



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Att avstå eller bita ihop - psykologiska skäl att avstå från
gynekologisk cellprovtagning

To desist or bite the bullet - psychological reasons to refrain from
cervical screening test

Författare: Hanna Kihlsten och Michaela Spira

Handledare: Anna-Karin Larsson

Magisteruppsats

Våren 2021

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

Abstrakt

Bakgrund: cervixcancer är den fjärde vanligaste cancerformen hos kvinnor. Genom screening för HPV och cellförändringar minskar incidensen avsevärt. Trots detta avstår en femtedel från cellprovtagning i Sverige. **Syftet** med studien var att belysa vilka psykologiska faktorer som påverkar valet att avstå från gynekologisk cellprovtagning samt om och hur hälso- och sjukvården kan påverka deltagandet i cellprovsscreening. **Metod:** en kvalitativ studie, innefattande tolv intervjuer genomfördes och analyserades med tematisk innehållsanalys. Analysen mynnade ut i två huvudkategorier: *bemötande och attityder, gynundersökningen - en utsatt situation* samt underkategorier. **Resultatet** visade att emotionella och fysiska obehag, relaterade till den gynekologiska undersökningen hade påverkat deltagandet där utsatthet och nakenhet var centrala delar. Känslan av att cellprovtagning sker på löpande band ansågs bidra till ett opersonligt möte och minskade möjligheten till extra stöd. Heteronormativitet och attityder kring att behöva bita ihop var framträdande fynd. **Slutsatsen** är att barnmorskor behöver vara medvetna om de känslor och reaktioner som kan uppstå i samband med cellprovtagning samt ge en mer individanpassad vård.

Nyckelord

Cellprovtagning, gynekologisk undersökning, intervjustudie, psykologiska faktorer

Innehållsförteckning

Problemområde	4
Bakgrund	5
HPV och cervixcancer	5
Cellprovtagning och screeningprogrammet.....	6
Den gynekologiska undersökningen.....	7
Perspektiv och utgångspunkter	7
Syfte	8
Metod	8
Urval	8
Instrument	8
Datainsamling	9
Analys av data.....	10
Forskningsetiska avvägningar	11
Resultat.....	11
Attityder och bemötande.....	12
Den personliga relationen.....	12
Det normativa bemötandet	13
Ett större behov av information.....	14
Det egna ansvaret	16
Gynundersökningen – en utsatt situation.....	18
Kroppen lyder inte – effekter av tidigare trauman	18
Att känna sig naken och utelämnad.....	19
Undersökning på löpande band	21
Diskussion	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	24
Att avstå kan kännas lättare än att bita ihop.....	24
Att bygga förtroende och kunskap	26
Konklusion och implikationer.....	28
Bilaga 1 (2).....	33
Exempel på dataanalys	33
Bilaga 2 (2).....	34
Intervjuguide.....	34

Problemområde

Bland kvinnor utgör cervixcancer den fjärde vanligaste cancersjukdomen. Varje år diagnostiseras cirka 570 000 kvinnor där drygt 50% inte överlever sjukdomen (World health organization [WHO], 2021). I Sverige insjuknar omkring 500 kvinnor årligen i sjukdomen (Regionala cancercentrum i samverkan, 2020). År 1966 påbörjades införandet av screening för cancerformen i Sverige och en kraftig minskning av nya fall sågs de efterföljande åren. Från år 2012 ses dock en ökning av incidensen där nästan två tredjedelar av cancerfallen upptäcks hos kvinnor som inte deltagit i screeningprogrammet eller som lämnat prov sporadiskt (Regionala cancercentrum i samverkan, 2020). Trots kallelsebrev och avgiftsfri provtagning avstår ungefär en femtedel av alla kvinnor i Sverige från screeningprogrammet (Socialstyrelsen, 2015). Utifrån kompetensbeskrivningen för barnmorskor har professionen ett ansvar och en möjlighet att påverka kvinnor att fatta hälsofrämjande och förebyggande beslut (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018). Från hälso- och sjukvårdens perspektiv är cellprovtagning en relativt enkel undersökning som utförs frekvent i det dagliga arbetet (Chorley et al. 2016) men studier visar att undersökningen inte alltid upplevs som enkel och många faktorer kan hindra kvinnor från att gå på cellprovtagning (Adolfsson et al., 2012). Tidigare forskning i området har till stor del fokuserat på organisatoriska faktorer som rör kallelsens utformning, möjlighet till mer flexibel tidsbokning och sms-påminnelse (Everett et al., 2014). Vidare saknas aktuell kvalitativ forskning i svensk kontext.

Bakgrund

HPV och cervixcancer

HPV - humant papillomvirus är en sexuellt överförbar infektion och förekommer hos kvinnor i alla åldrar. Majoriteten av befolkningen har någon gång haft en HPV-infektion, där de flesta läker ut utan åtgärd. Förekomst av viruset kan dock ge upphov till dysplasier, cellförändringar av olika grader och i vissa fall leda till cervixcancer (Adolfsson et al., 2012). Högrisk-HPV innefattar olika subtyper vilka anses vara den största risken för cervixcancer (Regionala Cancercentrum i samverkan, 2021). Viruset överförs huvudsakligen via sexuell kontakt där all typ av kontakt med en annan persons kön innefattas. Risken att utsättas för smitta är hög, framför allt hos sexuellt aktiva ungdomar. Det finns beskrivet fall av smitta från mor till barn, men det anses ha en låg betydelse för infektion i vuxen ålder och ingen risk ses för utveckling av cancer (Regionala Cancercentrum i samverkan, 2021). Andra riskfaktorer för att utveckla cervixcancer är rökning, tidig sexdebut, flera sexpartners samt förekomst av sexuell överförbara sjukdomar (Momenimovahed & Salehiniya, 2017). Immunsupprimerande, exempelvis organtransplanterade personer eller hiv-positiva har en ökad risk att drabbas av cervixcancer (Everett et al., 2014).

Deltagande i screeningprogrammet minskar risken att drabbas med 90 procent (Siwe & Wijma, 2016). Förutom screening är den viktigaste åtgärden för att förebygga cervixcancer hälsofrämjande arbete såsom uppmuntran till hälsosam livsstil och ett säkert sexuellt beteende (Everett et al., 2014). Det finns även vaccin som skyddar mot flertalet subtyper av viruset, men dessa ger inte ett fullgott skydd mot alla cancerframkallande HPV-virustyper. Därför rekommenderas alla kvinnor att ingå i screeningprogrammet (Regionala cancercentrum i samverkan, 2021). Vaccinet erbjuds till alla barn i årskurs 5–6 (Folkhälsomyndigheten, 2020). Herweijer et al. (2016) visade att det bland vaccinerade ses en kraftig nedgång av allvarliga förstadier till cervixcancer, jämfört med icke-vaccinerade, särskilt vid vaccinering före 20 års ålder.

Cellprovtagning och screeningprogrammet

I det nationella vårdprogrammet definieras cellprov som “*Prov taget från cervix eller vagina för analys med cytologi och/eller HPV...*” (Regionala Cancercentrum i samverkan, 2021, s. 15). Cellförändringar utvecklas ofta långsamt vilket gör att de tidigt kan upptäckas och förebyggande behandling tidigt kan sättas in. Mer än 90% av all cervixcancer utvecklas i ett litet område på cervix som kallas transformationszonen där provtagningen fångar upp celler både från utsidan och insidan av denna zon (Everett et al., 2014). Cellprov tas i samband med en gynekologisk undersökning där kvinnan får sitta i en gynekologisk undersökningsstol. Provtagaren visualiserar cervix med hjälp av spekulum och en provtagningsborste roteras mot cervix samt förs in i cervixkanalen (Siwe & Wijma, 2016).

Kallelse till cellprovtagning skickas ut från 23 års ålder till alla personer med jämn näst sista siffra i personnumret. Transpersoner som bytt juridiskt kön, men utan kirurgisk könsbekräftande behandling skall erbjudas en kallelse eftersom livmodertappen finns kvar. Kallelsen samordnas ofta av den klinik som utrett könsdysforin (Regionala cancercentrum i samverkan, 2021). Mellan 23 och 29 års ålder görs en analys för cellförändringar, så kallad cytologi. Vid 30 års ålder övergår provtagningen till ett prov med analys för enbart HPV, dock förutsatt att ett positivt HPV-test följs upp av en cytologianalys. För åldersgruppen 50–64 år fortgår provtagningen som tidigare, men med ett glesare intervall (Socialstyrelsen, 2015). Anledning till att HPV inte kontrolleras mellan 23–29 år är att andelen kvinnor som bär på HPV i denna åldersgrupp är hög vilket kan medföra en risk för överdiagnostik och leda onödiga undersökningar och oro (Socialstyrelsen, 2015).

