



Självständigt arbete, 15 hp, för
Kandidatexamen i omvårdnad
VT 2016

Gynekologisk cancer

En litteraturstudie om patienters upplevelser
av möten med vårdpersonal

Klara Lind & Mikaela Vilhelmsson

**Författare**

Klara Lind & Mikaela Vilhelmsson

Titel

Gynekologisk cancer- En litteraturstudie om patienters upplevelser av möten med vårdpersonal

Titel

Gynecological cancer - A literature review about patient's experience of encounters with health care staff

Handledare

Susanne Nilsson

Examinator

Pernilla Ny

Sammanfattning

Bakgrund: Varje år får över 2500 kvinnor i Sverige diagnosen gynekologisk cancer. Den innefattar olika sjukdomsformer och skiljer sig beroende på var de sitter i könsorganet, vilka symtom de ger och hur behandlingen ser ut. En god vårdrelation är en förutsättning för att patienten ska kunna anförtro sig till vården. **Syfte:** Syftet var att beskriva kvinnor med gynekologisk cancers upplevelser av möten med vårdpersonal under behandlingstiden. **Metod:** Uppsatsen var en litteraturstudie baserad på nio stycken kvalitativa artiklar. **Resultat:** Efter att artiklarna bearbetats framkom två stycken huvudkategorier. Dessa berörde upplevelser av möten med vårdpersonal. **Diskussion:** Diskussionen behandlar kvinnornas upplevelser, såsom trygghet och missnöje, som uppkom vid möten med vårdpersonal.

Ämnesord

Gynekologisk cancer, Litteraturstudie, Upplevelser, Vårdpersonal, Möten, Kvinnor

Innehåll

BAKGRUND	4
SYFTE.....	5
METOD.....	6
Design.....	6
Sökvägar och Urval	6
Granskning och Analys	7
Etiska överväganden.....	7
RESULTAT.....	8
Tillfredsställande upplevelser skapade känslor med vårdpersonal	8
Upplevelser av trygghet i möten med vårdpersonal	8
Upplevelser av engagemang i möten med vårdpersonal	9
Otillfredsställande upplevelser skapade oro.....	9
DISKUSSION	11
Metoddiskussion.....	11
Resultatdiskussion	12
REFERENSER.....	16

BAKGRUND

I dagens samhälle känner nästan alla till någon som har kämpat eller kämpar mot cancer. Gynekologisk cancer är en av många former av sjukdomen. Cancer lämnar inblandande med en känsla av maktlöshet. Alla kan drabbas; direkt eller indirekt, gammal som ung, kvinna som man. Vårdpersonal har en chans att hjälpa patienter att hantera känslor, som maktlöshet, i mötet mellan dessa parter.

Hall och Graukæk (2012) berättar om att när man lever med cancer kan möten mellan patient och vårdpersonal skapa en gemenskap i kampen mot sjukdomen. När mötet mellan parterna genomsyras av tillit och stöd stärks tron på att man ska bli frisk (a.a). Omvårdnadsteoretikern Kim (2010) skriver om fyra omvårdnadsdomäner varav en är mötesdomänen. Domänen innefattar en relation mellan patient och vårdpersonal. Kommunikationen mellan dessa kan vara verbal likväl som icke verbal och båda är lika viktiga för en god relation och omvårdnad (a.a). Vårdrelationer är inte som vanliga relationer då de inte är på samma villkor (Snellman, 2009). Det vill säga att vårdpersonal har ett mer objektivt förhållningssätt medan patienten har en mer privat utgångspunkt (a.a). I litteraturstudien definieras begreppet vårdpersonal av författarna som undersköterska, sjuksköterska och läkare. Dessa yrkesgrupper valdes då de har nära kontakt med omvårdnad, vårdmöten och patienters upplevelser i sjukdomen, som i denna studie är gynekologisk cancer.

Varje år insjuknar över 2500 kvinnor i någon form av gynekologisk cancer (Cancercentrum, 2015). Gynekologi betyder läran om kvinnors underlivssjukdomar och cancer är ett samlingsnamn för tumörer (Lundh & Malmquist, 2009). De vanligast förekommande formerna av gynekologisk cancer är livmoderhalscancer, äggstockscancer samt livmodercancer, även kallad livmoderkroppscancer (Cancerfonden, 2015). Sjukdomsformerna skiljer sig beroende på var de sitter i könsorganet, vilka symtom de ger, vilken behandling som finns och hur prognosen ser ut. Sekse, Hufthammer och Vika (2014) talar om hur känslor som trötthet efter behandlingen av gynekologisk cancer kan påverka vardagen. Om vårdpersonalen

uppmärksammar detta har de en möjlighet att samtala med patienten och få dem att känna sig trygga i sin vård.

För att underlätta att förstå hur patienter upplever sin vårdssituation kan både personal och patienter ta hjälp av Maslows (1943) motivationsteori. Abraham Harold Maslow var en amerikansk psykolog som gjorde sig känd för sin motivationsteori. Teorin är ordnad i fem nivåer där den första nivån består av fysiologiska behov såsom mat och sömn. Andra nivån är att känna trygghet och den tredje nivån är gemenskaps- och tillgivenhetsbehov som vänskap. Den fjärde nivån är uppskattning och att känna sig omtyckt. Den femte nivån är självförverkligande, vilket innebär att uppnå sina drömmar. För att uppnå de högre nivåerna måste de lägre vara uppfyllda enligt Maslow (1943). Så om patienten känner sig trygg i mötet med vårdpersonal, kan detta bidra till en positiv upplevelse.

En upplevelse kan beskrivas som något en person är med om där händelsen berör personen i fråga med fokus på det som sker och hur det får personen att känna (Nationalencyklopedin, u.å). Henry Egidius (2006) definierar det som att ta del av en händelse och verkligen ta in det som händer.

Genom att beskriva kvinnor med gynekologisk cancers upplevelser av möten med vårdpersonal vill författarna skapa en förståelse för patientens situation. Som det står i Sjuksköterskeföreningens värdegrund för omvårdnad (2010) är en god vårdrelation en förutsättning för att patienten ska kunna anförtro sig till vården.

SYFTE

Syftet var att beskriva kvinnor med gynekologisk cancers upplevelser av möten med vårdpersonal under behandlingstiden.

METOD

Design

Uppsatsen var en litteraturstudie baserad på kvalitativa artiklar. I en litteraturstudie börjar arbetet med att litteratur sökes i form av exempelvis vetenskapliga artiklar där resultaten sammanställs utifrån syftet (Forsberg & Wengström, 2013).

