



MALMÖ HÖGSKOLA

Hälsa och samhälle

CERVIXCANCER

EN LITTERATURSTUDIE OM KVINNORS
UPPLEVELSER OCH SJUKSKÖTERS
KANS ROLL

LINDA BALA

BIRGITTA ROSENGREN-REINO

Examensarbete i omvårdnad
46-55 p
Sjuksköterskeprogrammet
Juni 2006

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö
e-post: postmasterhs.mah.se

CERVIXCANCER

EN LITTERATURSTUDIE OM KVINNORS UPPLEVELSER OCH SJUKSKÖTERSANS ROLL

LINDA BALA
BIRGITTA ROSENGREN-REINO

Bala, L & Rosengren-Reino, B. Cervixcancer. En litteraturstudie om kvinnors upplevelser och sjuksköterskans roll. *Examensarbete i omvårdnad 10 poäng*. Malmö högskola: Hälsa och samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2006.

Efter en cervixcancer blir livet aldrig riktigt det samma. Sjuksköterskor är i en unik position för att hjälpa kvinnorna med anpassningen till de förändringar som sjukdomen drar med sig. *Syftet* med denna studie är att belysa kvinnors upplevda fysiska och psykiska förändring efter cervixcancer och sjuksköterskans roll i arbetet med dessa kvinnor. *Metoden* är en litteraturstudie baserad på elva vetenskapliga artiklar. Analysen *resulterade* i fem teman: sexuella aspekter, fysiska problem, psykiska besvär, sociala aspekter och sjuksköterskans roll. De patienter som fått besöka en sjuksköterska blev mindre deprimerade än de som inte fått träffa någon sjuksköterska. *Slutord*: Sjuksköterskan som vårdar cervixcancerpatienter ser ut att behöva mer kunskap om de fysiska, psykiska och sexuella förändringar som påverkar dessa patienter. Genom att lyfta fram dessa problem och även involvera patientens partner skulle omvårdnaden kunna förbättras.

Nyckelord: Cervixcancer, omvårdnad, patientupplevelser, sexualitet, sjuksköterskans roll.

CERVICAL CANCER

A LITERATURE REVIEW ABOUT WOMENS EXPERIENCES AND THE NURSE'S ROLE.

LINDA BALA
BIRGITTA ROSENGREN-REINO

Bala, L & Rosengren-Reino, B. Cervical cancer. A literature review about womens experiences and the nurse's role. *Degree project, 10 Credit Points*. Nursing programme, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2006.

Life will never be the same after a cervical cancer. Nurses are in an unique position to help the women adjust to the changes which the illness brings. *The aim* of this study is to illustrate women's experienced physical and mental changes after a cervical cancer and the nurse's role in the work with these women. *The Method* is a literature review based on eleven scientifically articles. The analysis *resulted* in five themes: sexual aspects, physical problems, mental difficulties, social aspects and the nurse's role. The patients who visited the nurse where less depressed than those who didn't visit the nurse. *Conclusion*: Nurses who treat patients with cervical cancer can probably need more knowledge about how physical, mental and sexual changes affect these women. Nursing could improve by lighting up these problems and also involve the patient's partner.

Keywords: Cervical cancer, nurse's role, nursing, patient's experiences, sexuality.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
BAKGRUND	4
Anatomi-patofysiologi	5
Epidemiologi	6
Etiologi	6
Symtom-diagnos	6
Gynekologisk cellprovtagning	7
Stadieindelning	7
Behandling	8
<i>Kirurgi</i>	8
<i>Strålbehandling</i>	9
<i>Cytostatikabehandling</i>	9
<i>Biverkningar</i>	9
Prognos	9
Patientens upplevelser av cervixcancer	9
Cervixcancer och sexualitet	10
Omvårdnad	11
Lagar och riktlinjer	11
SYFTE	12
METOD	12
Litteratursökning	12
Inklusions- och exklusionskriterier	13
Resultatanalys	13
RESULTAT	14
Sexuella aspekter	14
Fysiska problem	14
Psykiska besvär	15
Sociala aspekter	15
Sjuksköterskans roll	16
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	18
<i>Sexuella aspekter</i>	18
<i>Fysiska problem</i>	19
<i>Psykiska besvär</i>	19
<i>Sociala aspekter</i>	19
<i>Sjuksköterskans roll</i>	19
SLUTORD	20
Förslag till fortsatt forskning	20
REFERENSER	21
BILAGOR	24

INLEDNING

Denna studie handlar om kvinnors upplevelser efter behandling av cervixcancer. Cervixcancer är en av de vanligaste cancerformerna i världen, speciellt i utvecklingsländer (Gottlieb & von Schultz, 2004). Det är en cancer som drabbar många kvinnor och det känns därför relevant att studera just detta ämne. Vad som är intressant är hur livssituationen påverkas. Sjuksköterskan har en viktig roll i detta skede då kunskap om problemet är viktigt för att kunna inta en stödjande roll och kunna erbjuda olika möjligheter för dessa kvinnor att åter känna livskvalitet.

Individer reagerar olika på en allvarlig sjukdomsdiagnos. Cancer är en diagnos som inte bara ses som ett livshotande besked utan också ett besked som sätter hela tillvaron ur balans (Leander, 2005). Kvinnor som får sin diagnos cervixcancer genomgår både en fysisk och en psykologisk process. De tvingas att hantera känslor som hjälplöshet, osäkerhet och rädsla. Diagnosen innebär även ett hot mot kvinnans sexualitet (McMullim, 1992).

Behandlingen kan vara en påfrestande tid men kvinnorna känner ofta en lättnad eftersom något aktivt görs mot sjukdomen. De har även en regelbunden kontakt med sjukvården (Leander, 2005). Det är lätt att känna sig utelämnad när behandlingen är avslutad och många blir rädda för kroppsliga symtom. Kvinnorna kopplar gärna ihop symtomen med sjukdomen. De upplever att det kan vara svårt att avgöra om symtomen är något som behöver läkarbesök. När behandlingen är avslutad börjar en påfrestande tid för många kvinnor och omgivningen förväntar sig ofta att allt ska "vara som vanligt", det vill säga att livet ska bli som före cancer. Om anhöriga och vänner inte längre orkar lyssna och relationen börjar avta kan kvinnan känna sig både ensam och oförstådd. Det är vanligt att kvinnan känner oro för framtiden och för att sjukdomen ska komma tillbaka. Därför är det viktigt att komma ihåg att de svåra känslorna inte försvinner när behandlingen är avslutad (a a).