Personers medvetenhet om cellprov varierar och en anledning till att avstå från provtagningen är enligt Alafifi et al. (2018) okunskap kring hälsofördelarna. Studien visade en begränsad kunskap hos kvinnorna trots ett regelbundet screeningdeltagande. För de personer som inte lämnat prov de senaste fyra åren, trots påminnelser och telefonkontakt, erbjuds ett självtest. Det innebär att provtagningsmaterial för HPV-analys skickas hem och att personen själv tar ett prov från vagina (Regionala cancercentrum i samverkan, 2021). I samband med inskrivningsbesök på mödrahälsovården bör även barnmorskan undersöka när senaste cellprov tagits och erbjuda ett test ifall 2,5 år gått sedan senaste prov (Regionala cancercentrum i samverkan, 2021).

Den gynekologiska undersökningen

Den gynekologiska undersökningen kan för patienter innebära olika känslor och reaktioner, allt från lätt oro till att helt undvika undersökningen. Provtagaren har därför ett stort ansvar att informera och förklara proceduren samt vara lyhörd för kvinnans verbala och icke-verbala signaler (Kani & Bekar, 2020). Det som gjorde upplevelsen obehaglig var enligt Greenslade et al. (2013) bland annat bristen på avskildhet, användandet av instrument vid undersökningen och ett opersonligt bemötande. Sjukvårdspersonalen ansågs ha det största inflytandet på deltagargraden. De kunde bidra med en varm atmosfär, förklara undersökningsmomenten samt ha en förståelse för önskan om avskildhet (Greenslade et al., 2013).

Psykologiska faktorer definieras som ”...*något i människors sätt att tänka, känna, reagera, planera, vilja göra och som har inverkan på något, antingen mentalt eller kroppsligt*” (Egidius, H., 2021). Enligt Bennet et al. (2018) framkom psykologiska faktorer som kontrollförlust, oro över inte vara ren och en känsla av övergrepp i samband med cellprovtagning. Skamkänslor, rädsla för provsvaret och missnöje med undersökning har också framkommit som orsaker att inte screenas (Bennett et al., 2018). Kani & Bekar (2020) fann också att deltagarna uppgav genans och obehag kring att visa upp en personlig och intim del för en okänd person.

Perspektiv och utgångspunkter

Studiens teoretiska utgångspunkt var Joyce Travelbees (2010) omvårdnadsteori. Denna har fokus på mellanmänskliga relationer och utgår från ett individperspektiv. Travelbee lyfter också fram betydelsen av patientens upplevelser samt hur tidigare positiva och negativa erfarenheter kan påverka utfallet. Hon menar att människan är unik och att det endast är individen själv som kan svara för hur någonting upplevs. Valet att använda denna teori gjordes då cellprov med gynekologisk undersökning ofta innefattar känslor och upplevelser och kan vara en bidragande orsak till att personer avstår från undersökningen (Travelbee, 2010). Reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa innefattar hälsofrämjande och förebyggande insatser med ett etiskt förhållningssätt vilket innefattas i barnmorskans yrkesprofession (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018). I kompetensbeskrivningen ingår även att stärka

patientens egen förmåga till hälsofrämjande åtgärder och öka patientens kontroll över sin egen hälsa genom relevant information och kunskapsförmedling (Svenska Barnmorskeförbundet, 2018).

Syfte

Syftet med studien var att belysa vilka psykologiska faktorer som påverkar personers val att avstå från gynekologisk cellprovtagning samt om och hur hälso- och sjukvården kan påverka deltagandet i screeningprogrammet.

Metod

Studien har en kvalitativ induktiv ansats där datainsamling och analys sker utan en förutbestämd struktur eller teori. Data som samlats in får istället härleda hur strukturen i analysen formas (Burnard et al., 2008). En kvalitativ studiedesign valdes för att kunna beskriva ett problem utifrån en avgränsad grupp av människor i en speciell kontext och tidsperspektiv (Burnard, 1994). Kvalitativa forskningsintervjuer ger forskaren möjlighet att belysa informanternas känslor, uppfattningar, sätt att tänka och handlande (Burnard, 1994).

Urval

Strategiskt urval tillämpades då deltagarna rekryterades utifrån sina erfarenheter av fenomenet, vilket kan bidra till variationsrika data och nya slutsatser kan dras (Forssén & Carlstedt, 2017). Personer inkluderades som någon gång blivit kallade till cellprovtagning enligt screeningprogrammet och som vid något tillfälle avstått på grund av psykologiska faktorer. Deltagarna skulle också tala och förstå svenska. I kvalitativ forskning anses antalet informanter mindre väsentligt. Fokus läggs vid intervjuernas kvalitet och hur väl syftet besvaras (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Instrument

För att uppnå målsättningen med ett variationsrikt intervjumaterial användes en semistrukturerad intervjuguide (se Bilaga 2) med två övergripande frågor samt stödord, som hjälp för att säkerställa att syftet besvarades (Burnard, 1994). På så sätt tilläts informanterna själva styra intervjun utifrån sina egna upplevelser och erfarenheter. Ett antal faktagrundade frågor inledde intervjun så som ålder, födelseland, könsidentifiering och utbildningsnivå.

Intervjuerna baserades på frågeställningarna:

Vilka psykologiska faktorer har påverkat ditt beslut att avstå från gynekologisk cellprovtagning?

Vad hade du önskat från sjukvården eller barnmorskan för att välja att delta i screeningprogrammet?

Datainsamling

Informanter rekryterades från ett antal Facebookgrupper med olika fokus och administratören tillfrågades om tillåtelse att söka respondenter i gruppen. En kort text om problemområdet och studiens syfte publicerades. Personer som var intresserade av att delta i studien kontaktade sedan författarna via mejl. Därefter skickades ett informationsbrev till deltagarna med ytterligare information om studien. Intervjuerna har skett löpande allt eftersom intresseanmälningarna inkom och där deltagarna matchade inklusionskriterierna. Samtycke inhämtades muntligt och spelades in och informanterna meddelades om att de kunde återkalla sitt deltagande. Intervjuguiden prövades genom en pilotintervju, där båda författarna medverkade, för att utröna om det fanns problem kopplade till intervjun samt för att motverka bias (Burnard, 1994). Pilotintervjun fortlöpte utan svårigheter samt svarade på studiens syfte och inkluderades i studien. Den andra intervjun genomfördes tillsammans och därefter delades övriga intervjuer upp mellan författarna. Innan inspelningen startade inleddes samtalet med lite kort vardagligt prat för att skapa ett tryggt klimat (Olsson & Sörensen, 2011).

Intervjuerna genomfördes per telefon eller via den digitala plattformen Zoom, utifrån deltagarnas önskemål. Informanterna fick under videosamtalen avgöra om de ville ha webbkamera på eller ej. Fyra intervjuer genomfördes per telefon, en via Zoom utan kamera och resterande med kamera. Efter avslutad intervju gavs möjlighet till deltagaren att komplettera eller förtydliga något som sagts under intervjun. En applikation för ljudupptagning användes för att spela in materialet. Därefter överfördes ljudfilen till en mapp på författarnas datorer och sparades på ett sådant sätt att obehöriga inte kunde ta del av informationen.

Analys av data

Dataanalysen utfördes med kvalitativ innehållsanalys enligt Burnard et al. (1991). Ett avsteg från metoden gjordes, då validering med hjälp av "member check" inte utfördes (Burnard, 1991). De inspelade intervjuerna transkriberades och lästes igenom ett flertal gånger. Intervjuerna avidentifierades genom att de tilldelades ett kodnummer vilket sedan följde intervjun under hela analysarbetet. Noteringar gjordes i marginalen på texterna om varje ämne som identifierats, så kallad öppen kodning. Efter detta tilläts meningar och stycken bilda större sammanhang genom kodningen och på så sätt bildades kategorier (Burnard et al., 2008). Genom sammanslagning av liknande kategorier bildades de slutliga underkategorierna och därefter skapades huvudkategorierna som speglade innehållet i underkategorierna (se Bilaga 1). Transkripten lästes igenom ytterligare en gång och sedan färgkodades samtligt material i respektive huvud- och underkategori.