Sökvägar och Urval

Artiklarna söktes individuellt på omvårdnadsinriktade databaser för att artiklarna skulle passa syftet (Östlund, 2012). Databaserna som användes var Cinahl Complete och Pubmed. Nyckelord i syftet valdes ut och dessa användes som sökord. Orden var kvinnor, gynekologisk cancer och upplevelser. Nyckelorden anpassades till databasernas ämnesordlistor som är deras egna sorteringsystem. Cinahl Complete använder Cinahl Headings och Pubmed använder MeSH (a.a). Cinahl Complete använder inte Gynecological cancer som ämnesord, utan istället "genital neoplasms, female". Trunkering användes, vilket innebär att alla böjningsformer av ett ord söks till exempel nurs* ger också nursed och nurse. Sökorden som användes, i form av fritext och Cinahl Headings, i Cinahl Complete var gynecological cancer, genital neoplasms, female, experience, qualitative study, patient attitude, female, nursing*, patient view, patient relation, dialogue och health care. I Pubmed användes MeSH-termerna genital neoplasm, qualitativestudy, nursing, gynecological cancer och nurs*. Med hjälp av ämnesordlistorna skapades block och kopplades ihop med operatören AND. AND kopplar ihop två sökblock med varandra (a.a). Sökningarna gjordes i form av ämnesord från databaserna eller i fritext. Alla sökningar skrevs ner i ett sökschema (bilaga 1).

Urval gjordes i studien för att avgränsa materialet i sökningarna och då få fler relevanta artiklar som svarade på syftet (Östlundh, 2012). Artiklarnas inklusionskriterier var att abstractet var tillgängligt, att artiklarna var kvalitativa och att de fanns på engelska. Att

abstractet skulle vara tillgängligt underlättade för att få en uppfattning av artikelns innehåll utan att läsa hela (Billhult & Gunnarsson, 2012). Exklusionskriterierna var deltagare under 18 år, eftersom dessa individer räknas som barn och denna studie riktas åt vuxna (Östlundh, 2012).

Granskning och Analys

När artiklarna valdes ut lästes först titeln, sedan abstraktet för att få en förståelse för vad artikeln handlade om, innan de granskades med hjälp av Röda Korsets högskolas granskningsmall (2005) (bilaga 2). Detta gjordes individuellt. Genom att kvalitetsgranska artiklarna kunde författarna ta ställning till artiklarnas pålitlighet, tillförlitlighet, överförbarhet och verifierbarhet för att sedan rensa bort de artiklar som inte uppfyllde kraven (Wallengren & Henricson, 2012). Resultatet av kvalitetsgranskningen redovisades i artikelöversikter på alla artiklar som användes till resultatet i litteraturstudien (bilaga 3).

I arbetet granskades 14 artiklar och efter uteslutande av icke relevanta återstod nio stycken. Artiklarna analyserades utifrån Friberg's (2012) fem steg. Steg ett innebar att artiklarna lästes igenom, individuellt, tills författarna fick en känsla för vad resultatet handlade om. I steg två togs nyckelfynden ut från samtliga artiklar som skapade kategorier. I steg tre gjorde författarna en sammanställning av resultaten tillsammans. Steg fyra innebar att sammanfattningarna relaterades till varandra och skillnader och likheter togs ut. Sedan kunde nya övergripande kategorier göras. I steg fem formulerades en ny beskrivning baserat på de nya kategorierna. (Friberg, 2012).

Etiska överväganden

För att artiklarna skulle inkluderas till det här arbetet skulle artiklarna uppfylla de etiska kraven att deltagarna var informerade, aidentifierade eller att arbetet var godkänt av en etisk kommitté (Wallengren & Henricson, 2012).

RESULTAT

I resultatet presenteras nio stycken artiklar. När dessa bearbetats framkom två stycken huvudkategorier. Dessa var; tillfredsställande upplevelser skapade känslor som delaktighet och bättre självkänsla och otillfredsställande upplevelser skapade oro. Kategorierna innehåller upplevelser om bland annat trygghet, engagemang och missnöje. Artiklarnas ursprungsländer var Turkiet, Sverige, Australien, Japan, Norge, Danmark och Canada. Sammanlagt deltog 160 kvinnor i studierna som resultatet är baserat på.

Tillfredsställande upplevelser skapade känslor som delaktighet och bättre självkänsla

Upplevelser av trygghet i möten med vårdpersonal

Ofta förekom det att kvinnorna upplevde trygghet i möten med erfaren vårdpersonal. Med denna personal kände de att de kunde ha bra dialoger med god kommunikation, detta upplevde de bidrog till känslor av trygghet. Hade en god relation skapats med goda möten kände deltagarna sig trygga nog att prata om andra saker än sjukdomen. Detta var mycket viktigt för att må bättre. Till denna vårdpersonal kände kvinnorna en tillit och vågade fråga saker som de i vanliga fall inte vågat fråga. Vid tillfredsställande möten förekom ofta givande samtal med vårdpersonalen där kvinnorna efteråt kände sig välinformerade. Trygghetskänslan uppkom då, eftersom de fick en chans att förbereda sig mentalt inför behandlingen. Kvinnorna kände att behandlingen blev lättare när de visste hur processen skulle gå till. Detta bidrog i sin tur till att de kände sig mer delaktiga i sin vård. (Ekwall, Ternestedt & Sorbe, 2003; Sekse, Blaaka, Buestad, Tengesdal, Paulsen & Vika, 2014; Sekse, Raaheim, Blaaka & Gjengedal, 2010; Thygesen, Pedersen, Kragstrup, Wagner & Mogensen, 2012; Velji & Fitch, 2000)

Att bli respekterad och tagen på allvar bidrog till en känsla av trygghet till personalen. Kvinnorna upplevde att sättet de hanterade sin maktposition under samtalen hade också

stor betydelse. Känslor av sårbarhet kunde ersättas av trygghet när kvinnorna kände att de haft ett tillfredsställande möte med vårdpersonalen som kunde hantera sin position väl. (Ekwall, Ternestedt & Sorbe, 2003; Sekse, Råheim & Gjengedal, 2015)

Upplevelser av engagemang i möten med vårdpersonal

Något som kvinnorna kände var viktigt var att få engagemang från vårdpersonalen. En vårdande attityd var en bidragande faktor till detta. Något som också gjorde att kvinnorna kände att de hade engagerad personal var att de tog sig tid till att samtala och lyssna. Många önskade ett genuint engagemang samt mer tid för konversationer och uttryckte i studierna att det var betydelsefullt i mötet. När deltagarna talade om sin sjukdom med vårdpersonal som förstod vad de gick igenom, kände de att de fick en djupare förståelse för sin egen situation. Att ha engagemang från personal gav också kvinnorna en bättre självkänsla och hjälpte dem att acceptera sin sjukdom. (Ekwall, Ternestedt & Sorbe, 2003; Haas, 2001; Sekse, Raaheim, Blaaka & Gjengedal, 2010; Thygesen, Pedersen, Kragstrup, Wagner & Mogensen, 2012; Velji & Fitch, 2000).