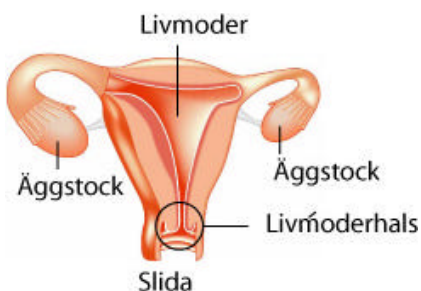
BAKGRUND

Cancer kommer från latinets "kräfta" och är ett samlingsnamn för maligna tumörer. Namnet visar på en tumör som sprider sig långsamt och fäster sig i de normala vävnaderna (NE, 2005).

I Sverige upptäcks de flesta fall av cervixcancer i ett tidigt stadium, när canceren är begränsad till livmoderhalsen och övre delen av slidan. Cervixcancer har ofta en långsam utveckling och kan ta 10-15 år att utvecklas från förstadiet till cancer. Det är den "unga kvinnans" cancer och är vanligast bland kvinnor i åldrarna 40-45 år men drabbar även kvinnor över 70 år (Vårdguiden, 2006). Det är dock ovanligt att kvinnor under 25 år drabbas (Weström, 2005).

Anatomi – Patofysiologi

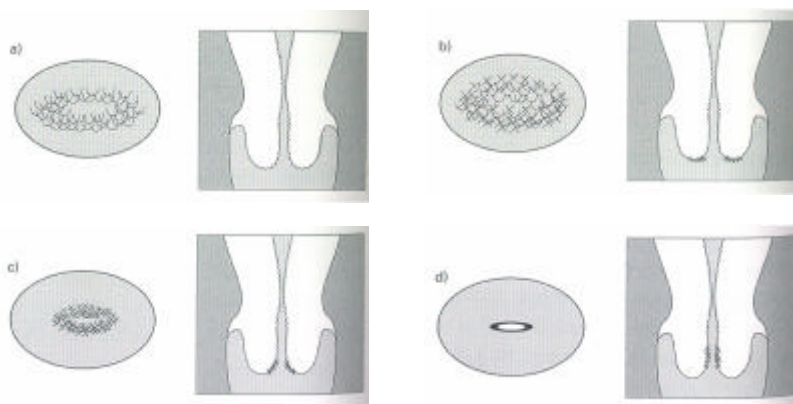
Cervixcancer uppkommer i den nedre delen av livmodern som mynnar i slidan.



Figur 1. Anatomisk bild på kvinnans reproduktionsorgan. Ur Fakta om livmoderhalscancer (2005).

Cancern uppstår oftast i skivepitelet, men även i adenokarcinom. Skivepitelet är cellagret som sitter på livmodertappens slemhinna (Leander, 2005). Den vanligaste typen är cancer i skivepitelet som utgör 75-85 %. Adenokarcinom (cancersvulst i en körtel) har sitt ursprung i körtelepitelet i cervixkanalen och utgör 10-20 % av fallen (Sorbe & Frankendal, 2000). Adenokarcinom har blivit vanligare under senare år, relaterat till att skivepitelcancer lättare kan förebyggas (Gottlieb & von Schultz, 2004).

Cervixkanalens yta täcks av ett cylinderepitel som är slemproducerande. I transformationszonen möts cervix och en del av epitelen (Weström, 2005). Transformationszonen är området där vävnadsnybildningen sker, den pågår under flera år. Det är när vävnaden mognat ut som den består av skivepitel. Transformationszonen är skarpt markerad och ligger i närheten av den yttre modermunnen. Placeringen kan ha en hormonell påverkan, då den förskjuts en bit in i cervixkanalen. Malign utveckling i cervix börjar i de flesta fall i celler i anslutning till transformationszonen (a a). Med åren dras transformationszonen upp i cervixkanalen och från 35 års ålder kan den inre begränsningen inte alltid ses (Gottlieb & von Schultz, 2004).



Figur 2. Patofysiologisk bild på epitelförändringar. Ur Gottlieb & von Schultz (2004 s 154).

Epidemiologi

Cervixcancer i världen skattades år 2000 till 3 827 000. Varje år insjuknar 453 000 kvinnor i världen (Svanström, 2003). Incidensen varierar kraftigt mellan olika kontinenter och enskilda länder, liksom mellan olika etiska befolkningsgrupper till exempel svarta och vita i USA. Bland kvinnor från lägre socioekonomiska samhällsgrupper är incidensen högre. Cervixcancer är vanligare bland svarta och latinamerikaner än bland vita i USA. Bland kvinnor som inte fött barn eller som inte varit sexuellt aktiva är cervixcancer sällsynt. Den högsta incidensen av cervixcancer påträffas i Latinamerika, Afrika samt Indien. Lägsta incidenstalet uppvisas i Israel. Faktorer som rör livsstil och övriga omgivningsfaktorer är av stor betydelse för uppkomsten av cancer. I andra industriländer i väst, där väl utvecklad sjukvård och gynekologiska hälsokontrollsystem finns, har även en incidensminskning registrerats. I Sverige ligger cervixcancer först på 15:e plats av all kvinnlig cancer (Sorbe & Frankendal, 2000). Dödligheten i Sverige är högst i de äldsta åldersgrupperna, från 70 år och uppåt. Den årliga dödligheten har sjunkit till färre än 150 kvinnor, och denna minskning anses ha samband med att kvinnor regelbundet kallas till gynekologisk cellprovstagning. 2003 diagnostiserades 477 kvinnor i cervixcancer, vilket utgör 2,1 % av all cancer (Leander, 2005).

Etiologi

En möjlig etiologisk faktor för uppkomst av cervixcancer är sexuellt överförda infektioner. Ett virus som har tilldragits störst intresse under senare år är vårt-viruset humant papillomavirus (HPV) som sprids sexuellt. Det finns över 70 olika kända typer av HPV-virus (Sorbe & Frankendal, 2000). HPV är mycket smittsamt med en prevalens topp mellan 16 och 25 år. Durationen av infektionen är vanligen 2-3 år och läker i de flesta fallen ut spontant. Vissa kvinnor kan få en bestående infektion som kan leda till cellförändringar och slutligen en cancer. HPV subtyperna 16 och 18 är onkogena och mest frekventa vid cervixcancer, där 16 visar sig i 60 % av skivepitelcancer och 18 visar sig i 50 % av adenokarcinom. Dessa subtyper är vanligast förekommande vid invasiv cancer och misstänks inducera en malign transformation genom bindning till och inhibering av vissa tumorsuppressorgener. Tänkbara orsaker och kända risker vid cervixcancer är tidig sexualdebut, stort antal olika sexuella partners, antal partners före 20 års ålder, prostituerade, många graviditeter, tidig första graviditet, rökning samt genital cancer. Enligt (a a) har en studie gjorts av WHO som påvisat en dubblerad risk vid mer än 8 års p-pilleranvändning, med störst effekt på adenokarcinom.