I enlighet med Burnard et al. (2008) sammanfogades representativa textavsnitt under samtliga kategorier och resultattexten tog form. Därefter valdes citat från intervjuerna för att öka materialets trovärdighet. Burnard et al. (2008) menar att det finns en risk att resultat från kvalitativa data påverkas av författarnas egna perspektiv och tankar. Författarnas förförståelse inom ämnet skrevs ner för att kunna beaktas under studiens gång. Ansvarig handledare har som en tredje part följt och aktivt deltagit i analysarbetet. Under processens gång har författarna kontinuerligt gått tillbaka till de transkriberade intervjuerna för att kontrollera att samtliga kategorier är representativa för intervjuerna, vilket betonas av Burnard (1991). Materialet kodades och kategoriserades textnära i möjligaste mån för att resultatet skulle spegla intervjuernas innehåll så sakligt som möjligt (Lincoln & Guba, 1985).

Forskningsetiska avvägningar

Den medicinska forskningen utgår ofta ifrån Beauchamps & Childress (2013) fyra etiska principer som består av: göra gott-principen, inte skada-principen, autonomiprincipen och rättvisepincipen. Etiska principer och riktlinjer för forskning inom medicin som involverar människor finns vidare beskrivet i Helsingforsdeklarationen (World Medical Association [WMA], 2013). Bland annat krävs försiktighetsåtgärder för att skydda deltagarnas integritet och konfidentialitet. Informanterna som visade intresse till deltagande erhöll information om studiens syfte, metod och deras anonymitet. När det försäkrades att studiedeltagaren förstått informationen efterfrågades samtycke. Författarna beskrev både skriftligt och muntligt att deltagandet är helt frivilligt och att de när som helst under studiens gång kan avböja sin medverkan utan att behöva ange orsak (WMA, 2013). Att skydda forskningspersonerna är av vikt när studier genomförs och en etikprövning görs därför alltid i Sverige (Helgesson, 2015). En ansökan till vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) har utfärdats och yttrande erhållits innan studien påbörjades.

Resultat

Totalt intervjuades 12 informanter i åldrarna 29–48 år. Alla utom tre var födda i Sverige och samtliga hade avstått från att gå på sin cellprovtagning minst en gång. Alla deltagare utom en identifierade sig som kvinnor. Intervjuerna varade mellan 20–39 minuter. Analysprocessen mynnade ut i två huvudkategorier med fyra respektive tre underkategorier (se Tabell 1).

Tabell 1 – Huvudkategorier och underkategorier

Huvudkategorier	Underkategorier
Attityder och bemötande	<ul style="list-style-type: none">• Den personliga relationen• Det normativa bemötandet• Ett större behov av information• Det egna ansvaret
Gynundersökningen - en utsatt situation	<ul style="list-style-type: none">• Kroppen lyder inte - effekter av tidigare trauman• Att känna sig naken och utlämnad• Undersökning på löpande band

Attityder och bemötande

Det framkom att attityder och normer i samhället, i vården och hos deltagarna själva påverkade deras känsla inför cellprovtagningen. Det vittnades om ett normativt bemötande, en okunskap från vårdens sida samt en generell avsaknad av information om cellprovtagning, cellförändringar och livmoderhalscancer. Brist på kontinuitet bidrog till en sämre upplevelse och det var svårt att få en personlig relation till vårdgivaren. Tankar kring det egna ansvaret att delta i screeningprogrammet berördes också. Skamkänslor kring att avstå och svårigheter att be om extra stöd var framträdande.

Den personliga relationen

Tidigare bemötande beskrevs som en avgörande faktor för inställningen till att gå på cellprovtagning. Exempel på positivt bemötande var när vårdgivaren kommunicerade väl och förklarade hur cellprovtagningen skulle gå till. Möjlighet till pauser och att vid undersökningen få fördjupad information kring anatomin och instrumenten som skulle användas beskrevs även som positivt.

...hon var så här “okej nu pausar vi, nu får du sätta dig upp bara och sen så får du bara andas och sen så när du känner dig redo så får du lägga upp benen igen.”
(Informant 1)

Positiva erfarenheter kunde vara när vårdgivare frågat efter orsaken till uteblivna provtagningar och erbjöd hjälp. Negativa upplevelser beskrevs bland annat som bristen på informerat samtycke, till exempel när studenter skulle medverka vid undersökningen och som dessutom var oerfarna.

Behovet av kontinuitet i mötet med vården beskrevs som en viktig faktor. Det var lättare att förmå sig att genomgå cellprovtagningen när det var en känd vårdgivare. Tidsbokning via telefon framhölls som en faktor som till viss del kunde hjälpa till att etablera en personlig kontakt. De gleasa intervallen mellan besöken påverkade och försvårade i viss mån också den personliga relationen, eftersom det var vid cellprovskontroll eller när något kändes fel som hjälp efterfrågades. Ett holistiskt synsätt där barnmorskan beaktade hela människan

efterfrågades och den personliga relationen ansågs spela en viktig roll, men det poängterades att det inte ska krävas en känd person för att få ett bra bemötande.

“Och det är också så här, asså, vi har nånting som heter, att man har sin läkare och det tycker folk är viktigt, men när det kommer till att gräva i kvinnors kön då kan det vara vem som helst, då är det en ny person varje gång.” (Informant 10)

Det normativa bemötandet

Utifrån den utsatta situationen som det innebär att ta ett cellprov, blev personerna också mer mottagliga och känsliga för ett normativt bemötande. Andra beskrev hur de i samband med den gynekologiska undersökningen blev ifrågasatta om sitt mående och upplevde då en känsla av att inte bli tagna på allvar och att bli bemött med skepsis. Att känna sig svag och uppleva att man inte kan stå upp för sig själv förstärktes av den utsatthet som upplevdes under undersökningen.

Frågorna som ställdes av vårdgivaren innan provtagningen upplevdes som känsliga och personliga, men även som nonchalanta, beroende på hur de ställdes. Det beskrevs ett heteronormativt tankesätt och ett exkluderande språkbruk hos vårdgivaren. Detta medförde att vissa inte kände sig trygga i att svara på frågor kring sin sexualitet. Det efterfrågades en motivering till varför vårdgivaren behövde ställa privata frågor kring sexliv och relationer.

Bristen på kunskap hos vårdpersonal om hur HPV smittar var ett annat område som berördes i intervjuerna och deltagare upplevde ibland att de själva hade mer kunskap än personalen. Till exempel ifrågasatte en vårdgivare varför ett cellprov skulle tas när deltagaren inte haft penetrerande samlag med en penis.

“...sen så insåg jag att när hon sa ‘nån gång varit tillsammans med någon’ så betydde ju inte det haft ett förhållande nån gång förut. Utan det betydde haft sex, inte bara haft sex, utan oskyddade samlag med en man eller nån med penis. (...) Och sen då så, hela det hära, jaja men om du inte haft sex, då behöver du ju inte gå hit. Det hade jag ju bara att jag inte förstod att det var det du frågade.” (Informant 5)

Det framkom under intervjuerna att det fanns en önskan om att vårdgivare borde bekänna eventuella erfarenheter kring olika könsidentiteter eller sexuell praktik i början av mötet och försöka fylla sin kunskapslucka. Förslag gavs även att det skulle kunna finnas ett formulär att fylla i innan mötet, där man anger sin könsidentitet och pronomen.

Det beskrevs som något positivt att ha fått hjälp av HBTQ-certifierade mottagningar eller annan specialinriktad mottagning, extra positivt var det när det föreslagits av barnmorskan. Dock fanns det en önskan om att kunna gå till sin vanliga barnmorskemottagning och få samma typ av stöd.