Upplövde kvinnorna att de hade engagerad vårdpersonal vågade de ställa mer personliga frågor som de i vanliga fall inte vågade prata om. Ofta handlade frågorna om intima problem efter behandlingen. Om sedan vårdpersonalen tog sig tid efter mötet att kolla upp information åt deltagarna efter mötet uttryckte de att det ytterligare gav en känsla av engagemang. (Sekse, Råheim & Gjengedal, 2015; Thygesen, Pedersen, Kragstrup, Wagner & Mogensen, 2012; Velji & Fitch, 2000)

Otillfredsställande upplevelser skapade oro

Något som en del kvinnor ofta kände sig missnöjda med var att de kände sig otillräckligt informerade efter möten med vårdpersonal. Kvinnorna kände då en oro eftersom de till exempel inte visste vilka symtom som var vanliga efter behandlingen.

Den allmänna uppfattningen hos dessa kvinnor var att de var missnöjda med mötet då de inte fått tillräcklig med information om kroppsliga förändringar och livet efter behandlingen av vårdpersonalen. (Akyüz, Güvenç, Üstünsöz & Kaya, 2008; Oshima, Kisa, Terashita, Kawabata & Maezawa, 2013; Sekse, Blaaka, Buestad, Tengedal, Paulsen & Vika, 2014; Sekse, Raaheim, Blaaka & Gjengedal, 2010; Sekse, Råheim & Gjengedal, 2015; Velji & Fitch, 2000).

Kvinnorna kände sig otillfredsställda med att de under mötena med vårdpersonalen inte fått tala om sexuella relationer tillräckligt. Detta gjorde att de hade en oro och rädsla för att ha sex. Deltagarna kände sig missnöjda med att vårdpersonalen inte tog upp svåra ämnen som sexualitet. En del kvinnor upplevde att det var helt omöjligt att själv starta en dialog om intima problem och önskade att personalen hade tagit upp dessa ämnen. De önskade en öppenhet för dialoger om svåra samtal under mötena och upplevde en frustration när det aldrig hände. (Ekwall, Ternstedt & Sorbe, 2003; Sekse, Råheim & Gjengedal, 2015; Velji & Fitch, 2000).

En del kvinnor kände sig otillfredsställda efter möten då de inte fick det bemötande de förväntade sig. En negativ attityd och brist på medkänsla från vårdpersonal i mötet fick också kvinnorna att uppleva missnöje. Detta kunde leda till att kvinnorna kände sig utsatt i sin situation. De beskrev även hur de förväntat sig att få råd om återhämtning. (Haas, 2001; Sekse, Råheim & Gjengedal, 2015).

Kvinnorna upplevde att om anhöriga inte inkluderades i mötena med vårdpersonalen, innebar det att partnern hade svårare att stötta deltagarna hemma och fick mindre förståelse för sjukdomsprocessen. Hade processen delats med någon kände de att det blev lättare att prata om sjukdomen. De upplevde också att de blev mer accepterade i sin omgivning då. (Akyüz, Güvenç, Üstünsöz & Kaya, 2008; Sekse, Blaaka, Buestad, Tengedal, Paulsen & Vika, 2014).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Tillförlitligheten var hög eftersom databaserna som användes var relevanta då de var omvårdnadsinriktade (Friberg, 2012). Fler databaser hade kunnat ge ett bredare informationsspektra, så det kan finnas fler upplevelser än de som behandlas i detta arbete. Kategorierna som uppkom under analysen beskrev upplevelser, såsom syftet sökte. Artiklarna som användes var på engelska så därför finns en risk att någon form av feltolkning skett under översättningen. Hade en person med erfarenhet och kunskap om översättning gjort analysen och sökningen finns det en möjlighet att de personerna fått ett annat resultat. För att öka arbetets tillförlitlighet har arbetet granskats av kollegor och handledare i seminariegrupper.

Pålitligheten i studien var hög eftersom det innan arbetet påbörjades skrevs en förförståelse för att minska risken för att arbetet vinklats efter författarnas egna tankar och tidigare erfarenheter. I slutet av arbetet kunde författarna också reflektera över hur mycket av förförståelsen som stämt överens med det slutgiltiga resultatet. Författarna gjorde också etiska överväganden som att alla artiklar skulle avidentifierat sina deltagare, vilket är betydelsefullt för att öka pålitligheten i studien.

För att verifierbarheten skulle bli hög skrevs metoden tydligt samt utförligt för att det inte skulle vara något problem att upprepa sökningen/analysen och få liknande eller samma resultat (Friberg, 2012).

Överförbarheten i arbetet ökade eftersom fem av nio artiklar var genomförda i de skandinaviska länderna Sverige, Norge och Danmark, som representerade 84 av 160 deltagare. Detta ger överförbarhet till svensk vård. Majoriteten av de resterande artiklar har genomförts i länder med sjukvårdsstruktur som liknar Sveriges, vilket också gör att det blir lättare att applicera till svensk vård.

Litteraturstudiens styrkor var att analysen genomfördes utifrån Friberg (2012).

Alla artiklarna lästes individuellt och därefter skrevs en sammanfattning som diskuterades tillsammans. Detta gjorde att det var en mindre risk för att viktiga resultat missades. En annan styrka var att författarnas förförståelse dokumenterades och diskuterades innan arbetet påbörjades. Detta gjordes för att inte de egna åsikterna skulle färga arbetet. Svagheter var att översikterna, granskningen och delar av analysen gjordes individuellt och delades upp. Om det hade gjorts tillsammans hade det varit en kontinuerlig granskning där samma styrkor och svagheter söktes i alla artiklar. Översättningen under analysen var också en svaghet eftersom engelska inte är författarnas modersmål.

Resultatdiskussion

Ett centralt fynd var att kvinnorna upplevde trygghet i möten med vårdpersonal. När personalen bemötte dem med bland annat respekt och tog dem på allvar bidrog det till känslan av ett gott möte (Ekwall, Ternestedt & Sorbe, 2003). Hade en god relation skapats kände kvinnorna sig trygga och detta var mycket viktigt för att de skulle må bättre (Ekwall, Ternestedt & Sorbe, 2003; Sekse, Blaaka, Buestad, Tengedal, Paulsen & Vika, 2014; Sekse, Raaheim, Blaaka & Gjengedal, 2010; Thygesen, Pedersen, Kragstrup, Wagner & Mogensen, 2012; Velji & Fitch, 2000).

Ett annat centralt fynd var att otillräcklig information ofta bidrog till känslor av missnöje (Akyüz, Güvenç, Üstünsöz & Kaya, 2008; Oshima, Kisa, Terashita, Kawabata & Maezawa, 2013; Sekse, Blaaka, Buestad, Tengedal, Paulsen & Vika, 2014; Sekse, Raaheim, Blaaka & Gjengedal, 2010; Sekse, Råheim & Gjengedal, 2015; Velji & Fitch, 2000). Dessa två fynd kommer att diskuteras i detta avsnitt.