Symtom - diagnos

I tidiga stadier är sjukdomen symtomfri eller ger symtom i form av flytningar och vid avancerade stadier blödningar (Olsson, 1996). Dessa blödningar är ofta samlagsrelaterade eller efter toalettbesök (Sorbe & Frankendal, 2000). Precancerösa epitelförändringar på cervix är ofta symtomlösa, medan invasiv cervixcancer ger upphov till kontaktblödning (Gottlieb & von Schultz, 2004). Kontaktblödning som uppkommer på grund av defekation, lyft eller vid ökad bukpress är relativt sällsynt men kan förekomma. Det är vid ökad bukpress som uterus och cervix skjuts ner i vagina, där en stor skör tumör kan ge ifrån sig en liten ytblödning. Den lokala spridningen är nedåt i vagina, lateralt in i kardinal- och sakrouterinligament. Tumören når så småningom de laterala benbegränsningarna och uretärerna. I slutstadierna av sjukdomen förekommer uremi. Vid engagemang av benbegränsningarna i bäckenet, uppstår ett svårbehandlat smärttillstånd (Gottlieb & von Schultz, 2004). I dessa avancerade fall kan även ven- och lymfstas i nedre extremiteterna ses. Undantagsvis kan tumören spridas mot blåsa eller rectum, vilket

leder till dysuri, hematuri och rektalblödningar (a a). Cytologi är en mer tillförlitlig metod att upptäcka förstadier till cervixcancer, cervikal intraepitelial neoplasi (CIN I-III), än att diagnostisera en redan etablerad invasiv cancer. En redan etablerad invasiv cancer måste kännas igen på annat sätt, eftersom falskt negativ cytologiprover kan förekomma. Vid CIN I och II bör kolposkopi och riktad provexcision användas. Vid CIN III, carcinoma in situ och i de fall där hela transformationszonen inte kan överskådas kolposkopiskt rekommenderas en diagnostisk konisation. Cancerdiagnosen ställs alltid med provexcision och histopatologisk vävnadsanalys som kan kompletteras med finnålsbiopsi och cytologi av tumörmisstänkta vävnader eller lymfkörtlar. Analys av DNA kan göras med hjälp av specialprover (Sorbe & Frankendal, 2000).

Gynekologisk cellprovstagning

Cervixcancer kan förebyggas med hjälp av screening, där förstadier ofta upptäcks (Fakta om livmoderhalscancer, 2005a). Vaginalcytologisk screening (cellprov, cytologprov, smear) har pågått sedan 1960-talet i Sverige. I Socialstyrelsens riktlinjer i Gottlieb & von Schultz (2004) anges att cellprovskontroll ska ske vart tredje år i åldrarna 23-50 år och var femte år i åldrarna 51-60 år. Det är främst utvecklingen av skivepitelcancer, som kan förhindras genom upptäckt av förstadier. Kvinnor som har haft normala prover behöver inte genomgå tätare kontroller än var tredje år. Det finns ingen anledning att ta cellprov för screening om kvinnan är yngre än 23 år eller aldrig haft samlag. Vid synliga förändringar, ger riktad biopsi säkrare besked (Gottlieb & von Schultz, 2004). Detta program görs för att skydda kvinnor mot att cervixcancer uppstår. En del kvinnor väljer att avstå, vilket kan medföra att en cervixcancer utvecklas utan deras vetskap (Sorbe & Frankendal, 2000). Genom användning av kondom vid samlag, minskar risken att drabbas av virusinfektioner, och därmed minska risken för cervixcancer (Vårdguiden, 2006). I framtiden kan tester för HPV virus förbättra screening av cervixcancer (Fakta om livmoderhalscancer, 2005b).

Stadieindelning

Den preoperativa utredningen omfattar en stadieindelning enligt FIGOs kriterier i Sorbe & Frankendal (2000) (se tabell 1). FIGOs kliniska stadieindelning vid livmoderhalscancer beskriver tillåtna undersökningar som klinisk undersökning, gynekologisk undersökning med cytoskopi och proktoskopi eller rektoskopi. Undersökningar som ingår i utredningen är lungröntgen, skelettröntgen, kolonröntgen och urografi. Den gynekologiska undersökningen utförs i narkos, som bimanuell palpation av bäckenorganen. Även cytoskopi och proktoskopi eller i vissa fall rektoskopi kan utföras samtidigt. För att utesluta ureterstas genomgår patienten en urografi vars resultat kan påverka stadieindelningen. MR-undersökning är sannolikt den bästa undersökningsmetoden vad avser tumörutbredningen i bäckenet samt vid misstanke om tumörrecidiv. Förstorade lymfkörtlar ska alltid finnålspunkteras. Stadieindelning med tillhörande undersökningar och uppläggningsplan bör utföras av specialist vid gynekologisk onkologi på regionklinik (a a).

Tabell 1. Stadiindelning av cervixcancer enligt FIGO.

Stadium	Definition
IA	Mikroinvasiv cancer, mikroskopisk diagnos Stromainvasion = 5 mm och bredd = 7 mm
IA1	Mikroinvasiv cancer med minimal stromainvasion = 3 mm djup, = 7 mm bredd
IA2	Mikroinvasiv cancer med klar stromainvasion >3 mm men = 5 mm djup, =7 mm bredd
IB	Invasiv cancer med begränsning till cervix och > 5 mm stromainvasion
IB1	Makroskopisk tumör =40 mm
IB2	Makroskopisk tumör >40 mm
IIA	Utbredning till vagina (över 2/3)
IIB	Utbredning till parametrium
IIIA	Utbredning till vagina (nedre 1/3)
IIIB	Utbredning till bäckenvägg eller hydronefros
IVA	Överväxt på blåsa eller rectum eller utbredning utanför bäckenet
IVB	Fjärrmetastasering

Hämtad ur: Sorbe & Frankendal (2000, s 238).