“Annars så sa hon att jag kunde söka mig till en specialistmottagning till en sån här HBTQ-certifierad verksamhet på sjukhuset eller nått sånt där. (...) Så hon hade lite tips men jag kände att jag ändå ville gå till min lokala vårdcentral och göra detta på något sätt. Så att man slipper ringa och greja, det blir sånt meck med det. Jag tycker ändå att man ska kunna känna att man kan genomföra det på sina villkor där man bor och där man blir kallad.” (Informant 9)

Andra positiva erfarenheter som deltagarna beskrev var när vårdgivaren visade förståelse för svårigheter som kunde uppstå till följd av tidigare övergrepp eller trauman. Det ansågs också värdefullt när ett inkluderande förhållningssätt med ett språkbruk som innehöll rätt terminologi och rätt pronomen användes. Detta ökade personens trygghet inför och under undersökningen.

“...dels så fattade de ju det här med trauma, asså, att det kan va svårt att bara göra genomföra en gynundersökning och sådär. Eh, men också att de var så himla pedagogiska, tog sig tid och de var inte... De hade koll liksom på så här trans och queer och bara det var ju också jätteskönt.” (Informant 12)

Ett större behov av information

Deltagarna upplevde att de hade en stor brist på kunskap och information angående cellprov och cellförändringar. Förslag framkom om att det i kallelsen kunde beskrivas hur

cellförändringar utvecklas och förklara betydelsen av att gå på cellprovskontroll. Det beskrevs en generell informationsbrist, både utifrån en hälso- och sjukvårdsnivå som en samhällelig nivå. Att själv söka information på internet eller fråga vänner ansågs otillräckligt. Det efterfrågades mer djupgående information i ämnet redan från unga år i skolåldern.

“Om det hade varit tydligare med om vad som hade kunnat hända om man inte går. Mer information så hade jag kanske i alla fall övervägt att gå.” (Informant 11)

Ungdomsmottagningarna ansågs kunna underlätta för de unga att samtala om dessa ämnen, något som personer, uppvuxna i andra länder, hade saknat i sina hemländer. Det uttrycktes även en uppfattning och tro om att sjukvården var medveten om att personer lätt skjuter upp sina cellprovskontroller och att treårsintervallet var satt med hänsyn till detta.

Den gynekologiska undersökningen sågs som ett gynnsamt tillfälle att prata kring underlivet och normalisera tankar kopplade till könet. Det beskrevs som en möjlighet att samtala kring cellförändringar och vikten av att gå på cellprovskontrollerna. Att som individ själv sakna kunskap om sin egen kropp var något som ansågs både problematiskt och förvånande.

“Men ja, jag sa i början att jag har information, men ändå så saknas det ju information. (...) Och ibland är det kanske svårt att veta vad som är, ja men som du sa, vems ansvar är det? Mycket kan man ju önska att kanske skolan hade gett en liksom allmänbildning kring såna här saker, så att man är beredd på ett annat sätt.” (Informant 3)

Informationen som var tillgänglig om undersökningen överensstämde inte till fullo med den upplevelse som informanterna hade av undersökningen. Att cellprovtagningen innebar mer smärta och blödning än vad som beskrivits i informationen var exempel som gjorde att informationen upplevdes som felaktig. Deltagare önskade därför ett förberedande samtal innan undersökningen för att i ett lugnt skede få veta vad som kommer att hända och känna sig bättre förberedd.

“Alltså jag hade ju också kunnat tänka mig att gå dit i ett förberedande samtal. Det var första gången jag var hos en gynekolog överhuvudtaget men... Och pratat lite

inför vad det fanns för alternativ så att man liksom kan få reda på det. Och sen kanske kallas en extra gång och göra själva cellprovet eller undersökningen.” (Informant 9)

Det poängterades även en brist på information angående hur självtester för HPV tas. När barnmorskan misslyckats med cellprovtagning från portio på grund av anatomiska svårigheter, skickades det hem ett självtest. Information om hur självtestet skulle genomföras saknades vilket innebar att deltagare ifrågasatte sin förmåga att själva kunna ta provet när det hade varit svårt för en barnmorska att lyckas.

Det egna ansvaret

Det egna ansvaret och känslan av att man borde gå på cellprovskontrollerna, trots sina känslomässiga hinder var framträdande. När personer avstod kunde en skamkänsla uppstå som följd.

“Ja jag ville bara lägga till att det finns en skamkänsla att inte gå på sina besök. Det är ju ett eget ansvar att nu har du fått den här kallelsen och du måste komma. (...) Det är nog den egna känslan att nej nu skippar jag det här, det var ju inte alls bra. Men så förtränger man det tills nästa kallelse kommer och då blir det samma sak igen. Jag borde gå men jag vill verkligen inte. Och så kommer den här skammen liksom.”
(Informant 11)

Personer som fått besked om cellförändringar eller invasiv cancer efter att ha sökt vård vid symtom beskrev det som en chock. Det nämndes också att jobbiga känslor väcktes vid tanken på att det hade kunnat upptäckas tidigare om screening hade utförts regelbundet och därmed lett till mindre allvarliga följder.

Deltagare antydde en känsla av att de behövde ta tag i problemet själva och pratade om sig själva i termer som att ”vara en vuxen person” och ”borde vara kapabel” att ringa till en mottagning och be om extra hjälp och stöd. Det upplevdes att det lades ett stort ansvar på dem själva och konsekvensen om de inte vågade eller orkade be om stöd i värsta fall kunde leda till

ett uteblivet besök och cellförändringar med sen upptäckt. Känslan var då att vården blivit orättvis eftersom inte alla har resurserna att våga kräva hjälp.

“Så kräver jag också en sjuksköterska. Och det är också så att jag känner mig jobbig som tar upp massa personal. Och den sjuksköterskan får stå med mig och hålla mig i handen och prata med mig. Och de senaste åren har jag bara haft, asså så jävla fina, så fantastiska kvinnor som har, ah men som står där och tussar med mig och bara: ‘Vad duktig du är’. Och jag har också fått lära mig att va väldigt tydlig och bara: ‘Jag har blivit utsatt för övergrepp! Jag är skiträdd!’” (Informant 10)

Valet att inte gå kändes ibland som det lättare valet, upplevelsen var att allt ansvar låg på en själv. Om sjukvården hade givit en mer riktad och personlig kallelse till personer som avstått, genom exempelvis ett telefonsamtal, berättade flera att de hade övervägt att gå. Deltagarna beskrev det som att någon utomstående då hade visat intresse och motiverat till deltagande. Känslan av att livmoderhalscancer och cellförändringar inte drabbar en själv utan bara andra var också en faktor som hade påverkat att cellprov inte togs. Unga människor ansåg sig ofta som friska och starka och hade därför inte känt det angeläget att gå på cellprovtagningen.

“Och kanske nån form av bild av mig själv, väldigt naiv bild som icke-sjuk. Hur sjukt det än låter. Så, nån supernaiv bild, att ah men det är någonting som inte jag får. Det får alla andra. Ja men, det här perspektivet att inget händer en själv. Allting händer alla andra.” (Informant 3)

Andra hade bortprioriterat cellprovtagningen eftersom de ansåg sig tillhöra en lågriskgrupp, exempelvis där båda i paret enbart haft sex med varandra. Andra beskrev en känsla av stress över att inte ha deltagit i screeningen eftersom syftet med undersökningen är att upptäcka eventuella cellförändringar så tidigt som möjligt. Det fanns en stor oro inför provresultatet och ibland blev valet att avstå på grund av rädslan för att få ett avvikande provsvar, kanske med efterföljande svårigheter.

Gynundersökningen – en utsatt situation

Upplevelser av den gynekologiska undersökningen innefattade många olika känslor som ofta kändes mycket privata och som också bidrog till en negativ upplevelse. Personer med en historik av trauma eller övergrepp vittnade om fysiska spärrar och kunde uppleva undersökningen som en triggande faktor. De snabba besöken, utan tid för förberedande samtal eller pauser under undersökningen, var andra faktorer som påverkade upplevelsen.

Kroppen lyder inte – effekter av tidigare trauman

Informanter som tidigare blivit utsatta för sexuella övergrepp, övergrepp under förlossning eller haft andra trauman i livet beskrev svårigheter med att genomföra gynekologiska undersökningar. Ibland hade det till och med lett till svårigheter att ta kontakt med vården. En intention och en vilja att genomföra cellprovtagningen kunde finnas, men ibland blev det för tungt känslomässigt och personen vände i dörren. Ett trauma kunde också innebära svårigheter att lämna sitt eget hem, något som gjorde att ett besök på barnmorskemottagning blev övermäktigt. Känslorna av obehag gällande cellprovet kunde komma långt innan besöket, redan vid kallelsebrevet som därmed inte ens öppnades.