Det första centrala fyndet berör upplevelser av trygghet i möten. I särskilt svåra och nya situationer i livet upplevs ofta en otrygghet (Fischer & Dahlquist, 2009). Med denna kunskap är det viktigt att personalen bidrar till att patienten känner sig trygg under sin vårdtid. Kvinnorna upplevde att diskutera och prata med vårdpersonalen gav dem en känsla av trygghet (Ekwall, Ternestedt & Sorbe, 2003; Haas, 2001; Sekse, Råheim & Gjengedal, 2015; Thygesen, Pedersen, Kragstrup, Wagner & Mogensen, 2012).

Samtalen kunde handla om vad som helst, såsom vädret men också om sin sjukdom (Ekwall, Ternestedt & Sorbe, 2003). Under möten med vårdpersonalen där sjukdomen diskuterades fick de en känsla av att de var delaktiga i sin egen vård (Ekwall, Ternestedt & Sorbe, 2003; Velji & Fitch, 2000). Om de fick förklarat hur behandlingsprocessen skulle gå till under dessa samtal kände de sig tryggare eftersom det gav dem en chans att förbereda sig mentalt inför detta (Velji & Fitch, 2000). Att ha samtal om sin sjukdom kan ge patienten en djupare förståelse för sin egen situation och en känsla av kontroll. Vårdpersonalen ger patienten möjligheten att känna så här genom att informera och ge kunskap under de möten som äger rum. Nyström (2009) skriver att patienter får en trygg grund när de känner att de har en kompetent personal. Kunskap är en form av kompetens men också att kunna bemöta patienterna med respekt och omtanke. Att känna en trygghet i dessa situationer är viktigt för alla människor, inte bara kvinnor som lider av gynekologisk cancer (Bowlby, 1988). Det är vårdpersonalens uppgift att hjälpa patienten att uppnå trygghet då det bland annat minskar stressen för patienten (Kolcaba, 1994).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763), 2 a § ska vårdpersonal tillgodose patientens behov av trygghet i vården och i behandlingen. De ska också respektera patientens integritet och främja en god kommunikation mellan de båda parterna (a.a). Detta var något som kvinnorna i litteraturstudien ansåg vara essentiellt. De beskrev att bli respekterad och tagen på allvar bidrog till en känsla av tillit till personalen. I Sjuksköterskeförbundets värdegrund för omvårdnad (2010) står det beskrivet att tillit växer fram i en miljö av värme och respekt. Om det växt fram en relation av förtroende till en vårdpersonal vågade kvinnorna i studien gå till denna med sina frågor och tankar, vilket skapade en trygghet. Att skapa konversationer med personalen kan öka patientdelaktigheten och i sin tur autonomi (Eldh, 2009).

Maslow (1943) beskriver i sin motivationsteori de mänskliga behoven i form av behovstrappan. I svenska sjukvården ingår behoven som uppfyller det första steget i

trappan, så som mat, vatten och sömn. Dock är det inte lika självklart att steg två, trygghetsbehovet, är uppfyllt. Kvinnorna i den här studien hade olika syn på vad som gav dem trygghet, men alla tyckte att det var viktigt att känna det. Om inte det andra steget i trappan är uppfyllt kan inte steg tre tillfredsställas. Att ha en otrygg situation i vården kan därför bromsa upp utvecklingen i behovstrappan för resten av vardagen. För att skapa en trygghet var det viktigt att kvinnorna kände sig bland annat välinformerad av mötet, men också att de kände sig delaktiga i sin vård. I studien framkom även vikten av att personalen var kunnig. Om personalen var medveten om behovstrappan och dess steg, samt vad som gör att patienter upplever trygghet kan dessa behov tillgodoses. Vården kan också bli mer effektiv om personalen besitter kunskap om Maslows teori och om hur man går tillväga för att ge en tryggare grund för patienten. Patienter som känner trygghet upplever mindre stress (Kolcaba, 1994). Detta kräver mindre personalresurser, då de inte i samma utsträckning ringer på klockan, och personalen slipper stressa igenom sina arbetsuppgifter.

Om man ser detta från ett samhällsperspektiv skulle en brist på vårdpersonal kunna hindra patienten från att känna trygghet. Detta genom att personalen inte har tid till att sitta ner och samtala med patienterna. Det kan vara så att vårdpersonalen inte har tid att informera patienten om situationen och att vara otillräckligt informerad var något som kvinnorna i denna litteraturstudie ansåg bidrog till känslor av missnöje (Akyüz, Güvenç, Üstünsöz & Kaya, 2008; Oshima, Kisa, Terashita, Kawabata & Maezawa, 2013; Sekse, Blaaka, Buestad, Tengedal, Paulsen & Vika, 2014; Sekse, Raaheim, Blaaka & Gjengedal, 2010; Sekse, Råheim & Gjengedal, 2015; Velji & Fitch, 2000).

Det andra centrala fyndet var hur en del kvinnor uttryckte att de hade fått för lite information om kroppsliga förändringar och livet efter behandlingen under möten med personal (Oshima, Kisa, Terashita, Kawabata & Maezawa, 2013; Sekse, Raaheim, Blaaka & Gjengedal, 2010). Många kände att det var svårt att själva ta upp mer personliga frågor och hade en önskan om att personalen gjort detta (Sekse, Råheim & Gjengedal, 2015). Sekse, Råheim, Blåka och Gjengedal (2012) beskriver i en av sina

studier hur det är svårt för patienter att våga ta kontakt med personal då det tvingar dem att möta sina egna känslor. Om personalen inte tog upp ämnet i mötena kände kvinnorna sig otillräckligt informerade vilket bidrog till en oro då de bland annat inte visste vilka symtom som var vanliga efter behandlingen (Oshima, Kisa, Terashita, Kawabata & Maezawa, 2013; Sekse, Raaheim, Blaaka & Gjengedal, 2010). Ternestedt och Norberg (2009) beskriver hur patienter har rätt att få sin autonomi respekterad. Patienter har också rätt till information om sin diagnos och vad sjukdomen innebär (a.a). Kände inte sig kvinnorna informerade kunde det leda till att känslan av autonomi och självbestämmande hämmades. I Patientlagen (Patientlag, SFS 2014:821, kap. 1, 1 §) står det beskrivet att sjukvårdsverksamheter ska främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Enligt denna studies resultat är mötet en viktig hörnsten för att bidra till att patienten känner sig tillfredsställda med informationen, känner delaktighet och ett självbestämmande. Dessa upplevelser leder till känslor av trygghet och tillit till vård och vårdpersonal. Detta kan i sin tur göra att patienten sedan klättrar till högre steg i behovstrappan.

Upplevelser av möten är ett viktigt ämne att forska mer om eftersom det är nödvändigt för vårdpersonal att reflektera över bemötandet till patienten, vilket även Svensk sjuksköterskeförenings värdegrund för omvårdnad (2010) belyser. För att minska negativa upplevelser av möten med vårdpersonal anser författarna att det behövs mer tid för att sitta ner och samtala med patienter. Genom att minska arbetsbelastningen och anställa mer vårdpersonal tror författarna att patienterna kan få fler positiva upplevelser, i och med att personalen har mer ork och tid för ett bra möte.

