



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Kvinnors upplevelser av livmoderhalscancer

En litteraturstudie

Författare: Ellen Hagström och Malin Strömblad

Handledare: Lina Magnusson

Kandidatuppsats

Hösten 2017

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal
och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Kvinnors upplevelser av livmoderhalscancer

En litteraturstudie

Författare: Ellen Hagström och Malin Strömblad

Handledare: Lina Magnusson

Kandidatuppsats

Hösten 2017

Abstrakt

Bakgrund: Livmoderhalscancer är en vanlig sjukdom och att drabbas är en individuell upplevelse. Sjukvårdspersonalen har en viktig roll i att hjälpa kvinnorna att hantera upplevelsen. **Syfte:** Att belysa kvinnors upplevelser av livmoderhalscancer. **Metod:** Litteraturstudie där 10 artiklar inkluderats. **Resultat:** Tre huvudkategorier: *Fysiska, psykiska och sociala upplevelser* samt åtta underkategorier: *kroppsliga förändringar, sexuell dysfunktion, oro över sexualitet, att drabbas av fatigue, förändrad syn på livet, förändrad kvinnlig identitet, betydelse av stöd från omgivningen och förändrade relationer* identifierades. **Slutsats:** Livmoderhalscancer kan påverka den kvinnliga identiteten negativt. Sexuell dysfunktion och oro i samband med sex är förekommande och det finns brister i informationen som ges om komplikationer. Stöd från närstående och sjukvården är viktigt för att kunna hantera livmoderhalscancer.

Nyckelord

Livmoderhalscancer, upplevelser, kvinnor, information, hanterbarhet

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Introduktion	3
Problemområde	3
Bakgrund	3
Sjukdomsförlopp, behandling och prognos	3
Humant papillomvirus och screening	4
Vaccin	5
Symtom och diagnos	5
Omvårdnad vid livmoderhalscancer	6
Patientupplevelser vid cancersjukdom	6
Teoretisk referensram	7
Syfte	8
Metod	8
Urval	9
Datainsamling	9
Dataanalys	11
Forskningsetiska avvägningar	11
Resultat	12
Fysiska upplevelser	12
Kroppsliga förändringar	12
Sexuell dysfunktion	13
Psykosiska upplevelser	14
Oro över sexualitet	14
Att drabbas av fatigue	14
Förändrad syn på livet	15
Förändrad kvinnlig identitet	16
Sociala upplevelser	16
Betydelse av stöd från omgivningen	16
Förändrade relationer	17
Diskussion	18
Diskussion av vald metod	18
Diskussion av framtaget resultat	19
Sexuell dysfunktion och oro	20
Förändrad kvinnlig identitet	21
Betydelse av stöd från omgivningen	22
Slutsats och kliniska implikationer	23
Författarnas arbetsfördelning	23
Referenser	24

Introduktion

Problemområde

Livmoderhalscancer är den fjärde vanligaste cancerformen bland kvinnor i världen (World Health Organization, 2012). 2012 beräknades antal fall till 528 000. Incidensen är som störst i utvecklingsländer då de står för 85 % av alla fall av livmoderhalscancer. I östra och mellersta Afrika är det den vanligaste cancerformen bland kvinnor. Antalet dödsfall av livmoderhalscancer i världen 2012 beräknades uppmot 266 000 och av dem skedde 87 % i mindre utvecklade länder (ibid.). I Sverige insjuknar varje år uppmot 450 kvinnor i livmoderhalscancer (Cancerfonden, 2015). Humant Papillomvirus (HPV) 16 och 18 orsakar ungefär 70 % av alla fall av livmoderhalscancer. Antalet fall i Sverige har minskat med hälften sedan 1960-talet och det beror delvis på att det idag finns vaccin mot HPV 16 och 18 men även tack vare utvecklat screeningprogram. Kvinnor mellan 23 och 60 år blir regelbundet kallade till gynekologisk cellprovtagning, vilket har haft samband med minskningen (ibid.).

Antalet kvinnor som överlever livmoderhalscancer i utvecklade länder är stort (Zeng, Ching, & Loke, 2011a). Hos många av kvinnorna ses det dock hälso- och livsrelaterade problem även efter sjukdomen. Kvinnor som överlevt livmoderhalscancer upplever sin livskvalitet sämre än icke drabbade kvinnor (ibid.). Kvinnor som drabbas av livmoderhalscancer upplever både psykiska och fysiska besvär som följsjukdomar, reproduktiva problem, sexuell dysfunktion och psykisk ohälsa (Zeng et al., 2011a). Livmoderhalscancer kan även medföra en oförmåga att föda barn och oavsett orsak till förlust av fertilitet så är det en betydande källa till upplevelse av psykiskt lidande hos kvinnorna (Willows, Lennox & Covens, 2016). Kvinnors upplevelse av att drabbas av livmoderhalscancer är individuell men oavsett ålder eller fas i livet handlar det om att cancer är ett avbrott av någonting meningsfullt och det finns därför stor anledning att studera upplevelsen av livmoderhalscancer (Sele, 2003).

Bakgrund

Sjukdomsförlopp, behandling och prognos

Livmoderhalscancer uppstår antingen i skivepitelet där livmoderhalskanalen övergår i yttre livmodermunnen eller i cylinderepitelet i cervixkanalen (Kristensen, 2003). Cancern kan växa sig igenom livmoderhalsväggen och till omkringliggande vävnad. Spridning sker genom lymfbanor och lymfkörtlar, vanligtvis via bäckenet eller genom blodet till lungor och lever

(ibid.). Det finns olika sorters behandling av livmoderhalscancer (Cancerfonden, 2015). Kirurgi, strålbehandling och cytostatikabehandling är de som används främst (ibid.). Enligt Patientlagen (SFS 2014:821, kap. 7, 1 §) har patienten möjlighet att välja den behandling som personen föredrar när det finns flera olika behandlingsalternativ.

Cellförändringar kan vara förstadium till cancer och det behandlas vanligtvis genom att avlägsna den angripna delen med exempelvis laser eller kniv (Kristensen, 2003). Målet är att ta så pass liten del att det inte kommer påverka kvinnans eventuella önskan om att kunna få barn. Vid en invasiv cancer inriktas behandlingen på att avlägsna befintlig tumör samt eventuella metastaser. Tumören avlägsnas antingen genom konisation eller hysterektomi. Vid invasion till blod och/eller lymfkörtlar ses en ökad risk för metastaser och då görs vanligen en radikal hysterektomi. Vid en radikal hysterektomi avlägsnas livmodern och lymfkörtlar på bäckenväggen (ibid.). Vid önskan om att efter behandling kunna bli gravid finns i vissa fall möjlighet att göra ett fertilitetsbevarande ingrepp, så kallat radikal trachelektomi (Regionala cancercentrum, 2017). Vid en radikal trachelektomi avlägsnas endast en del av livmoderhalsen, för att livmodern och därmed fertiliteten ska bevaras (ibid.).

Vid större tumörer med spridning till lymfkörtlar erbjuds adjuvant strålbehandling i kombination med cytostatika (Kristensen, 2003). Cancer som nått bäckenet samt vuxit på slemhinnan i urinblåsan eller rektum behandlas med extern strålbehandling över hela bäckenet, ibland i kombination med cytostatika (ibid.). Allt fler kvinnor påbörjar behandling i ett tidigt stadium, vilket gör att många blir friska och kan återvända till sina vanliga liv (Cancerfonden, 2015). Om sjukdomen spridit sig till andra organ är prognosen sämre. Trots en mer avancerad sjukdom är det ofta möjligt att ändå hålla sjukdomen under kontroll under lång tid och då blir syftet med behandlingen att upprätthålla livskvaliteten för kvinnan (ibid.).