Reaktioner som uppkom under den gynekologiska undersökningen var bland annat att inte vara medgörlig eller att kroppen inte samarbetade. Det beskrevs som en skräckfylld situation där benen inte gick att öppna, hur panikångestattacker kom om undersökningen drog ut på tiden eller att inte längre kunna bestämma över sin kropp. Att inte tidigare ha haft penetrerande sex eller att inte ha någon kontakt med sitt kön kunde också leda till traumatiska upplevelser.

“Men det som har hänt är ju att efter ett tag så börjar jag ju inte riktigt kunna bestämma själv att jag ska hålla mina ben öppna, utan jag liksom. De stängs, trots att jag egentligen vill göra det här så lyder inte riktigt min kropp mig. Och så blir jag ledsen och stressad och liksom kniper. Jag har jättesvårt att komma ur det.”
(Informant 2)

På grund av tidigare övergrepp kunde cellprovtagning också vara en triggande faktor där minnen från traumat väcktes till liv. Det beskrevs hur känslor kunde komma tillbaka från

tillfällen när folk tagit ofrivilligt på informantens kropp. Bara tanken på att instrument skulle föras in i kroppen var skrämmande. Vaginala undersökningar under tidigare förlossning hade upplevts som hårdhänta och olustiga. Det hade heller inte efterfrågats något samtycke eller givits någon förvarning innan undersökningen. Uppfattningen var att de vaginala undersökningarna utförts på vårdgivarens villkor och beskrevs som en känsla av övergrepp, en känsla man inte ville uppleva igen.

“... alla ska in och känna och det ska in och kännas (...) Det är inte ömsint där utan man känner sig som en ko, det är liksom bara in med handen (...) Och det blir, nånstans så blir det bara men stopp, det är liksom min kropp också.” (Informant 8)

Att ha blivit utsatt för övergrepp hade resulterat i svårigheter kring att undersökas av män och upplevelsen av att bli ifrågasatt och att vara till besvär när kvinnlig vårdgivare krävdes kändes olustigt. Upplevelsen att behöva ta ansvar för den manliga vårdgivarens känslor när en kvinnlig vårdgivare önskades, ansågs bidra till känslan av att vara en börda. Att avstå från cellprovskontroller återgavs också som ett resultat av att själv inte ha tagit sina övergrepp eller sin problematik på allvar. Det uttrycktes att det är individen själv som behöver vara tydlig med sin historia om övergrepp, för att få en trygg vård och att det krävs mycket mod för att våga det. Deltagarna hade en önskan om att vården ska utgå ifrån att alla som föds med kvinnligt biologiskt kön kan ha en erfarenhet av övergrepp.

Att känna sig naken och utelämnad

Den gynekologiska undersökningen i samband med cellprovtagningen upplevdes som obehaglig och förenad med en känsla av utsatthet. Informanterna beskrev att det kändes spönt och nervöst att klä av sig och vara naken inför en okänd person. Att redan innan vara obekvämt med sin avklädda kropp eller att ha vuxit upp utan att någon pratat om sexualitet eller om den egna kroppen, beskrevs som försvårande faktorer i samband med nakenhet. Upplevelse av könsdysfori bidrog till oro över att bli bedömd. Utsattheten skildrades även i en oro över att någon skulle råka se in eller att dörren plötsligt öppnades. Det ansågs som en enkel sak för barnmorskan att informera om att dörren var låst. Deltagare hade själva anpassat sitt klädval inför undersökningen och valt en kjol eller klänning, en egen strategi för att minska känslan av nakenhet. Att kroppen är privat var en annan aspekt som beskrevs i

intervjuerna, att den mest intima platsen visades upp och som väldigt få har tillgång till upplevdes som utelämnande.

“Det har väl att göra med att jag tycker att det är en obehaglig, alltså, det är en obehaglig undersökning, det är en obehaglig situation liksom, att hamna i en gynstol. Eh, och jag tycker att man känner sig väldigt utlämnad. (...) med sitt liksom, sitt mest privata helt uppfläkt liksom och man ligger väldigt oskyddat.” (Informant 8)

Den gynekologiska undersökningsstolen beskrevs som otidsenlig och undersökningsinstrumenten upplevdes som kalla. Själva penetrationen beskrevs av vissa som det jobbigaste momentet i undersökningen, ett obehag av att ha någonting i slidan och smärtan när något fördes in blev påtaglig. Även utan instrument beskrevs undersökningen som både stressande och smärtsam. Att genomgå den gynekologiska undersökningen upplevdes som en kontrollförlust, och som kunde leda till både fysiska reaktioner såsom svimning och svårigheter att hålla ihop sig känslomässigt.

Vid tillfällen då cellprovtagningen hade misslyckats väcktes tankar om att man gjort något fel eller att man var oduglig. Det beskrevs också en oro inför undersökningen som efteråt kunde upplevas som onödig då andras negativa upplevelser hade påverkat och gett en negativ känsla inför besöket. Vidare hade resultatet av en jobbig undersökning lett till obehagskänslor och när nästa kallelse kom kände de en motvillighet att gå dit. Det framhölls både som en lättnad och som en negativ faktor att det är ett långt tidsintervall mellan provtagningarna.

”Det är skönt att det dröjer många år innan jag behöver göra detta igen. För det är ju ofta då, det är ju vid cellprov eller om något är fel som man liksom söker sig till vården (...) Jag tror att det på ett vis är bra att det är så långt mellan men på ett vis inte så bra för då hinner man bygga upp det ännu mer att man liksom minns det där som det var.” (Informant 1)

Undersökning på löpande band

Känslor av att undersökningen genomförs på ett rutinmässigt sätt utan möjlighet till extra tid och stöd var något som visade sig i intervjuerna. Det beskrevs som ett löpande band, där det ska gå fort att ta cellprovet och att man får stå ut och bita ihop även om det är obehagligt. Bemötandet under de snabba besöken upplevdes som stelt och när man inte ens fick ett leende från barnmorskan bidrog det till känslan av att bara vara en i mängden. Att inte få gehör eller att mötas av oförståelse för dessa starka känslor upplevdes som jobbigt och svårt. Det rutinmässiga upplägget gav känslan av att man kom dit med ett kön, inte som en person med erfarenheter och känslor.

“Och där tänker jag väl också sådär att jag misstänker att jag har en lättare vestibulit (...) Det känns inte som att det kom upp eller var diskuterbart med den här gynekologen utan det var lite så här, nu gör vi det bara såhär. Alla kan det här typ. Det är fysiskt möjligt, därför går det att göra.” (Informant 9)

Det drogs paralleller till medicinska undersökningar där sjukvården erbjuder lugnande premedicinering, men vid önskemål om samma förberedelse inför cellprovtagning bemöttes det med oförståelse.

“Det känns som att det alltid presenteras som att det är någon självklarhet att det här bara ska vara lätt (...) Att det finns nån slags utgångspunkt i form av att, ja men den (slidan) är till för att stoppa saker in i liksom. (...) att det är bara mesigt eller fjantigt att tycka att någonting med det är jobbigt. (...) Om man jämför med då till exempel koloskopin som behandlas som ett medicinskt ingrepp och liksom att det, det behandlas med en annan dignitet och har ett annat allvar än den här biten liksom.” (Informant 6)

För att undvika känslan av en rutinmässig undersökning på löpande band framkom önskemål om utökat stöd inför och under cellprovtagningen. Längre undersökningstid med möjlighet till pauser och en pedagogisk förklaring kring de olika momenten efterfrågades. Det ansågs att sjukvårdens möjligheter att följa upp enskilda individer som avstår är begränsade, men att enbart skicka ut en ny kallelse är otillräckligt. Förslagen som framkom under intervjuerna var;

extra stödperson, ett telefonnummer på kallelsen att ringa vid oro inför besöket, erbjudande om att få komma tillbaka med längre tid vid svårigheter samt att problematiken hade dokumenterats i journalen.