Flera kvalitativa studier med fokus på känslor och tankar kring möten skulle kunna öka förståelsen för kvinnor med gynekologisk cancers upplevelser. Att sedan applicera den nya kunskapen från framtida forskning till utbildningar för professioner som jobbar med patientmöten kan skapa en bra grund för vårdpersonal att stå på för att sedan ge patienterna mer trygghet.

REFERENSER

*Akyüz, A., Güvenç, G., Üstünsöz, A. & Kaya, T. (2008). *Living With Gynecologic Cancer: Experience of Women and Their Partners*. Journal of nursing scholarship, 40(3), 241-247. doi:10.1111/j.1547-5069.2008.00232.x

Billhult, A. & Gunnarsson, R. (2012). Kapitel 17: Bortfallsanalys och beskrivande statistik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 306-314). Lund: Studentlitteratur

Bowlby, J. (1988). *A Secure base. Clinical applications of the attachment theory*. London: Tavistock Routledge

Cancercentrum, (2015). Gynekologisk cancer i siffror: Ett urval av data ur kvalitetsregistret. Hämtad 4 februari, 2016, från Cancercentrum, <http://www.cancercentrum.se/syd/cancerdiagnoser/gynekologi/kvalitetsregister/statistik/>

Cancerfonden, (2015). Äggstockscancer. Hämtad 1 februari, 2016, från Cancerfonden, <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/aggstockscancer>

Egidius, H. (2006). *Termlexikon i psykologi och psykiatri*. Lund: Studentlitteratur

*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. doi:10.1188/03.ONF.313-319

Eldh, A-C. (2009). Kapitel 2: Delaktighet och gemenskap. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. (s. 46-62). Lund: Studentlitteratur

Fischer, R. & Dahlquist, V. (2009). Kapitel 5: Tröst och trygghet. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s.115-136). Lund: Studentlitteratur

Friberg, F. (2012). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbete* (s. 121-132). Lund: Studentlitteratur

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur

*Haas, M. (2001). *The relationship between expectations and satisfaction: a qualitative study of patients' experiences of surgery for gynaecological cancer*. Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy, 2(1), 51-60. doi:10.1046/j.1369-6513.1999.00037.x

Hall, E. & Graubæk, A-M. (2012). Patientologi - från berättelse till grundläggande värderingar. I A-M. Graubæk (Red.), *Patientologi: Personcentrerad vård i teori och praktik*. (s.79-106). Stockholm: Natur och kultur

Kim, H.S. (2010). *The nature of theoretical thinking in nursing*. New York: Springer Pub. Co.

Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178-1184

Lundh, B. & Malmquist, J. (2009). *Medicinska ord: Det medicinska språket: begrepp, definitioner, termer*. Lund: Studentlitteratur

Maslow, A. (1943). *A theory of human motivation*. Psychological Review, Vol 50(4), 370-396. doi:org/10.1037/h0054346

Nationalencyklopedin. (u.å). Uppleva. I Ne.se. Hämtad 10 februari, 2016, från <http://www.ne.se.ezproxy.hkr.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/uppleva>

Nyström, M. (2009). Kapitel 14: Vårdrelationer i vardagsliv med vacklande hälsa. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssättet*. (s.410-424). Lund: Studentlitteratur

*Oshima, S., Kisa, K., Terashita, T., Kawabata, H. & Maezawa, M. (2013) *Care-seeking behavior of Japanese gynecological cancer survivors suffering from adverse effects*. BMC Women's Health 13(1), 1-9. doi:10.1186/1472-6874-13-1

Röda Korsets Högskola. (2005). *Mall för granskning av vetenskapliga artiklar*. Hämtad 12 april, 2016, från Röda korsets högskola, http://www.rkh.se/PageFiles/466/mall_granskning.pdf

*Sekse, R., Blaaka, G., Buestad, I., Tengedal, E., Paulsen, A. & Vika, M. (2014) *Education and counselling group intervention for women treated for gynaecological cancer: does it help?* Scandinavian Journal of Caring Science, 28(1), 112-121. doi:10.1111/scs.12024

Sekse, R., Hufthammer, K-O. & Vika, M. (2014). *Fatigue and quality of life in women treated for various types of gynaecological cancers: A cross-sectional study*. Journal of Clinical Nursing 24 (3-4), 546-555. doi:10.1111/jocn.12647

*Sekse, R., Raaheim, M., Blaaka, G., Gjengedal, E. (2010). *Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 24(4), 799-807. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00778.x

Sekse, R., Råheim, M., Blåka, G. & Gjengedal, E. (2012). *Living through gynaecological cancer: three typologies*. Journal of Clinical Nursing, 21 (17), 2626-2635. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.04028.x

*Sekse, R., Råheim, M., Gjengedal, E. (2015). *Shyness and Openness: Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer*. Health Care for Women International, 36(11), 1255-1269. doi:10.1080/07399332.2014.989436

SFS 2014:821. Patientlag, Hämtad 29 april, 2016, från Sveriges riksdag, http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Hämtad 29 april, 2016, från Sveriges riksdag, http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763

Snellman, I. (2009). Vårdrelationer - en filosofisk belysning. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt*. (s. 378-407). Lund: Studentlitteratur

Svensk sjuksköterskeförening. (2010) *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad 28 april, 2016, från Svensk sjuksköterskeförening, http://www.swenurse.se/globalassets/01-ssf-jon-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_2014.webb.pdf

Ternstedt, B-M. & Norberg, A. (2009). Kapitel 1: Omvårdnad ur ett livscykelperspektiv. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssättet*. (s.30-65). Lund: Studentlitteratur

*Thygesen, M., Pedersen, P., Kragstrup, J., Wagner, L. & Mogensen, O. (2012). *Gynecological cancer patients' differentiated use of help from a nurse navigator: a qualitative study*. BMC Health Services Research, 12(168), 1-11. doi:10.1186/1472-6963-12-168

*Velji, K. & Fitch, M. (2000) *The Experience of Women Receiving Brachytherapy for Gynecologic Cancer*. Oncology nursing forum, 28(4), 743-751

Wallengren, C. & Henricson, M. (2012). Kapitel 28: Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 482-496). Lund: Studentlitteratur

Östlund, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbete* (s. 57-79). Lund: Studentlitteratur

Bilaga 2, Rödakorsets granskningsmall

Mall för granskning av vetenskapliga artiklar

Detta är ett hjälpmedel för att bedöma vetenskapliga artiklars kvalitet och användbarhet för Dina studiesyften. Besvara inte kriterierna med endast Ja eller Nej. Motivera alltid Din bedömning. Allafrågor är interelevanta för alla artiklar.