Behandling

Vilken behandling som används beror på tumörens stadium och typ, samt patientens ålder och allmäntillstånd. De olika behandlingarna som finns att tillgå är kirurgi, strålbehandling och cytostatika eller en kombination av dessa (Weström, 2005). CIN grad I-III samt cancer in situ, behandlas lämpligen med konisation med laserteknik. Vid konisation tas hela transformationszonen bort med marginal. Stadium IA behandlas i med enkel hysterektomi. För unga kvinnor som önskar bevarad fertilitet, kan i vissa fall en konisation vara tillräcklig, men kräver skärpt efterkontroll. För kvinnor som ej är lämpliga för kirurgi kan intrakavitär strålbehandling (brakyterapi) vara en effektiv och skonsam behandlingsmetod. Vid stadium IB finns två lämpliga behandlingsmetoder: primär radiologisk behandling med kombinerad extern strålbehandling mot bäckenet och intrakavitär strålbehandling eller Wertheim-meigs. Kirurgiska behandlingsalternativ erbjuder de största fördelarna hos premenopausal kvinnor, där ovarial- och vaginalfunktionen bibehålls. Följderna av den kirurgiska behandlingen innebär vaginal förkortning, denervation av vävnaderna runt vagina, blåsa och rectum. Tumörstorlek är en viktig prognosfaktor i stadium IB vid kirurgisk behandling. Stadium IIA och högre stadier behandlas bäst med primär strålbehandling (Sorbe & Frankendal, 2000).

Kirurgi

Wertheim-meigs är en utvidgad radikal hysterektomi som kombineras med en utrymning av lymfkörtlarna längst bäckenkärlen. En riktlinje är att minst 20 stycken lymfkörtlar brukar avlägsnas (10 stycken från vardera sida). Vid avancerade lokala tumörer utan några tecken på lymfkörtelengagemang görs en bäckenexenteration. Finns tre typer av bäckenexenteration, främre, bakre och total. I den främre avlägsnas urinblåsa, den bakre avlägsnas rectum och i den

totala tar man både bort urinblåsa och rectum (Berglund, 1999). En kvinna med stark önskan att bevara sin fruktsamhet kan i vissa fall få gjort en mindre omfattande operation, så kallad trachelektomi. Det innebär att större delen av livmoderhalsen tas bort, och en tråd sätts in för att hålla ihop den förkortade livmoderhalsen. Kvinnor som blir gravida efter en genomgången trachelektomi, har ökad risk för missfall eller för tidig förlossning (a a).

Strålbehandling

Vid cervixcancer kombineras ibland strålning och kirurgi. När kirurgi inte är möjligt kan strålbehandling vara ett alternativ. Både inre och yttre strålning kan användas vid cervixcancer. Yttre strålbehandling pågår i några minuter och ges fem dagar i veckan, i fem till sex veckor. Behandlingen är smärtfri. Vid inre strålbehandling förs en hylsa in i slidan eller livmodern och en strålkälla placeras i hylsans hålighet. Denna hylsa ligger kvar i kroppen allt från några minuter till 15 timmar. Strålbehandlingen sker liggandes i ett strålsäkert rum. Fördelen med inre strålbehandling är att stråldosen i tumörområdet blir hög och den friska vävnaden omkring får en betydligt lägre stråldos (a a).

Cytostatikabehandling

Cytostatika är ett läkemedel som angriper celler i celldelningsprocessen. Oftast kombineras olika cytostatika eftersom de olika preparaten stör celldelningen på olika sätt. Cytostatika ges vanligtvis intravenöst (a a).

Biverkningar

Trötthet är vanligt förekommande under strålbehandling. Patienterna bör ta det lugnt och vila. Bland de vanliga akuta biverkningarna efter strålbehandling ses bland annat gastrointestinala besvär i form av diarré, uppkördhet och gasbildning. Inom ett par veckor efter avslutad behandling avtar diarrén. Urinblåsbesvär i form av urinträngningar och sveda är vanligt (Cervixcancer och cervixdysplasi, 2000).

Prognos

Vid CIN cancer in situ och stadium IA finns det en mycket god prognos med 100% 5-års överlevnad. Lika så stadium IB har en god prognos med 90% 5-års överlevnad. Stadium II har en relativt god prognos med 60-70% 5-års överlevnad. Stadium III har en dålig prognos med 35-40% 5-års överlevnad. En palliativ behandling inriktas på stadium IV som har en mycket dålig prognos. Dåliga prognostiska tecken vid cervixcancer är tumörnekros, infektioner och anemi (Sorbe & Frankendal, 2000).

Patienters upplevelser av cervixcancer

Efter en cancersjukdom blir livet aldrig riktigt det samma. En kvinna som genomgått en större operation eller behandling i underlivet ställs inför uppgiften att hitta tillbaka till sin egen lust och längtan. Det kan ha hänt mycket med kroppen som kvinnan behöver vänja sig vid som att lära sig att ta upp den sexuella samvaron igen. Efter strålbehandlingar och operationer i underlivet finns det en risk att slidan blir kortare och slidans översta del får sammanväxningar. Förkortad slida och torra slemhinnor kan verka hämmande innan kvinnan har lärt sig hur hon ska göra för att förbereda sig att ta upp den sexuella samvaron igen (Leander, 2005).

”Kvinnligheten sitter ju i både kropp och själ, hjärta och hjärna”
(a a s 28).

Kvinnorna förknippade livmodern med sin kvinnlighet och känner oro över att en kroppsdel bortopererades och vad den förändringen innebär (Ejd, 2006). Wenzel m fl (2005a) har studerat livskvaliteten hos kvinnor som överlevt cervixcancer. Nästan hälften av deltagarna var rädda för en andra cancer. De kände också oro över sjukdomen som kvarstod trots att de var friska. Vissa tecken på oro uppkom i relation till yngre åldrar, mindre stöd, reproduktiva aspekter och sämre mental och andlig hälsa. Kvinnorna hade sämre sexuell funktion i form av obehag som t ex smärta vid samlag och orgasmproblem. Det tyder på att de fall som uppgav problem med sexuell funktion även uppgav sämre livskvalitet. Bekymmer över reproduktionen visas vara relaterade till sorgen över oförmågan att bära barn, oförmågan att öppet diskutera fertilitetsfrågan och sorgen över att inte få barn. 69 % av kvinnorna uppger att de skulle vilja ha rådgivning i samband med diagnosen. 59 % uppgav att de skulle gå löpande på rådgivning för att ta upp överlevnadsfrågor (a a).

Att berätta för andra om sin cancer kan vara svårt. Det är ändå viktigt att de närmsta informeras om diagnos, behandling och hur kvinnan känner sig för att lättare kunna visa förståelse och ge stöd. Det kan vara en fördel att gå två till läkarbesöket eftersom det blir lättare att diskutera det som sagts och fånga upp och bearbeta all information. Att träffa andra i samma situation kan vara ett stöd (Leander, 2005).

