



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Kvinnors upplevelser efter avslutad behandling av gynekologisk cancer

En litteraturstudie

Linnea Berglind

Rebecca Udén

Handledare: Bert-Åke Nyström

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona December 2016

Kvinnors upplevelser efter avslutad behandling av gynekologisk cancer

Linnea Berglind
Rebecca Udén

Sammanfattning

Bakgrund: I Sverige diagnostiseras runt 2800 kvinnor varje år med gynekologisk cancer. Vid behandlingarna påverkas kvinnans reproduktionsorgan vilket medför en stor förändring i kvinnans liv. Till följd av den höga femårsöverlevnaden lever många kvinnor med följder efter behandling av gynekologisk cancer. Kunskap om kvinnans upplevelser kan hjälpa sjuksköterskan att få ökad förståelse för kvinnan och därmed ge kvinnan ett bättre stöd.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva kvinnors upplevelser efter avslutad behandling av gynekologisk cancer.

Metod: Metoden var en litteraturstudie med kvalitativ design baserad på åtta vetenskapliga artiklar. De vetenskapliga artiklarna analyserades med Graneheim och Lundmans beskrivning av innehållsanalys.

Resultat: I resultatet framkom det att kvinnorna upplevde en förändring i *att vara kvinna* samt att de *inte kände igen sina kroppar*. Kvinnorna upplevde även en *påverkan på deras sex och samliv, rädsla för återfall samt omvärdering av livet*.

Slutsats: Efter behandling av gynekologisk cancer påverkades kvinnorna både fysiskt och emotionellt. Genom att sjuksköterskan visar empati, lyhördhet och respekt samt skaffar sig kunskap och förståelse för kvinnorna och deras upplevelser, kan ett bättre möte och en förbättrad omvårdnad åstadkommas.

Nyckelord: gynekologisk cancer, kvinnor, upplevelser

Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	4
Gynekologisk cancer	4
Upplevelse	5
Lidande	6
Sjuksköterskans roll	6
Syfte	7
Metod	7
Datainsamling	7
Urval	8
Kvalitetsgranskning	9
Dataanalys	9
Resultat	10
Att vara kvinna	10
Att inte känna igen sin kropp	11
Påverkan på sex och samliv	12
Rädsla för återfall	13
Omvärdering av livet	13
Diskussion	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	18
Slutsats	22
Självständighet	22
Referenser	24
Bilaga 1 Databassökningar	28
Bilaga 2 Granskningsprotokoll	31
Bilaga 3 Artikelöversikt	32
Bilaga 4 Innehållsanalys	34

Inledning

I Sverige diagnostiserades 2 775 kvinnor med gynekologisk cancer under år 2014 (Socialstyrelsen, 2014). Vid behandling av gynekologisk cancer påverkas kvinnans reproduktionsorgan, vilket medför en stor förändring i kvinnans liv (Cancerfonden, 2015). Femårsöverlevnaden efter behandling i ett tidigt stadie av gynekologisk cancer är god, då 80 procent av kvinnorna fortfarande lever fem år efter avslutad behandling. Till följd av den höga femårsöverlevnaden lever många kvinnor med följder efter behandlingarna (Marcickiewicz, 2015). I en studie av Ekwall, Ternstedt och Sorbe (2003) framkom att kvinnor kan påverkas både fysiologiskt och emotionellt efter gynekologisk cancer, då dessa organ vanligen är förknippade med kvinnlighet, sexualitet och moderskap. Hodgkinson, Butow, Fuchs, Hunt, Stenlake, Hobbs och Wain, (2007) visar i sin enkätundersökning att kvinnor kan känna av oro, ångest, rädsla och förlust efter avslutad behandling. Enligt Stead, Brown, Fallowfield och Selby (2003) saknas en öppen dialog om sexuella frågor och fertilitet mellan vårdpersonal och kvinnan. Stead et al. (2003) menar även att bristen på kunskap och kompetens hos vårdpersonalen angående de sexuella frågorna om gynekologisk cancer kan missgynna kvinnorna. Dahl, Wittrup, Væggemose, Petersen och Blaakaer (2013) visar i deras litteraturöversikt att en förklaring till att kvinnor kan känna sig dåligt uppmärksammade i vården är på grund av att gynekologiska sjukdomar generellt sätt kan vara ett tabubelagt område. Det är därför av betydelse att sammanställa studier med kvinnors upplevelser efter avslutad behandling av gynekologisk cancer. Detta för att skapa ett kunskapsunderlag som kan bidra till en bättre vård där kvinnorna bemöts på ett optimalt sätt samt får ett bättre stöd.

Bakgrund

Gynekologisk cancer

Kroppens alla vävnader och organ består utav miljarder celler och det bildas hela tiden nya celler genom att de delar sig (Albertsson, 2012). Denna celldelning är noggrant kontrollerad och cellerna delar sig på order från cellens kärna. Om denna process inte fungerar börjar cellerna dela sig ohämmat, vilket leder till att cellerna inte sköter sin funktion i kroppen. Det är denna massiva celldelning som kallas cancer. Vidare menar Albertsson (2012) att de okontrollerade cellerna lever på näring från blodkärl. Om de okontrollerade cellerna förs

vidare i kroppen kan den ohämmade celldelningen ge metastaser i andra organ (ibid). I en litteratursammanställning av Harrington, Hansen, Moskowitz och Feuerstein (2010) framkom att kvinnor kan drabbas av gynekologisk cancer, vilket innebär cancer i det kvinnliga könsorganet. Denna cancersort omfattar cancer i livmoderhalsen, livmodern, äggstockarna, äggledarna, vulva och vagina (ibid). I denna studie har fokus valts att läggas på cancer i de inre genitalierna, vilket omfattar livmoderhals, livmoder, äggstock-och äggledare (Sand, Sjaastad & Haug, 2004).

De primära behandlingsformerna vid gynekologisk cancer är kirurgi, radioterapi och cytostatikabehandling (Borgfeldt, 2015; Dahm Kähler, 2015; Marcickiewicz, 2015). De olika behandlingsformerna kan kombineras beroende på tumörens storlek, spridning och möjlighet till operation. I ett tidigt stadie av gynekologisk cancer är kirurgi den primära behandlingsmetoden. Ingrepp som ingår i standardbehandlingar är enkel hysterektomi (avlägsning av livmoder), radikal hysterektomi (avlägsning av livmoder, äggledare och äggstockar) och salpingo-ooforektomi (avlägsning av äggledare och äggstock) (ibid). Om cancer upptäcks i ett tidigt stadie finns det möjlighet att genomgå en fertilitetsbevarande behandling, genom att endast avlägsna tumören och inte hela reproduktionsorganen (Dahm Kähler, 2015). Detta kirurgiska ingrepp genomförs om patienten fått diagnos tidigt i livet och fortfarande vill ha möjlighet att skaffa barn, med förutsättning att reproduktionsorganen är möjliga att bevara (ibid). Kvinnor som har behandlats med fertilitetsbevarande behandling har inte inkluderats i föreliggande studie. Harrington, et al. (2010) menar i sin litteratursammanställning att kirurgi, radioterapi och cytostatikabehandling är påfrestande på kroppen och kan ge flera konsekvenser även långt efter att behandlingen är avslutad. Dessa fysiska begränsningar kan exempelvis vara sexuell dysfunktion (ibid).

Upplevelse

Upplevelser utgår enligt Bruner och Turner (1986) från individens subjektiva syn av den verklighet som individen uppfattar. En upplevelse kan även vara en handling, något en person går igenom, ett intryck eller en känsla. Vidare menar Bruner och Turner (1986) att en upplevelse är personlig eftersom att den hänvisar till det aktiva medvetandet, genom att personen reflekterar över utförandet av en handling eller något som har hänt. Enligt Eriksson (1991) är medvetande och självmedvetande grunden för upplevelsevärlden hos människan. "Upplevelsens djup" är den utsträckning av upplevelse som framträder hos människan. Detta djup sker när hela människan erfar, involverar, reflekterar och engagerar sig i upplevelsen.

Under denna upplevelse möter människan sitt inre och involverar dennes egna längtan, hopp och önskningsar, vilka individerna förändras och når nya inriktningar i livet (ibid). Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) menar att det är genom kroppen som vi människor har tillgång till livet. Varje förändring som sker med kroppen medför att världen och livet förändras för individen. Denna förändring blir tydlig när människan till exempel drabbas av en sjukdom (ibid). Kvinnor kan uppleva känslor som rädsla, oro, ångest och förlust efter gynekologisk cancer. (Hodgkinson et al., 2007).