Börja med slutet! 1. Konklusion och/eller diskussion. (eng. Conclusion/discussion)	Egna anteckningar
Försök att inledningsvis skapa Dig en uppfattning om forskarens konklusioner och/eller diskussion. Det ger dig en utgångspunkt i den fortsatta läsningen. Det är viktigt att veta vad presentationen av artikeln ska leda till för att kunna bedöma relevansen i vad som representerar underlaget för forskarens argumentation. a) Vilka resultat dominerar diskussionen och/eller konklusionen? b) Formulera Din uppfattning om konklusionen/diskussionen. Det kommer att vara en värdefull utgångspunkt i Din vidare läsning.	
2. Syfte (eng. Purpose, Aim)	
a) Vad är syftet med studien/undersökningen? b) Finns det några specifika frågeställningar formulerade? c) Verkar det rimligt i förhållande till Din egen utgångspunkt?	
3. Bakgrund (eng. Introduction, Background, Literature review, Conceptual framework)	
a) Refererar författaren till tidigare forskning? Om ja, vilken? b) Presenteras en teori som utgör ramen för studien? Om ja, vilken/vilka? c) Finns viktiga termer och/eller begrepp definierade? Om ja, vilken/vilka? d) Förtydligas eller förklaras det i bakgrunden varför denna studie är nödvändig? Om ja, med vilka argument? e) Beskriver forskaren sin egen förståelse eller sitt eget synsätt (viktigt i studier med kvalitativa data). Om ja, hur? f) Verkar bakgrunden rimlig i förhållande till Din egen utgångspunkt och författarens syfte?	

Detta förstår jag inte:

4. Metod (eng. Method: Study setting, Sample, Participants, Procedure,Intervention)	
<p>a) Vilken typ av studie utfördes (ex. experiment. hermeneutisktextanalys)?</p> <p>b) I vilken miljö genomfördes studien ex. sjukhus, skola,laboratorium)?</p> <p>c) <u>Urval</u> (vem, vilka, vad undersöktes)? Beskrivs ev. försökspersoner, var de unika på något sätt eller "normaltyper".</p> <p>d) Hur gick man tillväga för att välja deltagare/försökspersoner (ex. slumpmässigt urval, konsekutivt, strategiskturval)?</p> <p>e) Hur många deltagare/försökspersoner ingick i studien?</p> <p>f) Erhölls godkännande från etisk kommitté? Beskrivs det hur försökspersonernas identitet skyddades och frivillighetgaranterades?</p> <p>g) Hur gick datainsamlingen till (ex. mätningar, enkäter, intervjuer,observationer)?</p> <p>h) Verkar metoden för datainsamlingen och ev. val av försökspersoner rimliga och relevanta i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte?</p> <p>i) På vilket sätt <u>analyserades</u> materialet (statistiska metoder, begreppsanalys. viss tolkningsmetodetc)?</p> <p>j) Användes beskrivande statistik (tabeller, figurer, stapeldiagram etc) och/eller statistiska analyser? Om ja,vilka?</p> <p>k) Vid statistisk analys, vilka variablerundersöktes?</p> <p>l) Beskrivs hur validitet och reliabilitet (kvantitativa analyser), trovärdighet och överförbarhet (kvalitativa analyser)säkerstälts?</p> <p>m) Tycker Du att metodavsnittet ger en tydlig beskrivning av tillvägagångssättet? Skulle det vara möjligt att göra om (replikera) studien genom att följa metodbeskrivningen?</p> <p>n) Verkar metoden som helhet rimlig i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte? Finns detsvagheteravbetydelseför just Dinasyften?</p>	

Dettaförstår jaginte:

5. Resultat (eng. Results,Findings)	
<p>a) Beskriv resultatena av undersökningen.</p> <p>b) Om statistiska analyser använts identifiera de resultat som är statistiskt signifikanta och ange signifikansnivån.</p> <p>c) Vid tolkande analyser, ange teman och/eller kategorier. Verkar resultaten logiska, tillförlitliga och trovärdiga?</p>	
6. Diskussion och/eller konklusion (eng.Discussion, Conclusion, Implications for furtherresearch)	
<p>Läs nu diskussion och konklusionen.</p> <p>a) Vilka slutsatser drar forskaren?</p> <p>b) Vilka begränsningar diskuterar forskaren?</p> <p>c) Räkna upp förslag på fortsatt forskning, forskarens och/eller regnans.</p> <p>d) Verkar detta rimligt i förhållande till Din egen utgångspunkt och forskarens syfte?</p>	
7. Innebörden av studien för den praktiska vården (eng. Clinical implications, Implications for practice)	
<p>a) Vilka resultat kan ha betydelse för den praktiska vården enligt forskaren?</p> <p>b) Anser Du att resultaten är lämpliga att omsätta i praktiskt vårdarbete? Om ja, i vilken miljö?</p> <p>c) Hur skulle användandet av dessa resultat förändra arbetet på Din avdelning? Beskriv utifrån tidsaspekter, arbetsbelastning, ekonomi, juridiska och etiska aspekter, kvalitet för vem/vilka grupper.</p>	
8. Sammanfattande helhetsbedömning	
<p>a) Syftet: varför har undersökning gjorts?</p> <p>b) Genomförandet: på vilket sätt har undersökning gjorts?</p> <p>c) Kvaliteten: hur bra <u>anser du</u> att undersökningen är?</p> <p>d) Relevans: är denna studien relevant för dina patienter?</p>	

Detta förstår jag inte:

Bilaga 1, Sökschema (Cinahl)

Datum	Databas	Sökning nr	Sökord och boolesk operator	Begränsningar/databasfilter	Typ av sökning (t.ex. MESH-term, abstract, fritext)	Antal träffar	Lästa Abstract	Relevanta artiklar	Anledning till exklusion
2016-02-11	Cinahl Complete	1	"Genital Neoplasms, Female" AND "Qualitative study"	Peer-reviewed, Abstract available, English	Headings	39	7	5	3dubletter
	Cinahl Complete	2	"Genital Neoplasms, Female" AND "Patient attitude"	Peer-reviewed, Abstract available, English,	Headings	19	6	4	1 dubblett
	Cinahl Complete	3	"Genital Neoplasms, Female" AND HealthcareA AND Experience	Peer-reviewed, Abstract available, English,	Headings Fritext	4	2	1	Ej relevant

2016-02-11	Cinahl Complete	4	Genital neoplasm AND Patient view	Abstract available, English,	Fritext	2	2	1	Ej relevant
2016-02-11	Cinahl Complete	5	Gynecologic al cancer AND Dialogue	Abstract available, English,	Fritext	2	2	1	Ej relevant
2016-02-11	Cinahl Complete	6	Gynecologic al cancer AND Patient relations	Abstract available, English,	Fritext	15	13	5	Ej relevant

Sökschema (Pubmed)

Datum	Databas	Sökning nr	Sökord och boolesk operator (AND, OR, NOT)	Begränsningar/databasfil -ter	Typ av sökning (t.ex. MESH-term, abstract, fritext)	Antal träffar	Lästa Abstract	Relevanta artiklar	Anledning till exklusion
2016-03-17	Pubmed	1	Genital Neoplasms AND Qualitative study AND nursing	English	MESH-term, fritext	29	3	1	Dubblett
2016-03-17	Pubmed	2	Gynekological cancer AND Qualitative study AND nurse*		MESH-term, fritext	20	4	2	2 Dubletter

