

**SEXUALITET OCH KROPPSUPPFATTNING HOS KVINNOR SOM
GENOMGÅTT GYNEKOLOGISK CANCER.**

**SEXUALITY AND BODY IMAGE IN WOMEN EXPERIENCED
GYNECOLOGICAL CANCER.**

Examinationsdatum: 2012-10-02
Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Kurs: 37
Examensarbete, 15 högskolepoäng
Författare: Lovisa Tjulander & Xiomara Castellanos

Handledare: Susanne Georgsson Öhman
Examinator: Margareta Westerbotn

SAMMANFATTNING

Bakgrund

I Sverige dör nästan 1000 kvinnor varje år av maligna tumörer i de kvinnliga könsorganen. Cirka 2900 gynekologiska cancerfall rapporteras årligen vilket motsvarar tolv procent av alla cancerfall hos kvinnor. Prognos, symtom och behandling skiljer sig mellan de olika typerna av cancer. Behandlingen kan vara i form av kirurgi, strålning, kemoterapi och i vissa fall hormoner. Gynekologisk cancer och konsekvenser av behandling kan innebära både fysiska och psykologiska förändringar, vilket kan påverka sexualitet, kroppsuppfattning och självkänsla.

Syfte

Syftet var att undersöka hur konsekvenserna av gynekologisk cancer kan påverka sexualitet och kroppsuppfattning samt belysa behovet av information kring dessa aspekter.

Metod

Detta var en litteraturbaserad studie. En litteratursökning utfördes i databaserna PubMed och CINAHL. I studien inkluderades 15 vetenskapliga artiklar som granskades och presenteras under huvudkategorierna sexualitet, kroppsuppfattning och behov av information och stöd för att besvara syftet.

Resultat

Resultatet visar att kvinnorna upplevde att de kroppsliga förändringarna kunde leda till både fysiska och psykiska konsekvenser i form av förändrad kroppsuppfattning, minskad sexuell lust, smärta vid samlag samt ångest och oro. Behovet av information och stöd var stort.

Slutsats

Det råder ingen tvekan om att gynekologisk cancer och behandling har stor inverkan på en kvinnas liv. Majoriteten av kvinnorna upplevde att behandling medförde både psykiska och fysiska konsekvenser för sexualitet samt kroppsuppfattning. Konsekvensernas betydelse kunde påverka kvinnornas sexuella liv och kroppsbild i olika grad beroende på ålder, kultur och livssituation. Bristfällig information och stöd upplevdes vara ett stort problem för kvinnorna.

Nyckelord: *Gynekologisk cancer, Sexualitet, Kroppsuppfattning, Behandlingskonsekvenser*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| INLEDNING | 1 |
| BAKGRUND | 1 |
| Gynekologisk cancer | 1 |
| Diagnos | 2 |
| Behandling | 3 |
| Konsekvenser av behandling | 5 |
| Sexualitet | 6 |
| Kroppsuppfattning | 8 |
| Kommunikation och information | 9 |
| Omvårdnad | 9 |
| Problemformulering | 10 |
| SYFTE | 10 |
| METOD | 10 |
| Val av metod | 10 |
| Urval | 10 |
| Datainsamling | 11 |
| Dataanalys | 12 |
| Forskningsetiska överväganden | 12 |
| RESULTAT | 13 |
| Sexualitet | 13 |
| Kroppsuppfattning | 16 |
| DISKUSSION | 20 |
| Metoddiskussion | 20 |
| Resultatdiskussion | 21 |
| Slutsats | 24 |
| Förslag på vidare forskning | 25 |
| REFERENSER | 26 |
| Bilaga I-II | 32 |

INLEDNING

Varje år diagnostiseras ungefär 50 000 personer med cancer i Sverige, varav cirka 2 900 är gynekologisk cancer. De vanligaste gynekologiska cancerformerna är endometriecancer, cervixcancer och ovarialcancer, men inom begreppet gynekologisk cancer ryms även de sällsynta cancerformer som uppstår i vagina och i vulva (Cancerfonden, 2012).

Prognos, symtom och behandling skiljer sig mellan de olika typerna av cancer. Behandlingen kan vara i form av kirurgi, strålning, cytostatika och i vissa fall hormoner. Biverkningar av de olika typerna av behandling kan vara trötthet, illamående, håravfall, hudförändringar, blodbrist och ett tillfälligt försvagat immunförsvar. Vissa behandlingsformer kan även leda till infertilitet. Gynekologisk cancer och behandling kan innebära både fysiska och psykologiska förändringar, och kan påverka sexualitet, kroppsuppfattning och självkänsla. Detta varierar beroende på, ålder, vilken form av behandling kvinnan använder och vilket stadium i sjukdomen hon befinner sig i (Sorbe & Frankendal, 2000).

BAKGRUND

Gynekologisk cancer

Epidemiologi

I Sverige rapporteras cirka 2900 gynekologiska cancerfall om året vilket motsvarar tolv procent av alla cancerfall hos kvinnor. Nästan 1000 av dessa kvinnor dör till följd av maligna tumörer i de kvinnliga könsorganen. Detta innebär att var tjugonde cancerfall är någon form av gynekologisk cancer (Cancerfondensrapporten, 2009).

Etiologi

Humant papillomvirus (HPV-virus), vaginala infektioner och rökning har visat sig vara bland de vanligaste orsakerna till cervix och vulvacancer. HPV-virus innefattar mer än hundra olika typer virus varav några klassificeras som högriskvirus vilka kan ge upphov till precancerösa förändringar i cervix och vulva (Willmoth & Spinelli, 2000). Vanligtvis tar kroppens immunförsvar hand om viruset men i vissa fall kan det orsaka kronisk infektion i kroppen (Högberg, Sorbe & Lundqvist, 2008). I en studie som gjordes i Italien framkommer att ärftligheten spelar en väsentlig roll vid uppkomst av ovarialcancer (Tinelli, Malvasi, Leo, Vergara, Pisano, Ciccarese, et al. 2010). Man har även sett att fem till tio procent av kvinnorna bär på en mutation vilket innebär ökad risk för att utveckla cancerformen (Sueblinvong & Carney, 2009). Ålder, fetma, antal förlossningar, endometriosis och antal ovulationer i en kvinnans livscykel kan också vara bakomliggande orsaker till utveckling av ovarialcancer (Borgfeldt, Åberg, Anderberg & Andersson, 2010).

Forskning tyder på att obalans mellan de kvinnliga könshormonerna östrogen och progesteron spelar stor roll för utveckling av endometriecancer (Kristensen, 2003). Studier visar även att kvinnor med tidig menstruationsdebut och kvinnor med sen menopause löper högre risk för att drabbas. Fetma har också visat sig vara en riskfaktor eftersom fettvävnad kan öka östrogennivåerna hos kvinnan och därmed orsaka ett överskott av detta hormon (Almås, 2009).

Cervixcancer

Cervixcancer är den tredje vanligaste typen av gynekologisk cancer och denna cancerform har hög mortalitet bland kvinnor i världen (Bergmark, 2002). I ett tidigt stadium av sjukdomen

brukar kvinnan sällan känna symtom. Det första symtomet brukar uppträda när cancer blivit invasiv och börjat sprida sig till närliggande vävnader. Symtomen kan yttra sig i form av vaginala blödningar och smärta i samband med samlag eller mellan menstruationsperioderna (Kristensen, 2003).

Ovarialcancer

De vanligaste typerna av ovarialcancer är epiteltumörer, germinalcellstumörer och stromacellstumörer (Sorbe & Frankendal, 2000). Uppkomst av symtom från äggstockarna kan vara svårt att urskilja eftersom besvären kan bero på olika orsaker (Breedlove & Busenhardt, 2005). I en studie av Koldjeski, Kirkpatrick, Swanson och Everett (2003) framkommer att symtom som svullnad, uppblåst buk, buksmärta, trötthet, ryggsmärta, förstoppning och smärta vid samlag är typiska symtom vid ovarialcancer. Vidare menar Yawn, Barrette och Wollan (2004) att symtom som viktnedgång, tryck och tyngdkänsla i bäcken förekommer vid avancerad ovarialcancer.

Endometrieccancer

När corpuscancer uppkommer i livmodermuskulaturen benämns den sarkom, men vanligtvis uppkommer cancerformen i endometriet vilket gör att sjukdomen ofta benämns endometrieccancer. Endometrioid adenocarcinom är den vanligaste typen av endometrieccancer och drabbar framför allt kvinnor som passerat klimakteriet (Arora & Quinn, 2012; Wilmoth & Spinelli, 2000). Onormala blödningar, smärta i bäckenet och flytningar är vanliga symtom vid uppkomsten av endometrieccancer. Vid senare stadier av sjukdomen förekommer symtom som ofrivillig viktförlust och en känsla av bukfullnad (Högberg et al., 2008).

Vulvacancer

Wilmoth och Spinelli (2000) skriver att vulvacancer står för fem procent av alla kvinnliga genitala maligniteter. Vulvacancer förekommer oftast hos kvinnor mellan 65 och 75 år och räknas som den fjärde vanligaste gynekologiska cancerformen. Skivepitelcancer är den vanligaste typen av vulvacancer. Den börjar med lokala förändringar i hudcellerna och brukar yttra sig i form av stora vårtor (Högberg et al., 2008). Ständig klåda, smärta, brännande smärtsam urinering, blödningar och flytningar kan vara tecken på vulvacancer. Ett kvarstående sår med förändringar avseende färg och utseende kan tyda på vulvacancer (Wilmoth & Spinelli, 2000).

Diagnos

Vid gynekologisk cancer är en omfattande anamnes och gynekologisk undersökning av stor betydelse för att kunna ställa rätt diagnos. Riskfaktorer, aktuella symtom och sjukdomshistoria är grundläggande information för att komma vidare mot rätt diagnos. Att ta reda på eventuella riskfaktorer och bedöma symtom gör det lättare att överväga nödvändiga undersökningar som ligger till grund för bedömning av eventuell behandling (Kristensen, 2003).

Premaligna förändringar i cervix ger sällan symtom och upptäcks ofta vid cellprovtagning under en gynekologisk undersökning. Kvinnor som får ett avvikande resultat från cellprovet undersöks vidare med kolposkopi och biopsi för att utesluta invasiv cancer (Janicek & Averette, 2001).

Ultraljud är vanligtvis den första undersökning som genomförs vid misstanke om ovarialcancer och kan ge information om äggstockarna har vätskefyllda cystor eller om det finns andra avvikelser som exempelvis ascites (Högberg et al, 2008).

Vid undersökning av livmodern vid misstänkt endometrie-cancer eller endometrie-hyperplasi tas vävnadsprov i form av biopsi eller hysteroskopi, från endometriet. Ultraljudsundersökning är relevant för att kontrollera om slemhinnan är förtjockad men även för att se om maligna celler växer in i livmoderns muskellager (Arora & Quinn, 2012).

Genom blodprov mäts hur höga nivåer av markör cancerantigen-125 (CA 125) som finns i blodet. Denna markör visar om kvinnan har endometrie-cancer eller ovarialcancer. Höga nivåer tyder på långt framskriden sjukdom, där cancer kan ha spridit sig utanför livmodern (Breedlove & Busenhardt, 2005).

Vid förekomst av maligna celler kommer ytterligare undersökningar som cystoskopi och proktoskopi att genomföras. Datortomografi (DT) och Magnetisk resonanstomografi (MRT) kan förekomma i undersökningar av gynekologisk cancer vid misstänkt spridning till andra organ (Kristensen, 2003).

Behandling

Det finns ett antal olika behandlingsformer som används vid cancerterapi. I allmänhet används kirurgi, strålning, kemoterapi och/eller hormonell behandling (Audette & Waterman, 2010). Beslut om behandlingsform grundas på hur långt framskriden i sjukdomsförloppet patienten är, var canceren sitter och vilken typ av celler tumören består av (Nome, 2003). Kirurgi är oftast den primära behandlingen, vilket innebär att den berörda delen av vävnaden skärs bort. Excisionen innefattar också en del frisk vävnad för att ta bort eventuella utlöpare, och vid spridning till regionala lymfkörtlar krävs även en utrymning av dessa (Hamberger & Haglund, 2009). Kirurgi används även för att avlägsna organ eller delar av organ i förebyggande syfte då risken för att utveckla cancer bedöms som stor på grund av ärftliga faktorer (Cancerfonden, 2012).

Principen bakom cancerbehandling är att avlägsna, skada eller förändra DNA- strukturen i maligna celler. Joniserande strålning är högenergi partiklar eller vågor som används för att skada DNA-molekylen eller binda fria radikaler. Målet är att cancercellerna ska träffas av en dödlig dos eller att dosen skadar cellen så att den omöjliggör celledelning vilket leder till celledöd.

Cytostatika är preparat som angriper celler som håller på att dela sig, genom att påverka cellens DNA. Det hämmar DNA-syntesen genom att påverka de enzymer som deltar i syntesen eller genom att binda sig till och skada DNA-molekylen (Hamberger & Haglund, 2009). Huvudprincipen är att utnyttja skillnaden mellan maligna celler och frisk vävnad. Detta genom att maligna celler har en störd cellstruktur som medför svårigheter med återhämtning efter skada och normala celler har bättre förmåga att anpassa och återhämta sig (Nome, 2003). Kemoterapi verkar i motsats till andra behandlingar i hela kroppen, och används ofta mot metastaserad cancer för att döda de cancerceller som lossnat och spridit sig långt ifrån den primära tumören (American Cancer Society, 2012). Olika läkemedel hämmar cellernas delning på olika sätt och ofta kombineras olika cytostatika för att få ett bättre resultat av behandlingen och även för att minska risken för att cancercellerna utvecklar resistens mot cellgift (Nome, 2003).

Hormon- och antihormonpreparat används bland annat för att reglera cellaktiviteten. Antiöstroger är preparat som blockerar receptorerna i cancercellerna och motverkar östrogerens effekter (Nome, 2003). Hormonbehandling innebär att man bekämpar cancer genom att påverka hormonsystemet. Behandlingen används både vid behandling av manifest cancer och som adjuvant behandling. Den används ofta i kombination med cytostatika eller för att förhindra återfall eller som behandling för avancerad eller återkommande sjukdom (Nome, 2003; Wilmoth & Spinelli, 2000). Läkemedlet består av gestagen som är en syntetisk variant av det kvinnliga könshormonet progesteron. Det blockerar receptorerna i cancercellerna och reducerar östrogerens effekt (Nome, 2003). Hormonbehandling kan även ske på andra sätt, till exempel genom att operera bort eller strålbehandla äggstockarna och därmed förhindra att könshormonet bildas (Cancerfonden, 2012).

