett problem kring kroppsuppfattning för kvinnor med gynekologisk cancer, det fanns alltså redan en förförståelse kring att detta var ett problem. Förförståelsen var baserad på idéer om kvinnlighet och upplevelsen av att till exempel bli infertil eller tappa håret. För att hantera förförståelsen gjorde författarna en djupdykning inom området, för att läsa på om den senaste kunskapen och forskningen kring gynekologisk cancer, upplevelser kring det och vilka komplikationer behandlingen kan medföra. I stället för att utgå från egna föreställningar vid datainsamling och analys låg nu utgångspunkten i forskning och kunskap. Vid dataanalysen diskuterade författarna vid upprepade tillfällen deras förförståelse i relation till de resultat som hittades, detta för att närma sig datan så neutralt som möjligt och minska risken att snedvrida resultatet. Att diskutera och reflektera kring förförståelse och hur det kan påverka resultatet stärker pålitligheten i arbetet, enligt Henricson (2017b).

Endast studier med etiskt godkännande inkluderades och vid kvalitetsgranskningen granskades alla artiklar för etiska brister. De flesta artiklar hade adekvata etiska reflektioner och författarna förhöll sig dessutom kontinuerligt till sin egen förförståelse vilket gör att

denna litteraturöversikt förhåller sig väl till de etiska ställningstaganden som gjordes inför datainsamling och analys.

De kvalitativa artiklarna bedömdes ha medelhög trovärdighet medan de kvantitativa artiklarna bedömdes ha hög validitet. Detta ökar resultatets generaliserbarhet (Henricson, 2017b). Däremot var studierna utförda i många olika delar av världen: Europa, Afrika, USA och Australien. Bland de inkluderade länderna förekommer en mängd olika sjukvårdssystem. Det mest jämförbara med Sverige är troligtvis studien gjord i Norge (Sekse m.fl., 2013). Eftersom denna litteraturöversikt fokuserar mindre på sjukhusvistelser och mer om upplevelser kring den egna kroppen, bedöms dessa känslor som mer universella och därmed resultatet mer generaliserbart.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva kvinnors kroppsuppfattning efter behandling för gynekologisk cancersjukdom. Resultatet visar att kroppsuppfattningen påverkades på flera olika sätt hos kvinnor som gått igenom behandling för gynekologisk cancersjukdom, vilket också Rhoten (2016) identifierade i en litteraturöversikt, där man beskrev att både små och stora förändringar i kroppen kan upplevas som en förlust och leda till en förändrad självbild. Vårt resultat bekräftar också vad tidigare forskning visat kring kopplingen mellan sexualitet och kroppsuppfattning samt att det finns ett stort behov av stöd från omgivningen (Gilbert m.fl., 2011; Urbaniec m.fl., 2011; Wilson m.fl., 2022).

Att kroppen blivit oförutsägbar och otrygg kopplas till hur Merlau-Ponty (2002, citerad av Håkansson, 2019) beskriver kroppen som något vi har (objekt) och något vi är (subjekt). Efter gynekologisk cancersjukdom och onkologisk behandling upplevde många kvinnor sin kropp som främmande och okontrollerbar. Det var kroppen som hade makt, och inte de själva. De kunde inte längre relatera till kroppen som något subjektivt då den reducerats till ett objekt.

Price (1990) beskriver kroppsuppfattning som ett begrepp bestående av tre delar: kroppens verklighet, kroppsideal och kroppspresentation. En balans mellan de tre delarna innebär välbefinnande, men om någon av delarna inte fungerar ruckas denna balans och kroppsuppfattningen kan förändras. Utifrån dessa delar diskuteras resultatens huvudsakliga fynd.

Kroppens verklighet

Kroppens verklighet beskrivs av Price (1990) som hur kroppen existerar i den yttre miljön. Prices beskrivning av kroppens verklighet kan kopplas till hur kvinnorna beskriver fysiska förändringar i kroppen som uppstått på grund av den onkologiska behandlingen och hur det gav konsekvenser för hur de förhöll sig till sin omgivning. Resultatet visar att många upplevde smärta och förlorad känsel vilket begränsade dem i vardagen och hade konsekvenser för det sociala livet.

Resultatet visar också att kroppens verklighet var påverkad genom att många kvinnor drabbades av miktions- och tarmbesvär i form av inkontinens och obstruktion, där symtom som avföringsinkontinens hade störst inverkan på kroppsuppfattningen. Kirurgi, som innebär en omedelbar förändring i kroppens verklighet, sågs kunna orsaka sömnstörningar vilket hade ett samband med depression och ångest. Kirurgi orsakade även känslor av förlust och sorg, vilket ledde till en känsla av en ofullständig kropp. Sorgereaktionen som följer en förändrad kroppsuppfattning beskriver Price (1990) som en copingstrategi.