Bilaga 3, Artikelöversikt

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Akyüz, A., Güvenç, G., Üstünsöz, A. & Kaya, T. <i>Living With Gynecologic Cancer: Experience of Women and Their Partners</i> 2008 Turkiet	Att beskriva turkiska kvinnor och deras partners upplevelse av gynekologisk cancer.	Strategiskt urval då det valdes deltagare som kan svara mot syftet. Inklusionskriteriet var att kvinnorna skulle ha/haft gynekologisk cancer. Det deltog 31 personer i studien. 19 kvinnor och 12 partners. Intervjun gjordes på en gynklinik och spelades in.	Vid intervjun ställdes förbestämda frågor. Vem som ställde frågorna är okänt. Vid analysen transkriberades först materialet. Sedan tolkade två författare materialet och gjorde kategorier. Dessa jämfördes och sedan gjordes en gemensam sammanfattning. Studien fick inget godkännande av någon etisk kommitté, deltagarna fick istället muntlig och skriftlig information och gav samtycke.	Mycket känslor uppkom när kvinnan fick diagnosen. Gav mycket stress och oro. Under behandlingen uppkom mer fysiska och psykiska problem. Det dagliga livet förändrades, ofta också. Rollerna hemma.	Överförbarhet: Medel, då resultatet är bra beskrivet och skulle kunna överföras till liknande populationer. Tillförlitlighet: Hög tillförlitlighet. Väl utförlig metod. Pålitlighet: Medel. Väl beskriven metod, men saknar förförståelse. Verifierbarhet: Hög. Lätt att göra om eftersom genomförandet är väl beskrivet. Styrkor: Välskrivet genomförande. Lätt att följa processen. Svagheter: Saknas förförståelse.
Ekwall, E., Ternestedt, B.-M. & Sorbe, B. <i>Important Aspects of Health Care for Women With Gynecological Cancer</i> 2003 Sverige	Syftet var att se vad kvinnor med gyn cancer tycker är viktigt under kontakten med vården.	Urvalet var alla kvinnor som fått cytostatika behandling eller strålning på detta sjukhus hösten 1996 eller våren 1997, inte hade cancer diagnos sedan tidigare och kunde prata svenska. De kontaktade deltagarna. Strategiskt urval. 14 deltagare.	Semistrukturerade intervjuer på sjukhuset. Studien fick godkännande av en etisk kommitté. Tolkningsanalys	Kvinnorna tyckte det var viktigt med en god kommunikation och information. Vardagliga samtal var också viktiga.	Överförbarhet: Medel, då resultatet är bra beskrivet och skulle kunna överföras till liknande populationer. Pålitlighet: Ingen förförståelse men etiskt godkännande. Verifierbarhet: Metoden är lätt att göra om. Styrkor: Den svarar bra mot sitt syfte. Svagheter: Ingen förförståelse.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Haas, M <i>The relationship between expectations and satisfaction: a qualitative study of patients' experiences of surgery for gynaecological cancer.</i> 2001 Australien	Att undersöka om patienter hade några förväntningar inför operationen på processen eller hur det skulle kännas efteråt.	Strategiskt urval. Författarna hittade kvinnor som skulle passa deras syfte. Inklusionskriteriet var kvinnor som skulle genomgå en behandling/op för gyn.-cancer. 19 st kvinnor deltog i studien. Intervjun gjordes antingen i deltagarens hem eller på sjukhuset.	Under intervjun ställdes frågor om deras förväntningar på vården och behandlingen. Intervjun spelades in. Vid analysen transkriberades materialet av två personer separat och dessa gjorde beskrivningar. Detta lästes av huvudförfattaren som tog ut det viktigaste och tolkade. Sedan gjordes kategorier. Studien fick ett etiskt godkännande.	Resultatet varierade. En del hade förväntningar på sin vård, vissa inga alls. Kvinnorna beskrev att dem ej ville ha för höga förhoppningar eftersom den inte ville bli besvikna i slutändan. Dem kände att deras brist av kunskap hindrade dem från att ha rimliga förväntningar.	Överförbarhet: Medel, då resultatet är bra beskrivet och skulle kunna överföras till liknande populationer. Tillförlitlighet: Hög. Bra skriven utförlig metod. Pålitlighet: Saknar förförståelsen, men har fått ett etiskt godkännande. Verifierbarhet: Medel. Saknas exakta frågor vid intervjun, men några finns underförstått med. Styrkor: Etiskt godkännande. Hög överförbarhet. Svagheter: Saknas förförståelse.
Oshima, S., Kisa, K., Terashita, T., Kawabata, H. & Maezawa, M. <i>Care-seeking behavior of Japanese gynecological cancer survivors suffering from adverse effects</i> 2013 Japan	Att utforska hur japanska kvinnor som överlevt gynekologisk cancer söker till vården och de huvudsakliga faktorerna som influerar vårdsökandet och behandlingstillgången.	Gynekologisk cancer patienter som söker/har sökt vård på sjukhus. Enkät och fokusgrupp. Skickade iväg inbjudningar/intresseanmälan i nyhetsbrev till patienter. Strategiskt urval. 28 deltagare.	Enkät och fokusgrupp. Det tas aldrig upp i vilken miljö studien gjordes. Studien fick godkännande av en etisk kommitté. Dem använde sig av tema analys.	Mycket missnöje med vården efter behandlingen. Patienter sökte sig ofta till andra kliniker. Ofta upplevde patienten att symtom kvarstår efter behandlingen. De hade inte fått någon information om hur det skulle vara efter behandlingen och när de skulle söka vård.	Överförbarhet: Medel, då resultatet är bra beskrivet och skulle kunna överföras till liknande populationer. Tillförlitlighet: De har skrivit ned frågorna de har ställt. Den svarade bra mot sitt syfte. Dessutom beskrevs inte i vilken miljö studien gjordes vilket är negativt. Pålitlighet: Forskarna skrev ingen förförståelse vilket är negativt. Verifierbarhet: Verifierbarheten var låg då metoden ej var beskriven väl, men fokusgruppsamtal kan ändå göras. Styrkor: De har använt både enkäter och fokusgrupper. Svagheter: Inte så många deltagare.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Sekse, R., Blaaka, G., Buestad, I., Tengesdal, E., Paulsen, A. & Vika, M <i>Education and counselling group intervention for women treated for gynaecological cancer: does it help?</i> 2014 Norge	Att ge insyn av kvinnors egenupplevda upplevelse av att delta i en utbildning- och stödgrupps intervention efter behandling av gyn. cancer.	Strategiskt urval- Valde en grupp som gav informationsrik fakta som svarar till syftet. Inklusionskriteriet var att ha fullföljt en gyn-cancer behandling under de senaste 2 åren och nu gå på aktuellgruppsamtal. 17 stycken deltog. Platsen för intervjun är okänd.	