Lidande

Eriksson (1994) beskriver lidande i tre olika kategorier vilka innefattar sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande omfattar lidande som orsakas av sjukdom och behandling. Sjukdomslidande kan inkludera både fysiskt, själsligt och andligt lidande. Själsligt och andligt lidande kan innefatta upplevelser så som skam eller skuld för människan i relation till sin sjukdom eller behandling. Vidare menar Eriksson (1994) att vårdlidandet kan sammanfattas i fyra olika kategorier vilka är kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning samt utebliven vård. Definition av livslidande är lidande som innefattar hela människans unika livssituation. Människans liv kan förändras efter sjukdomen och dennes liv blir inte som det en gång varit (ibid). Många kvinnor kan efter behandling av gynekologisk cancer känna lidande (Pinar, Okdem, Buyukgonenc & Ayhan, 2012). Carter, Rowland, Chi, Brown, Abu-Rustum, Castiel och Barakat (2005) hävdar i sin studie att kvinnor kan uppleva känsla av lidande över förlusten av förmågan att kunna föda barn. Eriksson (1994) menar att vissa typer av lidande går att avlägsna medan vissa bara går att lindra. För att kunna lindra ett lidande i vårdkulturen krävs det att personen känner sig välkommen samt respekterad och bekräftad av vårdpersonalen. Stöd, tröst och samtal där personen får dela med sig är viktiga faktorer för att lindra lidande (ibid).

Sjuksköterskans roll

Vid omvårdnad efter gynekologisk cancer förväntas sjuksköterskan vara ansvarsfull och ständigt förbättra samt utveckla sin kunskap (Sele, 2003). Sjuksköterskan måste ha kunskap om vilket behov av stöd och information som kvinnan behöver. Sjuksköterskorna bör även vara beredda på psykiska reaktioner efter behandling, framförallt hos yngre kvinnor. Vidare menar Sele (2003) att sjuksköterskan har i uppgift att finnas som stöd för kvinnan om denne är i behov av det. Sjuksköterskan bör även lyfta fram frågor angående det sexuella livet för att visa att det finns möjlighet för kvinnorna att diskutera ämnet. Detta eftersom att kvinnor

kan ha svårt att ställa frågor om det sexuella livet, då det kan upplevas privat. Sjuksköterskan kan även hjälpa kvinnan att stärka sin egen självbild efter gynekologisk cancer, genom att uppmärksamma kvinnan. Det är därför betydelsefullt att sjuksköterskan tar sin tid att diskutera kvinnans egna upplevelser om konsekvenserna efter behandlingen (ibid).

Då kvinnor kan påverkas både fysiskt och psykiskt efter avslutad behandling var det av vikt att beskriva kvinnans upplevelse för att sjuksköterskan ska kunna få en djupare förståelse och kunna bidra med mer stöd till kvinnorna.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva kvinnors upplevelser efter avslutad behandling av gynekologisk cancer.

Metod

Designen i studien var en litteraturstudie baserad på vetenskapliga artiklar med kvalitativ metod. Enligt Olsson och Sörensen (2011) innehåller en litteraturstudie ett antal vetenskapliga artiklar som analyseras. Henricson och Billhult (2012) skriver att en kvalitativ design har syfte att undersöka enskilda individers upplevelser av ett fenomen.

Datainsamling

Data i denna litteraturstudie samlades in genom litteratursökning av vetenskapliga artiklar. De vetenskapliga artiklarna söktes via de två elektroniska referensdatabaserna Cinahl och Pubmed. Enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) är Cinahl en databas med tidskrifter om omvårdnadsvetenskap, medan Pubmed är en databas med tidskrifter inom både medicin och omvårdnad.

Sökningarna gjordes i block utifrån begreppen gynekologisk cancer och upplevelser. Sökblock lades sedan till med sökord utifrån begreppen behandlingsresultat, överlevande, familjerelationer och sexuell hälsa. Vid blocksökning söks blocken var för sig och kombinerades sedan med varandra (SBU, 2014). Sökningar söktes med och utan kombination av fritext och ämnesord. Vid fritextsökning användes trunkering för att få med alla böjningsformer. Detta innebär att söka på alla ord som har samma bas men olika ändelser,

exempelvis *experience** (Karlsson, 2012) För att få korrekta termer i sökningarna användes termer från Mesh i databasen Pubmed och Cinahl Headings i databasen Cinahl. Söktermer som användes var; *genital neoplasms female, gynecological cancer, gynaecological cancer, life experience, life change events, women experiences, experience, treatment outcome, survivors, family relations, sexual health*, se bilaga 1.

Sökorden söktes först enskilt och kombinerades därefter med hjälp av AND och OR.

Forsberg och Wengström (2013) menar att AND är en boolesk operator som finner referenser från båda sökorden när de kombineras med AND. AND används för att ge ett smalare resultat genom att begränsa en sökning. Vidare påvisar Forsberg och Wengström (2013) att OR är en boolesk operator, som hittar referenser, vilket innehåller antingen sökord A eller sökord B. Detta används för att ge ett bredare resultat och utvidga sökningen (ibid).

Urval

Inklusionskriterier för de vetenskapliga artiklarna var att de skulle vara baserade på kvinnor, 18 år och äldre. Kvinnorna skulle ha avslutat behandling av gynekologisk cancer och artiklarna skulle baseras på kvinnors upplevelser samt vara publicerade mellan år 2000-2016. De vetenskapliga artiklarna som valdes ut till analys skulle ha ett etiskt godkännande och vara skrivna på engelska. Metoden i de vetenskapliga artiklarna skulle vara av kvalitativ design och byggda på intervjuer. Studierna skulle även vara peer reviewed. Olsson och Sörensen (2011) beskriver att peer review handlar om att en artikel granskas av personer som är väl insatta i ämnet för att sedan ge författarna ett medgivande för publicering. Research article användes som begränsning i Cinahl och i Pubmed användes journal article. Ett exklusionskriterie för studien var att kvinnorna, som ingick i studierna, inte skulle ha genomgått en fertilitetsbevarande behandling.

Av sökningarna i Pubmed och Cinahl lästes artiklarna på titelnivå. Därefter valdes 172 artiklar ut att läsas på abstraktnivå. Av de 172 lästa abstrakt valdes 18 stycken ut för att läsas i fulltext vilket gjordes enskilt av båda parterna (författarna). Därefter valdes artiklarna gemensamt ut för att exkludera de artiklar som inte svarade på syftet, vilket var tre stycken. De artiklarna som exkluderades beskrev kvinnornas upplevelser efter diagnos eller under behandling, alltså inte kvinnornas upplevelser efter avslutad behandling.

Kvalitetsgranskning

De 15 kvarvarande artiklarna kvalitetsgranskades enskilt av båda parter och därefter jämfördes kvalitetsgranskningsprotokollen. Valet av kvalitetsgranskningmall var Olsson och Sörensens (2011) bedömningsmall för studier med kvalitativ metod, se bilaga 2.

Kvalitetsgranskningen gjordes för att resultatet i studien skulle innehålla artiklar av hög kvalitet. I kvalitetsgranskningsmallen bedömdes varje granskningsområde av poäng från 0 till 3 där summan av poängen gav en procentsats. Procenten symboliserade sedan en grad av kvalitet, där grad I var av högst kvalitet. 80 procent och mer av poängsumman motsvarade grad I, 70 procent motsvarade grad II och 60 procent motsvarade grad III. Efter kvalitetsgranskningen valdes åtta artiklar ut eftersom att de höll högst kvalitet, vilket var grad I. Dessa hade tydliga syften, resultat och väl beskrivna metoder (se bilaga 3). De övriga artiklarna som valdes bort efter granskning höll inte kvalité eftersom att de saknade etiskt godkännande eller tydlighet i sin struktur.

Dataanalys

Innehållsanalysen som gjordes var manifest med latent inslag, vilket innebär en del tolkning (Olsson & Sörensen, 2011). Den manifesta innehållsanalysen innebär att beskriva det synliga i texten, medan den latent innehållsanalysen innehåller en subjektiv tolkning av texten (ibid). Kristensson (2014) menar att ju närmre kategorierna som innehållsanalysen kommer desto mer tolkning görs. Detta betyder att underkategorierna är närmre den manifesta analysen och att kategorierna blir en mer latent analys (ibid). Innehållsanalysen som användes i studien var Graneheim och Lundmans (2004) modell, där meningsenheter togs ut för att sedan kondenseras, kodas samt skapa kategorier. Artiklarna lästes återigen för att få en helhetsbild av artiklarna och sedan plockade varje part ut meningsenheter från artiklarna enskilt. De båda parternas utvalda meningsenheter jämfördes och diskuterades därefter för att ge en försäkran om att inget resultat uteblivit från artiklarna samt att de besvarade syftet. Meningsenheterna skrevs därefter in i ett gemensamt dokument i tabellform och översattes till svenska med hjälp av ett svenskt-engelskt lexikon. Dokumentet med meningsenheterna skrevs sedan ut på papper för att klippas ut. Därefter kondenserades och kodades meningsenheterna, vilket gjordes gemensamt. Graneheim och Lundman (2004) hävdar att kondensering handlar om att förkorta en meningsenhet men att fortfarande behålla kärnan i den. Vidare menar Graneheim och Lundman (2004) att koden är en etikett av meningsenheten. Meningsenheterna lästes därefter flera gånger för att jämföras i likheter och skillnader samt för att försöka dela in dem i kategorier. Graneheim och Lundman (2004)

menar att kategorierna är kärnan i en kvalitativ innehållsanalys. En kategori ses som ett övergripande sammanhang genom koderna. Läsningsprocessen och kategoriindelningen gjordes flera gånger för att ge försäkran om att meningsenheterna hade hamnat i rätt kategori, se bilaga 4.