“Jag kanske gråter och jag kanske reagerar på något vis och då kanske jag, då uppskattar jag om du kanske pausar lite. Och att du kanske kan förklara lite mer ingående vad som händer liksom. (...). Men den här personen var som att hon snappade inte riktigt på det. Så då satt jag och bet ihop och grät istället. (...) Jag sa, nu tycker jag att det här är väldigt jobbigt. “Jaha okej...men det är bara lite kvar (...) bit ihop”. (...) Men man har kanske tid med 30 sekunder i alla fall. En halv minut kan man kanske i alla fall ge.” (Informant 1)

Deltagarna upplevde en avsaknad av anpassade alternativ som till exempel möjligheten att använda ett mindre spekulum vid obehag eller smärta, men också att erbjuda ett självtest för hemmabruk, vilket för vissa ansågs som det enda alternativet att kunna genomföra en provtagning.

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ studiedesign tillämpades då syftet med uppsatsen var att belysa ett så stort spektrum av upplevelser och synsätt som möjligt (Burnard et al., 2008). Då det saknas svensk kvalitativ forskning med fokus på de psykologiska faktorerna användes en induktiv ansats (Burnard et al., 2008). Utifrån kvalitativa data kan en studies tillförlitlighet beskrivas utifrån begreppen *trovärdighet*, *objektivitet*, *pålitlighet* och *överförbarhet* (Lincoln & Guba, 1985). *Trovärdighet* beskrivs av Lincoln & Guba (1985) som det övergripande målet med all kvalitativ forskning och innefattar både att studien är genomförd på ett strukturerat sätt samt att insamlat material presenteras på ett trovärdigt sätt.

Ett strategiskt urval tillämpades för att endast inkludera deltagare med erfarenhet av fenomenet (Forssén & Carlstedt, 2017). Facebook användes som rekryteringsplattform vilken möjliggjorde att nå en stor population, utan geografisk begränsning. Facebookgrupper med olika fokus tillfrågades vilka riktade sig främst till kvinnor och icke-binära. Grupperna inriktade sig bland annat på underlivsfrågor, queer och erfarenheter av cellförändringar. Författarna efterfrågade inte var på Facebook deltagarna hittat informationen om studien. Därmed kan det finnas en risk för att deltagarantalet är ojämnt fördelat, vilket kan ha påverkat resultatet, beroende på gruppens fokus. Heteronormativitet hos vårdgivare och omgivning blev en av de tongivande delarna i studien. Detta kan ha framkommit som ett resultat av att ha sökt informanter från ett specifikt forum och som inte kan ses som en generell representativ grupp, men känns viktigt att lyfta, då det ger en röst åt en utsatt grupp och som oftast inte kommer till tals.

Målet var att få en stor variation och bredd i berättelserna, vilket uppfylldes då rekryteringen fångade personer med olika åldrar, sexuell praktik, könsidentiteter och upplevelser. Dock bestod urvalet av personer som inte ser svårigheter i att dela sina upplevelser och där ämnet inte ses som något tabubelagt. Det finns en risk att resultatet inte är giltigt för personer där cellprovtagning innebär ett socialt hinder, till exempel personer som ser en koppling mellan förekomst av HPV och att vara sexuellt aktiv och som gör att de inte vågar delta i screeningen. Flera informanter berättade om tidigare övergrepp och trauman som bidragande anledningar till att de avstått från screeningprogrammet. Det kan finnas en risk att denna grupp är överrepresenterad i resultatet vilket kan minska *överförbarheten* till andra grupper.

Burnard (1994) beskriver att telefonintervjuer har fördelar, till exempel att deltagarna kan känna sig mer anonyma, vilket fysiska möten inte ger utrymmen för. Tillvägagångssättets svaghet är emellertid att icke-verbal kommunikation blir svårtolkad. De flesta intervjuerna skedde via Zoom med kamera, vilket gjorde att författarna i de fallen lyckades få en helhetsbild av informantens berättelse. För att kompensera för bristen av icke-verbal kommunikation inkluderades alla pauser, skratt och annan sinnesstämning i transkriberingarna, för att få med i vilken kontext informanten befann sig i. Detta medverkar till att öka resultatets *pålitlighet* då intervjumaterialet kan ses i ett sammanhang (Burnard, 1994).

Författarna genomförde de två första intervjuerna tillsammans, för att säkerställa att alla intervjuer skulle utföras på liknande sätt och på så vis öka *trovärdigheten*. Vidare användes en intervjuguide vid alla intervjuer. Att samtliga intervjuer inte utfördes av båda författarna kan ha medfört att följdfrågorna till deltagarna skiljde sig åt. Det kan dock bidra till ett rikare material, då olika upplevelser och berättelser framkommer utifrån de följdfrågor som ställts (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Lincoln & Guba (1985) menar att forskaren själv är ett instrument för datainsamlingen och analysen av det kvalitativa materialet och därför påverkar studieresultatets *trovärdighet*. Handledaren har varit delaktig under hela analysprocessen och studiekamrater har fått ta del av resultatet och gett synpunkter, vilket kan stärka studiens *objektivitet* och *trovärdighet* (Lincoln & Guba, 1985). Genom att handledaren fått ta del av kodningen och kategoriseringen har kvaliteten av dataanalysen kunnat stärkas (Lincoln & Guba, 1985). Dock gjordes ingen validering utifrån "member check", vilken innebär att informanterna får ta del av resultatet och ge sin syn på materialet (Burnard, 1991). Dock tillät inte tidsramen detta, vilket kan ses som en svaghet.

Det är viktigt för studiens *trovärdighet* att kategorier och underkategorier speglar intervjuerna. Författarna har regelbundet under analysprocessen gått tillbaka till det transkriberade materialet, för att säkerställa att kategorierna representerade insamlat material. Citat som bekräftar resultatet har valts ut för att öka studiens *objektivitet* (Lincoln & Guba, 1985).

Resultatdiskussion

Att avstå kan kännas lättare än att bita ihop

Resultatet genomsyras av synen på cellprovtagning som en rutinmässig undersökning på löpande band. Det upplevdes att både vårdgivares och omgivningens attityder kring cellprovtagning var att det är något som görs snabbt och enkelt och att man som patient bara ska bita ihop. Greenslade et al. (2013) beskriver att kvinnor som regelbundet genomförde cellprovtagning liknade cellprovtagningen vid ett okomplicerat tandläkarbesök. Detta bidrog till att omgivningen fick en bild av cellprovtagning som en snabb och enkel undersökning.

Deltagarna i föreliggande studie uppgav att denna syn ibland förmedlades av vårdgivare, där de bemöttes med oförståelse eller skepsis när de uttryckte obehag eller svårigheter med att genomgå undersökningen. Chorley et al. (2016) påvisade liknande resultat i sin studie och att kvinnorna önskade förståelse för de emotionella reaktioner som cellprovtagningen kunde innebära. Kvinnorna i studien beskrev också att de upplevde cellprovtagningen som opersonlig och ibland även avhumaniserad. Likande resultat kunde påvisas i föreliggande studie, där individerna upplevde att de kom till cellprovtagningen med ett kön, ett objekt och inte en som en hel individ. Även Armstrong et al. (2011) fann liknande resultat i sin studie och där deltagarna beskrev känslan av att bara vara ännu en kropp som skulle undersökas. Författarna drar slutsatsen att detta kan härledas till korta vårdmöten där vårdgivaren utför provtagning på löpande band vilket utstrålas till patienterna. Generellt inom sjukvården upplever författarna att det finns en avsaknad av ett holistiskt synsätt där människan ses i sin helhet, vilket kan bidra till personers känsla av att objektifieras i vården.

I en kvalitativ norsk intervjustudie med fokusgrupper, beskrevs det att många upplevde gynundersökningen som obehaglig och smärtsam (Aasbø et al., 2019), något som även deltagarna beskrev i föreliggande studie. Känslan av nakenhet och utsatthet var framträdande och bidragande orsaker till att avstå eller skjuta upp cellprovtagning, vilket även identifierades i studien av Chorley et al. (2016). Vidare beskriver Chorley et al. (2016) att emotionella reaktioner kunde uppstå redan innan själva provtagningen, en stark oro uppstod bara av att få kallelsebrevet hemskickat, något som också bekräftades av deltagarna i föreliggande studie. Chorley et al. (2016) kunde påvisa en korrelation mellan en emotionellt negativ upplevelse och fysiska reaktioner. De känslomässiga reaktionerna gjorde patienten mer spänd vilket då bidrog till en mer smärtsam upplevelse. I den aktuella studien drog deltagarna ingen parallell mellan dessa två faktorer, men det är möjligt att smärtupplevelsen deltagarna beskrev var orsakad av eller förvärrad på grund av psykologiska faktorer.