Förändringar i kroppens verklighet tog sig också uttryck i en förändrad kroppstemperatur genom värmevallningar, svettningar och svängningar mellan värme och kyla. Att hamna i menopaus beskrevs som en känsla av att ha åldrats tio år. Ett förändrat utseende i form av viktuppgång och håravfall relaterades till en negativ kroppsuppfattning.

En stor del av kvinnorna upplevde en förändring i kroppens verklighet genom förändrad känsel, torrhet, strukturella förändringar och smärta i könsorganet samt en avsaknad av lust. Den förändrade kroppsliga verkligheten ledde till rädsla för oro och sex vilket hade konsekvenser för kroppsuppfattningen och deras relationer. Dessa resultat överensstämmer med tidigare forskning (Gilbert m.fl. 2011). I en översiktsartikel beskriver Wilson m.fl. (2021) att många kvinnor med gynekologisk cancer upplevde sexuella funktionssvårigheter. I artikeln beskrivs det som att den sexuella kroppen traumatiserats av den onkologiska behandlingen. Den nedsatta sexuella funktionen tärde på kvinnornas relationer och orsakade känslor av ensamhet (Wilson m.fl., 2021).

Kroppsideal

Kroppsideal beskrivs av Price (1990) som hur man önskar att kroppen ska se ut och fungera och är direkt kopplat till sociala och kulturella normer. Lindwall (2022) beskriver att dagens

samhällsideal innebär en vacker och frisk kropp som människan ska ta ansvar för och ha kontroll över. I motsats är en sjuk kropp defekt och icke önskvärd.

Resultatet visar att de negativa tankar kvinnorna hade om sig själva ofta var kopplat till hur de förväntade sig att andra skulle tänka om dem och deras kroppar. Många kvinnor kände sig oattraktiva och såg negativt på sina kroppar med ärr och antog därför att andra också skulle göra det. Detta kan ses som en krock mellan kroppens verklighet och kroppsidealet då de inte kunde möta verkligheten med idealen. För vissa kvinnor innebar ärren något annat, och de kände i stället en respekt och uppskattning för sina kroppar och vad de fått utstå i samband med och efter behandlingen. Ett exempel på raka motsatsen är den kvinna som beskriver sin vulva som finare och plattare efter kirurgin. Den onkologiska behandlingen hjälpte alltså henne att förverkliga hennes kroppsideal, vilka kan kopplas till rådande skönhetsnormer.

Att bli infertil hade en stor påverkan på kroppsuppfattningen och känslan av kvinnlighet. Detta kan kopplas till nuvarande kroppsideal kring den friska, snygga och kvinnliga kroppen. Många kände sig även misslyckade som kvinnor då de, enligt dem själva, inte längre kunde göra vad de var menade för: att skaffa barn. Den här känslan av misslyckande kan också kopplas till rådande ideal, och hur Lindwall (2022) beskriver den sjuka kroppen som defekt och icke önskvärd. I översiktsartikeln av Gilbert m.fl. (2011) beskrev flera kvinnor som förlorat sin fertilitet att de inte längre kände sig som kvinnor. Detta kopplas i studien till den sociala konstruktionen, och idealet, av de kvinnliga könsorganen som symbol för moderskap, sexualitet och femininitet.

Resultatet visar också att ung ålder och planer på att skaffa barn var relaterat till sämre psykisk hälsa hos de kvinnor som förlorat sin fertilitet. För vissa innebar infertiliteten en stor förlust och sågs kunna leda till social isolering, vilket även beskrivs i studien av Rhoten (2016). Det kunde vara svårt att se på när jämnåriga blev gravida då det blev som en påminnelse om det egna förlorade moderskapet.

Kroppspresentation

Kroppspresentation beskrivs som hur kroppen presenteras för den yttre miljön i ett försök att möta kroppens verklighet med kroppsidealet (Price, 1990). För att känna sig mer lika sig själva innan cancersjukdomen, och för att försöka möta kroppens verklighet med kroppsidealet, klädde vissa kvinnor upp sig och bar smink och örhängen hemma. Andra kvinnor beskriver hur de helt gett upp på sitt utseende och att känslan av femininitet var helt

försvunnen. Att kvinnor använde kläder för att dölja sina ärr och sina sjuka kroppar kan också ses som ett försök att möta kroppens verklighet med kroppens ideal. Att sjukdomen inte syns för allmänheten beskrivs som tryggt för kvinnorna som genomgått vulvakirurgi. Då ingreppet inte ger några synliga tecken utåt behålls kroppspresentationen intakt. Att sjukdomen inte syns och kroppspresentationen bevaras innebär en bevarad femininitet, och därmed kunde även kroppsidealet upprätthållas.