Resultat

Vid analysen framkom fem stycken kategorier om kvinnornas upplevelser efter avslutad behandling av gynekologisk cancer vilka var; *Att vara kvinna*, *Att inte känna igen sin kropp*, *Påverkan på sex och samliv*, *Rädsla för återfall* och *Omvärdering av livet*.

Att vara kvinna

Kategorin *Att vara kvinna* syftar till att beskriva kvinnornas upplevelser i uppfattningen om deras kvinnlighet, identitet och fertilitet. Kvinnorna beskrev att de upplevde att en förändring och förlust av kvinnligheten hade skett efter avslutad behandling (Rasmusson & Thomé, 2008). Kvinnorna funderade över om de någonsin skulle känna sig densamma som tidigare och om känslan av kvinnlighet skulle komma tillbaka (Rasmusson & Thomé, 2008). De upplevde att deras identitet förändrades och att de fick börja om och bygga upp sin identitet på nytt (Laranjeira, Ponce Leão & Leal, 2013). Denna osäkerhet gjorde att flera kvinnor upplevde ett minskat självförtroende till följd av sin saknade kvinnlighet (Cleary, Hegarty & McCarthy, 2013).

Förmågan att få barn beskrevs av flera kvinnor som en del av att vara kvinna (Cleary et al., 2013; Rasmusson & Thomé, 2008). De kvinnor som fortfarande ville ha barn och var i fertil ålder upplevde en sårbarhet och förlust i oförmågan att bli gravid och att inte kunna bli mamma (Rasmusson & Thomé, 2008; Sekse, Gjengedal & Råheim, 2013). Kvinnorna upplevde att de kände en ständig påminnelse om den förlorade fertiliteten och moderskapet. Detta gjorde att de kände sig annorlunda och onormala i det faktum att de inte kunde få barn som andra kvinnor (Cleary et al., 2013; Laranjeira, Leao & Leal, 2015). Kvinnorna uttryckte även låg självkänsla i samband med infertiliteten (Molassiotis, Chan, Yam, Chan, & Lam, 2002). Denna förändring på livet påverkade kvinnorna. De tyckte att det tog lång tid att lära sig acceptera förlusten och den hindrande önskan om att aldrig kunna få barn (Sekse, Råheim, Blaaka & Gjengedal, 2010; Sekse et al., 2013).

I have always wanted many children, so removing the uterus was like a total change in my life. (Sekse et al., 2013, s. 21)

De kvinnor som redan hade barn upplevde att barn, barnbarn och deras partner utgjorde en huvudsaklig grund i den kvinnliga identiteten (Laranjeira et al., 2013). De kvinnor som var förbi barnafödandet uttryckte att avlägsnandet av reproduktionsorganen inte påverkade sin kvinnlighet. Detta då kvinnorna främst upplevde att organen var användbara för reproduktion (Laranjeira et al., 2015; Sekse et al., 2010). Dessa kvinnor upplevde att kvinnligheten endast påverkades minimalt eftersom att de fortfarande var mammor och fruar (Sekse et al., 2010). Kvinnorna upplevde att de var i ett annat stadie i livet till skillnad från de kvinnor som ville ha fler barn. Detta eftersom att de redan hade uppfyllt sina mål i livet, som att uppfostra en familj (Laranjeira et al., 2015; Sekse et al., 2010). De kvinnor som inte ville ha fler barn upplevde att operationen gjorde dem mer avslappnade och lättade över att inte kunna bli gravida igen (Molassiotis et al., 2002; Rasmusson & Thomé, 2008).

Att inte känna igen sin kropp

Kvinnorna upplevde att de fysiska förändringar som skett gjort att de inte längre kände igen sina kroppar. Kategorin *Att inte känna igen sin kropp* omfattar kvinnornas upplevelse gällande de fysiologiska förändringarna av sina kroppar. Kvinnorna upplevde att de jämförde sina kroppar med hur de var tidigare och att denna förändring orsakade en obalanserad och skamsen kroppsbild och känslan av att det var något som saknades (Laranjeira et al., 2013). Det tomrum som skapats efter avslutad behandling gav även en känsla av ofullständighet. De beskrev känslan av tomhet inom dem som om att allt inte var på sin vanliga plats i magen. Detta var något som kvinnorna inte var beredda på att de skulle uppleva. Kvinnorna kände sig inkompleta och upplevde en känsla av förlust, som om de hade förlorat en del av sig själva (Sekse et al., 2013). Kvinnorna upplevde även att kroppens temperaturkontroll försvann efter avslutad behandling (Sekse et al., 2010). De upplevde värmeökning i kroppen och att de växlande skiftningarna kom i vågor som påverkade både deras sömn och vardag. Denna upplevelse var mycket svår att vänja sig vid men temperaturskiftningarna minskade i omfattning med tiden (Rasmusson & Thomé, 2008; Sekse et al., 2010; Sekse et al., 2013).

It's like living in my mother's body because suddenly you've got... hot flashes... more peach fuzz on your face, like just, you know, the things that

happen to an older woman but they're happening to you at the wrong time. (Laranjeira et al., 2015, s. 176)

De kroppsliga förändringarna gjorde att kvinnorna upplevde att sina kroppar kändes oförutsägbara och okontrollerbara, vilket gav en negativ syn på deras kroppar (Laranjeira et al., 2013; Rasmusson & Thomé, 2008; Sekse et al., 2013). Detta gjorde att kvinnorna kände sig osäkra på sin kropp och hade svårt att komma till rätta med att de skulle få leva med dessa förändringar resten av livet. De uttryckte att det var betydelsefullt att lära känna sina egna kroppar, bygga upp självförtroendet samt att få kontroll över sin kropp igen (Sekse et al., 2013).

Påverkan på sex och samliv

Denna kategori beskriver kvinnornas upplevelse av de förändrade sexuella förmågorna samt dess emotionella relationer till sig själv och sin partner. Efter behandlingen upplevde många kvinnor att deras sexualitet påverkats och att deras sexuella känslor förvunnit. Detta gjorde att kvinnorna saknade sexuell lust eller gnista och inte upplevde något behov av samlag (Cleary et al., 2013; Sekse et al., 2010; Sekse et al., 2013).

I've lost all my sexual emotions and I feel as if everything [points to her womb] is a big black hole. Just empty. It's as if they have ripped out all my sexual feelings. (Sekse et al., 2013, s. 23-24)

Kvinnorna upplevde att de fysiska förändringarna påverkade sina sexuella liv. De upplevde torra slemhinnor, smärta och ömhet vilket ledde till svårigheter vid samlag (Cleary et al., 2013; Molassiotis et al., 2002; Sekse et al., 2013). På grund av smärtan upplevde kvinnorna oro och rädsla inför samlag (Rasmusson & Thomé, 2008; Sekse et al., 2013). Detta obehag bidrog till att kvinnorna upplevde brist på sexuell lust och försvunnen sensualitet (Rasmusson & Thomé, 2008; Sekse et al., 2013). Kvinnor uttryckte att svårigheterna vid samlag gjorde att den sexuella aktiviteten minskade vilket gav en känsla av försämring och förlust av det sexuella livet (Sekse et al., 2010; Sekse et al., 2013). Kvinnorna kände även skuld mot sin partner över minskat samlag vilket blev en stressfaktor hos kvinnorna (Cleary et al., 2013; Laranjeira et al., 2013). De upplevde att de blev mindre taktila efter de sexuella förändringarna medan andra hittade nya sätt att uttrycka sina känslor (Cleary et al., 2013; Sekse et al., 2010). Några av handlingarna som kvinnorna istället uttryckte sina känslor på

var att vara varandra nära, hålla handen, kyssas och andra tecken på tillgivenhet (Cleary et al., 2013). Kvinnorna identifierade sexualitet som en djupare mening än den fysiska handlingen (Cleary et al., 2013; Laranjeira et al., 2013). De upplevde att frågor kring sexualitet och sexualitetens betydelse ökade i takt med att tiden gick efter avslutad behandling (Cleary et al., 2013).