Resultatet påvisade en stark koppling mellan att ha varit utsatt för sexuella övergrepp eller andra trauman, och att utebli från cellprovtagning. Det framhölls både att undersökningen triggade svåra minnen, att kroppen inte samarbetade och att själva penetrationen med instrument kunde upplevas som ett övergrepp. Oscarsson et al. (2008) samt Chorley et al. (2016) har funnit liknande fynd i sina studier. Tidigare trauman var en starkt bidragande faktor till att avstå från provtagningen och speciellt penetrationen med instrument upplevdes som extra svår. Dock har inga studier hittats som beskriver kroppsliga reaktioner till följd av

ett trauma, i samband med cellprovtagning. Trots att det fanns en vilja hos deltagarna att genomföra provtagningen kunde de inte få kroppen till att samarbeta eller lyda. I resultatet framkom även känslor av skam när undersökningen fått avbrytas på grund av obehag eller rädsla. Deltagarna fick då en känsla av att ha gjort något fel eller att vara oduglig. Liknande fynd har författarna inte kunnat hitta i andra studier som behandlar samma ämne. Enligt Travelbee (2010) kan en upplevelse endast beskrivas av individen själv, vilket stärker vikten av en lyhörd vårdgivare och kanske speciellt vid screening där tidsramen är begränsad. Genom att vårdpersonal har kunskap om det breda spektrum av känslor som kan uppstå i samband med cellprovtagning och arbetar för att erbjuda en flexibel vård med individanpassade alternativ till undersökning på löpande band.

En annan orsak till att inte delta handlade om att ”det händer inte mig”. Informanterna i uppsatsen ansåg att de inte hade några riskfaktorer för att drabbas av cervixcancer eller hade en självbild av att vara ”frisk”. Oscarsson et al. (2008) fann i sin studie att denna självbild kunde baseras på att ingen i familjen haft cervixcancer. Kvinnorna i studien ansåg inte att de behövde genomgå screeningen då deras släktingar varit förskonade från cancersjukdomen, trots avsaknad av bevisad hereditet kopplad till cervixcancer.

Att bygga förtroende och kunskap

I studiens resultat framkommer förslag och reflektioner kring hur vårdgivare och hälso- och sjukvården i stort kan främja deltagandet i screeningprogrammet. Det enskilda mötet med en vårdgivare ansågs göra stor skillnad för hur cellprovtagningen upplevdes. Chorley et al. (2016) beskriver att upplevelsen av screeningen till stor del var ett resultat av vilket bemötande personen fått av barnmorskan. Resultatet i föreliggande studie visar att ett positivt bemötande, kontinuitet, inkluderande språk och en lyhördhet inför patientens behov, sannolikt kan göra upplevelsen av cellprovtagning bättre. Joyce Travelbees (2010) omvårdnadsteori belyser den mellanmänskliga relationen som uppkommer i ett möte mellan två personer och där kommunikationen är det viktigaste redskapet för att kunna få en förståelse för patientens upplevelse. Hon belyser även hur tidigare upplevelser i vården kan påverka framtida möten och undersökningar. Samtliga deltagare i studien hade någon gång deltagit i cellprovsscreening och flertalet hade genomgått gynekologisk undersökning av annan anledning. Deras upplevelse av dessa undersökningar påverkade deras vilja att delta i screeningprogrammet. Det saknades också den viktiga kommunikationen som Travelbee

(2010) beskriver som helt väsentlig för att kunna få en förståelse för patientens upplevelse. Studieresultatet visade också att förtroende och personliga relationer kan vara en väg för denna patientgrupp för att våga ta steget till cellprovtagning. Genom att erbjuda kontinuitet i den mån det är möjligt och sträva efter att få patienters förtroende trots tidsbegränsning skulle det korta besöket ändå kunna upplevas tryggt och värdefullt.

Resultatet påvisade en avsaknad av tillräckligt stöd från vården till personer som tidigare varit utsatta för övergrepp. De upplevde att det krävdes en tydlighet kring deras historik och att de själva fick kräva extra insatser för att få en trygg vård. Det kunde resultera i att de kände sig besvärliga eller omständliga när de exempelvis önskade en kvinnlig vårdgivare eller en extra stödperson. Jackson & Fraser (2009) undersökte barnmorskors kunskap och attityder kring att vårda kvinnor som blivit utsatta för sexuella övergrepp. Majoriteten av barnmorskorna ansåg sig sakna kompetens i ämnet och kände osäkerhet kring att ge adekvat vård till denna patientgrupp.

Bennett et al. (2018) beskrev att kvinnor som aktivt avstod från screening inte såg relevansen och vikten av att genomgå cellprovtagning. Liknande fynd identifierades i denna studie, men det var också en generell brist på kunskap i ämnet kring cellprovtagning och syftet med screening. Deltagarna efterfrågade mer information både från en hälso- och sjukvårdsnivå men även på en mer generell, samhällslig nivå. Redan i skolåldern uppgav informanter att det hade behövts undervisning om HPV och cellprovtagning. I studien framkom att cellprovtagningen sågs som ett gynnsamt tillfälle för barnmorskan att prata kring sexuell och reproduktiv hälsa. Liknande fynd fann Greenslade et al. (2013) som menar att kvinnor behöver få en bredare kunskapsbas och bli uppmuntrade till att själva söka information och ta ansvar för sin reproduktiva hälsa.

Att ha erfarenheter av ett normativt bemötande framkom också som en anledning till att avstå. Normativa antagande om sexpraktiker och könsidentifiering gjorde att deltagarna upplevde att de behövde upplysa och informera vårdpersonalen. Enligt Regionala Cancercentrum i samverkan (2021) ska alla personer med en livmodertapp och som någon gång haft sexuell umgänge genomgå cellprovtagning, oavsett sexuell praktik. I resultatet framkom det att vårdpersonal antytt att cellprovtagning var irrelevant om personen endast haft sex med andra kvinnor. Curmi et al. (2014) visade på liknande resultat i sin intervjustudie, där flera lesbiska kvinnor uppgav att de inte upplevde att de behövde genomgå cellprovtagning i samma

utsträckning som de kvinnor som hade penetrerande sex med en penis. Vidare hade många vårdgivare samma uppfattning, att lesbiska inte behövde genomgå cellprov (Curmi et al., 2014). Föreliggande studie visar att denna okunskap kan bidra både till ett sämre bemötande i vården och en utebliven cellprovtagning på felaktig grund.

Konklusion och implikationer

Orsakerna till att utebli från cellprovsscreening handlade om faktorer som; rädsla, oro, okunskap, bristfälligt bemötande och inte minst avsaknad av ett individanpassat möte. I resultatet framkom flera förslag på hur mötet skulle kunna utformas mer personcentrerat. Det som var tydligast i intervjuerna var att deltagarna önskade en längre avsatt tid för provtagningen samt att få tillgång till en vårdgivare som man redan hade en relation till. Det är viktigt att vårdpersonal och i synnerhet barnmorskor och gynekologer, är medvetna om och lyhörda för de känslor och reaktioner som kan uppstå i samband med cellprovtagning, för att kunna möta patientens behov. Okunskapen som deltagarna mötte kring smittöverföring av HPV behöver ifrågasättas och vårdpersonal borde få en bredare och djupare kunskap om olika sexpraktiker. Heteronormativa attityder hos vårdgivare kan bidra till att personer får ett sämre bemötande, men även felaktig information och därför avstår från cancerscreening. Dessa personer riskerar att bli exkluderade från en hälsofrämjande insats som under flera decennier minskat incidensen av cervixcancer. Hur cellprovsscreeningen är organiserad är svår att förändra, men ett förtydligande om att det går att boka en förlängd tid för provtagningen borde vara möjligt. Barnmorskan har i mötet med dessa individer ett unikt tillfälle att främja sexuell och reproduktiv hälsa, utifrån sin yrkesprofession.