Humant papillomvirus och screening

Humant papillomvirus (HPV) är en grupp med fler än 130 olika DNA-virus (Leaver och Labonte, 2010). Omkring 23-30 olika typer av HPV inverkar på de nedre, genitala delarna och kan orsaka bland annat livmoderhalscancer. Livmoderhalscancer utvecklas oftast under flera års tid och det börjar med cellförändringar som kan leda till livmoderhalscancer om de inte upptäcks eller behandlas i tid (ibid.). När en cellförändring upptäcks tas ett nytt cellprov efter några månader och för de flesta har cellförändringen då försvunnit (Cancerfonden, 2015). Om den däremot kvarstår genomförs biopsi som sedan undersöks i mikroskop. Det är viktigt att

behandla cellförändringar och att kvinnan fortsätter att gå på gynekologiska kontroller efteråt (ibid.). HPV är den vanligaste riskfaktorn när det handlar om att utveckla livmoderhalscancer (Leaver och Labonte, 2010). Andra riskfaktorer är exempelvis samlag vid tidig ålder, flera olika sexpartner, försvagat immunförsvar och rökning. Eftersom de flesta som insjuknar i livmoderhalscancer är kvinnor i 40-årsåldern är även åldern en riskfaktor (ibid.). Screeningen för livmoderhalscancer infördes 1967 i Sverige och både andelen som insjuknar och dör har minskat drastiskt sedan dess (Socialstyrelsen, 2015). De gynekologiska cellproven är nödvändiga för att minska antalet dödsfall i livmoderhalscancer. Det har även påvisats att kvinnor som deltar kontinuerligt i screeningen har en ökad överlevnad än de som deltar sporadiskt (ibid.). Framstegen inom screening och behandling har ökat överlevnadsmöjligheterna med över 90 % i de utvecklade länderna, då sjukdomen upptäcks i tid (Willows et al., 2016).

Vaccin

Det finns HPV-vaccin tillgängliga som förebygger HPV-infektion och utveckling av livmoderhalscancer (Regionala cancercentrum, 2017). Vaccinet behandlar inte livmoderhalscancer eller HPV som redan utvecklats i kroppen, utan förebygger endast uppkomsten av det (Leaver & Labonte, 2010). Vaccinet är mest effektivt om det ges till flickor innan de är sexuellt aktiva och det är rekommenderat att ges i åldern 11-12 år. HPV-vaccinet har även god effekt på unga kvinnor mellan 13 och 26 år, oavsett hur sexuellt aktiva de är. Vaccinet skyddar mot fyra specifika HPV-genotyper (6, 11, 16 och 18) som ofta ligger bakom cancer i de genitala delarna. Det är utformat för att skapa antikroppar som angriper och dödar HPV (ibid.).

Symtom och diagnos

De flesta människor som får HPV är inte medvetna om det eftersom de ofta inte upplever några symtom (Leaver & Labonte, 2010). I ett tidigt stadie av livmoderhalscancer uppträder sällan några symtom utan de gör inte debut förrän senare i sjukdomsutvecklingen. Flytningar som är vattniga, blodiga, bruna eller illaluktande kan vara tecken på livmoderhalscancer, likaså onormala vaginala blödningar och smärta vid samlag (ibid.). När canceren väl börjat ge symtom är de vanligaste symtomen blödningar, smärtor och rubbningar i urinblåsan (Socialstyrelsen, 2015). När symtomen har utvecklats är sjukdomen ofta långt gången och prognosen kan se dålig ut (ibid.). Livmoderhalscancer delas in i olika stadier beroende på hur långt sjukdomen har hunnit utvecklas (Cancerfonden, 2015). Det första stadiet innebär att

tumören inte är synlig utan endast kan ses via mikroskop och det sista stadiet innebär fjärrmetastasering, det vill säga att det spridit sig till andra organ (ibid.).

Omvårdnad vid livmoderhalscancer

Omvårdnad av kvinnor som drabbas av livmoderhalscancer är viktigt relaterat till upplevelsen av sjukdomen och bör vara individuellt anpassad (Sele, 2003). Kvinnorna som drabbas är i olika åldrar, olika stadier i livet och har skiljaktiga frågeställningar och behov. Unga kvinnor som inte fött barn påverkas på ett annat sätt än äldre kvinnor (ibid.). Likaså skiljer det sig om kvinnan behöver ta bort livmodern, då hon behöver hantera känslor om infertilitet och tidig menopaus (Ding, Hu och Hallberg, 2015). Sjuksköterskan och vårdpersonalen har en viktig roll i omvårdnadsarbetet med kvinnornas fysiska och psykiska hälsa (Sele, 2003). Information från vårdpersonal är centralt och viktigt i cancers alla stadier. Livmoderhalscancer väcker många frågor om underlivets anatomi, behandlingar, stigma, smärtor och sexualitet. Information gör livet för kvinnorna mer förutsägbart och hanterbart. Praktiska råd som stärker kvinnans självbild samt att vara uppmärksam på psykiska reaktioner hos kvinnorna är även en viktig del i vårdpersonalen omvårdnadsarbete (ibid.). Burns, Costello, Ryan-Woolley & Davidson (2007) menar att det finns brister i hur kvinnor med livmoderhalscancer informeras före behandling. Det saknas information från vårdpersonal om hur kvinnorna kommer att påverkas efteråt (ibid.).

Patientupplevelser vid cancersjukdom

Patientupplevelse är individuellt och varje individ upplever det på sitt enskilda sätt (Reitan, 2003). Vårdpersonalen har ett viktigt jobb i att försöka förstå varje människas unika upplevelse. Människosynen att kropp och psyke inte går att skilja mellan har använts i historien för att kunna förstå patienternas upplevelse. Varje människa är en unik bärare av sin sjukdomsupplevelse och hur det inverkar på livet. När sjukdomssymtom uppträder är det upp till den unika människan att förhålla sig till det och tolka kroppens signaler. En cancersjukdom innebär för många en upplevelse av att inte kunna kontrollera sjukdomen och sig själva. Cancersjukdom i sig innebär för de flesta människor en stress. Stress kan definieras som ett sammanbrott av någonting meningsfullt och kan ses som individens möjlighet att anpassa sig till förhållandena (ibid.). Att få en gynekologisk cancerdiagnos, att gå igenom behandling och att gå på uppföljning kan upplevas som stressande situationer både för kvinnan och hennes partner (Akyüz, Güvenc, Üstünsöz & Kaya, 2008). Sjukvårdens uppgift är inte bara att behandla, bota och lindra fysisk hälsa utan även att hantera den psykiska hälsan och livskvaliteten hos patienterna (Reitan, 2003). Att drabbas av livmoderhalscancer

kan väcka många existentiella frågor om liv och död vilket kan leda till stora psykosociala påfrestningar som behöver hanteras (Regionala cancercentrum, 2017). Aaron Antonovskys teori Känsla av sammanhang (KASAM) innehåller begreppen hanterbarhet, meningsfull och begriplighet (Antonovsky, 1991). En människa som har hög känsla av hanterbarhet känner sig inte som ett offer för omständigheter eller tycker att livet är orättvist vid svåra upplevelser. När olyckliga saker händer i livet kan en människa med hög hanterbarhet ändå känna en god hälsa (ibid.).

Teoretisk referensram

Föreliggande studie utgår från Joyce Travelbees omvårdnadsteori *The Human to Human Relationship Model*. De centrala begreppen inom teorin är lidande, mening, omvårdnad, hopp, kommunikation och självterapi (Nursing Theory, 2016). Lidande upplevs på olika sätt från individ till individ och innefattar en känsla av oro som kan variera från lindrig till extrem. Omvårdnad innebär att hjälpa patienter och anhöriga att hitta mening i sjukdomen och lidandet. Hur sjuksköterskan uppfattar sjukdomen är avgörande för att hjälpa patienten att hitta mening med lidandet. För att patienten ska kunna känna hopp finns det några viktiga aspekter, bland annat beroendet av andra människor, förtroende för att andra ska finnas där när det behövs och att våga erkänna sin rädsla. Kommunikation är nödvändigt för god omvårdnad. Självterapi är patientens egen förmåga att hantera sin sjukdom och lidande (ibid.). Sjuksköterskans mål enligt Travelbee (2010) är att hjälpa patienten och familjen att hantera sjukdom och lidande. Begreppen som beskrivs i Joyce Travelbees omvårdnadsteori kan kopplas till föreliggande studie eftersom omvårdnad av kvinnor som drabbats av livmoderhalscancer handlar exempelvis om att ge hopp och att hjälpa kvinnan att finna mening i upplevelsen av lidandet (Sele, 2003).