Kvinnorna upplevde att deras relationer till partnern förändrades. De beskrev en stor ensamhet och att deras kroppsliga förändringar skulle påverka deras framtida relationer (Rasmusson, & Thomé, 2008; Sekse, Råheim, Blåka, & Gjengedal, 2012). De kvinnor som inte hade en partner kände osäkerhet och oro över de framtida sexuella relationerna (Rasmusson & Thomé, 2008). Till följd av minskat samlag och de kroppsliga förändringarna upplevde kvinnorna med partner friktion och spänning i relationen (Cleary et al., 2013). De upplevde ändå att de fick starkare relationer då de gick igenom processen tillsammans. De uttryckte att de kom närmare varandra och därmed förbättrade relationen (Laranjeira et al., 2013; Laranjeira et al., 2015). Kvinnorna kände sig omfamnade av kärlek trots lidandet de genomgått (Molassiotis et al., 2002).

Rädsla för återfall

Denna kategori syftar till att beskriva kvinnornas upplevelse av rädslan för återinsjuknande. Av analysen framkom att många av kvinnorna upplevde en osäkerhet och otrygghet inför framtiden då de hela tiden hade tankar om återfall av sjukdomen (Laranjeira et al., 2015; Sekse et al., 2012). Kvinnorna upplevde dessa känslor trots friskförklaring och flera år efter avslutad behandling upplevde kvinnorna fortfarande samma rädsla för återfall (Laranjeira et al., 2013; Sekse et al., 2010; Sekse et al., 2012; Sekse et al., 2013). Rädslan för återfall var ständigt närvarande hos kvinnorna vilket gjorde att de kände sig sårbara och att de saknade känsla av kontroll över deras framtid. Kvinnorna upplevde känsla av misstro om sina egna kroppar vilket innebar att de konstant var uppmärksamma på symtom eller andra tecken som kunde tyda på fara. Kvinnorna upplevde även att de skulle vara tvungna att leva och hantera rädslan för återfall för resten av sina liv (ibid).

Omvärdering av livet

Kategorin *Omvärdering av livet* omfattar kvinnornas upplevelse av tacksamhet till livet och deras nya värderingar. Efter avslutad behandling upplevde kvinnorna en tacksamhet till livet och att de var glada över att vara vid liv (Sekse et al., 2010). Tacksamheten och den

förändrade synen på livet gjorde att kvinnorna kunde fortsätta drömma och uppnå mål i livet, men att de inte pressade sig själva till den gränsen som de tidigare gjort (Laranjeira et al., 2015). Kvinnorna upplevde att saknaden av reproduktionsorganen var obetydlig eftersom att de hade fått behålla livet samt att de var stolta över att ha överlevt sjukdomen (Laranjeira et al., 2013). Kvinnorna upplevde att förändringarna i livet gjorde att de var tvungna att anpassa sig till det nya livet och ha positiva tankar om framtiden (Sekse et al., 2010; Sekse et al., 2012). De accepterade sina förändrade kroppar efter behandlingarna då de värdesatte livet högre än de kroppsliga förändringarna (Laranjeira et al., 2013). Kvinnorna upplevde även positiva förändringar i humör, värderingar och syn på livet. De upplevde att de blev mer känsliga för andras behov (Molassiotis et al., 2002). Kvinnorna upplevde en känsla av personlig utveckling och fick djupare kontakt med sig själv (Sekse et al., 2010). Vid övergången till sina normala liv upplevde kvinnorna att de lärde sig hantera sina känslor och upplevde en personlig utveckling vilket gjorde att de fick en bättre bild av sig själva (Laranjeira et al., 2013; Sekse et al., 2012).

So, in a way, I wouldn't want to be without the cancer. I learned to know myself and my own reactions very well. (Sekse et al., 2012, s. 2629)

Kvinnorna beskrev sin upplevelse av att det vardagliga livet blev mer positivt och aktivt (Molassiotis et al., 2002). Den positiva inställningen till livet medförde att kvinnorna upplevde att de fick förmågan att tydligare skilja mellan vad som var viktigt och mindre viktigt i sina liv samt att de värdesatte allt omkring sig (Laranjeira et al., 2015; Molassiotis et al., 2002; Sekse et al., 2010). De uttryckte att ett enkelt liv var det mest lyckliga livet. Kvinnorna beskrev känslan av att nu bry sig om sitt liv och sina närstående samt kämpa för livet på ett annat sätt än tidigare (Molassiotis et al., 2002). De upplevde att de blev mer kärleksfulla, visade mer medkänsla, känslighet samt generositet mot andra, vilket bidrog till att de blev en bättre vän (Laranjeira et al., 2013; Laranjeira et al., 2015). De förändringar i humöret som kvinnorna upplevde var att de blev lugnare och gladare vilket också bidrog till en positiv social påverkan (Molassiotis et al., 2002). Kvinnorna kände att de var tvungna att kontrollera sina känslor eftersom att de var rädda för hur de skulle reagera om de släppte denna kontroll (Sekse et al., 2012). Kvinnorna valde därför att låtsas som att allt var som vanligt för att sätta upp en form av sköld och skydda sig själva (Laranjeira et al., 2013). Kvinnorna uttryckte att upplevelsen inte gav någon positiv inverkan på livet alls. De

upplevde att det inte fanns någonting positivt som upplevelsen bidrog med efter avslutad behandling (Sekse et al., 2012).

Diskussion

Metoddiskussion

En litteraturstudie med kvalitativ ansats baserad på intervjuer valdes för att beskriva upplevelser, då det ansågs vara en lämplig metod. Enligt Danielson (2012) ger intervjuer enskilda individer möjlighet att uttrycka dess erfarenheter, syn på livet eller syn på olika situationer. Detta ger möjlighet att som utomstående kunna skapa sig förståelse om dessa individuella upplevelser (ibid). En kvantitativ design valdes bort, eftersom att en sådan design innehåller strukturerade mätningar och observationer för att sedan visa data i siffror och tabeller (Henricson & Billhult, 2012). Om studien skulle göras om i framtiden kan en intervjustudie av patienterna utföras för att komplettera dagens forskning om gynekologisk cancer. Eftersom att detta är ett examensarbete på kandidatnivå för grundutbildad sjuksköterska var en intervjustudie av patientupplevelser inte rekommenderad. Olsson och Sörensen (2011) menar att litteraturstudier är en mer lämplig metod vid genomförande av examensarbete för att undvika att hälso- och sjukvårdens verksamhet störs. Därför valdes en litteraturstudie av artiklar med intervju och kvalitativ ansats som metod för att kunna beskriva ämnet.

Sökning av litteraturen gjordes i databaserna Cinahl och Pubmed eftersom att dessa databaser innehåller artiklar om omvårdnad och medicin. Det var en fördel att söka i flera databaser för att få en bättre bredd, men om sökningar hade gjorts i fler än två databaser hade artikelsökningen kunnat bli ännu bredare. Willman (2016) menar att litteratursökning på endast en databas inte är tillräckligt utan att det är betydelsefullt för studier att söka i flera databaser för att få en bredare sökning. Sökningarna gjordes endast i dessa två databaser då funnen mängd litteratur var tillräckligt för studien. För att få tydlig sökning genomfördes sökningarna i block, vilket innebär att alla termer och fritextord inom ett visst ämne söktes tillsammans. Flera av blocksökningarna gav många träffar, vilket inte ansågs vara hanterbart att läsas. Därför valdes andra typer av sökningar att göras, vilket kan ses som en svaghet då sökningarna inte blev helt strukturerade. Särskilda ämnesord, tesaurus, användes i databaserna vilket var en styrka för att sökningarna skulle bli korrekta, rätt översatta och för

att inkludera alla artiklar inom ämnet. Det var till exempel betydelsefullt att använda tesaurus då sökordet *gynecological cancer* benämndes som *genital neoplasms, female* i databaserna. För att omfatta så mycket litteratur som möjligt i sökningarna kombinerades sökorden med varandra, vilket också var en styrka. De ord som inte fanns som ämnesord söktes i fritext för att inte gå miste om några artiklar. Detta var betydelsefullt för studien då många artiklar hittades i dessa sökningar. Willman (2016) menar att fritextsökning innebär att sökningen inkluderar det sökta ordet i allt i databasen. Fritextsökningar inkluderar alla artiklar som innehåller det sökta ordet. Fritextsökningar hittar även nya artiklar som ännu inte registrerats med ett ämnesord. I studien kombinerades sökningar i fritext med olika ämnesord från Cinahl Headings eller Mesh-termer. Detta gjordes med hjälp av de booleska termerna AND och OR. Mest fördelaktigt för sökningarna i studien var att använda den booleska termen AND för att begränsa sökningen. Den booleska termen OR användes för att bredda sökning vid användandet av termen *gynecological cancer*. Enligt Willman (2016) fås bäst resultat genom att kombinera dessa olika sorters sökningar för att identifiera relevanta artiklar. I datainsamlingen valdes även att göra trunkeringar i fritextsökningar för att få alla böjningsformer av vissa ord som exempelvis *experience**.