Cervixcancer och sexualitet

Sexualiteten och den reproduktiva förmågan påverkas vid gynekologisk cancer. Konsekvenser av behandlingen kan leda till stora psykosociala påfrestningar under behandlingstiden och lång tid därefter. Det är ej ovanligt att kvinnorna får en förändrad kroppsuppfattning, minskad självkänsla, känner oro, ångest och depression. Sjuksköterskan bör beakta alla dessa aspekter vid omhändertagandet av patienter med cervixcancer. I Västra sjukhusregionen har en sjuksköterskegrupp utarbetat ett omvårdnadsprogram för patienter med gynekologiska tumörsjukdomar, då vikten av kontinuitet mellan läkare, sjuksköterska och patient betonas (Cervixcancer och cervixdysplasi, 2000).

Kvinnorna skulle vilja ha information i samband med operation och efterföljande förändringar. Informationen om sexualitet har varit dålig även om kvinnan själv har ställt frågorna (Ejd, 2006). Genom samtal, information om diagnos och trolig behandling kan kvinnan med cervixcancer och hennes partner få en bättre förutsättning till socialt och sexuellt samliv. Männerna upplever ofta att sjukdomen och behandlingen inverkar negativt på samlivet. Många män vittnar om rädsla att visa sig sexuellt intresserad för att deras partner inte ska känna sig pressade till att återuppta samlivet. Det är lätt att mannen känner sig ensam och utelämnad (Cervixcancer och cervixdysplasi, 2000).

Vägen till ett fungerande sexualliv är svårt. Det kan finnas en del fysiska faktorer som kan hindra. Fysiska faktorer som förkortad vagina kan ha en negativ inverkan på samlivet men med hjälp av att kvinnan använder sig av till exempel glidmedel på de stora blygdläpparna och insidan av låren samt hålla låren ihop under samlaget kan samlivet förbättras. Vaginaldilatator rekommenderas till de flesta patienter efter strålbehandling, eftersom den förlänger slidan på ett skonsamt sätt. Dilator tillsammans med glidmedel flera gånger per vecka förhindrar utvecklingen av ärrbildning då vävnaden läker efter strålbehandling. Denna process pågår under flera år (a a).

Oron över att återuppta sin sexuella aktivitet efter strålbehandling är ofta orsakad av pressen som kvinnan själv känner angående att kunna tillfredställa sin partner (Cervixcancer och cervixdysplasi, 2000). Kvinnan kan själv utforska sin egen förmåga att uppskatta sex genom att börja med självstimulering. Om kvinnan själv kan framkalla en orgasm kan hon konstatera att cancerbehandlingen inte förändrat deras sexuella svar på stimuli. Sexuella tankar och känslor har alla av eller till. Genom att föra dagbok på uppgifter om sexuella tankar kan sexuell lust verklighetsförankras (a a).

Omvårdnad

Omvårdnad bör planeras utifrån en helhetssyn eftersom hälsa och sjukdom innehåller fysiologiska, psykologiska och sociala delar (Jahren Kristoffersen, 1998). Enligt kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor (SOSFS 1995:5) ska sjuksköterskan ha ett etiskt förhållningssätt och en helhetssyn. Det finns en värdegrund om en humanistisk människosyn. Sjuksköterskan ska ta till vara patienter och anhörigas erfarenheter, tillsammans med andra kollegers erfarenheter och kunskaper för att kunna bidra till en helhetssyn (a a). Enligt McMullin (1992) är cervixcancer en sjukdom som kan väcka starka känslor som oro och rädsla.

Sjuksköterskor har genom sin unika position en möjlighet att förse patienter med resurser som är nödvändiga för att underlätta anpassningen till de förändringar som sjukdomen drar med sig. Dessa kvinnor behöver bli bemötta som enskilda individer med enskilda behov. Generellt är sjuksköterskan mer trygg och kunnig i omvårdnad som berör fysiska symtom och mindre trygg i omvårdnad som berör den psykologiska stress dessa kvinnor möter. Det finns behov av en medvetenhet och känslighet av de bekymmer som kommer kvinnorna till mötes efter diagnosen. Genom att utveckla en god terapeutisk relation till patienten kan patient och sjuksköterska arbeta tillsammans för en positiv upplevelse som kan bidra till en lösning och fortsättning av den tidigare livsstilen. Under anpassningstiden finns det risk att kvinnorna inte ställer diagnos- eller behandlingsspecifika frågor, vilket kan bero på att de faktiskt inte vet vad de ska fråga om. Här kan sjuksköterskan minska missuppfattningar, rädsla och ångest genom att ge god och faktisk information till patienterna (a a). Från början vill många kvinnor ha mycket information om cancersjukdomen, medan en del kvinnor väljer att avstå. Ofta kommer patienterna till en punkt där de känner att de inte orkar ta emot mer information. Det är viktigt att själv få möjlighet att välja vilken information kvinnan vill ha (Leander, 2005).

De kvinnor som får adekvat information är mer optimistiska gentemot livet. Sjuksköterskor behöver erkänna att sexualiteten är kärnan till livskvalitet och ta ansvar för den sexuella rehabiliteringen av patienter med cervixcancer. Ibland behöver sexuell rehabilitering inte vara mer än att tillåta patienten att tänka och uttrycka sina sexuella funderingar. Detta är inte speciellt tidskrävande och det behövs inte specialkompetens i sexuella frågor. Sexualitet behöver bara betraktas som en integrerad del av kvinnans liv och individualitet (McMullin, 1992).

Lagar och riktlinjer

Sjuksköterskans arbetsområde styrs av lagar och riktlinjer som bland annat tas upp i Socialstyrelsens allmänna råd, SOSFS 1993:17 om omvårdnad inom hälso- och sjukvården och Hälso- och sjukvårdslagen SFS 1982:763.

I Socialstyrelsens allmänna råd, SOSFS 1993:17 om omvårdnad inom hälso- och sjukvården anges vikten av att vårdpersonalen ser patienten ur ett helhetsperspektiv och inte enbart koncentrera sina insatser på sjukdomstillståndet. Detta innebär en möjlighet för patienterna att samverka med vårdpersonalen men även tillvarata de egna resurserna. All omvårdnad vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet, liksom all annan hälso- och sjukvårdande verksamhet (a a).

”Syftet med omvårdnad är att stärka hälsa, förebygga sjukdom och Bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov, minska lidande samt ge möjligheter till en värdig död” (a a)

I Hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763 2 a § finns de krav som ställs på Hälso- och sjukvården. Vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet och att behandlingen ska bygga på respekt patientens självbestämmande och integritet. Behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. 2 b § tar upp att patienten ska få individuell anpassad information beträffande deras hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns (a a).