Strålning, kemoterapi och hormonbehandling är behandlingsformer som används enskilt eller som adjuvant behandling, det vill säga behandling som ges utöver huvudbehandlingen. Neoadjuvant terapi har för syfte att minska storlek och omfattning av tumören så att mindre radikala ingrepp kan utföras och på så sätt minska konsekvenserna av avancerad behandlingsteknik (Robova, Halaska, Pluta, Skapa, Strnad, Lisy et al. 2010). Strålbehandling är en av de viktigaste terapiformerna vid cancer och innebär en lokal behandling i området för tumören då stråldosen är koncentrerad till cancercellerna. Strålbehandling indelas i extern strålbehandling (teleterapi) när strålning sker från utsidan av kroppen, och intern strålning (brachyterapi) när man för in ett implantat i form av en radioaktiv källa i patienten. Brachyterapi ger en högre dos av strålning under en kortare tid än teleterapi (Jetne, 2003).

Behandling vid gynekologisk cancer

Läkaren grundar besluten om behandling beroende på hur långt framskriden i sjukdomsförloppet kvinnan är, utifrån kvinnans allmänna hälsotillstånd och på en klinisk bedömning. Hos kvinnor i fertil ålder med ovarialcancer är man mån om att utföra fertilitetsbevarande kirurgi där endast livmodertapp eller den inblandade äggstocken tas bort (unilateral ooforektomi), men livmoderkroppen lämnas kvar (trachelektomi) för att bevara möjligheten att kunna få barn och undvika klimakteriebesvär (Wilmoth & Spinelli, 2000). Behandlingen vid cervixcancer kan bestå av enkel hysterektomi, radikal hysterektomi eller strålbehandling. Radikal hysterektomi används vid mer avancerad cervixcancer och innebär förutom borttagande av livmodern, en förkortning av slidan och denervation av vävnader runt vagina, urinblåsa och rektum. Vid enkel hysterektomi opereras enbart livmodern eller delar av livmodern bort. Ooforektomi ingår vanligtvis inte vid hysterektomi men övervägs om kvinnan är äldre och barnafödande inte längre är aktuellt. Om äggstockarna tas bort är det viktigt att östrogerensättningsbehandling påbörjas omedelbart efter kirurgi för att undvika de symptom som uppkommer i samband med kirurgisk menopaus (Wilmoth & Spinelli, 2000).

Bäckenexcentration är en omfattande operation som bland annat används vid invasiv cervixcancer. Operationen innebär utrymning av bäckenet genom hysterektomi, salpingo-ooforektomi och avlägsnande av slida, urinblåsa och rektum. Detta kan medföra att patienten kommer att behöva urin-/ avförings avledande stomi för att bibehålla tarm- och blåsfunktion (Audette & Waterman, 2010). Vanligtvis används då en kombination av kirurgi och adjuvant behandling i form av strålning eller i vissa fall kemoterapi (American Cancer Society, 2012).

Ovarialcancer behandling innefattar kirurgi och kemoterapi. Kirurgi innebär vanligtvis avlägsnande av en eller båda äggstockarna och äggledarna (salpingooforektomi) och livmodern (hysterektomi). Kemoterapi har visat sig vara en mycket effektiv behandling för att kunna bota sjukdomen och överleva ovarialcancer. Eftersom kemoterapi visat sig vara en

mycket effektiv behandling mot ovarialcancer är det rutin att påbörja behandlingen direkt efter kirurgi. Studier har visat att kvinnor med avancerad ovarialcancer får en mycket bättre prognos och förbättrad chans att överleva då kemoterapi administrerats efter avlägsnande av så mycket cancervävnad och metastaser som möjligt (Wilmoth & Spinelli, 2000).

Endometrie-cancer behandlas beroende på i vilket stadium av sjukdomen kvinnan befinner sig i (American Cancer Society, 2012). Behandlingen kan bestå av enkel hysterektomi och bilateral salpingo-ooforektomi i ett tidigt stadium av sjukdomen (Wilmoth & Spinelli, 2000). Detta görs med hjälp av en öppen eller laparoskopisk kirurgi. Laparoskopisk teknik har visat sig vara mer skonsam för patienter eftersom den medför mindre komplikationer och har betydande fördelar (Marnitz & Köhler, 2012). Vid senare stadie av endometrie-cancer krävs en omfattande behandling som radikal hysterektomi och oftast i kombination med kompletterande behandling som strålning, hormonbehandling eller kemoterapi (American Cancer Society, 2012). Vid de flesta typer av endometrie-cancer tros uppkomsten bero på rubbningar i hormonbalansen. Därför har adjuvant hormonbehandlingen visat sig vara av stor betydelse vid både metastaserad och avancerad sjukdom (Lee, 2011).

Kirurgisk excision är den främsta behandlingen vid vulvacancer och målsättningen är att avlägsna primärtumören med viss marginal för att få med eventuella utskott. Normalt utrymmer man även delar av ljumskarna och i flera fall även bäckenlymfkörtlar (Frankendal, 2000). Beroende på tumörens läge och i vilket stadium i sjukdomen kvinnan befinner sig i kan operationen vara mer eller mindre radikal. I ett tidigt stadium av sjukdomen är det möjligt att göra en lokal excision och spara klitoris för att minska deformation och undvika sexuell dysfunktion. Vid invasiv vulvacancer krävs en radikal eller modifierad vulvektomi. Detta innebär excision av tumör, vulva och angränsande hud, fett och lymfkörtlar i ljumskar. Om dessa lymfkörtlar är maligna utförs även strålning i bäckenregionen (Sharma, 2012; Wilmoth & Spinelli, 2000). Kompletterande behandling som kemoterapi och strålning används vanligtvis vid svårigheter att avlägsna tumören då den vuxit in i vagina, uretra eller anus (Sele, 2003; Sharma, 2012).

Konsekvenser av behandling

Behandlingsrelaterade konsekvenser är många och varierar för varje enskild individ. För vissa individer kan behandlingen och dess konsekvenser vara en traumatisk upplevelse då den är påfrestande och kan innebära en betydande förändring av patientens liv. Detta kan ha psykiska effekter som följd i form av ångest, depression och förändrad kroppsuppfattning (Audette & Waterman, 2010; Bodurka & Sun, 2006).

Bieffekter och komplikationer

Alopeci, benmärgsdepression, fatigue, slemhinnepåverkan, viktförändringar, illamående och kräkningar är vanligt förekommande biverkningar av kemoterapi och strålbehandling (Bodurka & Sun, 2006; Boman, 2000; Greimel, Winter, Kapp & Haas, 2009; Ridderheim, 2000; Varre, 2003). Kemoterapi har även en tendens att orsaka anemi och avvikande blodvärden (Audette & Waterman, 2010; Boman, 2000).

Strålbehandling kan vara mer eller mindre påfrestande beroende på vart patienten bestrålas (Varre, 2003). Eventuella konsekvenser kan uppkomma i form av akuta eller sena reaktioner. Akuta reaktioner kan bestå av dermatit, illamående, diarré, trängningar och inkontinens. Sena reaktioner kan innebära påverkan på hud, inre organ och skelett. Vanligtvis uppkommer reaktionerna som lokala besvär (Ridderheim, 2000; Varre, 2003). Strålning i bäckenregionen

kan exempelvis medföra urin- och avföringsinkontinens till följd av komplikationer på blåsa eller tarm (Audette & Waterman, 2010). Vaginal stenosis och atrofi kan uppstå till följd av fibrosutveckling eftersom strålningen påverkar epitel, blodkärl och nerver. Detta innebär även att vaginan förkortas och blir mindre elastisk (Jensen, Groenvold, Klee, Thranov, Petersen & Machin, 2004; Johnson, Miles & Cornes, 2010; Greimel et al., 2009). Skador på nerver i området kan orsaka en minskning av naturlig lubrikation vilket i sin tur kan leda till dyspareuni och blödning vid vaginal penetration (Audette & Waterman, 2010; Bodurka & Sun, 2006). Dessa biverkningar förekommer även vid radikal hysterektomi då den övre delen av vaginan avlägsnas (Audette & Waterman, 2010; Gillbert, Ussher & Perz, 2011; Jensen et al., 2004).

Kvarstående komplikationer efter strålning eller avlägsnande av inguinala lymfkörtlar kan uppstå i form av sekundärt lymfödem (Audette & Waterman, 2010; Ryan, Stainton, Jaconelli, Watts, MacKenzie & Mansberg, 2003). Miktionsproblem och urininkontinens kan uppkomma som följd eftersom nervtrådarna till blåsan går igenom vävnaden och kan förstöras under ingreppet (Bergmark & Lundqvist, 2000; Sele, 2003). Lymfödem innebär att huden kan bli svullen, hård, spänd och oelastisk samt att risken för sår och sprickbildning ökar vilket medför svårighet att röra sig. Det är ett smärtsamt tillstånd som är svårt att lindra och behandla (Gjertsen, 2003).

Vid kirurgisk behandling förekommer biverkningar som atrofi, kirurgiska ärr, känselbortfall och sammanväxningar i bäckenet (Wilmoth & Spinelli, 2000). Stora kirurgiska ingrepp som exempelvis radikal hysterektomi och vulvektomi kan orsaka minskad vaginal längd, minskad genital blodfyllnad och lubrikation vid påverkan av perifera nerver och blodkärl, dessa ingrepp kan även medföra svår klåda och smärta. Även självkänslan påverkas då utseendet förändras i samband med stora kirurgiska ingrepp (Sele, 2003; Bergmark & Lundqvist, 2000). Ooforektomi leder till minskad testosteron- och östrogenkoncentration. Testosteronbrist kan orsaka minskad lust och en mindre intensiv orgasmupplevelse. Östrogenbrist minskar lubrikationen och vaginans elasticitet (Bergmark & Lundqvist, 2000).

Menopaus

Vid borttagande eller bestrålning av äggstockar uppstår behandlingsinducerad menopaus. Det innefattar humörsvägningar, värmevallningar, vaginal torrhet, trötthet, förändrad kroppsuppfattning och infertilitet som en konsekvens av att östrogenproduktionen försämras eller upphör (Audette & Waterman, 2010; Lammers, Schaefer, Ladd & Echenberg, 2000). Dessa symtom är även vanligt förekommande vid kemoterapi då många av preparaten orsakar skada på äggstockarna (Audette & Waterman, 2010; Bodurka & Sun, 2006). Hormoner kan ge tillfälliga besvär med menopausala symtom då dessa blockerar receptorerna i cancercellerna och på så vis reducerar östrogenets effekt (Nome, 2003; Ridderheim, 2000). Behandlingsinducerad menopaus är traumatiskt för kroppen och upplevs ofta som mer påfrestande än när klimakteriet inträffar naturligt (Audette & Waterman, 2010 & Lammers et al., 2000). I studien av Audette och Waterman, (2012) uppskattas att fertiliteten försämras för varje månad kemoterapi administreras då preparaten orsakar skador på äggstockarna.

Sexualitet

Sexualitet är ett omfattande begrepp som inkluderar sociala, emotionella och fysiska komponenter (Barton, Wilwerding, Carpenter & Loprinzi, 2004). Sexualitet är en viktig del av människans liv och identitet. Alla människor har olika behov, men de flesta lider efter att

ha förlorat delar av sin sexualitet. Grundläggande förutsättningar för en god hälsa är att älska och att känna sig älskad (Borg, 2003).

Jefferies och Clifford (2011) menar att sexualitet innebär livskvalitet för de flesta människor. Att ha en bra sexuell relation med sin partner är viktigt för att ett förhållande skall fungera. Enligt World Health Organisation [WHO], (2012) definieras sexualitet som:

”Sexualitet är en integrerad del av varje människas personlighet, och det gäller såväl man och kvinna som barn. Den är ett grundbehov och en aspekt av att vara mänsklig, som inte kan skiljas från andra livsaspekter” (Riksförbundet för sexuell upplysning [RFSU], 2012).

Edwards och Coleman (2004) skriver att sexualitet innefattar kön, könsidentiteter och roller samt att erotik, njutning intimitet och reproduktion ingår i begreppet sexualitet. Vidare påpekas att sexualitet kan uttryckas och upplevas på olika sätt och att det kan visa sig i form av fantasier, tankar, önskningar, värderingar, beteenden, roller, attityder och relationer. Sexualitet kan också påverkas av biologiska, psykologiska, sociala, ekonomiska, politiska, kulturella, etiska, religiösa och andliga samspel. Sexualitet utgör en betydelsefull del i varje människas liv och den innefattar möjligheter för hälsa, glädje och gemenskap.

Sexuell hälsa är ytterligare ett begrepp som ryms inom sexualitet och definieras av WHO som en integration av de kroppsliga, känslomässiga, intellektuella och sociala aspekterna av sexuell art. De anser att sexuell hälsa ska ses som något positivt och berikande för människan men även för den personliga utvecklingen och kärleken (World Health Organisation [WHO], 2012).

Hulter (2009) betonar att sexuell hälsa inte ska betraktas som frånvaro av sjukdom, dysfunktion eller svaghet. Han menar att sexuell hälsa ska tolkas som ett tillstånd av fysiskt, emotionellt, mentalt och socialt välbefinnande relaterat till sexualitet.

Den sexuella lusten har visat sig vara olika mellan alla människor, man har sett en skillnad mellan könen och olika åldersgrupper. De sexuella behoven kan se olika ut hos de flesta människor men det har visat sig att människan kan leva ett långt liv utan sexuell aktivitet. Människors sexuella rättigheter skall skyddas, respekteras och uppfyllas vilket är grundläggande förutsättningar för att den sexuella hälsan skall bibehållas (Southard & Keller, 2009).

Intimitet är ett annat begrepp som anses vara nära kopplat till sexualitet och har en betydande roll i den sexuella relationen. Den innebär både överföring av känslor och intima handlingar. Intimitet innebär nödvändigtvis inte samlag utan kan innefatta kyssar, kramar, beröring och ömhet (Cleary, Hegarty & McCarthy, 2011; Southard & Keller, 2009).

Normal sexuell respons

Enligt Cleary et al. (2011) definieras den sexuella funktionen som *”den förmåga en individ har att ge och ta emot sexuell njutning”*. Den sexuella funktionen är en blandning av fysiska och psykologiska stadier som genomgås under den sexuella aktiviteten. Den sexuella responsen indelas i tre faser: lustfas, upphetsningsfas och orgasmfas. I lustfasen kan mental sexuell åtrå väckas eller hämmas av olika visuella eller taktila stimuli. Upphetsningsfasen yttrar sig genom ökad blodgenomströmning till de genitala områdena, bröst och hud. Blodfyllnad och lubrikation uppstår som respons och innebär att blygdläpparna svullnar och säras, klitoris förstoras och ökar slemproduktionen. Vid orgasmfasen upplevs stort välbefinnande och tillfredsställelse. Detta sker genom rytmiska kontraktioner, maximal muskelspänning till följd av avslappning (Bergmark & Lundquist, 2000; Cleary et al., 2011).

Kvinnans sexualitet

Människor genomgår en livslång sexuell utveckling som startar vid befruktning och pågår fram till döden. Sexualiteten berör flera dimensioner hos en människa. Kvinnans könsorgan har visat sig vara mer känslig inför olika stimuli än andra delar av kroppen. Det har visat sig att det kan ta lång tid för en kvinna att lära sig att förstå hur könsorganet är skapat samt hur man uppnår sexuell njutning (Hulter, 2009).