För att få förståelse och kunna relatera kvinnornas upplevelser till dagens sjukvård valdes studier som var från år 2000-2016. Detta ansågs vara lämpligt då det valda ämnet var smalt och ett inkluderande tidsspänn på tio år var för litet för studiens storlek och betydelsen för innehållet. Det stora tidsspänn kan ses som en nackdel då artiklar från år 2000 inte ses som aktuell forskning. Upplevelserna hos kvinnorna kan ändå vara densamma idag som för 16 år sedan. Ett annat inklusionskriterie var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska. Detta var av betydelse eftersom att engelska är ett internationellt språk som behärskas av parterna. Detta kan dock ha begränsat antalet artiklar eftersom att det kunnat finnas ett flertal relevanta artiklar på andra språk. Studien skulle vara baserad på kvinnor över 18 år för att få med kvinnors upplevelse i olika stadier i livet. Kvinnorna skulle även ha genomgått behandling av gynekologisk cancer i de inre genitalierna. Att begränsa området till de inre genitalierna var en styrka för att få ett avgränsat område. Det var samtidigt en risk då ämnet riskerade att bli otillräckligt för studiens storlek.

Kvalitetsgranskningsmallen från Olsson och Sörensen (2011) valdes ut för att granska artiklarna, eftersom att den var enkel att följa och förstå. Kvalitetsgranskningen gjordes för att ha en försäkran om att artiklarna höll hög kvalitet och hade etiska godkännanden.

Granskningen av artiklarna gjordes enskilt av parterna för att sedan jämföra granskningsprotokollen med varandras. Detta gjordes för att inte påverka varandra under granskningen, vilket var en fördel. Willman (2016) anser att granskning av artiklar väger tyngre om den utförs av minst två olika granskare som sedan jämför sina granskningar. En nackdel med att granskningen gjordes enskilt kunde varit att parterna inte bedömt artiklarna exakt lika. Däremot diskuterades det gemensamt fram vilka artiklar som skulle tas med. Willman (2016) påstår att det är en fördel med poängsättning i kvalitetsgranskningen eftersom att poängen därmed kan diskuteras fram gemensamt. Efter kvalitetsgranskningen kom parterna överens om att enbart artiklar med Grad I skulle användas i studien. Detta för att få resultat från artiklarna med högst kvalitet. Resterande artiklar hade grad II och valdes att exkluderas. Detta gjordes för att minska risken att kvaliteten på artiklarna skulle medföra försämrade kvalitét i studiens resultat. Willman et al., (2011) styrker att artiklar med låg vetenskaplig kvalitét borde exkluderas i en litteratursammanställning. Flera av artiklarna i resultatet var skrivna av samma författare samt baserades på samma intervju material dock med olika infallsvinklar. Detta kan ses som en svaghet för studien eftersom att artikelförfattarna kan ha påverkat tidigare studiers resultat samt att resultaten i artiklarna kan ha blivit liknande. Att artiklarna är skrivna av samma artikelförfattare kan även ses som en styrka eftersom att artikelförfattarna har god kunskap i ämnet. Artiklarna kom från olika länder, där tre stycken av artiklarna kom från Norge, två stycken från Portugal och de tre resterande artiklarna kom från Irland, Kina respektive Sverige. Överförbarheten kan ha påverkats då sjukvården i dessa länder kan skilja sig åt från hur sjukvården är organiserad i Sverige. Upplevelsen för kvinnorna kan ändå vara densamma och anses som överensstämmande oberoende av sjukvårdssystem. Willman et al., (2011) menar att trovärdigheten för en studie med flera artiklar kan öka om resultatet pekar i samma riktning trots att de kommer från olika länder med kulturella skillnader.

Innehållsanalysen med kvalitativ design gjordes av Graneheim och Lundmans (2004) analys. Innan analysen påbörjades översattes meningsenheterna från engelska till svenska med en ordbok som hjälpmedel. Detta var betydande för att få korrekt översättning och för att inte tappa innebörden i meningsenheterna. Lundman och Hällgren Graneheim (2012) menar att den kvalitativa innehållsanalysen kan utföras på olika abstraktions- och tolkningsnivåer. En noggrant textnära analys kan ge en fördel genom att det blir en tydlig beskrivning av den manifesta delen. Att vara allt för textnära i analysen kan även medföra att helhetssynen går förlorad (ibid). I denna studie gjordes en manifest och textnära analys i kondensering och kod

för att behålla budskapet i den skrivna texten. Vid kategorisering blev analysen mer latent för att få en helhetssyn samt för att kunna se mönster och sammanhang. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) är det både en för- och nackdel med den latent tolkningen då det kan underlätta i kategoriseringen. Det kan även vara en utmaning och svårighet att få kategorierna logiska och hållbara. Det finns risk att överblivet material trycks in i de kategorier som redan finns, vilket kan försämra tydligheten och förvirra dess betydelse (ibid). Att formulera relevanta och konkreta kategorier i arbetet var en utmaning, vilket kunde ha påverkat resultatets utseende men inte dess innehåll. Genom att klippa ut och para ihop meningsenheterna gynnades formuleringen av kategorier. Datainsamling, granskning och analys kan ha påverkats och upplevts svårt första gången denna typ av studie utförs (Henricson, 2012).

Resultatdiskussion

Resultatet visade att den kvinnliga identiteten förändrades hos kvinnorna efter behandlingen. Kvinnorna upplevde en förändring i hur de såg på deras egen kvinnlighet och uttryckte att de upplevde en känsla av kvinnlig förlust. Reis, Beji och Coskun (2010) styrker att kvinnor med gynekologisk cancer kan uppleva ett starkt band mellan livmodern och sin kvinnlighet. Resultatet stöds även av Chamberlain Wilmoth och Spinelli (2000) som i sin studie beskriver att borttagning av ett reproduktivt organ kan påverka kvinnans inställning till sig själv och därmed leda till en reflektion över vem kvinnan är. Kvinnorna upplevde en känsla av att de kanske aldrig mer skulle känna samma kvinnlighet igen. De uttryckte en osäkerhet hos sig själva som visade sig genom minskat självförtroende. Att inte kunna leva upp till sin roll som kvinna kan knytas till Erikssons (1994) teori om livslidande vilket kan kopplas till kvinnornas upplevelse av förlorad kvinnlighet och fertilitet samt att de inte kände sig som en kvinna efter behandlingen. Dahlberg et al. (2011) menar att vi har tillgång till livet genom kroppen och att en förändring med kroppen innebär att livet förändras för individen. Förändringen blir ytterst tydligt när en individ drabbas av en sjukdom (ibid). Detta stämmer överens med hur kvinnorna upplevde sin kvinnliga identitet efter avslutad behandling av gynekologisk cancer. Sjuksköterskans uppgift är att ge kvinnan möjlighet att stärka sin självbild genom att visa kvinnan uppmärksamhet (Sele, 2003).

Kvinnor som ville ha barn upplevde en stor förlust och sårbarhet i livet över att de inte längre hade möjlighet att kunna få barn. Denna upplevelse om förlorad fertilitet och moderskap gjorde att kvinnorna i studien kände sig ständigt påmind om infertiliteten vilket gjorde att de

kände sig annorlunda och onormala i jämförelse med andra kvinnor. Reis et al. (2010) lyfter fram i sin studie att en kvinna som har förlorat sin fertilitet kan känna sig ofullständig, värdelös, känna minskad kvinnlig identitet samt att dessa känslor kan bidra till att de skiljs från deras vänner som fortfarande är fertila. Infertiliteten kan kopplas till Erikssons (1994) teori om livslidande vilket hon definierar som något som berör hela människans liv och att livet kan förändras efter sjukdomen. Det som var självklart innan sjukdomen blir inte längre lika självklart (ibid). Carter et al. (2005) styrker i sin studie kvinnornas upplevelse om att känsla av lidande kan uppstå till följd av oförmågan att kunna få barn. Dahlberg et al. (2003) lyfter fram att lidande och ohälsa handlar om förlorad förmåga, en förlorad tillgång till livet och världen samt känslan av att fortfarande vilja något, men att inte kunna. Kvinnorna upplevde att det tog tid att acceptera och leva med förändringarna vilket även kan relateras till Erikssons (1994) definition av livslidande. Carter et al. (2005) styrker att många kvinnor hade svårt att acceptera förändringen av att nu vara infertila och att de upplevde en känsla av meningslöshet i livet över att inte kunna få biologiska barn. Här är sjuksköterskans roll betydelsefull och det är viktigt att de finns som stöd för kvinnorna samt är beredda på de psykiska reaktionerna som infertiliteten kan leda till (Sele, 2003). De icke-fertila kvinnorna i studien som var förbi barnafödande beskrev upplevelsen om avlägsning av reproduktionsorganen som ett mindre problem. I en studie av Akyüz, Güvenç Ustünsöz och Kaya (2008) stärks det att kvinnor som inte ville ha fler barn inte såg infertilitet som ett problem. Det är därför av vikt att personanpassa information och stöd till kvinnorna beroende på vilket stadie i livet de befinner sig i.