Resultatet visar att förändringen i kroppens verklighet relaterat till sexuell funktion och sexualitet många gånger gick ut över kvinnornas sexuella och intima relationer. När kroppens verklighet inte längre kunde möta idealen kring sexuell funktion hade kvinnorna svårt att visa närhet och tillgivenhet till sin partner. Glädjen och lusten till sex hade försvunnit. I ett försök att möta kroppens verklighet med idealen och upprätthålla den sexuella relationen fortsatte en del kvinnor ha sex även fast de inte hade lust, vilket beskrevs som ett jobb för att hålla sin partner nöjd. Resultatet visar också att smärta och fysiska förändringar ledde till rädsla inför att återuppta sex, vilket också Uysal m.fl. (2020) visade. Wilson m.fl. (2021) beskriver att när kvinnorna återupptog sex, i ett försök att möta kroppens verklighet med idealet att vara sexuellt funktionell, förknippades det med ångest och oro.

Många par gick igenom skilsmässa till följd av sjukdomen och dess behandling, men resultatet visar också att för vissa par hade det känslomässiga bandet blivit ännu starkare, trots den förändrade sexuella relationen. De beskrev att de blivit ännu närmre sin partner som fungerat som ett stöd och en känslomässig stabilitet under sjukdomsförloppet. Detta beskriver också Gilbert m.fl. (2011) genom en förbättrad kommunikation, ökad förståelse och tillgivenhet.

Stöd och kommunikation

Majoriteten av kvinnorna ville prata om sina problem och symtom efter behandlingen, men upplevde det som ett behov som inte möts. En stor del drabbades av depression och ångest till följd av sin sjukdom och behandling, och behövde hjälp att hantera rädslan för återfall. Kvinnorna beskrev även en önskan om att ha en kontinuerlig kontaktperson och hjälp att anpassa sig efter kroppens förändringar. Att sakna stöd kopplades även till högre psykisk ohälsa. Många beskriver den sociala omgivningen som ett viktigt stöd. Price (1990) skriver att kroppsuppfattningen upprätthålls via sociala nätverk, och att de som har ett nära och aktivt socialt nätverk är mer troliga att hantera sjukdom bättre.

Fynden kring bristen på kommunikation bekräftas i studien av Wilson m.fl. (2021), där flera kvinnor upplevde brist i kommunikationen med vårdgivare om kroppsbild, sexualitet och sexuell funktion. De beskrev också att de inte fått tillräckligt med hjälp att hantera det. Price (1990) menar att det tar lång tid att återuppbygga en förändrad kroppsuppfattning, vilket ger skäl för att kvinnor med gynekologisk cancer som genomgått onkologisk behandling behöver stöd även lång tid efter behandlingen avslutats.

Slutsatser

Studien visar att kvinnors kroppsuppfattning påverkas efter behandling för gynekologisk cancersjukdom. Behandlingen kan störa kroppens verklighet genom att orsaka en begränsning eller förlust av olika fysiska funktioner som kan leda till begränsningar i vardagslivet. Många upplever en känsla av maktlöshet och otrygghet i en plötsligt oförutsägbart kropp. Kroppsidealet utmanas genom att kvinnlighet och femininitet påverkas genom förändrat utseende, förlust av reproduktiva organ och infertilitet. För att försöka möta kroppens verklighet med kroppsidealen använder kvinnor kläder och smink för att dölja sina kroppar och upprätthålla sin kroppspresentation. Den sexuella funktionen kan påverkas genom fysiska förändringar som kan leda till oro och rädsla, vilket kan gå ut över sexuella relationer. Kvinnor med gynekologisk cancer har ett behov av stöd kring de kroppsliga förändringar som den onkologiska behandlingen innebär. Detta behov möts inte tillräckligt väl i vården.

Kliniska implikationer

Kommunikation är en viktig del för kvinnor med gynekologisk cancersjukdom att hantera sin förändrade kroppsuppfattning. Det är inte alltid kvinnorna själva har förmågan att lyfta dessa frågor. Därför måste sjuksköterskan ha kunskap och vara lyhörd inför dessa problem för att kunna initiera samtal under behandling, men minst lika viktigt lång tid efter behandlingen avslutats. Ett ökat fokus på prehabilitering före behandlingsstart i form av stöd och information kan ge bättre förutsättningar för goda behandlingsresultat och minskade komplikationer efter avslutad behandling.

Fortsatt forskning

Vidare forskning behövs för att öka kunskapen om tiden efter en avslutad onkologisk behandling för gynekologisk cancersjukdom. Det visar sig att problem med kroppsuppfattning lever kvar länge, och att behovet av stöd finns kvar långt efter att behandlingen avslutats. Vidare forskning bör även fokusera på att identifiera verktyg och rutiner för att möta dessa behov, till exempel screeningverktyg, rutinmässiga frågor och program för prehabilitering där även eventuell partner inkluderas.