Den sexuella lusten kan variera hos kvinnor och kan påverkas av ålder men även av fantasier, sexuella tankar och sexuella drömmar. Kvinnan ser ofta på sexualitet som en möjlighet till närhet, gemenskap och ömhet. Vissa kvinnor har dock problem med att njuta av den sexuella samvaron då det finns hinder för att kunna slappna av. Smekningar kan göra det lättare för kvinnan att slappna av och möjliggör upplevelsen av en behaglig fysisk känsla utan att behöva direkt samlagsaktivitet (Hulter, 2004).

Att få bära och föda barn men även att få sin menstruation varje månad påminner kvinnan om sin fertilitet vilket är väldigt starkt kopplat till sexualitet. Kvinnans sexualitet kan påverkas och stimuleras av olika faktorer som påverkas bland annat av hennes ålder men även av kvinnans reproduktiva livshistoria. Stigande ålder för med sig både fysiska och fysiologiska förändringar som kan inverka negativt på kvinnans sexualitet (Hulter, 2004).

Kroppsuppfattning

Cleary et al. (2011) skriver att kroppsuppfattning är ett komplext fenomen. Kroppsuppfattningen beskriver bilden vi har om vår kropp i vårt sinne. Ghaderi och Parling (2009) anser att kroppsuppfattning utgör en väsentlig aspekt av vår identitet och har en stor betydelse i hela vårt liv.

Kroppsbilden utgör en viktig del av självbilden, det vill säga, det personliga jaget. Den inre mentala bilden av hur man uppfattar sig som person men även i den miljö som finns runt omkring, är självbilden. Självbilden utgör en väsentlig aspekt i våra liv och beroende på hur man utvecklar den synen man har om sin personlighet påverkar uppbyggandet av den förmågan man har att hantera vissa situationer som kan uppkomma. Att skapa ett bra förhållande till sin kropp spelar en viktig roll under hela livet eftersom detta innebär en grundförutsättning för att få en positiv självbild (Schöldberg, 2003).

Det finns olika definitioner av kroppsuppfattning som sammanfattar hur man betraktar sin kropp och bilden man formar av den inombords. Kroppsbilden omfattar tre viktiga komponenter: kroppsrealitet, kroppsrepresentation och kroppsideal. Med kroppsrealitet menas hur vi uppfattar och känner vår kropp. Kroppsrepresentation betyder på vilket sätt vår kropp visas upp till allmänhet genom smink, kläder och kroppsspråk. Kroppsidealet kännetecknar den inre nivån människan har för att göra bedömningar om sin egen kropp vilket påverkas av yttre faktorer vid olika sammanhang. Några av dessa faktorer är arv, socialisation, mode, massmedia, kultur, ras och folkhälsouppllysning. Dessa faktorer har en nära koppling till människans utveckling av självbilden och kan påverka hur denna bild formas med tiden (Schöldberg, 2003).

Attraktionskraft och kvinnlighet har påvisats vara kopplat till kroppsuppfattning. Att uppleva sig kvinnlig ingår även i en kvinnans sexuella identitet vilket har stort inflyttande på kroppsuppfattningen (Cleary et al., 2011).

Kvinnans kroppsuppfattning

De senaste decennierna har det framkommit i studier att fler kvinnor upplever ett missnöje med sin kropp. Dagens samhälle ställer höga krav på unga kvinnor vilket har lett till att många kvinnor har en längtan till att bli smalare och mer attraktiva. Media har visat sig ha stor inflytande på kvinnans kroppsuppfattning. Denna faktor anses påverka kvinnans tankar och agerande inför hennes kropp samt medverkar till hur hennes kroppsbild utvecklas med tiden (Ghaderi & Parling, 2009; Thompson & Heinberg, 2002).

Bröst och fortplantningsorgan är viktiga kroppsdelar som identifierar kvinnan och bevarar hennes identitet. De flesta kvinnor värdesätter dessa organ i hög grad eftersom de har visat sig ha stor påverkan på kroppsuppfattning och självbild (Schöldberg, 2003).

Den senaste trenden har visat att flera kvinnor väljer att genomgå kirurgiska ingrepp i syfte att förbättra eller ändra sitt kroppsutseende. Nya undersökningar bekräftar att en stor andel av kvinnorna var beredda att utföra olika former av behandlingar för att uppnå kroppsidealet. Cirka 90 procent av dessa estetiska behandlingar/ingrepp utförs på kvinnor (Ghaderi & Parling, 2009).

Kommunikation och information

Tydlig kommunikation och situationsanpassad information som ges både muntligt och skriftligt är grundläggande i sjuksköterskans omhändertagande av gynekologiskt cancersjuka patienter (Sele, 2003). Enligt Ekwall, Ternestedt och Sorbe (2003) är god kommunikation en grundsten i relationen mellan patient och sjuksköterska. Vidare menar Ekwall et al. (2003) att god kommunikation där sjuksköterskan förser patienten med tillräcklig information bidrar till ökat förtroende och tillit för vårdpersonal. I omvårdnadsarbetet ska sjuksköterskan arbeta utifrån ett patientcentrerat förhållningssätt samt ge en individanpassad information till varje patient. Informationen ska vara tillräcklig så att patienten kan tillgodose sina behov. Den ska innefatta kunskap om sjukdomen, behandlingsalternativ, konsekvenser och eventuella risker i samband med behandling (Browall, Carlsson & Horvath, 2004; Stead, Brown, Fallowfield & Selby, 2003). Sele (2003) hävdar att god information underlättar patientens förståelse och acceptans för sjukdomen. Vid kirurgiska ingrepp är den preoperativa omvårdnaden en väsentlig del i behandlingsprocessen. Det är av stor betydelse för patienten att bli informerad om hur ingreppet kommer att gå till samt vilka effekter, konsekvenser och anatomiska förändringar som kan förväntas (Stilos et al., 2008).

Omvårdnad

Gynekologisk cancer kan medföra ett avbrott i en kvinnas liv oavsett vilken ålder eller livssituation hon befinner sig i. För vissa kvinnor innebär det en förändring i förhållande till familj och arbete vilket gör det svårare att acceptera sjukdomen. Kvinnor som är äldre kan uppleva sjukdomen på ett mindre dramatiskt sätt då deras livssituation gällande barnafödandet och andra förhållande kan se annorlunda ut jämfört med yngre kvinnor (Sele, 2003).

De olika behandlingsformerna kan påverka kvinnan både psykiskt och fysiskt. Sjuksköterskan har en viktig roll i bemötande av dessa patienter och ska vara uppmärksam på patientens reaktioner för att undvika att depression uppstår. Att visa respekt, förståelse och tillgänglighet för samtal och stöd är grundläggande förutsättningar i sjuksköterskans förhållande till patienten (Sele, 2003).

Strålning kan medföra att kvinnan förlorar förmågan att kunna föda barn. Detta innebär en negativ inverkan i kvinnans liv, framför allt hos unga kvinnor som inte ännu hunnit få barn.

Vårdpersonalen ska eftersträva att skapa en lugn och trygg miljö för att dessa patienter ska kunna hantera och bearbeta situationen på bästa möjliga sätt (Stilos, Doyle & Daines, 2008).

Förlust av hår är en vanlig konsekvens av cytostatikabehandling. Detta kan skada kvinnans kroppsbild och upplevas som psykiskt påfrestande. Sjuksköterskan ska bemöta kvinnan med omsorg och respektera patientens integritet. Olika hjälpmedel, som till exempel en peruk, kan erbjudas med stor omtanke och patientens självbestämmande i fokus. Detta för att patienten inte ska känna sig kränkt av sjukvårdspersonalen (Sele, 2003).

Sjuksköterskan ska visa sig tillgänglig för stöd och samtal och visa extra hänsyn. Hon bör närma sig patienten försiktigt och visa stor respekt för dennes lidande. Olika omvårdnadsinsatser som att erbjuda samtalsterapi, att erbjuda kuratorskontakt eller psykolog kan vara värdefulla insatser i omvårdnaden (Stilos et al., 2008).

Ekwall et al. (2003) visar i sin studie att kvinnorna uppskattade då de fick vara delaktiga i sin vård och tyckte att det var betydelsefullt att kunna få prata om sexualitet. Stilos et al. (2008) påpekar även att sjukvårdspersonalen ska vara beredd att ta upp frågor om sexualitet både under och efter behandling samt ge råd om hur eventuella besvär kan åtgärdas.

Problemformulering

Både sjukdom och behandlingsekvenser vid gynekologisk cancer kan ha inverkan på den drabbade kvinnans liv, framförallt på sexualitet och kroppsuppfattning (Audette & Waterman, 2010; Bodurka & Sun, 2006). Kunskap om betydelse av undervisning kommunikation och information har visat sig vara bristfällig och värd att belysas då detta är värdefull kunskap i omvårdnadsarbetet (Ekwall et al. 2003).

SYFTE

Syftet med denna studie var att undersöka och beskriva hur konsekvenserna av gynekologisk cancer kan påverka kvinnors sexualitet och kroppsuppfattning samt belysa behovet av information kring dessa aspekter.

METOD

Val av metod

Val av metod var litteraturbaserad studie då det låg i författarnas intresse att ta del av senaste rön, granska vetenskapliga artiklar och göra en sammanställning av den forskning som gjorts inom ämnet. Forsberg och Wengström (2008) menar att både kvalitativ och kvantitativ forskning kan vara av relevant information för att sammanställa en litteraturstudie och för att belysa problemområdet har båda dessa typer av studier inkluderats. De menar även att det är en grundförutsättning att det finns artiklar av god vetenskaplig kvalitet för att kunna sammanställa en studie av denna typ. Litteratur av Friberg (2012) samt Forsberg och Wengström (2008) har använts som stöd för metodarbetet i denna studie.

Urval

Studien är byggd på vetenskapliga artiklar som valts ut enligt inklusionskriterier. Resultatet består av information insamlad från artiklar som blivit granskade av oberoende experter innan artikelerna publicerats vilket innebär att enbart peer-reviewed vetenskapliga artiklar inkluderats i denna studie (Forsberg & Wengström, 2003). Databasen Ulrich periodicals directory användes för att kontrollera att tidsskrifterna som artiklarna publicerats i varit vetenskapliga tidsskrifter.

Inklusionskriterier

Artiklarna innehöll abstrakt och fanns tillgängliga i fulltext samt var skrivna på svenska eller engelska eftersom dessa var språk som författarna behärskade.

Endast information från originalartiklar publicerade i vetenskapliga primärkällor tidigast år 1999 inkluderades för att vara relevant till resultatet i studien, då aktuell forskning ökade studiens trovärdighet (Willman, Bahtsevani & Stoltz, 2011). Författarna hade inte för avsikt att begränsa informationen inom ämnet och valde därför artiklar som var upp till 12 år gamla för att få en bred överblick. Undersökningsgruppen bestod av kvinnor >19år som genomgått någon form av gynekologisk cancer och behandlats för detta. De inkluderade kvinnorna var av olika nationalitet, härkomst och kultur då författarna ville belysa skillnaderna i olika religioners livsåskådning gällande sexualitet och kroppsuppfattning.

Exklusionskriterier

Artiklar som publicerats tidigare än från år 1999 valdes bort eftersom resultatet i dessa studier skiljde sig från nyare forskning och inte bedömdes vara aktuell och trovärdig i nuläget.

Studier som inkluderat kvinnor yngre än 19 år exkluderades eftersom patientgruppens erfarenheter avseende sjukdomar inom området var låg. Av praktiska och ekonomiska skäl exkluderades även studier som inte fanns tillgängliga i fulltext online, då utbudet av artiklar med god kvalitet ansågs mer än tillräcklig.

Datainsamling

En litteratursökning genomfördes i databaserna PubMed, CINAHL och PsykInfo då dessa databaser fokuserar på medicinsk- och omvårdnadsforskning. De vetenskapliga artiklarna har sökts med hjälp av vedertagna Medical Subjects Headings (MeSH). Efter att relevanta sökord/MeSH-termer valts ut användes: *Sexuality, Neoplasms, Body image, Genital neoplasms, female, Therapeutics, Femininity*. Dessa kombinerades sedan med hjälp av den booleska söktekniken; AND, OR. Resultatet av artikelsökningar presenteras i tabell 1 och tabell 2. Efter urvalsförfarandet utfördes en omfattande granskning där artiklarna delades upp till resultatet. 15 vetenskapliga artiklar inkluderades då dessa ansågs besvara syftet. Inga manuella sökningar utfördes, då detta inte ansågs vara nödvändigt.

Tabell 1. Artikelsökning i PubMed

| Sökord | Datum | Antal träffar | Granskade abstrakts | Granskade artiklar | Inkl. artiklar |
|--|--------------|---------------|---------------------|--------------------|----------------|
| ”Sexuality” and ”Neoplasms” | 28/2 2012 | 249 | 55 | 25 | 4 |
| “Body image” and “Genital neoplasms, female” | 29/2 2012 | 35 | 15 | 10 | 1 |
| “Genital neoplasms, female” and “Sexuality” | 2/3 2012 | 124 | 37 | 12 | 6 |
| Summa: | | 528 | 127 | 50 | 11 |

Begränsningar: Publicerade från år 1999, Abstrakt tillgängligt, Engelska, vuxna + 19 år.

Tabell 2. Artikelsökning i CINAHL.

| Sökord | Datum | Antal träffar | Granskade abstrakts | Granskade artiklar | Inkl. artiklar |
|--|----------|---------------|---------------------|--------------------|----------------|
| "Sexuality" and "body image" and "genital neoplasms, female" | 9/3 2012 | 6 | 5 | 3 | 2 |
| "Treatment outcomes" and "Genital neoplasms, female" and "Sexuality" | 9/3 2012 | 4 | 1 | 1 | 1 |
| "Menopause" and "Genital neoplasms" and "Sexuality" | 9/3 2012 | 4 | 2 | 1 | 1 |
| Summa: | | 37 | 14 | 7 | 4 |

Begränsningar: Publicerade från år 1999, Abstrakt tillgängligt, Engelska, peer reviewed, vuxna +19 år.

Dataanalys

Bearbetning av artiklar började med att abstrakt vars titel överensstämde med ämnet valdes ut. Processen fortgick med att abstrakten lästes och de studier som bäst besvarade det aktuella syftet valdes ut. Fortsättningsvis bearbetades hela dessa artiklar för att se om de var lämpliga för valda inklusionskriterier och besvarade syftet i enlighet med Willman, Bahtsevani och Stoltz (2011) beskrivning.