Efter gruppsamtalen/interventionerna gjordes intervjuer med deltagarna, individuellt. Intervjuerna varierade i tid och spelades in. Författarna var de som intervjuade. Vid analysen lyssnades man på inspelningen, de transkriberades sedan tog nyckelfynd ut och tre huvudkategorier togs ut. Sist sammanfattades resultaten. Studien fick godkänt av en etisk kommitté.	Deltagarna kände att samtalen i grupp gav dem en djupare förståelse för sin situation. Deltagarna kände att de kunde tala med de andra patienterna som var i samma situation mer än sina anhöriga eftersom de kände att de andra förstod vad de gick igenom.	Överförbarhet: Medel, då resultatet är bra beskrivet och skulle kunna överföras till liknande populationer. Tillförlitlighet: Medel. Studien beskriver ej i detalj vad frågorna i intervjuerna var, med det framgår att deltagarna talat fritt. Pålitlighet: Hög. Väl bearbetad metod, med godkännande från etisk kommitté. Verifierbarhet: Medel. Svårt när frågor ej är beskrivna. Styrkor: Väl bearbetad metod. Svagheter: Saknar detaljer om intervjun. Saknas förförståelse.
Sekse, R., Raaheim, M., Blaaka, G., Gjengedal, E. <i>Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer</i> 2010 Norge	Syftet var att få en djupare förståelse av levda upplevelser av överlevare av gynekologisk cancer och deras upplevelser av vården.	Urvalet var att de skulle ha haft cancer för 5 år sedan men vara frisk nu och ha ålder mellan 39-66. De blev tillfrågade på ett follow-up möte, 5 år efter sjukdomen. 16 deltagare. Strategiskt urval.	Intervjuer i ett lugnt rum på sjukhuset. Studien fick godkännande av en etisk kommitté. Transkriberades först, sedan en textanalys där alla författare deltog.	Kvinnor som fått/haft cancer får en ny uppskattning av livet efter sjukdomen, trots symtomen. De hittade en djupare mening i livet. Tacksamhet för livet hjälpte kvinnorna möta obehag och utmaningar. Kvinnorna kände sig också ensamma i sin sjukdom, gyn-cancer har med sig en viss typ av stigma. Kvinnorna ville gärna ej tala om sjukdomen då den beror intima områden och delar i livet.	Överförbarhet: Medel, då resultatet är bra beskrivet och skulle kunna överföras till liknande populationer. Tillförlitlighet: De har inte skrivit ned exakt vad de frågade annars bra metod. Pålitlighet: Bra eftersom de skriver sin förförståelse. Verifierbarhet: Metoden är lätt att göra om. Styrkor: De svarar bra mot sitt syfte Svagheter: Inte så många deltagare.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Sekse, R., Råheim, M., Gjengedal, E <i>Shyness and Openness: Common Ground for Dialogue Between Health Personnel and Women About Sexual and Intimate Issues After Gynecological Cancer</i> 2015 Norge	Att dyka djupare ner i hur kvinnor beskriver deras sätt att hantera de sexuella förändringarna och intimiteten och hur dialogen med vårdpersonal om ämnet gick till.	Strategiskt urval. Kvinnor valdes som kunde svara på syftet. Inklusionskriteriet var kvinnor som blivit behandlade för gynecancer under de senaste 5 åren. Inga återfall och mellan 30 och 70. Det deltog 16 kvinnor i studien. Var intervjun gjordes är okänt.	Öppna frågor ställdes i en intervju. Frågorna var förbestämda. Kvinnorna fick tala öppet. Vid analysen tolkades materialet från intervjun och sedan kom författarna fram till två teman. Studien fick ett godkännande från en etnisk kommitté.	Kvinnorna kände sig besvikna över den dåliga informationen de fick om sina kroppsliga förändringar och sexualitet efter sin behandling.	Överförbarhet: Medel, då resultatet är bra beskrivet och skulle kunna överföras till liknande populationer. Tillförlitlighet: Hög. Bra beskriven metod. Pålitlighet: Medel. Saknas förförståelse, men ett etiskt godkännande finns. Verifierbarhet: Medel. Inte beskrivit i detalj vilka frågorna var i intervjun. Styrkor: Öppna frågor i intervjun och bra metod. Svagheter: Saknas förförståelse och intervjufrågor.
Thygesen, M., Pedersen, P., Kragstrup, J., Wagner, L. & Mogensen, O <i>Gynecological cancer patients' differentiated use of help from a nurse navigator: a qualitative study</i> 2012 Danmark	Syftet var att undersöka vilka som kunde ha nytta av en Nurse navigator i tidig del av cancerbehandlingen och vad det ger för meningsfull effekt.	Urvalet var patienter med gyn cancer. Deltagarna bjöds in. Strategiskt urval. 21 deltagare	Intervjuer, framgår inte var. Studien fick godkännande av en etisk kommitté. Tolkingsanalys i tre nivåer. Kategorisera, analysera vad som sagts, sist diskussion.	Många cancerpatienter hade nytta av en Nurse navigator då dem kände trygghet i att tala med en professionell ssk. De kunde fråga det de undrade. Inte alla ville ha en NN, då dem kände sig trygga i sin vård. Men de som valde att ha samtal var mycket nöjda och fick hög tillit till sin NN.	Överförbarhet: Medel, då resultatet är bra beskrivet och skulle kunna överföras till liknande populationer. Tillförlitlighet: Bra metod, inte svår att göra om. Pålitlighet: Medelhög, ingen förförståelse men etiska tankar är med. Verifierbarhet: Medelhög, går att göra om. Styrkor: Bra metod. Svagheter: Ingen förförståelse.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Velji, K. & Fitch, M. <i>The Experience of Women Receiving Brachytherapy for Gynecologic Cancer</i> 2000 Canada	Att dokumentera den levda upplevelsen när patienter med gyn cancer får låg dos av brachyterapi.	Urvalet var att de skulle vara orienterade i tid och rum, kunna prata och läsa engelska. Vara över 18 år. Hur det gick till att hitta deltagare framgår inte. Strategiskt urval. 10 deltagare.	Intervjuer i hemmet. Studien fick godkännande av en etisk kommitté. De analyserade data efter Giorgis metod av att analysera kvalitativ data.	Att patienterna mår bättre om personalen tar sig tid till att sitta ner och prata och ge information om behandlingen. De tyckte att behandlingen var obehaglig.	Överförbarhet: Medel, då resultatet är bra beskrivet och skulle kunna överföras till liknande populationer. Tillförlitlighet: De har inte skrivit vilka frågor som frågades. Hur de gick till väga för att välja deltagare framgår ej heller. Pålitlighet: Skriver ingen förförståelse. Verifierbarhet: Metoden var otydlig för att de inte skrivit frågorna eller tillvägagångssätt för att välja deltagarna. Styrkor: Att de intervjuade i hemmet. Svagheter: Man inte vet hur de gick tillväga för att välja deltagare.