Resultatet visade att kvinnorna upplevde att de fysiska förändringarna efter behandlingarna gjorde att de inte längre kände igen sina kroppar. Kvinnorna upplevde att tomrummet som skapats efter behandlingen gav känslor av ofullständighet samt att de fått en skamsen och obalanserad kroppsbild. Detta kan kopplas till Reis et al. (2010) studie som menar att kvinnorna kunde känna en förändrad kroppsbild. Denna förändrade kroppsbild upplevdes efter behandlingen som en känsla av tomhet och en försvagad kropp (ibid). Kvinnorna beskrev även en upplevelse av att förlora kroppens temperaturkontroll, vilket även stöds av Carter et al. (2005) där deltagarna i deras studie rapporterade samma besvär och problem. Kvinnorna upplevde dessa besvär som oförutsägbara och okontrollerbara samt att de hade svårighet att anpassa och vänja sig vid värmeförändringarna, vilket även Carter et al. (2005) lyfter fram i sin studie. Detta är även något som kan kopplas till Erikssons (1994) teori om sjukdomslidande, där lidandet är orsakat av sjukdom och behandling. Kvinnornas syn på

deras kroppar påverkades negativt till följd av sin osäkerhet. Att uppleva otrygghet och osäkerhet kan enligt Dahlberg et al. (2003) relateras till livslidande. För att minska lidandet upplevde kvinnorna i denna studie att det var viktigt att lära känna sina egna kroppar på nytt, bygga upp självförtroendet och få kontroll över sin kropp igen. Sjuksköterskan bör därför tidigt förbereda kvinnan på möjliga kroppsliga förändringar som kan uppkomma efter avslutad behandling (Sele, 2003).

Resultatet visade att kvinnorna upplevde att deras sexualitet påverkats och att den sexuella lusten hade försvunnit. Kvinnorna upplevde även att de fysiska förändringarna som exempelvis torra slemhinnor, smärta och ömhet påverkade deras sexuella liv på ett negativt sätt. Harrington et al. (2010) styrker i sin litteratursammanställning att fysiska begränsningar efter behandlingen kan uppstå. Smärta vid samlag, trötthet och minskad sexuell lust kan exempelvis vara begränsningar av den sexuella funktionen hos kvinnan (ibid). Abbott-Anderson och Kwekkeboom (2012) lyfter fram i sin litteratursammanställning att kvinnor efter gynekologisk cancer kan uppleva rädsla över att det ska göra ont vid samlag, vilket kan hindra kvinnorna från att vara sexuellt aktiva. Detta överensstämmer med resultatet i denna studie där kvinnorna upplevde en oro och rädsla för smärta vid samlag, vilket gjorde att kvinnornas sexuella lust försvann. Carter et al. (2005) belyser att kvinnor kan uppleva låga nivåer av sexuell lust eller intresse efter behandling av gynekologisk cancer. Kvinnorna upplevde även skuld mot sin partner till följd av minskat samlag. Abbott-Anderson och Kwekkeboom (2012) stödjer detta då överlevande av gynekologisk cancer ofta kan uppleva känsla av skuld samt andra negativa tankar och känslor relaterat till den sexuella kontakten. Den fysiska smärtan som kunde uppkomma vid samlag efter behandlingen kan kopplas till Eriksson (1994) teori om sjukdomslidande. Sjukdomslidande omfattar även själslig och andligt lidande, vilket kan ses i samband med kvinnornas upplevelse av skuld gentemot sin partner som kan vara ett slags själsligt lidande för kvinnorna (ibid). Kvinnorna uttryckte känsla av ensamhet och upplevde oro över hur förändringarna skulle påverka deras framtida relationer. Framförallt kvinnor utan partner upplevde känsla av oro inför framtida sexuella relationer. Detta styrks av Abbott-Anderson och Kwekkeboom (2012) då kvinnorna upplevde känsla av rädsla och osäkerhet angående framtida sexuella interaktioner. Kvinnorna med partner upplevde att spänningar i relationerna uppstod till följd av minskat samlag. Reis et al. (2010) lyfter fram att kvinnorna upplevde en negativ inverkan på sexlivet och därmed försvagades relationerna till sina partners. Kvinnorna upplevde även att de kom närmare varandra och stärkte relationerna genom processen. Cleary och Hegartys (2011) studie

bekräftar detta då kvinnorna upplevde en positiv påverkan på deras relationer. Sjuksköterskan bör vara öppen och föra samtal kring den gynekologiska cancers påverkan på det sexuella livet för att visa stöd (Sele, 2003).

I resultatet framkom att kvinnorna upplevde stor rädsla för återfall. De upplevde känsla av osäkerhet och otrygghet inför framtiden. Kvinnorna upplevde en ständig närvaro av rädslan för återfall i deras liv vilket gjorde att de kände sig sårbara och saknade kontroll över framtiden. En misstro över deras egna kroppar medförde att kvinnorna ständigt var uppmärksamma på tecken eller symtom på fara. Kvinnorna uttryckte att de var tvungna att hantera och leva med denna rädsla under hela deras liv. Reis et al. (2010) studie styrker detta då sjukdomen leder till en negativ förändring av livet och att en osäkerhet för framtiden påverkar kvinnans välbefinnande negativt. Eriksson (1994) lyfter fram att ett livslidande relaterar till hela människans liv. Detta livslidande kan kopplas till att kvinnornas vardag påverkades av den ständiga rädslan för återfall i deras liv. Detta gjorde att de kände sig sårbara och saknade kontroll över framtiden.

Kvinnorna i studien beskrev känslor av stolthet, då de överlevt sjukdomen och hotet om livet hade avlägsnats. De upplevde att sjukdomens hot om livet gjorde att de kände sig mer tacksamma till livet, att de var mer glada över att vara vid liv. Dahlberg et al. (2003) menar att känsla av otrygghet och lidande har en nära koppling till fenomenet hot, exempelvis när något hotar individens vardag så som sjukdom. Dahlberg et al. (2003) lyfter även fram att känslan av otrygghet och lidande kan försvinna om hotet avlägsnas, vid exempelvis tillfrisknande. Kvinnorna i denna studie menar ändå att de värdesatte livet högre än de kroppsliga förändringarna. Kvinnorna upplevde positiva förändringar i humör, värderingar och synen på livet. De värdesatte livet och allt runt omkring sig samtidigt som de blev lugnare, gladare, generösare och mer utåtriktade mot andra människor. Detta stärks av Cleary och Hegarty (2011) då de påvisade i sin litteratursammanställning att kvinnorna både upplevde sig mer känsliga, att de uppskattade sitt liv och sina närstående samt att synen på livet förändrades. Kvinnorna upplevde även en personlig utveckling där de kunde skilja på vad som var viktigt i livet och inte. Reis et al. (2010) lyfter fram att kvinnorna ändrade sin förmåga i hur de uppfattar sig själva och att de kände sig produktiva och gladare om livet. Andra kvinnor upplevde inga positiva förändringar och stängde in sina känslor från andra för att skydda sig själva. Detta kan kopplas till Erikssons (1994) teori om lidande då vissa typer

av lidande endast går att lindra men inte att avlägsna. Att kvinnorna får leva med sina känslor om upplevelsen inom sig kan upplevas som ett lidande.

Slutsats

Alla människors upplevelser är unika och det är därför av vikt att lyssna på patienten för att få kunskap om hur just den individen upplever sin situation. Gynekologisk cancer är fortfarande ett problem som finns i världen, vilket påverkar kvinnor både fysiskt och emotionellt. Efter behandlingen upplever kvinnorna en förändring i deras kvinnlighet, en fysisk förändring av deras kroppar samt att deras sex och samliv påverkats. Kvinnorna upplevde en rädsla för återfall, men fick även nya värderingar i sina liv efter upplevelsen. Sjuksköterskan bör därför lyfta fram dessa betydande problem samt upplevelser om tiden efter avslutad behandling för att förbereda och ge stöd åt kvinnor med gynekologisk cancer. Denna litteraturstudie kan bidra till att sjuksköterskan utför en personcentrerad vård, lindra lidande samt öka välbefinnandet hos kvinnorna. Genom att sjuksköterskan skaffar sig kunskap och förståelse om kvinnornas upplevelser samt visar lyhördhet, empati och respekt, kan detta leda till ett bättre möte och en förbättrad omvårdnad. För vidare forskning vore det intressant att studera kvinnornas upplevelser enbart innan eller efter menopaus eftersom att de är i olika stadier i livet. Det hade även varit intressant för framtida forskning att studera om kvinnors upplevelser efter gynekologisk cancer skiljer sig beroende på hur lång tid som gått efter avslutad behandling.