Färgmarkeringar användes för att plocka ut det väsentliga i varje artikel, det upprättades sedan frågeställningar som användes som rubriker för att underlätta uppdelning och kategorisering av de fynd som framkommit, för att skapa ett resultat. Frågeställningarna blev sedan rubriker och underrubriker. Huvudkategorierna var "Sexualitet" och "Kroppsuppfattning". Information och stöd blev också en huvudkategori efter att ha bearbetat artiklarna, då detta ansågs oundvikligt att inkludera i resultatet då det tycktes vara en väsentlig del i många studier. Engelsk-svensk ordbok användes för att förstå och återge artiklarna på bästa sätt.

Klassificering och kvalitetsvärdering

Vetenskaplig klassificering och kvalitetsbedömning av de inkluderade artiklarna utfördes enligt Berg, Dencker., & Skärsäter, (1999); Willman, Bahtsevani., och Stoltz, (2011) bedömningsunderlag. Artiklarna presenterades sedan i en matris (bilaga II).

Reliabilitet/Tillförlitlighet

För att uppnå reliabilitet samt reproducerbarhet, då samma resultat ges vid två mättillfällen, har tillvägagångssättet och sökförfarandet redovisats noggrant. För att öka studiens tillförlitlighet inkluderades endast originalartiklar publicerade i vetenskapliga tidskrifter (Forsberg & Wengström, 2008). För att bedöma den vetenskapliga kvaliteten av utvalda artiklar kontrollerades samtliga tidskrifter i Ulrich periodicals directory.

Forskningsetiska överväganden

Enligt Helgesson (2006) finns det forskningsetiska aspekter att ta hänsyn till, och som ska ligga till grund för författarna under arbetsprocessen. I dessa forskningsetiska företeelser ingår att inte fabricera, förfälska och plagiera. Vid en forskningsöversikt är det viktigt att de studier som ingår i resultatet genomgått forskningsetiska överväganden och blivit granskade av etiska kommittéer. Samtliga artiklar som inkluderades i föreliggande studie var granskade av etiska kommittéer. Avsikten var att inte hitta på egen, kopiera, eller förvränga den data som

hanterades under arbetsprocessen enligt vetenskapsrådets riktlinjer för att bedriva en litteraturbaserad studie (Vetenskapsrådet, 2001).

RESULTAT

Resultatet kommer att presenteras i tre huvudkategorier enligt följande Sexualitet, Kroppsuppfattning samt Behov av information och stöd.

Sexualitet

Påverkan på sexualiteten

Majoriteten av kvinnorna som behandlats för gynekologisk cancer upplevde förändringar i sin vaginala anatomi och funktion. Kvinnorna uppgav någon form av begränsning eller negativ förändring av sin sexualitet jämfört med före behandlingen. Arten och svårighetsgraden skilde sig beroende på cancer, behandlingstyp och ålder (Bergmark, Avall-Lundquist, Dickman, Henningsohn & Steineck, 1999; Bukovic', Silovski, Silovski, Hojsak, Sakic' & Hrgovic', 2008; Burns, Costello, Ryan-Woolley & Davidson, 2007; Hawighorst-Knapstein, Fusshoeller, Franz, Trautmann, Schmidt, Pilch, et al. 2004; Janda, Obermair, Cella, Crandon & Trimmel, 2004; Lindau, Gavrilova & Anderson, 2007; Rasmussen & Thomé, 2008; Reis, Beji & Coskun, 2010; Serati, Salvatore, Uccella, Laterza, Cromi, Ghezzi et al. 2009; Vaz, Pinto-Neto, Conde, Costa-Paiva, Morais, Pedro & Esteves, 2011; Wilmoth, Hatmaker-Flanigan, LaLoggia & Nixon, 2011; Zeng, Li & Loke, 2011).

Burns et al., (2007) menade att gynekologisk cancer och konsekvenserna av dess behandling hade en psykosexuell påverkan och att kvinnorna i stor utsträckning drabbades i form av ångest, oro och rädsla.

Ålder

Det visade sig i Bergmark et al. (1999); Janda et al. (2004); Reis et al. (2010) studie att förändringar i livskvaliteten till följd av sexuell dysfunktion kunde variera, beroende på ålder och kulturellt ursprung.

Bergmark et al., (1999); Janda et al (2004) konstaterade att det fanns ett signifikant samband mellan ålder och kvinnor som rapporterade lidande på grund av sexuella svårigheter, då andelen kvinnor som rapporterade lidande på grund av vaginala förändringar minskade med stigande ålder. I studierna framgick att majoriteten av patienterna under 65 år beskrev sexualitet som en viktig fråga och att patienter som var under 40 år rapporterade fler svårigheter och lidande inom området.

Kulturella aspekter

I sin studie åskådliggjorde Reis et al. (2010) att kvinnorna ansåg en del av den sexuella hälsan påverkas då deras kvinnlighet och könsidentitet förändrades av gynekologisk cancer. De ansåg att fertilitet, sexualitet och moderskap har en betydande plats i kvinnorollen i det muslimska samhället och att livmodern i deras kultur är en symbol för kvinnlighet. En kvinna berättade att hon känt sig ofullständig som kvinna efter borttagande av livmoder och därför inte kunde upprätthålla en sexuellt fungerande relation med sin man. I Wilmoth et al. (2011) studie ansågs kvinnlighet vara något annat än att identifieras genom att ha en specifik kroppsdel t ex förekomst av en livmoder. Den kvinnliga sexualiteten ansågs istället vara huruvida kvinnan kände sig kvinnlig i sig själv, som sexuell individ.

Enligt Reis et al. (2010) visade det sig att de turkiska kvinnorna inte hade någon möjlighet att dela de sexuella problemen med sina män eller vårdpersonal då sexualiteten i detta samhälle fortfarande ansågs vara tabubelagd. Dessa kvinnor var därför inte försedda med hjälp och stöd och tvingades hantera problemen på egen hand.

Faktorer som påverkade sexualiteten negativt

Cancerdiagnos och behandling påverkade den sexuella funktionen och orsakade olika problem. Vaginala förändringar och oro var de faktorer som i synnerhet påverkade de drabbade kvinnornas sexualitet negativt (Burns et al., 2007; Hawighorst-Knapstein et al., 2004).

Fysiska förändringar

Förändringarna bestod av vaginal torrhet, dyspareuni eller obehag under penetration, försämrad förmåga att uppnå orgasm (Burns et al., 2007; Hawighorst-Knapstein et al., 2004), upplevelse av minskad vaginal längd och elasticitet samt minskad lubrikation och genital blodfyllnad under upphetsning (Wilmoth et al., 2011; Bergmark et al., 1999). En stor andel av kvinnorna upplevde frustration över förändringarna och dess påverkan på sexuallivet (Bergmark et al., 1999; Reis et al., 2010; Vaz et al., 2011). Andra konsekvenser som kunde upplevas som besvärande till följd av kroppens fysiska förändringar under och efter behandling var fatigue (Rasmusson & Thomé, 2008; Reis et al., 2010; Wilmoth et al., 2011; Zeng et al., 2011), och minskad libido (Burns et al., 2007; Bergmark et al., 1999; Hawighorst-Knapstein et al., 2004; Reis et al., 2010; Wilmoth et al., 2011; Zeng et al., 2011).

Enligt Greenwald och McCorkle, (2008); Grumann et al. (2001) fanns det ett signifikant samband mellan ooforektomi och kvinnors benägenhet att rapportera försämrad sexuell upphetsning, njutning och förmåga att uppnå orgasm. Detta ansågs bero på en försämring av äggstockarnas funktion. Detta kunde leda till att kvinnorna drabbades av menopausala symtom som atrofisk vaginit och värmevallningar. Vidare menar Grumann et al. (2001); Janda et al. (2004); Reis et al. (2010) att vulvektomi är en annan orsak till störd sexuell upphetsning och förmåga att uppnå orgasm, på grund av orsaker som borttagande av klitoris, stenosis och vaginit.

Ingreppen vulvektomi, bäcken exenteration, och radikal hysterektomi, har alla en benägenhet att öka den sexuella dysfunktionen då dessa är radikala ingrepp (Reis et al., 2010). Kvinnor som genomgått radikal hysterektomi hade signifikant mer problem med förkortad vagina, minskad elasticitet och ofullständiga penis penetration (Bergmark et al., 1999; Reis et al., 2010). I Serati et al. (2009) studie framkommer att både laparoskopi och laparotomi har negativ inverkan på sexualiteten men att laparoskopisk teknik vid hysterektomi upplevdes ge något skonsammare konsekvenser. Vulvektomi och bäcken exenteration kan förändra kvinnans utseende vilket kan leda till förändrad kroppsuppfattning och därmed ha en negativ inverkan på kvinnans sexualitet (Reis et al., 2010).

Strålbehandling i bäckenregionen har visat sig kunna påverka sexualiteten negativt då denna terapiform orsakar menopausala symtom såsom minskad lubrikation, vaginal torrhet, dyspareuni och värmevallningar (Burns et al., 2007; Vaz et al., 2011). Enligt Vaz et al. (2011) har kemoterapi och hormonell behandling också en tendens att kunna orsaka dessa symtom.

Övriga faktorer som kunde inverka på den sexuella hälsan rapporterades, såsom vaginal blödning (Bergmark et al., 1999; Stead et al., 1999 & Vaz et al., 2011), sjukdomsrelaterade

skäl eller för dåligt allmäntillstånd på grund av behandlingen samt inkontinens (Burns et al., 2007; Lindau et al., 2007; Stead et al., 1999).

De visade sig att kvinnornas fysiska svårigheter efter behandling kunde vara komplicerade och att de kunde leda till sexuella svårigheter i flera år efter behandlingen avslutats, då både fysisk och psykisk återhämtning kunde komma att ta lång tid (Burns et al., 2007; Hawighorst-Knapstein et al., 2004).

Psykiska faktorer- oro, ångest och rädsla

Psykiska faktorer som ångest och rädsla förekom som en begränsning av den sexuella njutningen hos många utav kvinnorna (Burns et al., 2007; Reis et al., 2010; Wilmoth et al., 2011). Kvinnorna ansåg sig vara sexuellt aktiva men att kvaliteten på sexlivet sedan diagnosen hade försämrats på grund av de psykiska och fysiska konsekvenserna samt att förändringen innebar att de inte upplevde sig som sexuella längre (Reis et al., 2010; Wilmoth et al., 2011; Zeng et al., 2011). Flera kvinnor uttryckte att de har varit ovilliga att återuppta den sexuella relationen efter behandlingen på grund av psykologisk oro relaterat till rädsla för återfall, att sjukdomen skulle förvärras, eller att sexuell aktivitet skulle försvaga styrkan av behandlingen. Ångest på grund av kroppsliga förändringar, rädsla för att sex skulle orsaka skada eller smärta (Bergmark et al., 1999; Burns et al., 2007; Reis et al., 2010; Stead et al., 1999; Zeng et al., 2011).

Bukovic' et al. (2008); Reis et al. (2010); Stead et al. (1999) och Wilmoth et al. (2011) menar att smärtsamma samlag orsakade stora psykiska bekymmer, kvinnorna uppgav att dem upplevt en stor oro över de sexuella förändringarna och en rädsla för att känna samma smärta varje gång. Denna rädsla avskräckte från att vilja ha samlag och orsakade spänning och avstånd i parrelationen. Reis et al. (2010) beskrev att den rädsla och ångest som kunde orsaka ovilja till en sexuell relation i sin tur kunde leda till uppkomst av sexuella problem som vaginism och dyspareuni. Ytterligare viktiga aspekter som visade sig ha stor påverkan var en känsla av sårbarhet, minskad självkänsla på grund av hårfall, viktuppgång och ärr samt upplevelse av vanställdhet efter kirurgi. Detta medförde att de inte upplevde sig vara sexuell längre utan istället kände sig dissekerade (Janda et al., 2004; Reis et al., 2010; Wilmoth et al., 2011; & Zeng et al., 2011). Partnerrelaterade skäl som att mannen var rädd för att de skulle göra ont på kvinnan, kunde upplevas av kvinnan som att mannen saknar intresse för sex och bidra till en sämre självkänsla (Stead et al., 1999).

Zeng et al. (2011) beskrev en annan typ av rädsla som påverkade sexlivet, då vissa män var rädda för att smittas av sjukdomen och därför undvek att initiera sexuell aktivitet. Reis et al. (2010) fann att även kvinnor kunde uppleva rädslan för att cancer skulle kunna överföras till partnern genom en sexuell relation.

Minskad libido

En annan tydlig indikation var förlust av sexuell lust, då kroppsbilden och de fysiska problemen som kvinnor upplevde påverkade libidon enligt Bergmark et al. (1999); Burns et al. (2007); Lindau et al. (2007); Reis et al. (2010); Zeng et al. (2011). Den minskade sexuella lusten kunde ha negativa konsekvenser då vissa kvinnor ansåg att tillfredställande sexuella aktiviteter var avgörande för upprätthållande av ett förhållande och annars kunde innebära spänning och påfrestningar på äktenskapet eftersom mannen troligtvis ville fortsätta att vara sexuellt aktiv (Burns et al., 2007; Lindau et al., 2007 & Reis et al., 2010). Många av kvinnorna som uppgav att de hade betydande problem som rör den sexuella funktionen

bibehöll sin sexuella relation för mannens skull och för att skydda äktenskapet (Reis et al., 2010).

Infertilitet och förändrad könsroll

Behandling som används vid gynekologisk cancer kunde ha påverkan på förmågan att kunna få barn. Att kunna få barn betraktades av många kvinnor som en del av det sexuella livet (Reis et al., 2010).

Reis et al. (2010) påpekade att majoriteten av kvinnorna i studien berördes av infertilitet och ansåg detta ha en negativ inverkan på sexualiteten och parrelationen. Enligt Bergmark et al. (1999); Grumann et al. (2001); Wilmoth et al. (2011) var det endast en minoritet som berördes, av dessa var de framförallt yngre kvinnor som ansåg infertilitet vara starkt kopplat till sexualiteten.

Faktorer som påverkade sexualiteten positivt

I studien av Wilmoth et al. (2011) nämnde några kvinnor att sexualiteten hade förbättras då mannen förhållit sig bra och anpassat sig till situationen och de sexuella förändringar som skett. Således blev även förhållandet bättre då kvinnorna fått känslomässig och sexuell bekräftelse i form av fina och kärleksfulla kommentarer och då mannen visat sexuellt intresse trots sjukdomens inverkan på kroppen. En kvinna berättade att mannen och hon hade kommit varandra närmare på grund av god kommunikation, genom att tala mycket om situationen och sexualiteten. Paret kunde då lättare hantera situationen på ett konstruktivt sätt även om bristen på sexuell aktivitet kunde upplevas frustrerande för mannen (Wilmoth et al., 2011).

Flera kvinnor upplevde att det var mycket viktigt att känna stöd av partnern under hela behandlingsperioden (Rasmusson & Thomé, 2008; Wilmoth et al., 2011). En kvinna beskrev att stödet från partnern bidragit till att de kommit varandra närmare och att partnern blivit hennes bästa vän som hon kände sig trygg med, detta innebar att hon lättare kunde hantera sjukdomssituationen (Rasmusson & Thomé, 2008).