SYFTE

Syftet med denna studie är att belysa kvinnors upplevda fysiska och psykiska förändring efter cervixcancer och sjuksköterskans roll i arbetet med dessa kvinnor.

METOD

Den valda metoden är en litteraturstudie, vilket innebär en sammanfattning av tidigare forskning inom ett område. Forskningsproblem ligger till grund för ett sammanhang eller ett projekt (Polit & Beck, 2004). Plan för litteratursökning gjordes enligt Willman m fl (2006). En identifiering av tillgängliga resurser utfördes, som bland annat innefattade vilken tidsram studien skulle vara avslutad inom och vilket material som fanns att tillgå (a a).

Litteratursökning

Databasen PubMed erbjuder artiklar som berör det medicinska området och ansågs som relevant källa för artikelsökning. I sökningsstrategin diskuterades vilka sökord och MeSH-termer som var relevanta till sökningen, relaterat till vår studie, vilket redovisas i tabell 2.

Litteratursökningen började med en översyn av titlar och läsning av ett stort antal abstracts. Därefter gjordes en granskning av ett tjugotal utvalda artiklar i fulltext enligt Polit & Beck (2004) (se bilaga 2). De artiklar som var relevanta för föreliggande studie kvalitetsbedömdes enligt bilaga G och H i Willman m fl (2006). Sammanlagt har elva artiklar använts som ansågs bäst besvara syftet.

Tabell 2: Artikelsökning i databas PubMed.

	Sökord: MeSh	Antal träffar	Antal använda	Datum
# 1	Uterine Cervical Neoplasms AND Family	245	4	060330
# 2	Uterine Cervical Neoplasms AND Psychosocial	62	3	060330
# 3	Uterine Cervical Neoplasms AND Nursing	86	1	060330
# 4	Uterine Cervical Neoplasms AND Nurse´s Role	16	1	060409
# 5	Genital Neoplasms, Female AND Nurse´s Role	43	2	060412

Limits : Title/Abstract ; English ; Humans ; Cancer

Tabell 3. Översikt av de studier som kvalitetsgranskats och bedömts vara relevanta för fortsatt granskning.

Typ av artikel	Författare	Antal personer	Område	Kvalitet
MC	Booth m fl 2004	70	Sjuksköterskerollen	II
KL	Butler m fl 1998	17	Sexuell funktion	I
T	De Groot m fl 2005	52	Psykosociala effekter	II
KL	Fitzsimmon m fl 2005	26	Sjuksköterskerollen	II
KL	Hawghorst-Knapstein m fl 2003	120	Livskvalitet	II
MC	Jensen m fl 2003a	173	Sexuell funktion	II
RCT	Jensen m fl 2003b	118	Sexuell funktion/vaginala förändringar	II
KT	Klee m fl 1999a	118	Fysiska symtom efter strålning	II
KT	Klee m fl 1999b	118	Psykologiska/sociala effekter	II
MC	Ohara-Hirano m fl 2004	175	Mental hälsa/socio-psykologiska implikationer	I
KL	Wenzel m fl 2005	231	Reproduktiv oro	I

KL=Studie med kvalitativ metod.

KT=Studie med kvantitativ metod

MC=Multicenter

RCT=Randomiserad studie med kontrollgrupper

T= Tvärsnittsstudie

Bedömning av kvalitet

I=medelgod kvalitet

II=Hög kvalitet

Utformning enl SBU (1999, s 50), modifierad av författarna.

Inklusions- och exklusionskriterier

Sökningen begränsades till endast engelskspråkiga artiklar. För en bredare bild av de livskvalitetsförändringar som drabbar kvinnor med cervixcancer, inkluderades studier med kvinnor i oavsett åldersgrupper. Ett stort antal artiklar berörde screening. Dessa exkluderades liksom samtliga artiklar vars titel eller abstract berörde prevention. Vid artikelgranskningen gjordes en begränsning till 10 år gamla studier. Endast en artikel berörde kultur och exkluderades på grund av för lite material att tematisera.

Resultatanalys

Analysen gjordes av båda författarna var för sig för att kunna diskutera olika uppfattningar av materialet. Därefter analyserades resultatet gemensamt. De ord som beskrev kvinnornas upplevelser skrevs ned och grupperades. Det var ord som smärta, samlagsproblem, bristande lust etcetera. Ord som hade gemensamma drag samlades i olika grupper. För de ord som var diffusa diskuterades gränsdragning och tillhörighet. Grupperna namngavs och bildade resultatet som övergripande handlar om olika förändringar som uppkommer efter olika behandlingar av cervixcancer.

RESULTAT

Resultatet bygger på analyser av elva vetenskapliga artiklar och redovisas under följande teman: sexuella aspekter, fysiska symtom, psykiska besvär, sociala aspekter och sjuksköterskans roll.

Sexuella aspekter

Vid cervixcancer drabbas kvinnorna av en del sexuella problem efter behandling. Dessa är orgasmproblem, reducerad vaginastorlek, dyspareuni, lubrikationsproblem, samlagsbesvär, minskad sexuell aktivitet eller vaginala problem (Jensen m fl 2003a, Jensen m fl, 2003b, Hawighorst-Knapstein m fl 2004, Wenzel m fl, 2005b).

Enligt Jensen m fl (2003b) hade kvinnorna 5 veckor efter en radikal hysterektomi kraftigt påverkad förmåga att fullfölja ett samlag och de var otillfredsställda med sexlivet. Trots detta hade 40 % av patienterna någon form av sexuell aktivitet. Under de första 3 månaderna led kvinnorna av allvarlig dyspareuni. Reducerad vaginalstorlek hade en negativ effekt på samlag under 6 månader efter operation och allvarliga orgasmproblem höll i sig under denna tid. Kvinnorna uppgav att deras partner hade mindre sexuellt intresse men även de själva var mindre intresserade av intimitet 18 månader efter operation. 2 år efter radikal hysterektomi var kvinnorna fortfarande inte symptomfria. De hade lite eller inget sexuellt intresse och led av lubrikationsproblem men ändå var det relativt få kvinnor som fortfarande led av allvarlig dyspareuni. Generellt hade kvinnorna tiden efter operationen problem med avslappning efter sex (a a), vilket bekräftades av Hawighorst-Knapstein m fl (2004) studien där sexuella problem var det största problemet efter kirurgibehandling (a a).