Självständighet

Linnea Berglind och Rebecca Udén gjorde sökning av artiklarna gemensamt. Linnea har haft ansvar över sökningarna i Pubmed och Rebecca har haft ansvar över sökningarna på databasen Cinahl, därmed har båda haft ansvar för bilaga 1. Artiklarna diskuterades sedan gemensamt för att välja ut relevanta artiklar. Artiklarna lästes självständigt i fulltext av både Linnea och Rebecca innan kvalitetsgranskningen för att se om de besvarade syftet. Mall för kvalitetsgranskningen valdes ut gemensamt och artiklarna granskades enskilt av båda parterna för att sedan jämföras med varandra. Linnea har haft ansvar för bilaga 2 medan Rebecca har haft ansvar för bilaga 3. Bilaga 4 gjordes gemensamt. I bakgrunden har Linnea haft huvudansvaret för delen om gynekologisk cancer och Rebecca har haft huvudansvaret för delarna om upplevelse, lidande och sjuksköterskans roll. Både metoden, resultatet,

diskussionerna samt slutsats skrevs gemensamt där båda turades om att sitta vid tangentbordet.

Referenser

- Abbott-Anderson, K., & Kwekkeboom, K. L. (2012). A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecologic Oncology*, 124(3), 477-489.
- Akyüz, A., Güvenc, G., Üstünsöz, A., & Kaya, T. (2008). Living through gynecologic cancer: experience of women and their partners. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 241-247.
- Albertsson, M. (2012). Tumörutveckling. I R. Andersson, B. Jeppsson & A. Rydholm (red). *Kirurgiska sjukdomar* (s. 67-74). Lund: Studentlitteratur.
- Borgfeldt, C. (2015). Ovarialtumörer. I P. O. Janson & B. M. Landgren (red). *Gynekologi* (s. 229-238). Lund: Studentlitteratur.
- Bruner, E. M. & Turner, V. W. (red.) (1986). *The anthropology of experience*. Urbana: Univ. of Illinois Press.
- Cancerfonden. (2015). *Efter cancerbeskedet*. Hämtad 2016-10-10, från <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/efter-cancerbeskedet>
- Carter, J., Rowland, K., Chi, D., Brown, C., Abu-Rustum, N., Castiel, M., & Barakat, R. (2005). Gynecologic cancer treatment and the impact of cancer-related infertility. *Gynecologic Oncology*, 97(1), 90-95.
- Chamberlain Wilmoth, M., & Spinelli, A. (2000). Sexual implications of gynecologic cancer treatments. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 29(4), 413-421.
- Cleary, V., & Hegarty, J. (2011). Understanding sexuality in women with gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(1), 38-45.
- *Cleary, V., Hegarty, J., & McCarthy, G. (2013). How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality. *Cancer Nursing Practice*, 12(1), 32-37.
- Dahl, L., Wittrup, I., Væggemose, U., Petersen, L. K., & Blaakaer, J. (2013). Life after gynecologic cancer: A review of patients quality of life, needs and preferences in regard to follow-up. *International Journal of Gynecological Cancer*, 23(2), 227-234.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahm Kähler, P. (2015). Cervixcancer. I P. O. Janson & B. M. Landgren (red). *Gynekologi* (s. 209-216). Lund: Studentlitteratur.
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (red). *Vetenskaplig teori och metod* (s. 163-174). Lund: Studentlitteratur.

- Eriksson, K. (1991). *Pausen- En beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almqvist & Wiksell förlag AB.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Ekwall, E., Ternstedt, B. M., & Sorbe, B. (2003). Important aspects of health care for women with gynecologic cancer. *Oncology Nursing Forum*, 30(2), 313-319.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra en systematisk litteraturstudie*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Harrington, C. B., Hansen, J. A., Moskowitz, M. & Feuerstein, M. (2010). It's not over when it's over: long-term symptoms in cancer survivors - a systematic review. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 40(2), 163-18.
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I: M. Henricson (red.) *Vetenskaplig teori och metod* (s. 471-479). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (red.) *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Hodgkinson, K., Butow, P., Fuchs, A., Hunt, G., Stenlake, A., Hobbs, K. M., & Wain, G. (2007). Long-term survival from gynecological cancer: psychosocial outcomes, supportive care needs and positive outcomes. *Gynecologic Oncology*, 104(2), 381-389.
- Karlsson, E. K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (red.) *Vetenskaplig teori och metod* (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.
- Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- *Laranjeira, C.A., Ponce Leão, P. & Leal, I. (2013). The 'silenced' voices of women cancer survivors: bodily experiences from an existential perspective. *Research & Theory for Nursing Practice*, 27(3), 173-192.
- *Laranjeira, C. A., Leao, P. P., & Leal, I. (2015). Temporal experience among women gynecological cancer survivors: a lifeworld perspective. *Journal of Women and Social Work*, 30(2), 170-186.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Marcickiewicz, J. (2015). Endometriecancer. I P. O. Janson & B. M. Landgren (red.) *Gynekologi* (s. 217-228). Lund: Studentlitteratur.

*Molassiotis, A., Chan, C.W.H., Yam, B.M.C., Chan, E.S.J. & Lam, C.S.W. (2002). Life after cancer: adaptation issues faced by Chinese gynaecological cancer survivors in Hong Kong. *Psycho-Oncology*, 11(2), 114-123.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

Pinar, G., Okdem, S., Buyukgonenc, L., & Ayhan, A. (2012). The relationship between social support and the level of anxiety, depression, and quality of life of Turkish women with gynecologic cancer. *Cancer Nursing*, 35(3), 229-235.

*Rasmusson, E., & Thomé, B. (2008). Women's wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease. *Sexuality & Disability*, 26(4), 207-218.

Reis, N., Beji, N. K., & Coskun, A. (2010). Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: results from quantitative and qualitative data. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(2), 137-146.

Sand, O., Sjaastad, Ø.V., & Haug, E. (2004). *Människans fysiologi*. Stockholm: Liber.

*Sekse R.J.T., Råheim, M., Blaaka, G., & Gjengedal, E. (2010). Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(4), 799-807.

*Sekse, R.J.T., Råheim, M., Blåka, G., & Gjengedal, E. (2012). Living through gynaecological cancer: three typologies. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17-18), 2626-2635.

*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.

Sele, E.C. (2003). Omvårdnad vid cancer i de kvinnliga könsorganen. I A-M. Reitan, & T. Schölberg (red.), *Onkologisk omvårdnad; patient, problem, åtgärd* (s. 390-396). Stockholm: Liber.

Socialstyrelsen. (2014). *Statistikbas för cancer*. Hämtad 2016-10-07 från: <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/cancer>

Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

Stead, M. L., Brown, J. M., Fallowfield, L., & Selby, P. (2003). Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *British Journal of Cancer*, 88(5), 666-671.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad- En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Willman, A. (red.) (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

*= Resultatartiklar

Bilaga 1 Databassökningar

Sökningar i Pubmed

Datum	Sök-ID	Sökningar	Antal träffar	Lästa abstract	Valda artiklar
2016-10-20	1	Genital Neoplasms, Female	198 336	-	-
2016-10-20	2	"Gynecological cancer" OR "Gynaecological cancer"	1 838	-	-
2016-10-20	3	1 OR 2	79 768	-	-
2016-10-20	4	Life Change Events	20 579	-	-
2016-10-20	5	<i>experience</i> OR " <i>life experience</i> "	308 766	-	-
2016-10-20	6	<i>women experiences</i>	13 123	-	-
2016-10-20	7	1 AND 6	296	10	5 (1)
2016-10-20	8	4 OR 5 OR 6	317 785	-	-
2016-10-20	9	1 AND 4	36	3	1 (1)
2016-10-20	10	2 AND 5	161	15	0 (5)*
2016-10-20	11	3 AND 8	27 366	-	-
2016-10-20	12	Treatment outcome	579 544	-	-
2016-10-20	13	11 AND 12	1 197	-	-
2016-10-20	14	Survivors	16 797	-	-
2016-10-20	15	1 AND 14	408	17	0 (4)
2016-10-20	16	13 AND 14	346	12	0
2016-10-20	17	11 AND 14	24 920	-	-

2016-10-20	18	12 AND 17	707	19	0 (1)
2016-10-20	19	14 OR 17	56 312	-	-
2016-10-20	20	11 AND 19	24 948	-	-
2016-10-20	21	20 AND 13	24 824	-	-
2016-10-20	22	1 AND 4 AND 14	7	2	0 (1)
2016-10-20	23	Family Relations	79 104	-	-
2016-10-20	24	1 AND 23	80	1	1
2016-10-20	25	"Sexual health"	7701	-	-
2016-10-20	26	1 AND "Sexual health"	144	4	-

Sökningar i Cinahl

Datum	Sök-ID	Sökningar	Antal träffar	Lästa abstract	Valda artiklar
2016-10-20	1	Genital Neoplasms, female	1 983	-	-
2016-10-20	2	"gynecological cancer" OR "gynaecological cancer"	213	-	-
2016-10-20	3	1 OR 2	1 564	-	-
2016-10-20	4	Life experiences	15 003	-	-
2016-10-20	5	"life experience*" OR experience* OR "women experience*"	107 090	-	-
2016-10-20	6	4 OR 5	107 090	-	-
2016-10-20	7	1 AND 4	11	7	4 (1)
2016-10-20	8	3 AND 6	111	13	3 (6)
2016-10-20	9	Survivors	4 449	-	-