Referenser

American Psychological Association (u.å.). Body concept. I *APA Dictionary of Psychology*. Hämtad 8 mars 2023 från <https://dictionary.apa.org/body-concept>

American Psychological Association (u.å.). Body image. I *APA Dictionary of Psychology*. Hämtad 8 mars 2023 från <https://dictionary.apa.org/body-image>

American Psychological Association (u.å.). Body percept. I *APA Dictionary of Psychology*. Hämtad 8 mars 2023 från <https://dictionary.apa.org/body-percept>

Aquil, A., EL Kherchi, O., EL Azmaoui, N., Mouallif, M., Guerroumi, M., Chokri, A., Jayakumar, A. R., Benider, A., & Elgot, A. (2021). Body image dissatisfaction and lower self-esteem as major predictors of poor sleep quality in gynecological cancer patients after surgery: cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 21(1), 1–11. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1186/s12905-021-01375-5>

Bakker, R. M., Kenter, G. G., Creutzberg, C. L., Stiggelbout, A. M., Derks, M., Mingelen, W., Kroon, C. D., Vermeer, W. M., & Kuile, M. M. (2017). Sexual distress and associated factors among cervical cancer survivors: A cross-sectional multicenter observational study. *Psycho-Oncology*, 26(10), 1470–1477. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1002/pon.4317>

Barlow, E. L., Hacker, N. F., Hussain, R., & Parmenter, G. (2014). Sexuality and body image following treatment for early-stage vulvar cancer: a qualitative study. *Journal of advanced nursing*, 70(8), 1856–1866. <https://doi.org/10.1111/jan.12346>

Bergfeldt, C., Sjöblom, I., Strevens, H., & Wangel, A-M. (2019). *Obstretik och gynekologi för sjuksköterskor* (Upplaga 5:1). Studentlitteratur.

Bergmark, K. (2022). *Cancerrehabilitering*. I Bäckström, Kjølhede, P & Landgren B-M (Red.), *Gynekologi* (3 uppl, s. 405–418). Studentlitteratur.

Boding, S. A., Russell, H., Knoetze, R., Wilson, V., & Stafford, L. (2022). 'Sometimes I can't look in the mirror': Recognising the importance of the sociocultural context in patient experiences of sexuality, relationships and body image after ovarian cancer. *European journal of cancer care*, 31(6), e13645. <https://doi.org/10.1111/ecc.13645>

do Rosário Ramos Nunes Bacalhau, M., Pedras, S., & da Graça Pereira Alves, M. (2020). Attachment style and body image as mediators between marital adjustment and sexual satisfaction in women with cervical cancer. *Supportive Care in Cancer*, 28(12), 5813–5819. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/s00520-020-05423-y>

Friberg, F. (2022b). Bilaga III granskningsfrågor för kvalitativa respektive kvantitativa studier. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (4 uppl., s.239–240). Studentlitteratur.

Folkhälsomyndigheten. (2022). *HPV-vaccinuppföljning*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittydd-beredskap/vaccinationer/nationella-vaccinationsprogram/uppfoljning-av-vaccinationsprogram/hpv-vaccinuppfoljning/>

Friberg, F. (2022a). Att göra en litteraturoversikt av kvantitativ och kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (4e uppl s.185–198). Studentlitteratur

Gilbert, E., Ussher, J. M., & Perz, J. (2011). Sexuality after gynaecological cancer: a review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. *Maturitas*, 70(1), 42–57. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.06.013>

Gómez-Campelo, P., Bragado-Alvarez, C., Hernández-Lloreda, M. J., & Bragado-Álvarez, C. (2014). Psychological distress in women with breast and gynecological cancer treated with radical surgery. *Psycho-Oncology*, 23(4), 459–466.

Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health information and libraries journal*, 26(2), 91–108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>

Håkansson, C. (2019). Kroppslighet. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt* (3 uppl., s. 487-505). Studentlitteratur.

Hazewinkel, M. H., Sprangers, M. A., Velden, J.v, Burger, M. P., & Roovers, J. P. (2012). Severe pelvic floor symptoms after cervical cancer treatment are predominantly associated with mental and physical well-being and body image: a cross-sectional study. *International journal of gynecological cancer : official journal of the International Gynecological Cancer Society*, 22(1), 154–160. <https://doi.org/10.1097/IGC.0b013e3182332df8>

Henricson, M. (2017a). Forskningsprocessen. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 43–53). Studentlitteratur.

Henricson, M. (2017b). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 411–419). Studentlitteratur.

Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)*, 37(2), 189–197.
[https://doi.org/10.1016/s0959-8049\(00\)00353-1](https://doi.org/10.1016/s0959-8049(00)00353-1)

Hulter, B. & Edberg, A-K (2019). Sexuell hälsa. I *Omvårdnadens Grunder: hälsa och ohälsa*. (3 uppl, s. 93-117). Studentlitteratur.