Hälsa enligt Joyce Travelbee kan delas in i subjektiv eller objektiv (Nursing Theory, 2016). Subjektiv hälsa innebär ett individuellt tillstånd och självvärdering av den psykiska och fysiska statusen. Objektiv hälsa är frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning. Omvårdnad är enligt Joyce Travelbee en intern process där den professionella sjuksköterskan hjälper en individ, familj eller ett samhälle att förebygga eller hantera erfarenhet, sjukdom eller lidande. Att finna mening i upplevelsen av sjukdom är centralt. Travelbee menar att omvårdnad bör ske genom mänskliga relationer och fokus är på relationen mellan patient och sjuksköterska, för att uppnå en god vård (ibid.). Ett mål med Travelbees (2010) omvårdnadsteori är att gå från en sjuksköterska-patient-relation till en människa-människa-

relation som upprätthålls av sjuksköterskan. Att bygga upp relationer sker i fyra faser från det ursprungliga mötet till ömsesidig förståelse. De fyra faserna är det inledande mötet, utveckling av identiteter, empati och sympati som resulterar i en ömsesidig förståelse och utveckling av en människa-människa-relation. Travelbee menar att sjuksköterskans relation till patienten är viktig för att patienten ska få hjälp att hantera och finna mening med sin sjukdom (ibid.). Relationen mellan patienten och sjuksköterskan är central i Travelbees teori vilket den även är i föreliggande studie. Zeng et al. (2011a) menar att sjuksköterskan har en viktig roll och att kommunikationen mellan sjuksköterska och patient är central.

Studien är enligt föreliggande studies författare en viktig del i forskningen kring livmoderhalscancer. Att sammanställa information om kvinnors upplevelser är viktigt eftersom det skulle kunna hjälpa vårdpersonal se ur kvinnors perspektiv och på den vägen kunna ge dem bättre vård, och hjälpa dem till en bättre livskvalitet (Ding et al., 2015).

Syfte

Syftet med studien är att belysa kvinnors upplevelser av livmoderhalscancer.

Metod

Metoden som används i föreliggande studie är en litteraturstudie. En litteraturstudie är systematiskt sammanställning av tidigare studier och kunskap inom ett specifikt område (Kristensson, 2014). En induktiv ansats valdes för att kunna sammanställa tidigare forskning inom valt område och för att få en översikt över kvinnors upplevelser av livmoderhalscancer. En induktiv ansats handlar om att komma fram till en generell slutsats genom att gå från delar till helhet eller från fakta till en teori (Kristensson, 2014). En litteraturstudie utgår från en välformulerad fråga som besvaras genom att identifiera, välja, värdera och analysera relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2013). Litteraturstudier bör utgå från aktuell forskning inom det valda området och syfta till att kunna användas i klinisk verksamhet (ibid.).

Urval

Föreliggande studie inkluderar artiklar som är publicerade i databaserna PubMed och CINAHL. Databaserna PubMed och CINAHL innehåller artiklar inom det vårdvetenskapliga och medicinska ämnet (Kristensson, 2014). Artiklar som är äldre än år 2007 och inte är skrivna på engelska exkluderades. Även artiklar som inte hade något etiskt resonemang och där deltagarna deltog mot sin vilja exkluderades. Inga begränsningar av geografiskt område gjordes i studien. Artiklarna som valdes ut inkluderade kvinnor i alla åldrar som drabbats av livmoderhalscancer, oavsett sjukdoms- och behandlingsstadiet.

Datainsamling

Samtliga träffar i litteratursökningar är inte alltid relevanta och därför är det viktigt att läsa igenom abstrakten för att göra en gallring (Kristensson, 2014). I föreliggande studie har författarna läst igenom samtliga titlar som sökningen gav. Sökningarna i föreliggande studie genomfördes i november 2017 och sökorden som användes presenteras i tabell 1 och tabell 2. I PubMed lästes 347 titlar, av dem lästes 72 abstract och därefter lästes 17 artiklar i fulltext. I CINAHL lästes 91 titlar, av dem lästes 20 abstract och 11 artiklar i fulltext. Vid sökningen i CINAHL filtrerades dubletter bort och därför gav sökningen i CINAHL inte lika många träffar som i PubMed. Kvalitetsgranskning av valda studier genomfördes enligt Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) granskningsmall för kvalitativa studier, samt enligt Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2011) granskningsmallar för kvantitativa studier. Fyra av de totalt 14 artiklar som kvalitetsgranskades valdes bort eftersom de hade låg kvalitet. Endast artiklar som fick hög kvalitet efter genomförd kvalitetsgranskning togs med i resultatet. Slutligen inkluderades 10 artiklar till föreliggande studie.

Tabell 1. Litteratursökning - PubMed

Sökning	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa artiklar i fulltext	Inkluderade artiklar
#1	PubMed	Uterine Cervical Neoplasms [MeSH]	10 år, engelska	19 143		
#2	PubMed	Adaptation, Psychological [MeSH]	10 år, engelska	41 379		
#3	PubMed	Quality of life [MeSH]	10 år, engelska	82 106		
#4	PubMed	Patient satisfaction [MeSH]	10 år, engelska	38 865		

#5	PubMed	Life Change Events [MeSH]	10 år, engelska	7 205		
#6	PubMed	Adaptation, Psychological [MeSH] OR Quality of life [MeSH] OR Patient satisfaction [MeSH] [MeSH] OR Life Change Events [MeSH]	10 år, engelska	156 004		
#7	PubMed	#1 AND #2	10 år, engelska	37		
#8	PubMed	#1 AND #3	10 år, engelska	251		
#9	PubMed	#1 AND #4	10 år, engelska	96		
#10	PubMed	#1 AND #5	10 år, engelska	4		
#11	PubMed	#1 AND #6	10 år, engelska	347	17	8

Tabell 2. Litteratursökning - CINAHL

Sökning	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa artiklar i fulltext	Inkluderade artiklar
#1	CINAHL	Cervix Neoplasms	10 år, engelska	8 539		
#2	CINAHL	Life Change Events	10 år, engelska	24 727		
#3	CINAHL	Quality of life	10 år, engelska	60 898		
#4	CINAHL	Patient satisfaction	10 år, engelska	28 759		
#5	CINAHL	Adaptation, Physiological	10 år, engelska	4 495		
#6	CINAHL	Patient Experience	10 år, engelska	72 001		
#7	CINAHL	Life Change Events OR Quality of life OR Patient satisfaction OR Adaptation, Physiological OR Patient Experience	10 år, engelska	176 167		
#8	CINAHL	#1 AND #2	10 år, engelska	27		
#9	CINAHL	#1 AND #3	10 år, engelska	150		
#10	CINAHL	#1 AND #4	10 år, engelska	51		
#11	CINAHL	#1 AND #5	10 år, engelska	0		
#12	CINAHL	#1 AND #6	10 år, engelska	164		
#13	CINAHL	#1 AND #7	10 år, engelska, exkluderande av dubletter	91	11	2

Dataanalys

Analys av studierna genomfördes enligt tre steg som Friberg (2012) beskriver. Det första steget innebär att de valda studierna lästes igenom flera gånger för att förstå innehåll och

sammanhang. I det andra steget granskades skillnader och likheter i studierna och i det sista steget gjordes en sammanställning som sattes ihop i huvudkategorier och underkategorier (ibid.). Ett sätt att strukturera upp material för att komma fram till kategorier är att använda sig av kodning, vilket innebär en sammanfattning av meningsbärande enheter (Kristensson, 2014). I föreliggande studie användes färgkodning och artikelmatriser för att hitta likheter och skillnader som sattes i kategorier.