De kvinnor som genomgått strålbehandling hade mindre eller inget sexuellt intresse, lubrikationsproblem, måttlig till allvarlig dyspareuni, otillfredsställelse med sexlivet, orgasmproblem och oförmåga att genomföra samlag (Jensen m fl, 2003a). Direkt efter strålbehandlingen var det flera av partnerna som hade mindre eller inget sexuellt intresse men antalet sjönk till 40 % av partnerna 3-24 månader efter behandling. Kvinnor som fått strålbehandling hade fortfarande sexuell dysfunktion och lätt dyspareuni med vaginala problem relaterade till samlag 2 år efter avslutad behandling. Ihållande orgasmproblem och ökad oförmåga att genomföra samlag kan leda till att kvinnor riskerar bli sexuellt inaktiva. En minskning av den sexuella frekvensen avtog från 1-2 gånger i veckan innan strålbehandling till 1-2 gånger i månaden efter behandling. Även här hade partnerna mindre sexuellt intresse jämfört med tiden innan strålbehandling (a a). Kvinnorna som överlever cervixcancer kan få problem med reproduktionsförmågan, vilket kan leda till att kvinnorna känner både ilska och sorg över att aldrig kunna föda (Wenzel m fl, 2005b).

Fysiska problem

Kvinnor som fick strålbehandling besvärades av fysiska problem som illamående, aptitlöshet och smärta (Hawighorst-Knapstein m fl 2004, Klee m fl, 1999a). Smärtsymtomen var diffusa till en början men förbättrades under 1-2 år (Klee m fl, 1999a). Trötthet, svaghet och behov av vila var mer påtagliga direkt efter behandling men minskade efter tre månader. Efter behandling kunde patienterna drabbas av både gastrointestinala- och urologiska besvär. En minoritet besvärades

mycket av diarré medan andra inte besvärades alls (Klee m fl, 1999a). I Ohara-Hiranos m fl (2004) studie där kvinnorna genomgått radikal hysterektomi, total hysterektomi, strålbehandling och cellgifter hade 25 % av patienter svårt att tömma tarmen och 29 % av patienterna hade miktionsstörningar (a a). Problem i form av frekventa miktioner och smärta eller ömhet vid miktion var ihållande (Klee m fl, 1999a). De patienter som hade allvarliga miktionsproblem blev bättre under de första sex månaderna efter behandling medan de patienter som uppgett att de inte hade några problem började utveckla symtom (a a). En jämförelse mellan kvinnor med cervixcancer och deras manliga partner visade att kvinnorna erfor generellt sett mer sjukdomsefterhängsenhet och sjukdomsintrång i relationen och intimiteten än männen (De Groot m fl, 2005).

Psykiska besvär

Strålbehandling av cervixcancer ger psykologiska symtom i form av depression och oro. 50-60 % av kvinnorna kände sig spända och irriterade (Klee m fl, 1999b). De Groot m fl (2005) gjorde en studie på patienterna och deras manliga partners som visade att oron över pågående cancer generellt sett inte skilde sig mellan patienterna och deras manliga partner. De paren med en cancer i tidigt stadie var mer oroliga över sjukdomen än de par vars cancer var mer avancerad. Oron var störst i relation till prognosen och kommunikationen med vårdteamet (a a). Studien Ohara-Hirano m fl (2004) visar att de patienter som inte känner oro känner sig mindre deprimerade och kvinnor med stark smärta känner sig mer deprimerade.

Sociala aspekter

Patienternas förmåga till coping och framtidsplanering ökade successivt efter strålbehandling och förmågan att klara av sin situation höll sig relativt stabil under tiden (Klee m fl, 1999b). Stor del av kvinnorna med gynekologisk cancer uppgav att de själva fick vara ett stöd för både familj och vänner så att de kunde prata om och hantera cancer. Ogifta kvinnor hade det svårare än kvinnor som var i ett förhållande (Butler m fl, 1998).

”It proved to be the end of our relationship, as (partner) and we went our separate ways within a year. The trauma of cancer and the hysterectomy put too much strain on our young relationship”
(a a s 689)

Många kvinnor som hade långa förhållande kände att erfarenheten av sjukdomen hade en positiv effekt på dem (a a).

”At night, if he notices that I’m awake or not feeling good, he just reaches out to hold my hand or something like that” (a a s 689)

Andra kvinnor var beskyddande genom att de gick till läkaren själv och sedan valde vilken information de ville dela med sin partner för att de inte skulle bli upprörda (Butler m fl, 1998). Detta bekräftades av De Groot m fl (2005) som uppger att kvinnor som nyligen avslutat behandling, kände oro i sin relation till sin partner, relationen till andra människor och i kommunikationen med vårdteamet (a a).

Enligt Klee m fl (1999b) kunde patienterna efter strålbehandling behöva hjälp med dagliga aktiviteter. Förmågan att utföra hushållsarbete förbättrades långsamt.

Det sociala livet beträffande familjeliv och förmågan att åka och besöka människor omkring sig återgick till "normalt" en månad efter strålbehandling. Av de patienter som arbetade i slutet på strålbehandlingen hade 73 % av kvinnorna återgått till sitt arbete efter 2 år (Klee m fl, 1999b).

Sjuksköterskans roll

Booth m fl (2003) jämförde patienter som fick träffa en sjuksköterska och patienter som inte fick träffa en sjuksköterska. Sjuksköterskan fungerade som ett komplement till andra hälsoprofessioner. Effekten av sjuksköterskebesöket visade förbättringar i kvinnors ångest- och depressionsresultat. Förändringen var mest markant i de fall där patienterna initialt fick träffa sjuksköterskespecialisten. De patienter som inte fick sjuksköterskekontakten, visade ingen förbättring utan tvärtom fanns det en tendens till försämrade depression. Efterhand som sjukhuskontakten minskade använde sig patienterna av andra informationskällor som teve, radio och tidningar (a a). Fitzsimmons m fl (2005) visar att patienter som genomgått cellgiftsbehandling ansåg att sjuksköterskans och lärarens omvårdningsroll skilde sig men kompletterade varandra på ett bra sätt. Patienter tyckte det var positivt med sjuksköterskor och uppskattade den information de fick av dem angående problem som var relaterade till cellgiftsbehandlingen. Däremot ansåg patienterna att ärenden av mer allvarlig karaktär skulle remitteras vidare till läkare (a a):

"...They're helpful, very, very friendly, very caring." (s 247)

Patienterna skulle kunna tänka sig att få sjuksköterskeledd omvårdnad och tyckte delvis att det kunde vara ett sätt att minska trycket på läkarna. Ändå ansåg patienterna att en läkare skulle övervaka och ha det övergripande ansvaret över omvårdnaden (a a):