Kroppsuppfattning

Påverkan av kroppsuppfattning

Den förändrade fysiska funktionen kunde leda till en upplevelse av minskad attraktivitet, detta påverkade inte bara kvinnans kroppsuppfattning utan även kvaliteten i parrelationen. De två faktorer som visade sig ha störst påverkan på kroppsuppfattningen var håravfall och viktuppgång (Reis et al., 2010).

Bukovic et al. (2008) fann i sin studie att majoriteten av kvinnorna hade upplevt en förändrad kroppsuppfattning. Detta påvisades även i studien av Rasmusson och Thomé (2008) vilka definierar kvinnans kroppsuppfattning som en förmåga att känna sig produktiv och känna glädje över livet. I samband med vissa behandlingar för gynekologisk cancer hotades kvinnans kroppsuppfattning på grund av både fysiska och psykiska förändringar. Kvinnans självförtroende påverkades av hur hon förhöll sig till kroppsbilden. Vid kirurgi var det vanligt att förekommande kvinnor upplevde en stark förändring i det fysiska utseendet, detta medförde även att den inre självbilden förändrades (Reis et al., 2010).

I Rasmusson och Thomé (2008) studie rapporterades att majoriteten av kvinnorna hade blivit negativt påverkade av kirurgi. En känsla av förlorad kvinnlighet bidrog till att kvinnorna inte

upplevde sig vara sensuella längre. Detta innebar påverkan på självbilden som resulterade i att de kände sig ofullständiga i sin kvinnoroll (Wilmoth et al., 2011).

Rasmusson och Thomé (2008) beskrev att några kvinnor valde att avstå från att skaffa en partner, då de förlorat sin förmåga att kunna bli moder efter behandling. Detta kunde även medföra att kvinnorna förlorade sin sexuella identitet till följd av behandling (Hawighorst-Knapstein et al., 2004).

Faktorer som påverkade kroppsuppfattningen

Fysiska förändringar

Reis et al. (2010) redogjorde för att minskat självförtroende, dålig kroppsuppfattning, förlust av den reproduktiva funktionen men även förändringar i det fysiska utseendet var vanliga problem hos kvinnor som genomgått behandling för gynekologisk cancer. Det visade sig att kirurgi, kemoterapi och strålning medförde flera negativa konsekvenser. Kirurgi var den behandlingsmetod som hade mest negativa konsekvenser. Radikal hysterektomi, ooforektomi, vulvektomi räknades som de kirurgiska ingrepp som orsakade mest fysiska förändringar. Radikal hysterektomi innebar av att kvinnan förlorade sina reproduktiva organ, vilket hade en negativ effekt på fertilitet och kroppsbild. Vulvektomi innebar borttagande av vaginan vilket medförde uppkomst av ärr, detta kunde leda till att kvinnan upplevde en försämrad kroppsligt fullständighet.

Kemoterapi och strålning i form av adjuvant terapi var andra behandlingsformer som ansågs ha inflytande på kvinnans kroppsuppfattning. Kemoterapi kunde utgöra ett hot mot kvinnans kroppsbild, då behandlingen betydde negativa konsekvenser som påverkade det fysiska utseendet (Wilmoth et al., 2011).

Hawighorst-Knapstein et al. (2004) kom fram till att det fanns en tydlig förekomst av försämrad kroppsuppfattning hos de kvinnor som fått stomier i samband med ett kirurgiskt ingrepp. Det visade sig inte vara några skillnader mellan de som hade genomgått radikal hysterektomi i jämförelse med de som hade genomgått bäcken exenteration.

En stor del av kvinnorna i Reis et al. (2010) studie berättade att de hade fått problem med sin vikt efter avslutad behandling och beskrev hur behandlingen hade inverkat negativt på deras kroppsuppfattning. Burns et al. (2007) bekräftade förekomsten av samma problem. Flera kvinnor ansåg att viktökning var ett stort problem, då detta påverkade parrelationen och minskade attraktionen mellan könen. Viktökning var ytterligare ett fynd som hade stor påverkan på kvinnors kroppsuppfattning och som framkallade oro och ångest. Detta betraktades av vissa som en mycket psykiskt påfrestande omställning som kunde leda till långvariga depressioner, medan det för andra kvinnor var lättare att acceptera (Burns et al., 2007). Viktproblematiken gjorde att flera kvinnor kände en stor press och oro över att de inte skulle fungera som vanligt i äktenskapet samt undrade i vilken utsträckning deras identitet och kroppsbild skulle påverkas (Reis et al., 2010).

Vidare betonade Reis et al. (2010) att det fortfarande fanns kvinnor i det muslimska samhället som hade en inställning om att en kvinna utan livmodern inte var en kvinna. Likaså ansågs det på landsbygden vara vanligare att kvinnor bedömdes finnas för att bära barn och att detta räknades som en väsentlig funktion hos dem.

Lymfödem var enligt Rasmusson och Thomé (2008) en av de konsekvenser kvinnor kunde få i samband med behandling. Rörelseförmågan och kroppsuppfattningen tycktes bli påverkad av detta i olika grad men påverkades även av vilket stadiet av sjukdoms- och behandlingsprocessen kvinnan befann sig i.

Psykiska faktorer

Att förlora delar av de reproduktiva könsorgan och få en försämrade sexuell funktion var aspekter som inverkar på kvinnans emotionella liv samt resulterade i sorg och smärta (Reis et al., 2010).

De olika behandlingsmetoderna hade betydande konsekvenser på kvinnans kroppsbild och självkänsla (Rasmusson & Thomé, 2008; Reis et al., 2010). En kvinna som hade opererats för endometriecancer uttryckte att hon kände sig som "en tom säck" inuti (Reis et al., 2010).

Reis et al. (2010) påtalade att radikal vulvektomi skapade rädsla och oro. Detta resulterade i ångest över att kunna bli avvissad av sin partner, men även en skada på kvinnans självförtroende. Kvinnorna visade sig oroliga för hur deras partner skulle reagera inför de kroppsliga förändringarna och var intresserade av att veta om deras uppfattning hade förändrats. I Hawighorst-Knapstein et al. (2004) framkom att en stor andel av kvinnorna som behandlats med adjuvant terapi uppvisade försämrade självförtroende och minskad känsla av attraktivitet gentemot dem som inte hade fått samma behandling.

Behov av information och stöd

Information och stöd beträffande sexualitet

Flera studier beskrev att kvinnorna med gynekologisk cancer rapporterade bristande eller ingen information av vårdpersonalen om vilka effekter cancer och behandling har på könsorgan och sexualitet. Kvinnorna hade en önskan om och ansåg att vårdgivaren bör ta initiativ till att inleda diskussioner om sexualitet samt erbjuda stöd eller råd om sexuell aktivitet (Burns et al., 2007; Lindau et al., 2007; Rasmusson et al., 2008; Stead et al., 1999; Wilmoth et al., 2011), detta med förutsättning att vårdpersonalen hade behörighet och denna kompetens (Rasmusson et al., 2008).

Wilmoth et al., (2011) beskrev att det kunde vara svårt för kvinnorna att få mod att ta upp ämnet sexualitet då det var svårt att veta vad de behövde för information om förändringar och vad som var viktigt att tänka på. Patienterna ville ha mer information om biverkningar och vilka förändringar som kunde förväntas av behandling, varför samt hur förändringarna kunde hanteras fysiskt och psykiskt. Det ansågs även vara en god idé att männen till de drabbade kvinnorna skulle få samma information om de kroppsliga förändringar som sker och hur de kunde påverka kvinnan (Rasmusson et al., 2008). För att minimera risken för negativa effekter på parrelationen och borde fortgå under hela processen från diagnos, innan operationen och vid uppföljningsbesök efter behandling (Janda et al., 2004; Rasmusson et al., 2008; Wilmoth et al., 2011).

I studien av Janda et al., (2004) nämnde en kvinna att det kan vara viktigt och till hjälp för patienter med gynekologisk cancer att någon nämner alla de saker man fortfarande kunde göra, såsom kramar och annan intimitet, även om samlag inte var möjlig.

Bukovic' et al. (2008); Greenwald et al. (2008); Lindau et al. (2007) fann att majoriteten av kvinnorna ansåg sexlivet extremt betydelsefullt och att sexuell tillfredställelse var en viktig del för att känna tillfredställelse med livet. En stor andel av kvinnorna med gynekologisk cancer rapporterade mycket lidande på grund av den minskade frekvensen av samlag (Bergmark et al., 1999).

Enligt Wilmoth et al. (2011) uttryckte kvinnorna stor frustration av att ämnet sexualitet aldrig togs upp av läkare eller sjuksköterska. En kvinna upplevde stor oro över de sexuella förändringarna eftersom hon misstänkte att de var slutet av hennes sexualitet. En annan kvinna med sexuella förändringar och minskat intresse för sex trodde att de var en naturlig följd av behandlingen och att de inte gick att göra något åt. Lindau et al. (2007) betonade att risken för en komplicerad sexuell sjuklighet var betydligt högre för de kvinnor som rapporterat att de inte haft samtal med en läkare om de sexuella effekterna av cancer och behandling.

Information och stöd beträffande kroppsliga förändringar

Flera studier uppmärksammade att kvinnor även hade ett behov av information om hur de olika behandlingsmetoderna kunde påverka kvinnans kroppsuppfattning. Några kvinnor gav uttryck åt sitt missnöje över att de hade fått för lite information eller att de inte hade fått någon information alls (Burns et al., 2007); Rasmusson & Thomé, 2008).

Burns et al. (2007) nämnde vidare i sin studie att kvinnorna tyckte att det var nödvändigt att få information samt att kunna få prata om vilka kroppsliga förändringar som kunde uppstå i samband med gynekologisk cancer. Kvinnorna påpekade att de ville ha information om vad som kunde förväntas av sjukdomen, tillgängliga behandlingsmetoder, och eventuella konsekvenser. Detta ansågs vara viktigt för att de skulle kunna förbereda sig mentalt.

Flera kvinnor uppgav att de inte kände sig tillräckligt förberedda på vad de olika behandlingsmetoderna skulle innebära i deras liv. Kvinnorna uttryckte en stark önskan om att få detaljerad information om anatomiska, fysiska och psykiska förändringar. De uttryckte även att detta var en grundläggande förutsättning för att få en överblick av hur deras kropp och reproduktiva könsorgan skulle se ut och i vilken omfattning de skulle förändras (Burns et al., 2007). En kvinna hade önskemål om att få veta hur hennes slida skulle förändras och om hon skulle ha möjlighet att upprätthålla ett sexuellt fungerande liv efter behandling (Rasmusson & Thomé, 2008).

Enligt Rasmusson och Thomé (2008) hade några kvinnor tankar och funderingar angående cancerspridning. Flera kvinnor redogjorde för att de var rädda för att börja blöda från livmodern och att denna blödning skulle sprida vidare cancer till äggstockarna och till andra ställen i kroppen. Vidare uppvisade dem även oro och negativa tankar på grund av smärtan efter behandling. Brist på information om vilka konsekvenser som behandling mot gynekologisk cancer medför upptäcktes hos kvinnorna. Detta bekräftades av ett exempel där en kvinna beskrev hur besvärligt det kändes att genomgå de konsekvenser som uppstår i samband med att kvinnan tvingats in i klimakteriet som en biverkning av kemoterapi.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Enligt Friberg (2006) kan syftet med en litteraturbaserad studie vara att skapa en översikt av forskningsresultat inom ett specifikt kunskapsområde. Därför ansågs denna metod lämplig för att få en kunskapsöversikt om hur gynekologisk cancer kan påverka sexualitet och kroppsuppfattning. Andra metoder såsom intervjuer och frågeformulär bedömdes inte lämpa sig för denna studie, då sexualitet är ett känsligt ämne att närma sig, och vi anser att det krävs en viss erfarenhet och kompetens för att bemöta dessa informanter. Då vi anser att vi inte har denna behörighet och är tillräckligt kunniga inom ämnet, avstår vi från att genomföra en kvalitativ eller kvantitativ studie.

Studierna som valdes ut för att besvara syftet var kvalitativa, kvantitativa eller en kombination av dem båda. De kvalitativa studierna gav en målande bild av kvinnornas upplevelser och erfarenheter, vilket gav en större förståelse för fenomenet (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Det som möjligen kunde vara en nackdel med denna typ av studie var att resultaten inte kunde generaliseras och tillämpas på en större patientgrupp (Forsberg & Wengström, 2008). Detta eftersom varje individ beskrev sin subjektiva upplevelse som kunde skilja sig från andra individers uppfattning.

De kvantitativa studierna med frågeformulär innehöll förutbestämda frågor och skalor formulerade av författarna för att undvika förutfattade meningar som skulle kunna påverka resultatet (Forsberg & Wengström, 2008). Detta innebar att svaren kunde bli begränsade och att vissa frågor kunde upplevas mer relevanta än andra för att besvara syftet. Det krävdes stor metodkunskap för att kunna identifiera artiklarnas metod i matrisen samt bedöma artiklarnas kvalitet enligt Berg, Dencker., & Skärsäter, (1999); Willman, Bahtsevani., & Stoltz, (2011) bedömningsunderlag.

Litteratursökningen genomfördes i databaserna PubMed och CINAHL då dessa databaser fokuserar på medicinsk- och omvårdnadsforskning. Flera av de artiklar som valdes ut från PubMed återfanns sedan vid sökningar i CINAHL, vilket begränsade utbudet av artiklar i denna databas. PubMed har ett stort utbud artiklar av medicinsk- och omvårdnads forskning och uppdateras frekvent med nya studier. CINAHL riktar sig främst på omvårdnadsforskning (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011) och eftersom ämnet fokuserar på konsekvenser av medicinska sjukdomar fanns därför ett större utbud av relevanta artiklar i PubMed än i CINAHL. Identifikationsnumret (PMID) på varje artikel gjorde det enklare att återkomma till artikeln.

De initiala sökorden fick anpassas efter de olika databasernas urval av MeSH-termer, ”gynekologisk cancer” återfanns till exempel som ”genital neoplasms, female”. Sammansättningar av sökord varierades med sökord anpassade för att besvara de syfte som formulerats. Efter att relevanta sökord använts upplevdes det inte som ett problem att hitta artiklar och studier som motsvarade syftet, då det fanns ett stort utbud av ny forskning.

Artiklarna som granskats och inkluderats i denna studie är gjorda i olika delar av världen; Australien, Brasilien, Italien, Kina, Kroatien, Storbritannien, Sverige, Turkiet, Tyskland, USA. Detta ansågs ge ett större perspektiv på hur kvinnor av olika kulturer och religioner upplevde sexualitet och kroppsuppfattning efter att de genomgått gynekologisk cancer. Vilket visade sig innebära stora skillnader vad gäller både normer och värderingar.