Forskningsetiska avvägningar

I litteraturstudier måste forskaren genomgående etiskt granska litteraturen som används (Kristensson, 2014). Forskningsetik innebär att etiska överväganden görs genom hela studien (Sandman & Kjellström, 2013). Forskaren till studier är skyldig att etiskt reflektera över alla moment genom hela studien för att försäkra sig om att respekten för varje individ består. Flertalet etiska koder finns framställda för att säkerställa forskningsetik inom medicin och omvårdnad. Helsingforsdeklarationen är en välkänd kod som kom ut 1964. Deklarationen säger att etiska övervägande måste göras för att överväga behovet av ny kunskap gentemot deltagarnas hälsa och intresse (ibid.). Helsingforsdeklarationen belyser även att utsatta grupper inom forskning existerar och att de lättare kan kränkas eller dra skada (World Medical Association, 2013). Medicinsk forskning av en utsatt grupp är endast försvarbart om forskningen svarar mot gruppens hälsobehov och om forskningen inte kan ske på en icke utsatt grupp. Gruppen ska även dra nytta av forskningens resultat. Deltagandet i studierna måste vara frivilligt och personerna måste vara kapabla att lämna informerat samtycke (ibid.).

Ambitionen med föreliggande studie var att använda artiklar och studier som var genomförda på etiskt sätt. Frivilliga deltagare med informerat samtycke var ett krav för att uppsöka artiklar till föreliggande studie skulle användas. Avsikten var att exkludera artiklar där personer har deltagit mot sin vilja eller behandlats illa. Det är viktigt att ta hänsyn till utsatta grupper, men i föreliggande studie anser författarna att patienter som lider av livmoderhalscancer inte innebär en utsatt grupp eftersom de själva kan välja sin medverkan till studierna. Lagen om etikprövning av forskning (SFS 2003:460), 1 § som avser människor tas även hänsyn till under föreliggande studie. Syftet med lagen är att skydda den enskilda människan samt respekten för människovärdet vid forskning (ibid.).

Resultat

Resultatet analyserades och sattes i tre huvudkategorier; fysiska upplevelser, psykiska upplevelser och sociala upplevelser. Från huvudkategorierna identifierades sedan underkategorier som ses nedan i tabell 3.

Tabell 3: Resultatkategorier

Huvudkategorier	Underkategorier
Fysiska upplevelser	Kroppsliga förändringar
	Sexuell dysfunktion
Psykiska upplevelser	Oro över sexualitet
	Att drabbas av fatigue
	Förändrad syn på livet
	Förändrad kvinnlig identitet
Sociala upplevelser	Betydelse av stöd från omgivningen
	Förändrade relationer

Fysiska upplevelser

Kroppsliga förändringar

I en kinesisk studie av Zeng, Li och Loke (2011b) deltar 35 kvinnor som genomgått behandling och blivit friska från livmoderhalscancer. Kvinnor som har livmoderhalscancer upplever fysiska hälsorelaterade problem, som aptitförlust, håravfall, viktförändringar, tidiga klimakteriesymtom, förstoppning och dysuri (ibid.). En studie av Sumdaengrit et al., (2010) inkluderar 190 kvinnor från Thailand som nyligen diagnostiserats med livmoderhalscancer. Fysiska problem i samband med livmoderhalscancer upplevs både före, under och efter behandling. Vanliga fysiska besvär innan behandling är vaginala problem, förstoppning och viktnedgång. Under behandlingstiden uppstår symtom som dålig aptit, irritation i rektum,

diarré och viktnedgång. En månad efter behandling upplever många hudförändringar och svettningar (ibid.).

En jämförelse som Correa et al. (2014) gjort mellan kvinnor som haft livmoderhalscancer och kvinnor som inte haft det visar att kvinnor som genomgått behandling har större problem med inkontinens, urinretention, diarré, avföringsinkontinens, analsmärta, tarmlödning samt lymfödem. Totalt 74 kvinnor från Brasilien deltog i studien, där hälften var kvinnor som haft livmoderhalscancer och hälften var en kontrollgrupp. Majoriteten av kvinnorna som genomgått behandling för livmoderhalscancer relaterade sin tidiga ingång i klimakteriet till behandlingen (ibid.). I en dansk studie av Jeppesen, Mogensen, Dehn och Jensen (2015) där 96 kvinnor deltog framgår det att val av behandling hänger ihop med hur allvarliga biverkningar de upplever. De som endast genomgår kirurgi upplever generellt lindrigare biverkningar än de som behandlas med strålbehandling och cytostatika. Lymfödem är en vanlig biverkning oavsett behandling och i studien upplever 60 % av kvinnorna någon grad av lymfödem tre månader efter behandling (ibid.). 110 kvinnor från Taiwan som avslutat sin behandling mot livmoderhalscancer deltog i en studie av Li, Chen, Chang, Chou och Chen (2015). I studien visar det att förstoppning är vanligare bland de som behandlats med kirurgi än de som genomgått annan behandling (ibid.). I en studie från USA av Clemmens, Knafl, Lev och McCorkle (2008) deltog 19 kvinnor i intervjuer. Vissa upplever att långsiktiga komplikationer påverkar deras liv så mycket att det stör deras dagliga aktiviteter. En del upplever till och med att deras liv var förstörda på grund av komplikationerna. 11-15 år efter behandling kämpar fortfarande vissa med diarré, smärta och andra svåra besvär (ibid.).

Sexuell dysfunktion

Resultatet visar att behandling mot livmoderhalscancer har negativ påverkan på kvinnans sexualitet (Zeng et al., 2011b). Kvinnor upplever vaginal torrhet och smärta som ett stort problem och en bidragande faktor till minskad sexuell aktivitet (ibid.). Blödningar och smärta vid samlag, även kallat dyspareuni, är vanliga biverkningar efter behandling (Jeppesen et al., 2015). Till skillnad från kvinnor som aldrig behandlats för livmoderhalscancer visar kvinnor som genomgått behandling en sämre sexuell funktion (Correa et al., 2014). Vid jämförelse mellan patienter med livmoderhalscancer och kontrollpersoner utan cancerhistoria, visar det att de generellt är lika sexuellt aktiva. Skillnaden är att av de cancerpatienter som är sexuellt aktiva upplever fler sexuell dysfunktion än de utan cancerhistoria. En del sexuella funktioner skiljer sig inte åt mellan livmoderhalscancerpatienter och kvinnor som inte haft cancer (ibid.).

I en studie från Sydkorea av Park et al. (2007) deltog 860 kvinnor som haft livmoderhalscancer samt en kontrollgrupp på 494 kvinnor utan cancerhistoria. Studien visar att sexualiteten skiljer sig mellan vilken behandling kvinnorna får. De som genomgår både kirurgi, strålbehandling och cytostatika upplever mer sexuell dysfunktion än de som endast genomgår behandling med kirurgi och cytostatika eller strålbehandling och cytostatika. Personer som genomgår strålbehandling har ofta större problem med dyspareuni än personer som behandlats utan strålbehandling (ibid.).

Psykiska upplevelser

Oro över sexualitet

Många kvinnor som behandlats för livmoderhalscancer upplever en känsla av ångest och osäkerhet i samband med sex (Jeppesen et al., 2015). Kvinnorna upplever en oro över att återuppta sin sexuella aktivitet, då de oroar sig över fysiska förändringar i vaginan som kommit efter behandlingen. De upplever även en oro över att skada sin vagina, exempelvis att stygnen efter operation skulle förstöras eller att andra vaginala problem skulle uppstå. Alla kvinnor i relationer menade att de kunde prata med sin partner om sin sexuella oro.

Ångestrelaterade känslor i samband med sexuell aktivitet visar sig vara vanligare bland kvinnor under 55 år. Kvinnor över 55 år var generellt sett inte lika oroade, då många av dem inte såg sex som lika nödvändigt för relationen (ibid.). Trötthet i samband med behandling och avsaknad av partner ses även det som bidragande faktorer till att sexlivet inte återupptas (Zeng et al., 2011b). En del av kvinnorna som var i relationer upplevde att de fick en bättre relation till sin man (ibid.). Oavsett vilken behandling kvinnorna genomgår upplever många någon form av ängslan relaterat till sexuell prestation (Park et al., 2007). De kvinnor som endast behandlas med kirurgi upplever mindre oro över sin sexualitet och sitt sexliv än de som behandlas med flera metoder, exempelvis kirurgi i kombination med strålbehandling (ibid.).