2016-10-20	10	<i>survivor*</i>	14 046	-	-
2016-10-20	11	9 OR 10	14 046	-	-
2016-10-20	12	7 AND 9	0	-	-
2016-10-20	13	1 AND 9	31	17	1
2016-10-20	14	8 AND 11	30	12	0 (7)
2016-10-20	15	3 AND 11	85	16	1 (6)
2016-10-20	16	Treatment Outcomes	132 206	-	-
2016-10-20	17	<i>"treatment outcome*"</i>	134 131	-	-
2016-10-20	18	16 OR 17	134 131	-	-
2016-10-20	19	7 AND 16	11	3	1
2016-10-20	20	1 AND 16	80	11	0 (1)
2016-10-20	21	8 AND 18	11	3	0 (1)
2016-10-20	22	Sexual Health	1 131	-	-
2016-10-20	23	<i>"sexual health"</i>	2 291	-	-
2016-10-20	24	22 OR 23	2 291	-	-
2016-10-20	25	7 AND 22	0	-	-
2016-10-20	26	1 AND 22	6	3	1
2016-10-20	27	8 AND 24	1	0	0
2016-10-20	28	3 AND 24	10	4	0 (1)

Kursiva ord = Fritextsökningar

Parantes = Antal valda artiklar från tidigare sökningar

Bilaga 2 Granskningsprotokoll

Poängsättning	0	1	2	3
Abstrakt (syfte, metod, resultat = 3p)	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod				
Metodval adekvat till frågan	Ej angiven	Ej relevant	Relevant	
Metodbeskrivning (repetitbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
Triangulering	Saknas	Finns		
Urval (antal, beskrivning, representativitet)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Patienter med t.ex. lungcancerdiagnos	Ej undersökt	Liten andel	Hälften	Samtliga
Bortfall	Ej angivet	>20%	5–20%	<5%
Bortfall med betydelse för resultatet	Analys saknas / Ja	Nej		
Kvalitet på analysmetod	Saknas	Låg	Medel	Hög
Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna		
Resultat				
Frageställningen besvarad	Nej	Ja		
Resultatbeskrivning (redovisning, tabeller etc)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Tolkning av resultatet (citat, kod, teorier etc)	Ej acceptabel	Låg	Medel	God
Diskussion				
Problemerknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion av egenkritik och felkällor	Saknas	Låg	God	
Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Slutsatser				
Överensstämmelse med resultat (resultatets huvudpunkter belyses)	Slutsats saknas	Låg	Medel	God
Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas		
Total poäng (max 48p)	p	p	p	p
				p
Grad I: 80%				%
Grad II: 70%				Grad
Grad III: 60%				
Titel				
Författare				

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011).

Bilaga 3 Artikelöversikt

Författare/år/land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Kvalitet
<p>Cleary, V., Hegarty, J., & McCarthy, G.</p> <p>2012</p> <p>Irland</p>	<p>How a diagnosis of gynaecological cancer affects women's sexuality.</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka effekten av gynekologisk cancer på sexualitet från patientens perspektiv.</p>	<p>Kvalitativ studie med manifest innehållsanalys. Genomfördes med semistrukturerade intervjuer.</p>	<p>N=8</p> <p>Ålder: 25-68 år.</p>	<p>Grad I</p>
<p>Laranjeira, C. A., Le, P. P., & Leal, I.</p> <p>2013</p> <p>Portugal</p>	<p>The "silenced" voices of women cancer survivors: bodily experiences from an existential perspective</p>	<p>Syftet med denna studie var att utforska kvinnors förkroppsligande av gynekologisk cancer utifrån en existentiell-fenomenologisk ansats.</p>	<p>Kvalitativ studie med fenomenologisk - hermeneutisk ansats. Genomfördes med hjälp av djupintervjuer.</p>	<p>N= 10</p> <p>Ålder: 33-70 år.</p>	<p>Grad I</p>
<p>Laranjeira, C.A., Ponce Leao, P., & Leal I.</p> <p>2015</p> <p>Portugal</p>	<p>Temporal Experience Among Women Gynecological Cancer Survivors: A Lifeworld Perspective.</p>	<p>Syftet med studien var att förstå den temporära upplevelsen av tiden efter överlevande från trauma i samband med diagnos och behandling av en dödlig sjukdom.</p>	<p>Kvalitativ studie med en fenomenologisk - hermeneutisk ansats. Genomfördes med hjälp av intervjuer.</p>	<p>N=10</p> <p>Ålder: 33-70 år</p>	<p>Grad I</p>
<p>Molassiotis, A., Chan, CWH., Yam, BMC., Chan, ESJ., & Lam, CSW.</p> <p>2002</p>	<p>Life after cancer: adaptation issues faced by chinese gynaecological cancer survivors in Hong Kong.</p>	<p>Syftet med studien var att uppskatta anpassningsproblem i det kulturella sammanhanget för personer som överlevt</p>	<p>Explorativ kvalitativ på-djupet-intervju med öppna frågor.</p>	<p>N= 18</p> <p>Ålder: 21-64 år.</p>	<p>Grad I</p>

Kina		gynekologisk cancer.			
Rasmusson, E-M., & Thomé, B. 2008 Sverige	Women's wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease.	Syftet med studien var att undersöka kvinnans önskemål och behov av kunskap om sexualitet och relationer i samband med gynekologisk cancersjukdom.	Kvalitativ studie med latent innehållsanalys. Genomfördes med hjälp av intervjuer.	N= 11 Ålder: 36-60 år	Grad I
Sekse, R. J. T., Raaheim, M., Blaaka, G., & Gjengedal, E. 2010 Norge	Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer.	Syftet med denna studie var att få en djupare förståelse av levd erfarenhet av långsiktiga canceröverlevare och hur de upplevde cancervården.	Kvalitativ design med fenomenologisk - hermeneutisk ansats. Genomfördes med djupintervjuer.	N=16 Ålder: 39-66 år.	Grad I
Sekse, R. J. T., Råheim, M., Blåka, G., & Gjengedal, E 2012 Norge	Living through gynaecological cancer: three typologies	Syftet med denna studie var att belysa hur kvinnor upplevde att leva genom gynekologisk cancer.	Kvalitativ design med fenomenologisk - hermeneutisk ansats. Genomfördes med djupintervjuer.	N= 16 Ålder: 39-66 år	Grad I
Sekse, R. J. T., Gjengedal, E., & Råheim, M. 2013 Norge	Living in a changed female body after gynecological cancer	Syftet med studien är att få en djupare inblick i kvinnors erfarenheter 5 till 6 år efter behandling som långtidsöverlevande.	Kvalitativ studie med fenomenologisk - hermeneutisk ansats. Genomfördes med hjälp av djupintervjuer.	N= 16 Ålder: 39-66 år	Grad I

Bilaga 4 Innehållsanalys

Meningsenhet	Översatt meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Kategori
<i>... their womanliness had been lost as a result of surgery.</i>	... deras kvinnlighet hade gått förlorad till följd av kirurgi.	Kvinnlighet förlorad efter kirurgin	Förlorad kvinnlighet	Att vara kvinna
<i>"When they removed my uterus and all that, they removed my temperature control."</i>	"När de tog bort min livmoder och allt det där, tog de bort min temperaturkontroll."	När de tog bort livmodern försvann temperaturkontrollen.	Förlorad temperaturkontroll.	Att inte känna igen sin kropp
<i>"I've lost all my sexual emotions and I feel as if everything here [points to her womb] is a big black hole. Just empty. It's as if they have ripped out all my sexual feelings."</i>	"Jag har förlorat alla mina sexuella känslor och det känns som om allt här [pekar på hennes livmoder] är ett stort svart hål. Bara tomt. Det är som om de slet ut alla mina sexuella känslor."	Jag har förlorat mina sexuella känslor, som om de slet ut dem.	Förlust av sexuella känslor	Påverkan på sex och samliv
<i>... when they were declared healthy, they still experienced anxiety for new cancer or recurrence.</i>	... när de friskförklarades, upplevde de fortfarande oro för ny cancer eller återfall.	Oro för ny cancer eller återfall trots friskförklaring.	Oro för återfall efter friskförklaring	Rädsla för återfall
<i>The women claimed that basic values had changed as a result of their cancer experience and thereby a feeling of personal growth.</i>	Kvinnorna hävdade att grundläggande värderingar hade förändrats som ett resultat av deras cancerupplevelse och därmed kom en känsla av personlig utveckling.	Grundläggande värderingar förändrades och därmed kom känsla av personlig utveckling	Förändrade värderingar och personlig utveckling	Omvärdering av livet