Då artiklarna valts ut påträffas två artiklar från Sverige med samma författare men med olika publikations år och titel, vid närmare genomgång upptäckts att det är samma resultat i de båda artiklarna samt urval av patienter och antal deltagare. Vid ytterligare efterforskning framkom att den ena artikeln var en review från läkartidningen. Detta trots att båda tidskrifterna kontrollerats i Ulrich periodicals directory.

Studierna hade olika syften och fokuserade på olika typer av gynekologisk cancer och folkgrupper, vilket resulterade i ett omfattande resultat vid sammanställning. Resultatet skildrade en bredd av olika perspektiv. Vid senare eftertanke kunde syftet begränsats till att fokusera på en gynekologisk cancerform för att inte resultatet skulle upplevas spretigt.

Det framkom i flera studier att information och stöd påverkade kvinnors sätt att hantera konsekvenserna av behandling. Kvinnorna ansåg information och stöd vara viktigt för både psykiskt och fysiskt välbefinnande samt återhämtning. Information och stöd ansågs oundvikligt att inkludera i resultatet då det tycktes vara en väsentlig del i många studier. Eftersom detta ursprungligen inte ingått i syftet blev det nödvändigt att utöka syftet då denna aspekt var av stor betydelse och värd att belysas. Genom att bristen på information och stöd belyses kan detta bidra till ny värdefull kunskap i omvårdnadsarbetet samt hur patientens individuella behov lättare kan tillgodoses.

Resultatdiskussion

Påverkan på sexualitet

Ett betydande fynd som presenterades i resultatet var att effekten av gynekologisk cancer och behandling hade stor inverkan på en kvinnas liv samt påverkade sexualiteten negativt i olika grad. Det behövde inte nödvändigtvis betyda att dessa kvinnor saknade sexuellt intresse trots de sexuella svårigheter som förelåg. Vaginala förändringar och oro har visat sig vara de parametrar som främst påverkade kvinnornas sexualitet. Kvinnorna upplevde att de kroppsliga förändringarna kunde leda till både fysiska och psykiska konsekvenser. Förändringarna kunde bestå av vaginal torrhet, dyspareuni, minskad libido och försämrad förmåga att uppnå orgasm. Detta till följd av oro, rädsla och ångest över hur dessa konsekvenser skulle komma att påverka sexuallivet, förmågan att uppnå sexuell njutning och parrelationen.

De visade sig att kvinnornas fysiska svårigheter kunde vara så komplicerade att de ledde till sexuella svårigheter i flera år efter behandlingen avslutats (Burns et al., 2007; Hawighorst-Knapstein et al., 2004). Då både fysisk och psykisk återhämtning kunde komma att ta lång tid (Burns et al., 2007; Hawighorst-Knapstein et al 2004).

Kulturella aspekter

Det visade sig i studier att synen på sexualitet och tankar kring kvinnlighet skilde sig mellan olika samhällen. Muslimska kvinnor beskriver livmodern som en symbol för kvinnlighet och starkt förknippat med sexualitet medan Wilmoth et al., (2011) uttrycker:

”Sexuality is how you think of yourself as a female, a sexual being, and within yourself rather than being identified by having a specific body part e.g., presence of a uterus”

(Wilmoth et al., 2011, s.704).

Ålder

Konsekvensernas betydelse kunde påverka kvinnornas sexuella liv och kroppsbild i olika grad beroende på ålder, kultur och livssituation. Sexualitet är ett stort begrepp som kan ha olika omfattande betydelse för olika grupper, och eftersom gynekologisk cancer framförallt drabbar äldre kvinnor har urvalet kvinnor i studierna i genomsnitt passerat åldern för barnafödande. Det var framförallt äldre kvinnors problem som belystes, vilket inte ansågs kunna appliceras på den yngre patientgruppen då de förmodligen upplevde andra svårigheter än de äldre kvinnorna, exempelvis med infertilitet.

Det visade sig i flera studier att förändringar i livskvaliteten för kvinnor som drabbats av gynekologisk cancer kunde variera, beroende på ålder och kulturellt ursprung (Bergmark et al., 1999; Fitch et al., 2000; Janda et al., 2004; Reis et al., 2010). Bergmark et al (1999) beskrev att andelen kvinnor som rapporterade lidande på grund av vaginala förändringar och sexuell problematik minskade med stigande ålder. I Janda et al (2004) studie framgick att patienterna under 65 år beskrev sexualitet som en viktig fråga och rapporterade fler svårigheter inom området. Detta tyder på att det fanns ett samband mellan ålder och hur kvinnor värderade vikten av sexualitet och sexuella problem.

Påverkan på kroppsuppfattning

I resultatet framkom att faktorer som håravfall och viktuppgång hade stor påverkan på kvinnors kroppsuppfattning. De fysiska förändringarna som kvinnan upplevde till följd av konsekvenserna efter behandling inverkade inte bara på kroppsbilden utan även på kvaliteten i parrelationen.

Bukovic et al. (2008); Reis et al. (2010) fann i sin studie att de flesta kvinnorna hade upplevt någon förändring på kroppsbilden efter behandling. Reis et al. (2010) menade att det inte bara var det fysiska utseendet som förändrades, utan att även den inre självbilden kunde påverkas av kirurgiska ingrepp. Båda studier bekräftar varandra och lyfter upp hur kroppsbilden blev påverkad efter att de genomgått behandling. Reis et. (2010) studie innehåller kvalitativa intervjuer och fokuserar på kvinnors erfarenheter efter behandling. Denna studie tycktes bidra med mest information då kvalitativ data möjliggjorde en tolkning av kvinnans egen kroppsuppfattning och utseende. Medan Bukovic et al. (2008) fokuserar på kvantitativ data och detta inte ansågs beskriva kvinnors upplevelser i samma grad som Reis et al. (2010) studie gjorde.

Ytterligare ett fynd i resultatet var att några kvinnor avstod från att skaffa partner som ett resultat av förlorad fertilitet. Det framgick även att borttagande av de reproduktiva organen orsakade stor sorg hos kvinnorna. Detta bekräftades i Rasmusson & Thomé (2008) och Hawighorst et al. (2004) studie, där en avsaknad av de reproduktiva organen innebar psykisk smärta hos kvinnorna. Detta fynd tycktes inte vara överraskande då kvinnan kan se sina reproduktiva organ som en del av sin sexuella identitet.

Faktorer som påverkade kroppsuppfattningen

Fysiska förändringar

Ett stort huvudfynd i resultatet var minskat självförtroende, fysiska förändringar och infertilitet som ledde till negativ kroppsuppfattning. Kirurgi, kemoterapi och strålning visade sig ha en negativ inverkan på kvinnans kroppsbild, då dessa ingrepp kunde medföra infertilitet.

Håravfall och viktökning i samband med pågående eller avslutad behandling blev påtagliga fynd i resultatet då de visade sig ha stort inflytande på kvinnans kroppsbild. Kvinnorna drabbades av håravfall efter kemoterapi vilket kunde leda till att kvinnorna upplevde en försämrad kroppsligt fullständighet då de ansåg sig vara mindre attraktiva i detta skede. Wilmoth et al. (2011) redovisade liknande resultat då håravfall presenterades som en betydande konsekvens och påverkade kvinnans kroppsbild i stor grad.

Viktökning framstod i resultatet som en av de två faktorer som hade mest negativa effekter på kvinnans kroppsbild. Både ny och tidigare forskning konstaterade detta då det visade sig att flera kvinnor gått upp i vikt i samband med kemoterapi. Både Reis et al. (2010) och Burns et al. (2007) studie styrkte att viktökning bedömdes vara den främsta problematiken hos kvinnorna. Viktökning hade inte bara negativ effekt på kvinnans kroppsbild utan även på parrelationen. Detta ansågs vara ett förväntat resultat då de flesta kvinnor sätter stort värde på sitt utseende.

I Reis et al. (2010) studie framkom att de på landsbygden i det muslimska samhället betraktar kvinnor som gjorda för att föda barn, detta upplevs som överraskande då den synen skiljer sig mot synen på kvinnor som finns i många andra europeiska länder.

Psykiska förändringar

Förlust av reproduktiva organ och förändrad sexuell funktion visade sig ha en negativ inverkan på kvinnans emotionella liv och resulterade i sorg och smärta hos kvinnorna.

Oro och rädsla uppenbarades hos kvinnorna i samband med de olika behandlingsformerna. Rädslan över att bli avvissad av sin partner och ångest över hur deras partner skulle reagera och hantera de anatomiska och fysiologiska förändringarna var ett tydligt fynd i resultatet (Reis et al. 2010).

Reitan et al. (2003) beskriver att kvinnans självbild kan skadas i samband med att hon förlorar livmodern samt att detta utgör ett hot mot kvinnans känsla av attraktivitet gentemot sin partner. Detta bekräftas av Reis et al. (2010) då resultatet stämde väl överens med litteraturen angående hur värdefulla de reproduktiva organen var för kvinnorna samt vilken betydelse dessa organ hade för äktenskapet.

Ett positivt och förvånansvärt fynd som framkom i resultatet var att en kvinna enbart erfarit positiva upplevelser efter borttagandet av livmodern. Kvinnan i studien betonade hur lycklig hon känt sig efter behandlingen (Rasmusson et al., 2008). Detta bevisar att gynekologisk cancer och dess behandling inte nödvändigtvis behöver upplevas negativ utan även kan vara en förutsättning för att vissa kvinnor skall må bra.

I de flesta studier uppkom negativa förändringar på kroppsuppfattningen hos kvinnorna. Dock hade en studie tagit upp både positiva och negativa upplevelser på kroppsbilden. Rasmusson och Thomé (2008) belyste i deras studie hur en kvinna som hade tagit bort sin livmoder uttryckte sin erfarenhet på följande sätt:

“I felt so free, a relief, it was something that obviously should have been removed a long time ago.”

(Rasmusson & Thomé, 2008, s.213).

Behov av information och stöd

Information och stöd beträffande sexualitet

En annan viktig observation var den bristfälliga information av behörig vårdpersonal om vad gynekologisk cancer och behandling kan ha för konsekvenser på sexualiteten. Detta upplevdes av kvinnorna som ett stort problem, då de hade ett stort behov av information om biverkningar och vilka förändringar som kan förväntas efter behandling samt hur dessa förändringar kan hanteras (Janda et al., 2004; Rasmusson et al., 2008; Wilmoth et al., 2011). Kvinnorna ansåg även att sjukvården bör erbjuda råd och stöd kring sexuallivet (Burns et al., 2007; Lindau et al., 2007; Rasmusson, & Thomé, 2008; Stead et al., 1999; Wilmoth et al., 2011). De betonade även vikten av att männen fick vara med och ta del av denna information för att få en ökad förståelse för kvinnans situation (Rasmusson, & Thomé, 2008).

Bristen på information visade sig påverka kvinnornas sätt att hantera sexualiteten efter att ha genomgått gynekologisk cancer, det orsakade ångest, oro och rädsla över hur det skulle påverka framtiden.

Vikten av att få information om detta styrks i Lindau et al. (2007) studie då de betonade att risken för komplicerad sexuell sjuklighet var betydligt högre för kvinnor som rapporterade att de inte haft samtal med en läkare och fått information om de sexuella effekterna av cancer och behandling.

Enligt Reis et al. (2008); Zeng et al. (2011) kunde bristen på kunskap även leda till missförstånd och problem i parrelationen, då vissa kvinnor och män kunde uppleva rädsla för att cancer skulle överföras till mannen under sexuellt umgänge.

Förvånansvärt att sexualitet inte är ett integrerat samtalsämne i alla samhällen inom vården då sexualitet har så stor betydelse för livskvaliteten hos många människor. Sexualitet beskrivs vara tabubelagt och svårt att ta upp i vissa samhällen. All väsentlig information om ämnen som kan påverka välmående och har stor betydelse för livskvalitet borde vara centrala delar i professionell sjukvård av patienter med svåra sjukdomstillstånd.

Information och stöd beträffande kroppsliga förändringar

Konkret och djupgående information om vilka anatomiska och fysiologiska förändringar samt hur konsekvenserna av behandlingen skulle kunna inskränka på kroppsbilden, framstod som kvinnans primära önskemål.

“To wake in the night being wet through with sweat, feels really tough when one is only 36. Someone could have prepared me for this. When I asked, the doctor just said, you will see what will happen!”

(Rasmusson & Thomé, 2008, s.214).

Kvinnornas tankar om cancerspridning följdes av ständig oro om hur deras partner skulle reagera inför de kroppsliga förändringarna var ytterligare ett fynd i resultatet.

Slutsats

Det råder ingen tvekan om att gynekologisk cancer och behandling har stor inverkan på en kvinnas liv. Det visade sig att sexualitet och kroppsuppfattning är viktiga delar av en kvinnas

identitet och starkt förknippade med livskvalitet. Majoriteten av kvinnorna upplevde att behandling medförde både psykiska och fysiska konsekvenser på sexualitet samt kroppsuppfattning. Konsekvenserna kunde yttra sig i form av anatomiska förändringar vilket kunde leda till fysiska biverkningar och psykisk ohälsa. Konsekvensernas betydelse kunde påverka kvinnornas sexuella liv och kroppsbild i olika grad beroende på ålder, kultur och livssituation. Ett fåtal kvinnor uttryckte att gynekologisk cancer inte hade någon negativ inverkan. Vissa kvinnor ansåg att behandlingen bidragit till att de kommit sin partner närmare.

Sexualitet är ett komplext och tabubelagt ämne som kan vara svårt att närma sig. Det ligger i sjuksköterskans roll att informera och stödja kvinnorna i denna situation. Majoriteten av kvinnorna uttryckte att informationen var bristfällig och hade en önskan om att information och stöd skulle vara integrerade delar av behandlingen. De ansåg även att mannen borde ta del av informationen då detta skulle öka förståelsen och delaktigheten. Brist på kunskap och information hos kvinnorna kunde leda till att konsekvenserna resulterade i traumatiska upplevelser.

I dagsläget är information och sexuell rådgivning bristfällig och många kvinnor får ingen information alls. I sjuksköterskans omvårdnadsarbete skall patienten vara i fokus och vara delaktig i beslut kring sin egen vård. Många kvinnor känner sig inte delaktiga då de inte får någon patientanpassad information. Detta leder till okunskap och funderingar som väcker oro och rädsla samt missuppfattningar och orealistiska förväntningar.

Förslag på vidare forskning

Det finns ett stort utbud av forskning kring gynekologisk cancer och konsekvenser av dess behandling, i majoriteten av studierna belyses kvinnornas upplevelser av bristfällig information. Dock verkar vårdpersonalen ha okunskap om vad denna information kan ha för betydelse för den enskilda kvinnan.

Både sjukdom och behandlingskonsekvenser kan ha inverkan på den drabbade kvinnans liv på olika sätt, men framförallt på sexualitet och kroppsuppfattning. Kunskap om betydelse av undervisning, kommunikation och information är viktigt för att sjukvården skall kunna tillgodose kvinnors behov av information. Detta kan vara av värdefull kunskap i omvårdnadsarbetet och därför värt att belysas i kommande studier.