Att drabbas av fatigue

Fatigue, en cancersjukdoms- eller behandlingsrelaterad trötthet, är ett av de vanligaste problem som upplevs i samband med livmoderhalscancer (Jeppesen et al., 2015). Många upplever fatigue både före, under och efter behandling. Tröttheten är många gånger relaterat till sömnsvårigheter, vilket en stor del av kvinnorna upplever under hela sjukdomsperioden (ibid.). Under behandlingstiden upplever 70 % fatigue jämfört med innan och efter behandling

då endast cirka 30 % upplever det (Sumdaengrit et al., 2010). Av 382 norska kvinnor med livmoderhalscancer rapporterar 23 % att de 11 år efter diagnosen upplever fatigue (Steen, Dahl, Hess & Kiserud, 2017). De kvinnor som behandlas med strålning och cytostatika drabbas i större utsträckning av fatigue jämfört med de som endast behandlas med kirurgi. De som lider av fatigue visar även upp många andra symtom relaterat till det, exempelvis fetma, depression, dålig självkänsla och generellt sämre livskvalitet (ibid.).

Förändrad syn på livet

Kvinnor med cancerhistoria upplever många gånger psykiska besvär, exempelvis ångest, depression, rädsla och minskad självkänsla (Zeng et al., 2011b). I en studie från Japan av Komatsu et al. (2014) intervjuas 15 kvinnor som haft livmoderhalscancer. Studien visar att en ökad medvetenhet om den egna dödligheten kan uppstå vid ett cancerbesked och de förväntningar som tidigare funnits om livet och framtiden kan rubbas. Sekse, Raaheim, Blaaka och Gjengedal (2009) har gjort djupintervjuer med 16 norska kvinnor som drabbats av gynekologisk cancer. I samband med cancer kan känslor förstärkas och det upplevs som lättare att bli arg, ledsen eller glad, vilket kan leda till en ökad sårbarhet (ibid.).

Livmoderhalscancer upplevs olika från individ till individ, en del kvinnor upplever att de kan lägga cancern bakom sig när de blivit friska medan andra fortsätter må psykiskt dåligt även efter friskförklaringen (Clemmens et al., 2008). För vissa kvinnor gör cancerupplevelsen att de får en förändrad livssyn, de får nya perspektiv och uppskattar livet mer än tidigare. De som känner sig mer positiva efter att ha tagit sig igenom sin cancer visar mindre tecken på depression än de som är fast i de negativa tankarna. Oavsett vilka komplikationer som kvinnorna får känner de som fått ut något positivt av sin cancerupplevelse att de fått en andra chans i livet och att de lär sig vad som är viktigt för dem (ibid.). Glädje, tacksamhet och en djupare förståelse för livet är även det vanligt att känna efter att ha tillfrisknat från cancer (Sekse et al., 2009).

Negativ inställning till sin cancerhistoria bidrar ofta till en försämrad livskvalitet hos kvinnorna (Clemmens et al., 2008). Kvinnornas negativa inställning kan bero på att de dras med långvariga komplikationer från behandlingen, vilket gör att de kan uppleva sitt liv som förstört. Många hade svårt att se mening med livet och framtiden och såg därför ingen anledning till varför de skulle ta hand om sig själva. Gemensamt för kvinnorna, oavsett vilken syn de har på sin cancerhistoria, är att de upplevde chock och rädsla när de fick diagnosen. De

var även omedvetna om vilka komplikationer livmoderhalscancer skulle ge och att livet många gånger inte skulle återgå till det normala. En ständig fruktan hos kvinnor som tillfrisknat från livmoderhalscancer är rädslan för återfall, som alltid finns i tankarna (ibid.). Oron och rädslan för återfall är energikrävande och det krävs inte mycket för att framkalla ångest (Sekse et al., 2009). Många ser cancer som ett extra bagage de bär med sig resten av livet och de påminns ofta om sin sjukdom (ibid.).

Förändrad kvinnlig identitet

Kvinnor som drabbas av livmoderhalscancer kan uppleva känslan av att bli fråntagen sin kvinnliga identitet (Komatsu et al., 2014). För många kvinnor hör kvinnlighet ihop med möjligheten att kunna bli gravid. Vid livmoderhalscancer kan livmodern behöva tas bort och det kan leda till att kvinnan känner sig otillräcklig, både mot sig själv och sin partner. En del kvinnor har möjlighet att genomgå fertilitetsbevarande operation, vilket för många är positivt. Trots det blev inte alla kvinnor lyckliga efter operationen, det fanns mycket oro både över att inte kunna få barn och att få sjuka barn. Det fanns även en rädsla att göra omgivningen besviken, exempelvis att känna oro över vad partner och svärföräldrar skulle känna om kvinnan inte kunde bli gravid (ibid.). Efter behandling mot livmoderhalscancer kan upplevelsen av livskvalitet ha samband med bra eller dålig självkänsla (Li et al., 2015). Kvinnor med högre självkänsla upplever ofta bättre livskvalitet än de med lägre självkänsla (ibid.). En cancerhistoria kan även bära med sig positiva upplevelser för kvinnan efter att hon blivit frisk (Sekse et al., 2009). En del känner att de får en djupare kunskap om sig själva eftersom de genomgår en kris och tvingas ta itu med sig själv och sina tankar om livet (ibid.).

Sociala upplevelser

Betydelse av stöd från omgivningen

Sociala relationer och socialt stöd från närstående och sjukvård är viktigt för kvinnor som drabbats av livmoderhalscancer (Jeppesen et al., 2015). Många känner ett behov av att prata om sina erfarenheter men upplever att sjukvården fokuserar mer på det fysiska måendet än det psykiska. Genom att prata med andra kvinnor i samma situation upplever de att det blir lättare att hantera cancer. Att prata med andra som genomgått samma behandling är även det positivt för kvinnornas hanterbarhet (ibid.). Det uppstår en ömsesidig förståelse mellan kvinnorna och de upplever att de inte behöver säga så mycket utan de har en tyst kommunikation (Sekse et al., 2009). Det kan vara extra känsligt att prata om gynekologisk

cancer, då det rör intima delar. Därför är det viktigt att kvinnorna möts med förståelse och respekt (ibid.).

För att hantera sjukdomen och dess effekter använder sig kvinnorna av olika strategier (Zeng et al., 2011b). Behov av stöd från familjen är exempel på en strategi för att kunna hantera sin situation, likaså stöd från kollegor och vänner. En del kvinnor känner dock att stödet kan bli för stort så de istället känner sig deprimerade, när de hela tiden påminns om att de är sjuka (ibid.). Socialt stöd har betydelse för kvinnans självkänsla och allmänna livskvalitet, kvinnan upplever bättre självkänsla om hon får stöd av dem runtomkring (Li et al., 2015). Med socialt stöd kan kvinnan uppleva bra livskvalitet oavsett hur bra självkänsla hon har. De som är gifta eller i förhållande upplever bättre socialt stöd än de som lever ensamma (ibid.).

Sjukvårdens stöd upplevs viktigt för kvinnor som drabbats av livmoderhalscancer (Clemmens et al., 2008). En del ser personalen som stöttande medan andra upplever personalen som otillgängliga. Kvinnorna upplever att information från sjukvårdspersonal kan vara bristfällig. Många önskar mer information om långsiktiga komplikationer samt om hur livet skulle påverkas på lång sikt. Många trodde att de skulle kunna återgå till normalt liv, vilket de inte kunde. En del fick diagnosen via telefon vilket upplevdes negativt och de kände att de inte fick något personligt bemötande (ibid.). I möte med sjukvårdspersonal upplever en del kvinnor en ökad känslighet, de hoppas på att bli sedda och hörda när de behöver stöd (Sekse et al., 2009).

Förändrade relationer

Att inleda en ny relation efter att ha behandlats mot livmoderhalscancer upplevs av kvinnorna som något svårt, de anser att det är jobbigt att behöva förklara för en ny partner om deras problem. Därför undviker en del att söka efter en ny partner (Jeppesen et al., 2015).