International Councils of Nurses [ICN] etiska kod (2011). Hämtad:
<https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf> [2023-03-09]

Jefferies, H., & Clifford, C. (2012). All change: the lived experience of younger women with cancer of the vulva. *Journal of clinical nursing*, 21(15-16), 2327–2335.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04043.x>

Karlsson, E. K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl, s. 81–96). Studentlitteratur

Karolinska Institutet. (2022). *Systematisk litteraturöversikt som examensarbete*.
<https://kib.ki.se/soka-vardera/systematiska-oversikter/systematisk-litteraturoversikt-som-examensarbete>

Khan, K. S., Kunz, R., Kleijnen, J., & Antes, G. (2003). Five steps to conducting a systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(3), 118–121.
<https://doi.org/10.1177/014107680309600304>

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 57–77). Studentlitteratur.

Lag om etikprovning av forskning som avser människor (SFS 2003:460).

Utbildningsdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

- Lindwall, L. (2022). Kroppen. I L. Wiklund Gustin & M. Asp (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (3 uppl, s. 97–106). Studentlitteratur.
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl, s. 421–436). Studentlitteratur
- Nationalencyklopedin (u.å). Kroppsuppfattning. Hämtad 8 mars 2023 från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/enkel/kroppsuppfattning>
- Nilbert, M. (2013). *Klinisk onkologi*. Studentlitteratur.
- Olver, I., Carey, M., Boyes, A., Hall, A., Noble, N., Bryant, J., Walsh, J., & Sanson-Fisher, R. (2018). The timeliness of patients reporting the side effects of chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*, 26(10), 3579–3586. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4225-y>
- Penar-Zadarko, B., Binkowska-Bury, M., Wolan, M., Gawelko, J., & Urbanski, K. (2013). Longitudinal assessment of quality of life in ovarian cancer patients. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 17(3), 381–385. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.10.014>
- Personuppgiftslag* (SFS 1998:204). Justitiedepartementet L6. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204
- Planck, M., & Palmgren, A. (2016). Cancersjukdomar. I A. Ekwall & A. M. Jansson (Red.), *Omvårdnad och medicin* (s. 569–585). Studentlitteratur.
- Price, B. (1990). A model for body-image care. *Journal of advanced nursing*, 15(5), 585–593. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01858.x>
- Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 25–40). Studentlitteratur.
- Regionala Cancercentrum i samverkan (2022f). *Biverkningar av strålbehandling vid livmoderhalscancer*. <https://cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/gynekologi/livmoderhalscancer/nationell-min-varldplan-livmoderhals--och-vaginalcancer/behandling/biverkningar-av-stralbehandling-vid-livmoderhalscancer.pdf>

Regionala cancercentrum i samverkan, (RCC). (2019). *Nationellt vårdprogram vulvacancer*
<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/vulvacancer/vardprogram/>

Regionala cancercentrum i samverkan, (RCC). (2020). *Livmoderhalscancer och vaginalcancer*.

<https://cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/gynekologi/livmoderhals-vagina/>

Regionala cancercentrum i samverkan, (RCC). (2021a). *Kvalitetsregister – Statistik för patienter och närstående*.

<https://cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/gynekologi/kvalitetsregister/statistik-for-patienter-och-narstaende/>

Regionala cancercentrum i samverkan, (RCC). (2021b) *Behandling, cytostatikabehandling*.

<https://cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/gynekologi/aggstockscancer/nat-min-vardplan-v3/behandling/cytostatikabehandling.pdf>

Regionala cancercentrum i samverkan, (RCC). (2021c). *Nationellt vårdprogram*

cancerrehabilitering. <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/cancerrehabilitering/vardprogram/>

Regionala cancercentrum i samverkan, (RCC). (2021d). *Långvariga och sena biverkningar efter behandling av äggstockscancer*.

<https://cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/gynekologi/aggstockscancer/nationell-min-vardplan-aggstockscancer/uppfoljning-och-nasta-steg/langvariga-och-sena-biverkningar-efter-behandling-av-aggstockscancer.pdf>

Regionala cancercentrum i samverkan, (2021e). *Gynekologisk cancer*.

<https://cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/gynekologi/>

Regionala cancercentrum i samverkan, (RCC). (2022a). *Nationellt vårdprogram*

Livmoderkroppscancer.

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/livmoderkroppscancer/vardprogram/>

Regionala cancercentrum i samverkan, (RCC). (2022b). *Nationellt vårdprogram*

livmoderhals- och vaginalcancer.

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/livmoderhals-och-vaginalcancer/vardprogram/sammanfattning/>

Regionala cancercentrum i samverkan, (RCC). (2022c). *Nationellt vårdprogram äggstockscancer, epitelial*.

<https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/aggstockscancer-epitelial/vardprogram/inledning/>

Regionala cancercentrum i samverkan, (RCC). (2022d). *Biverkningar och komplikationer efter en operation av livmoderhalscancer*.

<https://cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/gynekologi/livmoderhalscancer/nationell-min-varldplan-livmoderhals--och-vaginalcancer/behandling/biverkningar-och-komplikationer-efter-en-operation-av-livmoderhalscancer.pdf>

Regionala cancercentrum i samverkan, (RCC). (2022e) *Kontaktsjuksköterska*.