REFERENSER

Almås, H. (Red.). (2009). *Klinisk Omvårdnad: del 2*. Stockholm: Liber AB.

American Cancer Society (2012). Hämtad den 19 mars 2012 från:

<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-031941.pdf>

American Cancer Society (2012). Hämtad den 20 mars 2012 från:

<http://www.cancer.org/Treatment/TreatmentsandSideEffects/TreatmentTypes/Chemotherapy/index>

Arora, V., & Quinn, M. A. (2012). Endometrial cancer. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 26(3), 311-324.

Audette, C., & Waterman, J. (2010). The sexual health of women after gynecologic malignancy. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 55(4), 357-362.

Barton, D., Wilwerding, M., Carpenter, L., & Loprinzi, C. (2004). Libido as part of sexuality in female cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 31(3), 599-607.

Bergmark, K. (2002). Sexual dysfunction and other distressful symptoms in Cervical Cancer Survivors. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 81(5), 443-450.

Bergmark, K., & Avall-Lundqvist, E. (2000). Sexualitet efter behandling av gynekologisk cancer. B. Sorbe., & B. Frankendal (Red.), *Gynekologisk onkologi* (ss. 385-393). Lund: Studentlitteratur.

Bergmark, K., Avall-Lundquist, E., Dickman, P. W., Henningsohn., & Steineck, G. (1999). Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *Nursing English Journal Medicine*:340(18), 1383-1389.

Bodurka, D. C., & Sun, C. C. (2006). Sexual function after gynecologic cancer. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 33(4), 621-630.

Boman, K. (2000). Cytostatikabehandling vid gynekologisk cancer. B. Sorbe., & B. Frankendal (Red.), *Gynekologisk onkologi* (ss. 111-128). Lund: Studentlitteratur.

Borg, T. (2003). Sexualitet. A. M. Reitan., & T. K. Schöldberg (Red.), *Onkologisk omvårdnad: Patient, problem, åtgärd* (ss.81-87). Stockholm: Liber.

Borgfeldt, C., Åberg, A., Anderberg, E., & Andersson, U. B. (2010) *Obstetrik och Gynekologi*. Lund: Studentlitteratur.

Breedlove, G., & Busenhardt, C. (2005). Screening and detection of ovarian cancer. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 50, 51-54.

Browall, M., Carlsson, M., & Horvath, G. G. (2004). Information needs of women with recently diagnosed ovarian cancer -a longitudinal study. *European Journal of Oncology Nursing*, 8(3) 200-210.

Bukovic', D., Silovski, H., Silovski, T., Hojsak, I., Sakic', K., & Hrgovic', Z. (2008). Sexually functioning and body image of patients treated for ovarian cancer. *Sexuality and Disability*, 26(2), 63-73.

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

Cancerfonden (2012a). Hämtat den 10 mars 2012 från:
<http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Cancersjukdomar/Aggstockscancer>

Cancerfonden (2012b). Hämtad de 15 mars 2012 från:
<http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Cancersjukdomar/Livmoderkroppscancer>

Cancerfonden (2012c). Hämtad den 20 mars 2012 från:
<http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Undersokningar-och-behandlingar/Behandlingar/Cytostatikabehandling/>

Cancerfonden (2012d). Hämtad den 21 mars 2012 från:
<http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Undersokningar-och-behandlingar/Behandlingar/Operation/>

Cancerfonden (2012e). Hämtad den 21 mars 2012 från:
<http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Undersokningar-och-behandlingar/Behandlingar/Hormonbehandling/>

Cancerfondsrapporten 2009. Hämtad den 2 april 2012 från:
<http://www.cancerfonden.se/sv/Om-Cancerfonden/Press/Pressmappar/Cancerfondsrapporten-2009/>

Cleary, V., Hegarty, J., & McCarthy, G. (2011). Sexuality in Irish women with gynecologic cancer. *Oncology Nursing Forum*, 38(2), 87-96.

Edwards, W. M., & Coleman, E. (2004). Defining sexual health: a descriptive overview. *Archives of Sexual Behavior*, 33(3), 189-195.

Ekwall, E., Ternstedt, B. M., & Sorbe, B. (2003). Important aspects of health care for women with gynecological cancer. *Oncology Nursing Forum*, 30(2), 313-319.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Frankendal, B. (2000). Vulvacancer. B. Sorbe., & B. Frankendal (Red.), *Gynekologisk onkologi* (ss. 333-345). Lund: Studentlitteratur.

- Friberg, F. (red). (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Ghaderi, A., & Parling, T. (2009). *Lev med din kropp: Om acceptans och självkänsla*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Gillbert, E., Ussher, J. M., & Perz, J. (2011). Sexuality after gynaecology cancer: a review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. *Maturitas*, 70(1), 42-57.
- Gjertsen, T. (2003). Omvårdnad vid bröstcancer: Lymfödem. Reitan, A. M., & Schölberg, T. K. (Red.), *Onkologisk omvårdnad: Patient, problem, åtgärd* (ss. 321-322). Stockholm: Liber.
- Greenwald, H. P., & McCorkle, R. (2008). Sexuality and sexual function in long-term survivors of cervical cancer. *Journal of Women's Health*, 17(6), 955-962.
- Greimel, E. R., Winter, R., Kapp, K. S., & Haas, J. (2009). Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study. *Psycho Oncology*, 18(5), 476-482.
- Grumann, M., Robertson, R., Hacker, N. F., & Sommer, G. (2001). Sexual functioning in patients following radical hysterectomy for stage IB cancer of the cervix. *International Journal of Gynecological Cancer: Official Journal of the International Gynecological Cancer Society*, 11(5), 372-380.
- Hamberger, B., & Haglund, U. (Red). (2009). *Kirurgi*. Stockholm: Liber.
- Hawighorst-Knapstein, S., Fuschhoeller, C., Franz, C., Trautmann, K., Schmidt, M., Pilch, H., Schoenefuss, G., Knapstein, P. G., Koelbl, H., Kelleher, D. K., & Vaupel, P. (2004). The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image results of a prospective longitudinal 10-year study. *Gynecologic Oncology*, 94, 398-403.
- Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik för medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Hulter, B. (2004). *Sexualitet och hälsa: begränsningar och möjligheter*. Lund: Studentlitteratur.
- Hulter, B. (2009). Sexualitet. A. K. Edberg., & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (ss.677- 709). Lund: Studentlitteratur.
- Högberg, T., Sorbe, B., & Lundqvist, E. (2008). Gynekologisk onkologi. Ringborg, U., Dialanis, T., & Henriksson, R. (Red.), *Onkologi* (ss.488- 533). Stockholm: Liber.
- Janda, M., Obermair, A., Cella, D., Crandon, A. J., & Trimmel, M. (2004). Vulvar cancer patients quality of life: a qualitative assessment. *International journal of gynecological cancer: Official Journal of the International Gynecological Cancer Society*, 14(5), 875-881.
- Janicek, M. F., & Averette, H. E. (2001). Cervical cancer: prevention, diagnosis, and therapeutics. *CA: a cancer journal for clinicians*, 51(2), 92-114.

Jefferies, H., & Clifford, C. (2011). Aloneness: the lived experience of women with cancer of the vulva. *European Journal of cancer care*, 20(6), 738-746.

Jensen, P.T., Groenvold, M., Klee, M.C., Thranov, I., Petersen, M.A., & Machin, D. (2004). Early stage cervical carcinoma, radical hysterectomy, and sexual function. A longitudinal study. *Cancer*. 100(1) 97-106.

Jetne, V. (2003). Strålbehandling. A. M. Reitan., & T. K. Schölberg (Red.), *Onkologisk omvårdnad: Patient, problem, åtgärd* (ss. 293-309). Stockholm: Liber.

Johnson, N., Miles, T. P., & Cornes, P. (2010). Dilating the vagina to prevent damage from radiotherapy: systematic review of the literature. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 117(5), 522-531.

Koldjeski, D., Kirkpatrick, M. K., Swanson, M., Everett, L., & Brown, S. (2003). Ovarian cancer: Early symptom Patterns. *Oncology Nursing Forum*, 30(6), 927-933.

Kristensen, G. (2003). Cancer i de kvinnliga könsorganen. A.M. Reitan., & T.K. Schöldberg (Red.), *Onkologisk omvårdnad: Patient, problem, åtgärd* (ss.378-389). Stockholm: Liber.

Lammers, S., Schaefer, M. K., Ladd, E. C., & Echenberg, R. (2000). Caring for women living with ovarian cancer: recommendations for advanced practice nurses. *Journal of Obstetric Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 29(6), 567-537.

Lee, N.K. (2011). Adjuvant treatment of advanced –stage endometrial cancer. *Clinical obstetrics and gynecology*, 54(2), 256-265.

Lindau, S. T., Gavrilova, N., & Anderson, D. (2007). Sexual morbidity in very long term survivors of vaginal and cervical cancer: a comparison to national norms. *Gynecologic Oncology*, 106, 413-418.

Marnitz, S., & Köhler, C. (2012). Current therapy of patients with endometrial carcinoma. *Strahlentherapieund Onkologie*, 188(1), 12-20.

Nome, O. (2003). Allmän onkologi. Reitan, A. M., & Schölberg, T. K. (Red.), *Onkologisk omvårdnad: Patient, problem, åtgärd* (ss. 267-292). Stockholm: Liber.

Rasmusson, E. M., & Thomé, B. (2008). Women´s wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connecting with gynecological cancer disease. *Sexuality and 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: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 14(2), 137-146.

Reitan, A. M., & Schölberg. T. (Red.). (2003). *Onkologisk omvårdnad: Patient, problem, åtgärd*. Stockholm: Liber.

Ridderheim, M. (2000). Strålbehandling vid gynekologisk cancer. Sorbe, B., & Frankendal, B. (Red.), *Gynekologisk onkologi* (ss. 129-154). Lund: Studentlitteratur.

Riksförbundet för sexuell upplysning [RFSU]. *WHO: s definition av sexualitet*. Hämtad den 17 mars 2012 från: <http://www.rfsu.se/sv/Sex--relationer/>

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

Robova, H., Halaska, M., Pluta, M., Skapa, P., Strnad, P., Lisy, J., & Rob, L. (2010). The role of neoadjuvant chemotherapy and surgery in cervical cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*, 20(11), 42-46.

Ryan, M., Stainton, M. C., Jaconelli, C., Watts, S., MacKenzie, P., & Mansberg, T. (2003). The experience of lower limb lymphedema for women after treatment for gynecologic cancer. *Oncology Nursing Forum*, 30(3), 417-423.

Schöldberg, T. K. (2003). Förändrad kroppsbild. Reitan, A.M., & Schöldberg, T. K. (Red.), *Onkologisk omvårdnad: Patient, problem, åtgärd* (ss.88- 97). Stockholm: Liber.

Sele, E. C. (2003). Omvårdnad vid cancer i de kvinnliga könsorganen. Reitan, A. M., & Schöldberg, T. K. (Red.), *Onkologisk omvårdnad: Patient, problem, åtgärd* (ss. 390-396). Stockholm: Liber.

Serati, M., Salvatore, S., Uccella, S., Laterza, R. M., Cromi, A., Ghezzi, F., & Bolis, P. (2009). Sexual function after radical hysterectomy for early-stage cervical cancer: is there a difference between laparoscopy and laparotomy? *The Journal of Sexual Medicine*, 6, 2516-2522.

Sharma, D. N. (2012). Radiation in vulvar cancer. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 24(1), 24-30.

Sorbe, B., & Frankendal, B. (2000). *Gynekologisk onkologi*. Lund: Studentlitteratur.

Southard, N. Z., & Keller, J. (2009). The importance of assessing sexuality: a patient perspective. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 213-217.

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.

Stead, M. L., Crocombe, W. D., Fallowfield, L. J., Selby, P., Perren, T. J., Gary, R., & Brown, J. M. (1999). Sexual activity questionnaires in clinical trials: acceptability to patients with gynaecological disorders. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 106, 50-54.

Stilos, K., Doyle, C., & Daines, P. (2008). Addressing the sexual health needs of patients with gynecologic cancers. *Clinical journal of oncology nursing*, 12(3), 457-463.

Sueblinvong, T., & Carney, M. E. (2009). Current understanding of risk factors for ovarian cancer. *Current treatment options in oncology*, 10(1-2), 67-81.

Thompson, J. K., & Heinberg, L. J. (2002). The Media's Influence on Body Image Disturbance and Eating Disorders: We've Reviled Them, Now Can We Rehabilitate Them? *Journal of Social Issues*, 55(2), 339-353.

Tinelli, A., Malvasi, A., Leo, G., Vergara, D., Pisano, M., Ciccarese, M., Chiuri, V. E., & LoRusso, V. (2010). Hereditary ovarian cancers: from BRCA mutations to clinical management. A modern appraisal. *Cancer metastasis reviews*, 29(2), 339-350.

Varre, P. (2003). Problem vid strålbehandling. Reitan, A. M., & Schölberg, T. K. (Red.), *Onkologisk omvårdnad: Patient, problem, åtgärd* (ss. 105-112). Stockholm: Liber.

Varre, P. (2003). Problem vid cytostatikabehandling. Reitan, A. M., & Schölberg, T. K. (Red.), *Onkologisk omvårdnad: Patient, problem, åtgärd* (ss. 113-121). Stockholm: Liber.

Vaz, A. F., Pinto-Neto, A. M., Conde, D. M., Costa-Paiva L., Morais, S. S., Pedro, A. O., & Esteves, S. B. (2011). Quality of life and menopausal and sexual symptoms in gynecologic cancer survivors: a cohort study. *Menopause (New York, N.Y.)*, 18(6), 662-669.

Vetenskapsrådet. (2001). Riktlinjer för god medicinsk forskning. Stockholm: Vetenskapsrådet.

World Health Organisation [WHO]. *Sexuell hälsa*. Hämtad 16 mars, 2012 från: WHO | Sexual health http://www.who.int/topics/sexual_health/en/.

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

Wilmoth, M. C., Hatmaker-Flanigan, E., LaLoggia, V., & Nixon, T. (2011). Ovarian cancer survivors: qualitative analysis of the symptom of sexuality. *Oncology Nursing Forum*, 38(6), 699-708.

Wilmoth, M. C., & Spinelli, A. (2000). Sexual implications of gynecologic cancer treatments. *Journal of Obstetrics, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 29(4), 413-421.

Yawn, B. P., Barrette, B. A., & Wollan, P. C. (2004). Ovarian cancer: the neglected diagnosis. *Mayo Clinic Proceedings*, 10, 1277-1282.

Zeng, Y. C., Li, D., & Loke, A. Y. (2011). Life after cervical cancer: quality of life among Chinese women. *Nursing and Health Sciences*, 13, 269-302.