Relationen till familjen kan bli påverkad och kvinnan kan, på grund av sin sjukdom, känna sig som en belastning för familjen (Zeng et al., 2011b). De kan uppleva sig själva som en börda för familjen, både psykiskt och ekonomiskt, vilket kan göra att hela familjens livskvalitet kan försämrans. Kvinnan kan uppleva att det sociala nätverket begränsas och i och med det uppleva en isolering, exempelvis på grund av att kvinnan tvingas sluta på sitt arbete eller att hon inte längre kan delta i aktiviteter (ibid.). En känsla av ensamhet uppstår för en del kvinnor i samband med cancer (Sekse et al., 2009). Existentiella tankar kan vara svårt att dela med andra, även tankar om sexualitet och ångest upplever en del som jobbigt att dela med sig av i

relationer (ibid.). Före sjukdomen kände många kvinnor att de hade ansvar för hemmet men i och med sjukdomen tvingades de lämna ifrån sig ansvaret gällande exempelvis matlagning och städning (Zeng et al., 2011b). En del kvinnor som överlever cancer upplever att deras relationer förändras positivt efter att de tillfrisknat. Exempelvis uppskattar de relationer mer, får en närmre relation till sin man och familjeförhållandet blir bättre (ibid.).

Diskussion

Diskussion av vald metod

I studien har både kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderats, fem kvalitativa, fyra kvantitativa och en mixad kvalitativ och kvantitativ studie användes. Författarna till föreliggande studie anser att resultatet hade blivit för begränsat för att kunna svara på syftet om endast en ansats valts. Genom att använda både kvalitativ och kvantitativ forskning ges en subjektiv förståelse av upplevelsen genom de kvalitativa artiklarna och en objektiv förståelse genom de kvantitativa artiklarna (Forsberg & Wengström, 2013). Det positiva med att använda både kvalitativa och kvantitativa artiklar är att belysa upplevelser ur olika synvinklar och perspektiv (ibid.). De kvantitativa artiklarna som inkluderats skapar möjlighet för generaliserbarhet då de har större urval än de kvalitativa artiklarna (Kristensson, 2014). Etisk granskning är viktigt för att försäkra att varje deltagare har behandlats med respekt och inte deltagit mot sin vilja (Sandman & Kjellström, 2013). Föreliggande studie har haft ett etiskt förhållningssätt vilket författarna anser är viktigt för att uppnå hög etisk kvalitet.

I en systematisk litteraturstudie sammanställs all väsentlig litteratur (Kristensson, 2014). Föreliggande studie är inte en systematisk litteraturstudie då tiden för genomförandet var begränsad, studien är dock systematiskt genomförd. Begränsningarna med att inte göra en systematisk litteraturstudie är att författarna själva kan påverka åt vilket håll resultatet i studien riktas (Friberg, 2012). Trots att en systematisk litteraturstudie inte är genomförd anser författarna att studiens resultat är av hög kvalitet. Samtliga artiklar i litteratursökningen som handlade om studiens syfte kvalitetsgranskades och de som hade hög kvalitet togs med i studien.

Någon geografisk avgränsning gjordes inte i litteratursökningen och artiklarna som valdes ut var för få för att kunna se en jämförelse mellan olika delar av världen. Dock var syftet med

föreliggande studie inte att jämföra olika geografiska områden och därför lades ingen större vikt på var i världen artiklarna kom ifrån. Om en geografisk begränsning hade valts hade eventuellt resultatet kunnat bli annorlunda. I studien användes en begränsad mängd sökord i litteratursökning. I studien hade fler sökord kunnat inkluderas för att resultatet skulle bli ännu mer trovärdigt, exempelvis ord som *female* och *fatigue*, som setts vara med i många artiklar som hittats. I litteratursökningen gjordes en begränsning att artiklarna skulle vara högst 10 år gamla. Det gjordes för att hitta nyaste forskningen samt för att hålla nere antalet träffar då tidsåtgången för studien var begränsad. Att utesluta äldre artiklar kan dock ha resulterat i att författarna gick miste om forskningsresultat som kunde varit relevant för studien. Däremot menar Forsberg och Wengström (2013) att ny forskning är att föredra då äldre forskning kanske inte längre är lika relevant.

Författarna till föreliggande studie kvalitetsgranskade artiklarna först var för sig för att sedan jämföra granskningarna och tillsammans komma fram till vilka artiklar som var av hög kvalitet och skulle inkluderas. Genom att kvalitetsgranska artiklarna var för sig ges en ökad tillförlitlighet att resultatet av granskningen är trovärdig (Kristensson, 2014). I en analysprocess är det viktigt att förvissa sig om att data och analys stämmer överens (Friberg, 2012). Dataanalys av artiklarna i föreliggande studie gjordes genom färgkodning och en artikelmatris för att hitta likheter och skillnader. På så sätt fick författarna på ett systematiskt sätt fram likheter och skillnader i artiklarna som sedan kunde sättas in i kategorier. Risken att författarna drar egna slutsatser av resultatet minimeras genom att en ordentlig analys görs (Friberg, 2012).

Diskussion av framtaget resultat

I föreliggande studie har det framkommit tre huvudkategorier och ur dem diskuteras tre centrala delar i resultatdiskussionen; *sexuell dysfunktion och oro, förändrad kvinnlig identitet* och *betydelse av stöd från omgivningen*. Delarna diskuteras i förhållande till tidigare forskning inom ämnena. I resultatdiskussionen diskuteras även Joyce Travelbees omvårdnadsteori *The Human to Human Relationship Model* i förhållande till resultatet.

Sexuell dysfunktion och oro

Resultatet visar att kvinnor som drabbats av och behandlats för livmoderhalscancer många gånger upplever sexuell dysfunktion samt oro och ångest över sin sexualitet (Jeppesen et al., 2015; Zeng et al., 2011b). Många känner oro över att återuppta sexlivet efter behandling då de är rädda för de fysiska förändringarna, vilket kan ge ångest i samband med sex (Jeppesen et al., 2015). Afiyanti och Milanti (2013) styrker det i sin studie då de menar att ångesten vid sexuell aktivitet har samband med fysiska förändringar och smärta. En studie av Vermeer, Bakker, Kenter, Stiggelbout och Kuile, (2016) belyser precis som föreliggande studies resultat att kvinnorna upplever en ökad oro att återuppta sin sexuella aktivitet efter att de genomgått behandling. Anledningen till minskat sexliv är både på grund av de fysiska förändringar som skett men vissa menar även att sex inte känns lika viktigt för dem efter behandlingen. En ytterligare anledning är att de känner en ångest i samband med sexuell aktivitet (ibid.). Att sex inte känns lika viktigt efter behandling visas även i föreliggande studies resultat, särskilt hos kvinnor över 55 år (Jeppesen et al., 2015). Författarna till föreliggande studie tolkar att sexuell dysfunktion och oro i samband med sex är mycket vanligt hos kvinnor som behandlats för livmoderhalscancer. Det ses som ett stort problem och sjukvårdspersonal har en betydande roll för kvinnornas upplevelser av livmoderhalscancer.

I föreliggande studies resultat framkommer det att kvinnorna ofta kan prata med sin partner om sin oro kring sex samt att de fått en närmre relation till sin partner efter att ha genomgått livmoderhalscancerbehandling (Zeng et al., 2011b). Till skillnad från föreliggande studies resultat framkommer det i studien av Afiyanti och Milanti (2013) att kvinnorna hade ett problematiskt förhållande till sin partner. De upplevde en press när det handlade om sex och var oroliga att deras partner skulle bli besviken på dem. Studien av Vermeer et al. (2016) styrker att alla kvinnor inte kände att de inte kunde prata med sin partner om den sexuella relationen och menade att cancer hade påverkat relationen negativt då det fanns kommunikationssvårigheter. Författarna till föreliggande studie vill belysa att det är viktigt att tänka på att alla kvinnor har olika förhållanden till sin partner och att inte ta för givet att alla kan prata med sin partner om sin sexuella oro. Det är även viktigt att sjukvårdspersonalen vågar lyfta frågor kring sexualitet och minska tabun kring ämnet. Resultatet i föreliggande studie visar att under hela sjukdomsperioden uppstår det ofta många obesvarade frågor kring sexualitet. I resultatet har det framkommit att många kvinnor i efterhand känt att de önskat mer information om sexuell dysfunktion efter behandling och för att lättare kunna hantera problemen efter behandling (Sekse et al., 2009). Sjuksköterskan har en viktig roll i att skapa

en bra relation till sin patient och framkalla ett förtroende så att patienten vågar prata om problemen. Det kan relateras till Travelbees (2010) omvårdnadsteori där en av de viktigaste aspekterna för att uppnå minskat lidande är att ha en bra relation mellan de båda parterna.