<https://cancercentrum.se/samverkan/patient-och-narstaende/kontaktsjukskoterska/>

Regionala Cancercentrum i samverkan. (2022f). *Biverkningar av strålbehandling vid livmoderhalscancer*.

<https://cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/gynekologi/livmoderhalscancer/nationell-min-varldplan-livmoderhals--och-vaginalcancer/behandling/biverkningar-av-stralbehandling-vid-livmoderhalscancer.pdf>

Rhoten B. A. (2016). Body image disturbance in adults treated for cancer - a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 72(5), 1001–1011. <https://doi.org/10.1111/jan.12892>

Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl, s. 375–387). Studentlitteratur

Sekse, R. J. T., Gjengedal, E., & Råheim, M. (2013). Living in a Changed Female Body After Gynecological Cancer. *Health Care for Women International*, 34(1), 14–33. <https://doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1080/07399332.2011.645965>

Sekse, R. J., Hufthammer, K. O., & Vika, M. E. (2015). Fatigue and quality of life in women treated for various types of gynaecological cancers: a cross-sectional study. *Journal of clinical nursing*, 24(3-4), 546–555. <https://doi.org/10.1111/jocn.12647>

Socialstyrelsen. (2021). *Livmoderhalscancer – screening med HPV-test*.

<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-screeningprogram/slutliga-rekommendationer/livmoderhalscancer/>

Socialstyrelsen. (2023). *Nationellt stöd för rehabilitering, habilitering och hjälpmedel*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2023-2-8373.pdf>

Stafford L, Judd F, Stafford, L., & Judd, F. (2011). Long-term quality of life in Australian women previously diagnosed with gynaecologic cancer. *Supportive Care in Cancer*, 19(12), 2047–2056. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/s00520-010-1064-x>

Svensk sjuksköterskeförening. (2021). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 9 mars 2023 från <https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0132/1656659417909/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20enkelsidor.pdf>

The National Cancer Institute, (NCI). (2018). Radical Hysterectomy. I *Dictionary of cancer terms*. Hämtad 6 mars 2023 från <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/radical-hysterectomy>

Urbaniec, O. A., Collins, K., Denson, L. A., & Whitford, H. S. (2011). Gynecological cancer survivors: assessment of psychological distress and unmet supportive care needs. *Journal of psychosocial oncology*, 29(5), 534–551. <https://doi.org/10.1080/07347332.2011.599829>

Uysal, N., Ünal Toprak, F., Soylu, Y., & Kaya, B. (2020). Evaluation of Sexual Life in Patients with Gynecologic Cancer Undergoing Radiotherapy. *Sexuality & Disability*, 38(4), 687–697. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/s11195-020-09658-9>

Wilson, C. M., Gee, A., & Mooney, K. (2022). Clinician and Patient Communication on Body Image, Sexuality, and Sexual Function in Gynecologic Cancer: An Integrative Review. *Sexuality & Disability*, 40(2), 363–379. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/s11195-022-09736-0>

Wilson, C. M., McGuire, D. B., Rodgers, B. L., Elswick, R. K., Jr, & Temkin, S. M. (2021). Body Image, Sexuality, and Sexual Functioning in Women With Gynecologic Cancer: An Integrative Review of the Literature and Implications for Research. *Cancer nursing*, 44(5), E252–E286. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000818>

Wilson, C. M., McGuire, D. B., Rodgers, B. L., Elswick, R. K., Menendez, S., & Temkin, S. M. (2020). Body Image, Sexuality, and Sexual Functioning in Cervical and Endometrial

Cancer: Interrelationships and Women's Experiences. *Sexuality & Disability*, 38(3), 389–403. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/s11195-020-09641-4>

World Cancer Research Fund, [WCRF]. (2022a). *Endometrial cancer statistics*. <https://www.wcrf.org/cancer-trends/endometrial-cancer-statistics/>

World Cancer Research Fund, [WCRF]. (2022b). *Cervical cancer statistics*. <https://www.wcrf.org/cancer-trends/cervical-cancer-statistics/>

World Cancer Research Fund, [WCRF]. (2022c). *Ovarian cancer statistics*. <https://www.wcrf.org/cancer-trends/ovarian-cancer-statistics/>

World Health Organization, [WHO], International Agency for Research on Cancer. (2020). *Vulva fact sheet*. Global cancer observatory. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/21-Vulva-fact-sheet.pdf>

World Health Organization. (3 februari 2022). *Cancer*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/cancer>

World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Östlundh, L. (2022) Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (Fjärde upplagan s. 79–109). Lund: Studentlitteratur

Bilagor

Bilaga 1. Granskningsmall. (Friberg, 2022b)

Kvalitetsbedömning kvalitativa studier

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur är undersökningsspersonerna beskrivna?
- Hur har data analyserats?
- Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
- Vad visar resultatet?
- Hur har författarna tolkat studiens resultat?
- Vilka argument förs fram?
- Förs det några etiska resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, till exempel vårdvetenskapliga antaganden?