Bilaga I

| KOD OCH KLASSIFICERING | VETENSKAPLIG KVALITET | | |
|--|---|------------|---|
| | I = Hög kvalitet | II = Medel | III = Låg kvalitet |
| Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. | Större välplanerad och väl genomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder. | * | Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall. |
| Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad. | Välplanerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder. | * | Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder. |
| Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp. | Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder. | * | Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder. |
| Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar. | Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och väl genomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder. | * | Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder. |
| Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller). | Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik. | * | Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning. |

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Bilaga II

| Författare År Land | Titel | Syfte | Metod | Deltagare (bortfall) | Resultat | Typ Kvalitet |
|---|--|--|--|-------------------------|--|-----------------|
| Bergmark, K., Avall-Lundquist, E., Dickman, P. W., Henningsohn & Steineck, G. (1999). Sverige | Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. | Undersöka vilken effekt vaginala förändringar av behandling har på sexuell funktion hos kvinnor diagnostiserade med cervix cancer. | Kohortstudie med retrospektiv design. Datainsamling: Frågeformulär Urval: Kvinnor i ett tidigt stadium av cervikal cancer. Ålder 26-80 år. | N=708 (102) | Majoriteten rapporterade att sexuallivet hade förändrats efter sjukdomen och dess behandling. Vaginala förändringar ledde till dyspareuni och låg libido, och var vanligt förekommande hos dessa kvinnor. Kvinnor med gynekologisk cancer efterfrågade information om möjliga bieffekter av sjukdom och dess behandling som kan inverka på den sexuella funktionen. | (R) I |
| Bukovic', D., Silovski, H., Silovski, T., Hojsak, I., Sakic', K & Hrgovic', Z. (2008). Kroatien | Sexual functioning and body image of patients treated for ovarian cancer. | Utvärdera skillnad i sexuell funktion och kroppsuppfattning hos kvinnor som behandlats för äggstockscancer samt jämföra Kemoterapi eller kirurgi + kemoterapi. | Kvantitativ studie med tvärsnittsundersökning ”Ad hoc” design. Datainsamling: Frågeformulär som var speciellt utformade för studier som undersöker sexualliv av patienterna efter behandling av maligna gynekologiska tumörer. | N=483 (0) | Majoriteten i alla tre grupper var nöjda med det sexuella livet före behandling. De flesta i alla tre patientgrupper rapporterade förändrad kroppsbild och försämrat sexliv efter behandling, mest intensivt drabbade var patienterna i grupp 2 och 3. De flesta av patienterna i alla tre grupper fann sina partners ha samma eller ännu bättre inställning och de beskrev dem som mycket stödjande och kärleksfulla. | (RCT) I |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|-----------------------|---|--------------------|
| <p>Burns, M., Costello, J., Ryan-Woolley, B & Davidson, S. (2007). Storbritannien.</p> | <p>Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality.</p> | <p>Undersöka kvinnors sexualitet 2 - 3 år efter radikal behandling för livmoderhalscancer. Studien belyser även hantering av sena behandlingseffekter och dess inverkan på sexualiteten.</p> | <p>Kvalitativ studie med fenomenologisk ansats. Datainsamling: djupgående, semistrukturerade intervjuer. Urval: kvinnor över 18 år som är diagnostiserade med livmoderhalscancer.</p> | <p>N=13 (0)</p> | <p>Resultatet visade att behandling av cancer kan resultera i ett antal fysiska konsekvenser. De fysiska problemen visade sig leda till sexuella svårigheter i flera år efter behandling. Patienter uttryckte även psykosexuella svårigheter som en följd av behandlingen. Behovet av effektiv kommunikation med råd och stöd om möjliga behandlingseffekter var stort.</p> | <p>(K) I</p> |
| <p>Greenwald, H. P & McCorkle, R. (2008). USA</p> | <p>Sexuality and sexual function in long-term survivors of cervical cancer</p> | <p>Utforska vilken effekt behandling för invasiv livmoderhalscancer har på kvinnors självbild och sexualitet</p> | <p>Kvantitativa intervjuer med logistisk regressionsanalys. Urvalet bestod av kvinnor 29-70 år gamla drabbade av livmoderhalscancer.</p> | <p>N=229 (50)</p> | <p>Majoritet av kvinnorna i studien var sexuellt aktiva och hade lust samt njöt av sexuell aktivitet. Varken tiden sedan diagnos eller ålder påverkade sexualiteten eller den sexuella funktionen. Kvinnor som genomgått hysterektomi rapporterade ingen skillnad på intresse och brist på lust för sexuell aktivitet än kvinnor som inte genomgått hysterektomi. De kvinnor som genomgått oophorektomi hade dock en ökad risk för att inte njuta av sex.</p> | <p>(CCT) I</p> |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|----------------------|---|--------------------------|
| <p>Grumann, M., Robertson, R., Hacker, N. F & Sommer, G. (2001). Australien</p> | <p>Sexual functioning in patients following radical hysterectomy for stage IB cancer of the cervix.</p> | <p>Undersöka om radikal hysterektomi utan adjuvant behandling innebär sexuella svårigheter på kort eller lång sikt hos kvinnor drabbade med cervix cancer.</p> | <p>Kvantitativ studie. Datainsamling: Frågeformulär Urval: Sexuellt aktiva kvinnor 20-70 år som genomgått hysterektomi för cervixcancer och hysterektomi för godartad gynekologisk cancer samt friska kvinnor i klimakteriet.</p> | <p>N=97 (39)</p> | <p>I resultatet visade det sig att kvinnorna i de grupper som genomgått hysterektomi upplevde en försämring i sexualiteten efter behandling. Kvinnorna i gruppen med godartad gynekologisk cancer visade en något sämre sexuell funktion då förmågan att uppnå orgasm hade försämrats efter hysterektomi.</p> | <p>(RCT) II</p> |
| <p>Hawighorst-Knapstein, S., Fusshoeller, C., Franz, C., Trautmann, K., Schmidt, M., Pilch, H., Schoenefuss, G., Knapstein, P. G., Koelbl, H., Kelleher., D. K & Vaupel, P. (2004). Tyskland</p> | <p>The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image- results of a prospective longitudinal 10-year study.</p> | <p>Utvärdera vilken effekt gynekologisk cancer behandling har på livskvalitet och kroppsuppfattning för att avgöra behandlingsrelaterade behov av kvalitetsförbättring inom vården.</p> | <p>Kohortstudie med prospektiv design. Datainsamling: Semistrukturerade biografiska intervjuer. Urval: Kvinnor som planerats genomföra cancerbehandling</p> | <p>N=129 (0)</p> | <p>För kvinnor som genomgått radikal hysterektomi eller radikal hysterektomi med bäcken exenteration är de sexuella problemen den största begränsningen i livskvaliteten. Särskilt de kvinnor som fått adjuvant radio och/eller kemoterapi eller dem som inte genomgått rekonstruktiv kirurgi. Kroppsuppfattning attraktionskraft och självförtroende reducerades signifikant postoperativt jämfört med den preoperativa statusen för båda grupperna.</p> | <p>(RCT) I</p> |
| <p>Janda, M., Obermair, A., Cella, D., Crandon, A. J & Trimmel, M. (2004). Australien.</p> | <p>Vulvar cancer patients' quality of life: a qualitative assessment.</p> | <p>Undersöka livskvalitet hos kvinnor som är drabbade av vulvacancer.</p> | <p>Kvalitativ studie. Datainsamling: Deskriptiva semistrukturerade intervjustudie Urval: Kvinnor 52-85</p> | <p>N=15 (0)</p> | <p>Patienterna rapporterade att sex var det största problemet efter behandling. Klåda, sveda och, smärta bidrog till ett minskat intresse för sex. Patienterna rapporterade att intimitet kunde ske på andra sätt och vikten av</p> | <p>(K) II</p> |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|--------------|--|------------|
| | | | år drabbade av vulvacancer. | | att få känna närhet på andra sätt, då om samlag inte var möjligt. | |
| Lindau, S. T., Gavrilova, N & Anderson, D. (2007). USA | Sexual morbidity in very long term survivors of vaginal and cervical cancer: a comparison to national norms. | Jämföra sexualitet bland kvinnor som överlevt vaginal- och livmoderhalscancer samt bedöma kvaliteten på vården av sexuella problem. | Kohort studie med retrospektiv design. Korrelationsmättet Pearson's, används för analys av kvantitativa variabler. Datainsamling: frågeformulär. Urval: Kvinnor diagnostiserade med vaginal och / eller cervikal klarcellig adenokarcinom. | N=162 (0) | Patientgruppen och kontrollgruppen rapporterade liknande nivåer av sexuell partnerskap och aktivitet, men sexuella problem var signifikant vanligare bland patienterna. Tillfredsställelsen av vård för sexuella problem rapporterades som låg. Majoriteten av patienterna belyste vikten av att läkaren skall diskutera sexualitet. De flesta hade aldrig diskuterat vilken effekt cancer kunde ha på sexualiteten. | (R) I |
| Rasmusson, E. M & Thomé, B. (2008). Sverige | Women´s wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease. | Undersöka kvinnors önskemål och behov av kunskap om sexualitet och relationer hos kvinnor i samband med gynekologisk cancer. | Kvalitativ studie med latent innehållsanalys. Datainsamling: Ostrukturerade intervjuer Urval: Kvinnor 35-70 år behandlade för cervix, corpus eller äggstockscancer. | N=11 (0) | Sexualitet och närhet beskrevs som nära kopplat till välbefinnande. Kvinnorna upplevde en förändring av kroppsuppfattning och att deras kvinnlighet hade förlorats som ett resultat av kirurgi. Även om förändringarna sker intimt och inte var synliga var de mentalt påfrestande och behovet av information var stort. | (K) II |
| Reis, N., Beji, N. K & Coskun, A. (2010). Turkiet | Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: results from quantitative and qualitative data. | Utvärdera nivåer av livskvalitet hos patienter med gynekologisk cancer samt undersöka vilka problem som påverkar livskvalitet och sexuell funktion. | Cross-sectional design. Datainsamling: Kvantitativa frågeformulär och kvalitativa intervjuer. Urval: Kvinnor som | N=100 (9) | Gynekologisk cancer och behandling orsakade stora problem och hade en negativ inverkan på fysiska, psykiska, sociala och andliga aspekter av livskvaliteten. Resultatet visade att behandlingen påverkade en potentiell fyrfaldig sexuell | (RCT) I |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|------------|--|----------------|
| | | | diagnostiserats och behandlats för gynekologisk cancer. | | hälsa, kroppsuppfattning, könsroll (kvinnlighet), sexuell funktion och fertilitet. | |
| Stead, M. L., Crocombe, W. D., Fallowfield, L. J., Selby, P., Perren, T. J., Gary, R & Brown, J. M. (1999). Storbritannien | Sexual activity questionnaires in clinical trials: acceptability to patients with gynaecological disorders. | Undersöka om kvinnor med gynekologiska sjukdomar som deltar i kliniska prövningar är villiga att svara på frågor om den sexuella funktionen. | Kohortstudie med longitudinell design. Datainsamling: Frågeformulär Urval: Kvinnor 24-74 år drabbade av äggstockscancer som genomgår cytostatikabehandling eller hysterektomi. | N=499 (45) | Majoriteten av kvinnorna som ingick i studien upplevde en försämring av det sexuella livet på grund av vaginal torrhet, dyspareuni och obehag vid samlag. | (RCT) I |
| Serati, M., Salvatore, S., Uccella, S., Laterza, R. M., Cromi, A., Ghezzi, F & Bolis, P. (2009). Italien | Sexual function after radical hysterectomy for early-stage cervical cancer: is there a difference between laproscopy and lapratomy? | Utvärdera sexuell funktion hos kvinnor som genomgått radikal hysterektomi genom att jämföra med en kontrollgrupp av friska kvinnor samt utvärdera skillnader mellan laparoskopisk kirurgi och påverkan på sexualitet. | Kvantitativ studie med komparativ design. Datainsamling: frågeformulär Urval: Kvinnor i ett tidigt stadiet av cervixcancer som genomgått radikal hysterektomi med/ utan salpingo-oophorektomi och bäcken exenteration med/utan postoperativ strålbehandling. | N=73 (0) | Den sexuella funktionen visade sig vara signifikant bättre hos de friska kontrollerna än hos kvinnorna som genomgått radikal hysterektomi. Radikal hysterektomi försämrade sexualiteten i olika grad oberoende på vilken typ av kirurgisk metod som använts. | (RCT) I |
| Vaz, A. F., Pinto-Neto, A. M., Conde, D. M., Costa-Paiva L., Morais, S. S., Pedro, A. O & Esteves S. B. (2011). Brasilien | Quality of life and menopausal and sexual symptoms in gynecologic cancer survivors: a cohort study. | Undersöka sexuella symtom och andel sexuellt aktiva kvinnor för att bedöma samt identifiera livskvalitet hos kvinnor som överlevt gynekologisk cancer. | Kohortstudie med prospektiv design. Datainsamling: Intervju med QOL frågeformulär. Urval: Kvinnor med cervikal eller | N=107 (54) | I resultatet visade det sig att livskvaliteten försämrats efter att kvinnorna genomgått strålbehandling. Dyspareuni och minskad libido visade sig vara stora problem som påverkade kvinnorna negativt både fysiskt och psykiskt. | (P) I |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|-------------|--|----------|
| | | | endometrie-cancer som genomgått strålbehandling och var mellan 21-75 år gamla. | | | |
| Wilmoth, M. C., Hatmaker-Flanigan, E., LaLoggia, V & Nixon, T. (2011). USA | Ovarian cancer survivors: qualitative analysis of the symptom of sexuality. | Utforska behandlingsinducerade förändringar i sexualiteten från kvinnans perspektiv samt hur dessa förändringar hanteras. | Kvalitativ studie med deskriptiv design. Datainsamling: deskriptiva semistrukturerade intervjuer. Urval: Kvinnor drabbade av ovarial cancer i åldern 33-69 år. Grupp 1: diagnostiserades med cancer för 6-24 månader sedan. Grupp 2: diagnostiserade för 6 mån-8 år sedan. | N=13 (0) | Oavsett ålder, rapporterade kvinnor som drabbats av äggstockscancer att behandling hade en negativ inverkan på deras sexualitet och orsakade en känsla av förlust. Mekaniska förändringar orsakade av kirurgi i kombination med hormonella förändringar ökade intensiteten och dimensionen av symptomen. | (K) I |
| Zeng, Y. C., Li, D & Loke, A. Y. (2011). Kina | Life after cervical cancer: quality of life among Chinese women. | Undersöka betydelsen av livskvalitet bland kinesiska kvinnor som överlevt livmoderhalscancer. | Kvalitativ studie med deskriptiv design. Datainsamling: Deskriptiva ostrukturerade intervjuer Urval: Kvinnor minst 18 år gamla som tidigare diagnostiserats och behandlats för livmoderhalscancer. | N=35 (0) | Resultatet visade att kvinnorna som överlevt cervixcancer upplevde det sexuella livet som nära kopplat till livskvalitet. Studien belyser vikten av att höja sjuksköterskors medvetenhet så att kvinnors sexualitetsrelaterade problem uppmärksammas och behandlas. | (K) I |