Förändrad kvinnlig identitet

I föreliggande studie framkommer det att fertilitet har samband med kvinnlig identitet (Komatsu et al., 2014). För att kunna känna sig tillräcklig och fullständig som kvinna upplever många att förmågan att kunna bli gravid är av stor betydelse (ibid.). I studien av Vermeer et al. (2016) uppger ungefär hälften av deltagarna att de blivit infertila efter behandling, vilket påverkade deras känslor av kvinnlighet. För en kvinna är det individuellt hur stor betydelse infertilitet har (ibid.). En förlust av livmoder eller äggstockar kan för vissa innebära en känsla av förlust av kvinnlighet och en påverkad självbild (Regionala cancercentrum, 2017). Lloyd, Briggs, Kane, Jeyarajah och Shepherd (2014) styrker att möjlighet att kunna bli gravid hänger ihop med känslan av att vara kvinnlig, att den kvinnliga kroppen fungerar som den ska. Studien av Reis, Kizilkaya Beji och Coskun (2010) bekräftar att känslan av kvinnlighet påverkas vid infertilitet och kvinnan kan känna sig värdelös och ofullständig som kvinna. Kvinnan kan känna att hon gör partnern och andra närstående besvikna om hon inte kan bli gravid (ibid.). Det framkommer även i föreliggande studie då Komatsu et al. (2014) menar att infertilitet kan bidra till en känsla av ofullständighet och oro att göra omgivningen besviken. Författarna till föreliggande studie tolkar att infertilitet påverkar många kvinnor som har en önskan om att bli gravida och att de kan påverkas psykiskt. Sjuksköterskan kan bidra med att ge information och stöd till kvinnan och hennes partner. Om det inte finns möjlighet att bli gravid bör sjuksköterskan informera om de andra möjligheter som finns till att skaffa barn.

Antonovsky (1991) belyser att en människa som har en förmåga att hantera svåra situationer har lättare att se positivt trots svåra livsupplevelser och ser inte sig själva som ett offer. Clemmens et al. (2008) menar att en del kvinnor som har en negativ inställning till sin cancerupplevelse kan känna en sämre livskvalitet. Medan för andra kvinnor kan den gynekologiska canceren i efterhand medföra en mer positiv syn på livet och kvinnorna kan känna att de får en större kunskap om sig själva (Sekse et al., 2009). Författarna till föreliggande studie menar att kvinnornas förmåga att hantera svåra upplevelser kan ha en påverkan på hur de hanterar sin sjukdom och livssituation. Lloyd et al. (2014) styrker att kvinnor, speciellt då cancer upptäcks i tidigt stadium, kan uppleva att cancer gjort att de

värdesätter familjen mer och att de känner en större tacksamhet inför livet. Akyüz et al. (2008) bekräftar att många kvinnors positiva vinster med sin cancerhistoria är att de upplever en djupare förståelse för sig själva och känner sig mer närvarande.

Betydelse av stöd från omgivningen

För kvinnor som drabbas av livmoderhalscancer är stöd från närstående och sjukvården viktigt för att kunna hantera sin sjukdom (Jeppesen et al., 2015; Sekse et al., 2009). De mår bra av att prata med andra kvinnor med samma erfarenhet då de upplever att de har en större förståelse än de som inte varit med om samma sak (ibid.). Det är viktigt att få personligt bemötande och stöd från sjukvården då många kvinnor har en önskan om att bli sedda och hörda (Sekse et al., 2009). En del kvinnor upplever bristande stöd från sjukvården och hade önskat få mer information om hur det skulle bli efter behandling (Clemmens et al., 2008). Burns et al. (2007) bekräftar i sin studie att information inför behandling är viktigt och att många kvinnor saknar information om långsiktiga komplikationer och hur sexlivet kan påverkas. De saknar information om fysiska komplikationer relaterat till behandlingen, exempelvis förändring i urinblåsa och tarmfunktion. Kvinnorna upplever att sjukvården inte tar upp ämnet sexualitet och det ses som ett känsligt ämne för både personalen och kvinnorna att ta upp (ibid.). Tveit Sekse, Gjengedal och Råheim (2013) har även de fått fram i sin studie att kvinnorna upplever ett behov av att prata om förändringarna som kan ske i kroppen, de ville få kunskap och förståelse för vad som skulle hända. Kvinnorna hade uppskattat om de skulle fått prata om känsliga ämnen med vårdpersonal under hela sjukdomstiden och de tyckte att de regelbundna mötena med sjukvården var för korta för att hinna med att prata om känsliga ämnen (ibid.). Författarna till föreliggande studie har sett i resultatet att många kvinnor som genomgår behandling för livmoderhalscancer upplever bristande stöd och information från sjukvården, särskilt information om biverkningar efter behandling. Författarna till föreliggande studie anser därför att individuellt anpassad information är viktigt då varje cancerupplevelse är unik och behovet av stöd och information kan förändras över tid.

Det är viktigt att känna sig personligt bemött och bli sedd och hörd av sjukvården (Sekse et al., 2009). Det här bekräftar Burns et al. (2007) som menar att personcentrerad vård är betydelsefullt och att information bör anpassas efter individen. Att ha ett personligt bemötande och att relationen mellan sjuksköterska och patient är viktigt kan kopplas till Travelbees omvårdnadsteori. Travelbee menar att den mänskliga relationen mellan sjuksköterska och patient är central för att uppnå god vård (Nursing Theory, 2016). Lloyd et

al., (2014) belyser att sjukvården ger hopp för att kvinnan ska orka fortsätta kämpa med sin sjukdom. I studien framkommer det att kvinnorna uppskattade att dela sina tankar med specialistsjuksköterskor inom kvinnosjukvård då de upplevde att de hade god kompetens, var lugnande och förstående (ibid.). I Travelbees omvårdnadsteori är hopp och att finna mening i lidandet centralt. För att kunna känna hopp krävs det att kunna känna förtroende för andra människor (ibid.). Det här kan kopplas ihop med resultatet i föreliggande studie som visar att det är viktigt att ha närstående och sjukvårdens stöd för att kunna hantera och finna mening med sin sjukdom (Clemmens et al., 2008; Zeng et al., 2011b).

Slutsats och kliniska implikationer

Kvinnor som drabbas av livmoderhalscancer upplever det individuellt och som ett avbrott av något meningsfullt. I föreliggande studie har det framkommit att kvinnorna upplever både fysiska, psykiska och sociala problem relaterat till livmoderhalscancer. Sexuell dysfunktion är ett problem efter behandling av livmoderhalscancer och det förekommer att kvinnorna känner oro i samband med sexuell aktivitet. Information till kvinnor med livmoderhalscancer behöver förbättras av sjukvårdspersonal. Det finns brister i informationen från sjukvårdspersonal kring komplikationer som kan uppstå i samband med behandling av livmoderhalscancer.

Vårdpersonal behöver vara närvarande och ge information om hur livmoderhalscancer kan upplevas och hanteras. Livmoderhalscancer kan påverka den kvinnliga identiteten genom att kvinnan kan bli infertil efter behandling, vilket kan leda till en känsla av ofullständighet som kvinna. Stöd från närstående och sjukvårdspersonal är av stor betydelse för kvinnor som drabbats av livmoderhalscancer.

Vårdpersonal kan ha nytta av föreliggande studie genom att få en ökad förståelse för kvinnors upplevelse av livmoderhalscancer och att ett bra stöd kan hjälpa kvinnorna. Resultatet visar brister i informationen som ges till kvinnor med livmoderhalscancer. Det visar att sjukvårdspersonal behöver lägga mer tid på att informera kvinnorna om allt från fysiska komplikationer till långsiktiga psykiska problem.