Kvalitetsbedömning kvantitativa studier

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur har urvalet gjorts (t.ex. antal personer, ålder, inklusions- respektive exklusionskriterier)?
- Hur har data analyserats? Vilka statistiska metoder användes? Var dessa adekvata?
- Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? I så fall hur?
- Vad visar resultatet?
- Vilka argument förs fram?
- Finns det några etiska resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall, till exempel vad gäller generaliserbarhet?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, till exempel omvårdnadsvetenskapliga antaganden?

Bilaga 2. Artikelbilaga

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Resultat	Kvalitet * Enligt Friberg (2022b) granskning s frågor
Sekse m.fl. 2013, Norge	Living in a changed female body after gynecological cancer	Att djupdyka i kvinnors upplevelser som långtidsöverlevare av gynekologisk cancer, 5-6 år efter behandling	Kvalitativ metod. Intervjuer med öppna frågor.	16 kvinnor mellan 39–66 år med gynekologisk cancerdiagnos, 5-6 år efter avslutad behandling.	Kvinnorna upplevde att deras kropp förändrats och var osäker. De påverkades mycket av att ha förlorat en kroppsdel (livmoder) och sin fertilitet. De upplevde även temperaturförändringar, ett förändrat sexliv och minimal kontakt med sjukvården.	Hög
Barlow m.fl. 2014, Australien	Sexuality and body image following treatment for early stage vulvar cancer: a qualitative study	Beskriva kvinnors upplevelser av sexualitet och kroppsuppfattning efter behandling av tidigt stadium av vulvacancer	Kvalitativ metod. Semistrukturerade intervjuer.	10 kvinnor mellan 37–76 år som genomgått kirurgisk behandling mot vulvacancer, mellan 1-18 år efter avslutad behandling.	Kvinnorna upplevde en förändrad sexuell relation och känsel. Kroppsuppfattningen påverkades av behandlingen och de försökte anpassa sig till sin nya kropp. De beskriver en förändrad syn på sin vulva och att de fick besvär av lymfödem.	Hög
Boding m.fl. 2022, Australien	‘Sometimes I can't look in the mirror’: Recognising the importance of the sociocultural context in patient experiences of sexuality, relationships, and body image after ovarian cancer	Att undersöka hur ovariecancer psykologiskt och emotionellt påverkar sexualitet, relationer, kroppsuppfattning och kvinnlighet	Kvalitativ metod. Intervjuer med öppna frågor.	98 kvinnor mellan 22–81 år som överlevt ovariecancer. 4 månader-30 år sedan diagnos, genomsnitt 5,5 år.	Kvinnorna upplevde en förändrad kvinnlighet på grund av förlust av organ och fertilitet. Deras kroppsuppfattning var förändrad och påverkades mycket av hur andra såg på dem. De försökte dölja sina kroppar. De upplevde även påverkan på sexualitet och relationer.	Medel

Wilson m.fl. 2020, USA	Body Image, Sexuality and Sexual Functioning in Cervical and Endometrial Cancer	Att undersöka samband mellan kroppsuppfattning, sexualitet och sexuell funktion Samt om cancer/ annat påverkade kvinnors syn på dessa begrepp och vilka av begreppen som var viktigast/mest inflytelserika	Mixad metod Kvantitativa data: demografiskt formulär och journalhandlingar Kvalitativa data: Öppna frågor i slutet av formulär.	Målmedvetet urval. 20 kvinnor med en medelålder på 40,3 år Inom 3-36 månader efter avslutad behandling.	Kvantitativa data visade signifikanta samband mellan kroppsuppfattning och sexualitet samt sexualitet och sexuell funktion, men inte mellan sexuell funktion och kroppsuppfattning. Kvalitativa data visade att kvinnorna upplevde en förändrad kroppsuppfattning, sexuell dysfunktion och bristande kommunikation med vården.	Hög
Stafford & Judd, 2011, Australien	Long-term quality of life in Australian women previously diagnosed with gynaecologic cancer	Utforska utmaningarna kring livskvalitet bland kvinnor tidigare diagnostiserade med gynekologisk cancer	Kvantitativ metod. Tvärsnittsstudie.	176 kvinnor som tidigare diagnostiserats med gynekologisk cancer. Ca 5 år efter diagnos. Alla hade behandlats med kirurgi, några med cytostatika- och strålbehandling.	Resultaten visade att kvinnorna led av ångest och depression och hade ett behov av stöd från vården som inte möttes. De rapporterade även avsaknad av sexuell lust som resulterade i sexuell inaktivitet. Förändringar i vagina och kroppsuppfattning var förknippad med sämre sexuell tillfredsställelse.	Medel
Gómez-Campelo m.fl. 2014, Spanien	Psychological distress in women with breast and gynecological cancer treated with radical surgery.	Att jämföra psykologiskt besvär (kropps bildstörningar, självkänsla, depression och ångest) hos kvinnor med bröstcancer eller gynekologisk cancer som behandlas med radikal kirurgi.	Kvantitativ metod. Tvärsnittsstudie.	100 kvinnor som genomgått mastektomi/hysterektomi, medelålder 48,59 år 50 med bröstcancer och 50 med gynekologisk cancer. Mellan ca 3 månader – 3 år efter de fått diagnosen.	Resultaten visar att problemen med kroppsuppfattning blir värre när man ser den kroppsliga förändringen utifrån. Ung ålder var relaterat till ökade psykologiska besvär.	Hög