Referenser

Aasbø, G., Solbrække, K., Waller, J., Tropé, A., Nygård, M. and Hansen, B. (2019). Perspectives of non-attenders for cervical cancer screening in Norway: a qualitative focus group study. *BMJ Open*, 9(8). doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029505>

Aasbø, G., Solbrække, K., Waller, J., Tropé, A., Nygård, M. and Hansen, B. (2019). Perspectives of non-attenders for cervical cancer screening in Norway: a qualitative focus group study. *BMJ Open*, 9(8). doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029505>

Adolfsson, A., Granevik, K. & Paulson, K. (2012). The reasons why women do not participate in the pap smear screening and testing program in Sweden. *Advances in Sexual Medicine*, 2, 31-37. doi: 10.4236/asm.2012.23006

Alafifi, R., Kindratt, T., Pagels, P., Saleh, N. & Gimpel, N. (2018). Awareness and knowledge of human papilloma virus and cervical cancer in women with high pap uptake. *Journal of Community Health*, 44, 332-338, doi: doi.org/10.1007/s10900-018-0591-0

Armstrong, N., James, V. & Dixon-Woods, M. (2012). The role of primary care professionals in women's experiences of cervical cancer screening: a qualitative study. *Family practice*, 29, 462-466. doi:10.1093/fampra/cm105

Beauchamp, T. & Childress, J. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7: e uppl.). New York: Oxford University Press.

Bennett, K., Waller, J., Chorley, A., Ferrer, R., Haddrell, J., Marlow, L. (2018). Barriers to cervical screening and interest in self-sampling among women who actively decline screening. *Journal of Medical Screening*, 25(4), 211–217. doi.org/10.1177/0969141318767471

Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-466.

Burnard, P. (1994). The telephone interview as a data collection method. *Nurse Education Today*, 14(1), 67–72.

Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Analysing and presenting qualitative data. *British Dental Journal*, 204(8), 429–432. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2008.292>

Chorley, A. J., Marlow, L. A. V., Forster, A. S., Haddrell, J. B., & Waller, J. (2017). Experiences of cervical screening and barriers to participation in the context of an organised

programme: a systematic review and thematic synthesis: *Psycho-Oncology*, 26, s. 161–172.
doi: <https://doi.org/10.1002/pon.4126>

Curmi, C., Peters, K. & Salamonson, Y. (2014). Lesbians' attitudes and practices of cervical cancer screening: a qualitative study. *BMC Womens Health*. 14 (153). doi: [10.1186/s12905-014-0153-2](https://doi.org/10.1186/s12905-014-0153-2)

Egidius, H (2021). Psykologiska faktorer. *I Natur & Kulturs Psykologilexikon*. Hämtad 7:e maj, 2021
<https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=psykologiska%20faktorer>

Everett, T., Bryant, A., Griffin, M-F., Martin-Hirsch, P., Forbes, C-A. & Jepson, R. (2014) Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, 5. doi: 10.1002/14651858.CD002834.pub2.

Folkhälsomyndigheten (2020) Vaccination av barn och ungdomar - Vägledning för vaccination enligt föreskrifter och rekommendationer. Artikelnummer 20115.

Forssén, A. & Carlstedt, G. (2017) Feministisk forskning. I: B. Höglund Nielsen & M. Granskär (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3:e upplagan s. 87–103). Lund: Studentlitteratur AB.

Greenslade, V., Fitzgerald, K., Doyle Barry, I. & Power-Kean, K. (2013). Promoting health by empowering women, strengthening partnerships, and enhancing health care systems: One Pap test at a time. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 100-107.
doi:10.5737/1181912x232100107

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik. (2:a uppl.)*. Lund: Studentlitteratur AB.

Herweijer, E., Sundström, K., Ploner, A., Uhnoo, I., Sparén, P. & Arnheim-Dahlström, L. (2016) Quadrivalent HPV vaccine effectiveness against high-grade cervical lesions by age at vaccination: A population-based study. *International Journal of Cancer*. 138 (12), s. 2867-2874. Doi: [10.1002/ijc.30035](https://doi.org/10.1002/ijc.30035)

Jackson, K. & Fraser, D. (2009). A study exploring UK midwives' knowledge and attitudes towards caring for women who have been sexually abused. *Midwifery*, 12(3), s. 253-263. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.05.006>

Kani, S. & Bekar, M. (2020). Factors affecting women's approach to gynecological examination for cancer prevention. *International Journal of Caring Sciences*, 13(11) s. 517.

Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985) *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage Publications Inc.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund- Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*, (s. 187–201). Lund: Studentlitteratur.

Momenimovahed, Z. & Salehiniya, H. (2017). Incidence, mortality and risk factors of cervical cancer in the world. *Biomedical Research & Therapy*, 4 (12), s. 1795-1811. doi: 10.15419/bmrat.v4i12.386

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen* (3 uppl.). Stockholm: Liber AB.

Oscarsson, M., Wijma, B. & Benzein, E. (2008). 'I do not need to... I do not want to... I do not give it priority...' – why women choose not to attend cervical cancer screening. *Health Expectations*. 11(1), s. 26–34. doi: [10.1111/j.1369-7625.2007.00478.x](https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2007.00478.x)

Regionala cancercentrum i samverkan (2020) Livmoderhalscancer och vaginalcancer: Nationellt vårdprogram. Version: 2.0. Hämtad från <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/gynekologi/livmoderhalscancer/varprogram/nationellt-varprogram-livmoderhalscancer-cervixcancer-vaginalcancer.pdf>

Regionala cancercentrum i samverkan (2021). Cervixcancerprevention: Nationellt vårdprogram. Version 2.2. Hämtad från <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/prevention-tidig-upptackt/gynekologisk-cellprovskontroll/varprogram/nationellt-varprogram-cervixcancerprevention.pdf>

Siwe, K. & Wijma, B. (2016). Gynekologisk undersökning. I Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A.-K. (Red.). *Reproduktiv hälsa: Barnmorskans kompetensområde*. (5.4, s. 81–94). Lund: Studentlitteratur AB.

Socialstyrelsen (2015). Screening för livmoderhalscancer. Rekommendation och bedömningsunderlag. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-screeningprogram/2015-6-39.pdf>

Svenska barnmorskeförbundet (2018) Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. <https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2020/04/Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf>

Thompson, E. L., Wheldon, C., Vamos, C., Griner, S. & Daley, E. (2018). *Journal of Cancer Education*, 34, s. 789–795. doi: <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1007/s13187-018-1375-z>

Travelbee, J. (2010). *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. (A. E. Ovargaard & A. Schou, Övers.; 2: a uppl.). Köpenhamn: Munksgaard. (Originalutgåvan publicerad 1966)

World health organization [WHO] (31 juni, 2021). *Cervical cancer*.
https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer#tab=tab_1

World Medical association (2013) WMA declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects. Hämtad från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Hela arbetet har fördelats lika mellan båda författarna. Intervjuerna fördelades och utfördes enskilt, bortsett från de två första intervjuerna som genomfördes av båda. Därefter har litteratursökning, datainsamling och analys genomförts tillsammans. Båda författarna har läst och godkänt den slutgiltiga versionen.

Bilaga 1 (2)

Exempel på dataanalys

Transkriberat material	Öppen kodning	Underkategori	Huvudkategori
Men jag gick dit, men sen när jag kom fram till dörren så vände jag. Det var alldeles för tung grej. Jag klarade inte av det. (1)	Vände i dörren på grund av tunga känslor.	Kroppen lyder inte - effekter av tidigare övergrepp	Gynundersökningen - en utsatt situation
Det är snarare det som stressar en att jag inte gör det (cellprov) Jag menar, jag vill ju att det ska upptäckas tidigt om det är nånting. (2)	Stress att inte gå på kontrollen	Det egna ansvaret	Attityder och bemötande
Jag tänker nog att det är liksom nånting man får stå ut med, det är bara liksom, det är som tandläkaren, det är som att bita ihop. (8)	Man får stå ut och bita ihop.	Undersökning på löpande band	Gynundersökningen - en utsatt situation

Intervjuguide

Ålder:

Födelseland:

Könsidentifiering:

Utbildningsnivå:

Har du genomgått någon av cellprovskontrollerna?

Om ja, minns du när du senast provtogs?

Intervjufrågor

- *Vilka psykologiska faktorer har påverkat ditt beslut att avstå från cellprovtagning?*
- *Vad hade du önskat från sjukvården eller barnmorskan för att välja att delta i screeningprogrammet?*

Stödord

- *Det fysiska rummet som påverkande faktor*
- *Bemötande och attityder från vården*
- *Tankar kring provresultatet*
- *Nakenhet*
- *Negativa livshändelser/övergrepp*
- *Vad kan barnmorskan göra för att påverka beslutet?*