Författarnas arbetsfördelning

Författarna till föreliggande studie har under hela processen bidragit lika mycket till arbetet och har genomgående arbetat tillsammans.

Referenser

Afiyanti, Y., & Milanti, A. (2013). Physical sexual and intimate relationship concerns among Indonesian cervical cancer survivors: A phenomenological study. *Nursing and Health Sciences* 2013(15), 151-156. doi: 10.1111/nhs.12006.

Akyüz, A., Güvenc, G., Üstünsöz, A., & Kaya, T. (2008). Living With Gynecologic Cancer: Experience of Women and Their Partners. *Journal of Nursing Scholarship* 40(3), 241-247. <http://resolver.ebscohost.com.ludwig.lub.lu.se/openurl?sid=Entrez%3aPubMed&id=pmid%3a18840207&site=ftf-live>

Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.

Burns, M., Costello, J., Ryan-Woolley, B., & Davidson, S. (2007). Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality. *European Journal of Cancer Care* 2007(16), 364-372. doi: 10.1111/j.1365-2354.2006.00743.x

Cancerfonden. (2015). *Livmoderhalscancer*. Stockholm: Cancerfonden. Hämtad 6 april, 2017, från <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/livmoderhalscancer>

Cancerfonden. (2014). *Sex och cancer*. Stockholm: Cancerfonden. Hämtad 5 april, 2017, från <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/sex-och-cancer>

Clemmens, D.A., Knafl, K., Lev, E. L., & McCorkle, R. (2008). Cervical cancer: patterns of long-term survival. *Oncology Nursing Forum* 35(6), 897-903. doi: 10.1188/08.ONF.897-903

Correa, C. S., Andrade, A. P., De Souza Sérgio Ferreira, A., Carvalho, S. M., & Guerra, M. R. (2016). Sexual function of woman surviving cervical cancer. *Arch Gynecol Obstet* 293(5), 1053-1063. doi: 10.1007/s00404-015-3857-0

Ding, Y., Hu, Y., & Hallberg, R. I. (2015). Chinese Woman Living With Cervical Cancer in the First 3 Months After Diagnosis: A Qualitative Study. *Cancer Nursing* 38(1). 71-80. doi: 10.1097/NCC.0000000000000133

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbete* (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.

Jeppessen, M. M., Mogensen, O., Dehn, P., & Jensen, P. T. (2015). Needs and priorities of women with endometrial and cervical cancer. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 36(3), 122-132. doi: 10.3109/0167482X.2015.1059417

Komatsu, H., Yagasaki, K., Shoda, R., Chung, Y., Iwata, T., Sugiyama, J., & Fujii, T. (2014). Repair of the threatened feminine identity: experience of women with cervical cancer undergoing fertility preservation surgery. *Cancer Nursing* 37(1), 75-82. doi: 10.1097/NCC.0b013e3182888c13

Kristensen, G. (2003). Cancer i kvinnliga könsorgan. I A. M. Reitan & T. K. Schölberg (Red.), *Onkologisk omvårdnad: patient, problem, åtgärd* (s.378-388). Stockholm: Liber AB.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Leaver, D., & Labonte, G. (2010). HPV and Cervical Cancer. *Radiation Therapist* 19(1). 27-45.

Li, C-C., Chen, M-L., Chang, T-C., Chou, H-H., & Chen, M-Y. (2015). Social support buffers the effect of self-esteem on quality of life of early-stage cervical cancer survivors in Taiwan. *European Journal of Oncology Nursing* 19(15), 486-494. doi:10.1016/j.ejon.2015.02.008

Lloyd, P. A., Briggs, E. V., Kane, N., Jeyarajah, A. R., & Shepherd, J. H. (2014). Women's experiences after a radical vaginal trachelectomy for early stage cervical cancer. A descriptive phenomenological study. *European Journal of Oncology Nursing* 18(2014), 362-371. doi: 10.1016/j.ejon.2014.03.014.

Nursing Theory. (2016). *The Human to Human Relationship Model*. Hämtad 10 april, 2017, från <http://www.nursing-theory.org/theories-and-models/travelbee-human-to-human-model-of-nursing.php>

Park Y., Bae, D-S., Nam, J. H., Park, C. T., Cho, C-H., Lee, J. M., Lee, M. K., Kim, S. H., Park, S. M., & Yun, Y. H. (2007). Quality of Life and Sexual Problems in Disease-Free Survivors of Cervical Cancer Compared With the General Population. *American Cancer Society* 2007(110), 2716-2725. doi: 10.1002/cncr.23094

Regionala cancercentrum. (2017). *Livmoderhalscancer och vaginalcancer – Nationellt vårdprogram*. Hämtad 5 december 2017, från <http://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/gynekologi/livmoderhalscancer/vardprogram/nationellt-varldprogram-livmoderhalscancer-cervixcancer-vaginalcancer.pdf>

Reis, N., Kizilkaya Beij, N., & Coskun, A. (2010). Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: Results from quantitative and qualitative data. *European Journal of Oncology Nursing* 14(2), 137-146. doi:10.1016/j.ejon.2009.09.004

Reitan, A. M. (2003). Kris och coping. I A. M. Reitan & T. K. Schölberg (Red.), *Onkologisk omvårdnad*, (s.45-62). Stockholm: Liber AB.

Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

Sekse, R. J. T., Raaheim, M., Blaaka, G., & Gjengdal, E. (2009). Cancer as a life-changing process: Women's experiences five years after treatment for gynaecological cancer. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2009(4), 288–298. doi: 10.3109/17482620903211841

Sele, E. S. (2003). Omvårdnad vid cancer i de kvinnliga könsorganen. I A. M. Reitan & T. K. Schölberg (Red.), *Onkologisk omvårdnad: patient, problem, åtgärd*, (s.390-395). Stockholm: Liber.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 19 april, 2017, från Riksdagen,

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

SFS 2014:821. *Patientlag*. Hämtad 5 december, 2017, från Riksdagen,

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Socialstyrelsen. (2015). *Screening för livmoderhalscancer*. Hämtad 5 april, 2017, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19873/2015-6-39.pdf>

Steen, R., Dahl, A. A., Hess, S. L., & Kiserud, C. E. (2017). A study of chronic fatigue in Norwegian cervical cancer survivors. *Gynecologic Oncology* 146(3), 630-635. doi: 10.1016/j.ygyno.2017.05.028

Sundaengrit, B., Hanucharunkul, S., Dodd, M. J., Wilailak, S. Vorapongsathorn, T., & Pongthavornkamol, K. (2010). Symptom Experience and Self-care among Thai Women with Cervical Cancer. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 14(3), 203-218.

Travelbee, J. (2010). *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. Köpenhamn: Munksgaard.

Tveit Sekse, R. J., Gjengedal, E., & Raaheim, M. (2013). Living in a Changed Female Body After Gynecological Cancer. *Health Care for Women International* 2013(34), 14-33. doi: 10.1080/07399332.2011.645965

Vermeer, W. M., Bakker, R. M., Kenter, G. G., Stiggelbout, A. M., & Kuile, M. M. (2016). Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support. *Support Care Cancer* 2016(24), 1679-1687. doi:10.1007/s00520-015-2925-0.

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

Willows, K., Lennox, G., & Covens, A. (2016). Fertility-sparing management in cervical cancer: balancing oncologic outcomes with reproductive success. *Gynecologic Oncology Research and Practice* 3(9), 1-14. doi 10.1186/s40661-016-0030-9.

World Health Organization. (2012). *Cervical Cancer: Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*. Hämtad 10 april, 2017, från http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx

World Medical Association. (2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 12 april, 2017, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Zeng, Y. C., Ching, S. S. Y., & Loke, A. Y. (2011). Quality of Life in Cervical Cancer Survivors: A Review of the Literature and Directions for Future Research. *Onkology Nursing Forum* 38(2). 107-117. doi: 10.1188/11.ONF.E107-E117.

Zeng, Y. C., Li, D., & Loke, A. Y. (2011). Life after cervical cancer: Quality of life among Chinese women. *Nursing and Health Sciences* 2011(13), 296-302. doi: 10.1111/j.1442-2018.2011.00616.x