Aquil m.fl. 2021, Marocko	Body image dissatisfaction and lower self-esteem as major predictors of poor sleep quality in gynecological cancer patients after surgery: cross-sectional study	Att undersöka förekomsten av sömnstörningar i ett urval av postoperativa gynekologiska cancerpatienter i Marocko	Kvantitativ metod. Tvärsnittsstudie.	104 kvinnor som genomgått radikal kirurgi för gynekologisk cancer. Medianålder 52,5 år. 3-6 månader efter kirurgi.	Resultaten visar ett samband mellan störd kroppsuppfattning, lågt självförtroende och sömnproblem. Ängest, depression och problem med kroppsuppfattningen rapporterades frekvent.	Hög
Jefferies & Clifford, 2012, Storbritanien	All change: the lived experience of younger women with cancer of the vulva	Att skapa förståelse för kvinnors egna perspektiv på sin vård och ta itu med en kunskapslucka i relation till vulvacancers bredare påverkan.	Kvalitativ metod. Semi-strukturerade intervjuer.	13 kvinnor med vulvacancer mellan 30–53 år Medvetet urval från ett "Regional referral center" 6 månader – 5 år efter operation.	Kvinnorna upplevde en förändrad kropp, både fysiskt och psykiskt. Deras sexuella funktion påverkades och de kände sig osäkra och svikna av sina kroppar som inte fungerade som de tidigare gjort.	Medel
Bakker m.fl. 2017, Nederländerna	Sexual distress and associated factors among cervical cancer survivors	Att bedöma sexuell ångest (sexual distress) bland överlevare av cervixcancer och vad det associeras med	Kvantitativ metod. Tvärsnittsstudie.	252 kvinnor med cervixcancer som genomgått hysterektomi och strålbehandling. Medelålder: 46,2 I genomsnitt 6 år efter avslutad behandling.	Resultaten visar att sexuell ångest hade ett samband med vaginala sexuella symtom, oro för smärta vid sex, ångest, depression, problem med kroppsuppfattning och missnöje i sin relation.	Medel
do Rosário Ramos Nunes Bacalhau m.fl. 2020, Portugal	Attachment style and body image as mediators between marital adjustment and sexual satisfaction in women with cervical cancer	Att bedöma om äktenskaplig anpassning och kroppsuppfattning förmedlade förhållandet mellan anknytningsstil, sexuell funktion och sexuell tillfredsställelse	Kvantitativ metod. Tvärsnittsstudie.	113 kvinnor med cervixcancer mellan 23–67 år, som genomgått onkologisk behandling. Mellan 0-6 år efter avslutad behandling.	Resultaten visar att sexuell funktion och kroppsuppfattning påverkar den sexuella tillfredsställelsen. Den sexuella dysfunktionen hade negativ inverkan på deras relationer.	Hög

Hazewinkel m.fl. 2012, Nederländerna	Severe Pelvic Floor Symptoms After Cervical Cancer Treatment Are Predominantly Associated With Mental and Physical Well-Being and Body Image	Att identifiera samband mellan demografiska, sjukdomsrelaterade och psykologiska variabler och allvarliga besvär av bäckenbottenssymtom efter behandling av livmoderhalscancer.	Kvantitativ metod. Tvärsnittsstudie.	282 kvinnor med cervixcancer som behandlats med kirurgi och strålbehandling. Medelålder 46 år (27–74 år). Minst 1 år efter behandling.	Resultaten visar att kvinnorna upplevde miktions- och tarmbesvär vilket orsakade lidande och hade en negativ inverkan på kroppsuppfattning.	Medel
Penar-Zadarko m.fl. 2013, Polen	Longitudinal assessment of quality of life in ovarian cancer patients	Att göra en longitudinell utvärdering av livskvaliteten (QOL) hos kvinnor som behandlats för äggstockscancer, före, tre och sex månader efter operationen.	Kvantitativ metod. Kohortstudie	93 kvinnor som nyligen fått diagnosen ovariecancer mellan 28-89 år (följdes longitudinellt innan, under och efter behandling).	Resultaten visar att kvinnorna rapporterade sexuella bekymmer, illamående och förändrad kroppsuppfattning under behandling, men efter behandling försvann de akuta biverkningarna.	Medel