"I would be quite happy to go along with that as long as I felt that there was a consultant checking everything as well. 'Cause I know mistakes can happen, you know." (s 248)

De patienter som ogillade idén om att ha sjuksköterskeledd omvårdnad, oroade sig mest över om sjuksköterskorna hade adekvat utbildning för att inta den rollen (a a):

"Are they skilled enough? Dr X prods under my ribs to actually feel my liver – is a nurse going to be able to do that and then analyse... say whether it's shrunk a bit or down a bit?" (s 248)

De fördelar patienterna kunde hitta hos en sjuksköterskeledd omvårdnad var bland annat ekonomiska vinster och minskade väntetider med minskat tryck på läkarna (a a).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Valet av en litteraturstudie kändes relevant eftersom det var önskvärt att undersöka vad som har forskats på inom området och vilka resultat det visat. Denna

studie inriktades sig på att undersöka kvinnors upplevda fysiska och psykiska förändring efter cervixcancer och sjuksköterskans roll i arbetet med dessa kvinnor.

Artikelsökning gjordes i PubMed för att få svar på kvinnors upplevelser, fysiska och psykiska förändringar efter sin cancer behandling. Orsaken till valet av sökorden *family* och *psychosocial* var att få fram det dagliga livet med familj och närmsta omgivning och *Neoplasms, Nursing* och *Nurse's Role* kändes relevant för ämnet. Sökningen begränsades till *Titel/Abstract, Engelska, Mänsklig* och *Cancer*, för att göra sökningen mer greppbar och för att utesluta artiklar som berörde annat. Många artiklar berörde screening, det vill säga preventivt arbete. Speciellt artiklar som berörde sjuksköterskans roll i arbete med patienterna handlade om screeningprogram och preventiv information. Dessa sållades bort eftersom det valts att inte lägga fokus på det.

Sökningen resulterade i 11 artiklar där 9 berörde kvinnornas upplevelser av sjukdomen och behandlingen och 2 berörde sjuksköterskerollen. Det är anmärkningsbart att det finns så lite publicerad forskning om sjuksköterskerollen efter gynekologisk cancer.

För att granska artiklarna användes Polit m fl (2004) som tydligt beskriver artikelgranskningen och kriterierna för vetenskaplighet (se bilaga 2). Med dessa kriterier ansågs att samtliga artiklar som använts i resultatbeskrivningen var vetenskapliga.

Kvalitetsbedömningen baserades på bilaga G och H i Willman m fl (2006), som modifierats av författarna. När det gäller bilaga G kvantitativ metod har vi valt att lyfta fram forskningsmetod, patientkaraktäristisk data, urval, bortfall, etisk resonemang och huvudfynd. I bilaga H har vi valt att lyfta fram tydlig problemformulering, patientkaraktäristisk data, presenterad kontext, etiskt resonemang, urval, metod, resultat – begriplighet, klarhet, tydlighet och huvudfynd.

Det har uppnåtts en bra spridning i västvärlden med de artiklarna som har använts. Fyra studier har gjorts i Danmark, en i Tyskland, tre i Storbritannien, två i Kanada och en i Japan. Fördelen kan vara att det ger bredare kunskap om kvinnors upplevelser av sjukdomen i olika länder. Nackdelen kan vara att det finns kulturella skillnader att uttrycka sig om till exempel sexualitet och andra problem, något som ej kan kontrolleras. Detta kan ha påverkat studiens resultat.

Ohara-Hirano m fl (2004) studien från Japan kan inte anses vara helt tillförlitlig. Studiens kvalitet är något svag på grund av att den inte diskuterar resultatets trovärdighet eller metodens lämplighet. Studiens signifikanta resultat och stora urval med endast ett bortfall har dock legat till grund för att inkludera den studien.

Även Butler m fl (1998) bedömdes som medel. Svagheter med artikeln som är speciellt anmärkningsbara är urval, bortfall och att studien inte exklusivt berör cervixcancer. Av 48 kvinnor som kontaktades till studien, återstod endast 17 kvinnor efter bortfall. Återstående 17 hade fått diagnosen endometrios (n=7) och cervixcancer (n=10). Något som är noterbart i studien är bristen på självkritik. Forskarna har inte haft några synpunkter på vare sig styrkor eller svagheter i sin studie. Att den ändå används i föreliggande studie grundar sig på att de sociala

aspekterna på ett bra sätt framkommer och att citaten i texten tar fram känslan hos dessa kvinnor, vilket i sig styrker resultatet (Butler m fl,1998).

Wenzel m fl (2005b) var ännu en artikel där användbarheten diskuterades. Studien som berör canceröverlevare hade ett urval på 231 personer. Det är en stor studie men endast 51 av dessa personer är kvinnor med cervixcancer. Detta kan anses vara en svaghet med studien eftersom det hade varit önskvärt att resultatet tagit upp mer cervixspecifika symtom. Dessutom är studien inte generaliserbar eftersom det enligt studien saknades ett representativt urval av vita kvinnor och att forskarna inte kunde hitta ålder- och rasmatchande kontrollgrupper. Med tanke på att det var den enda studien som hittades som berörde reproduktionssvårigheter ansågs den vara relevant.

Sjuksköterskans roll studeras i Booth m fl (2004) som rapporterar skillnader mellan två onkologcentrum där ett av sjukhusen erbjuder sjuksköterskebesök som komplement till läkarbesöket och det andra sjukhuset gör det inte. Det är ingen randomiserad studie men den tydliga metod- och resultatbeskrivningen tillsammans med att 45,7 % av kvinnorna hade cervixcancer gjorde att den ansågs hålla hög kvalitet. Anmärkningsbart är att urvalet inte är slumpmässig utan resultatet är baserat på sammankopplingar.

Även Fitzsimmons (2004) tar upp sjuksköterskans roll men patientgruppen är patienter med diagnoserna colo rektal- lung- och gynekologisk cancer. Studien har en tydligt beskriven metod, där forskarna har använt sig av triangulering. Det finns en klar diskussion kring begränsningar i form av validitet och bias som bör finnas i åtanke vid resultatgranskningen. Detta anser författarna höja trovärdigheten i studien.

Artiklarna har lästs flera gånger för att kunna ta ut meningsbärande enheter. Dessa har sedan analyserats och sammanställts till olika teman. Författarnas ovana vid att söka, granska och analysera artiklar kan ha påverkat resultatet.

Resultatdiskussion

Resultatet belyser de förändringar som kvinnor drabbas av efter en cervixcancer och vilken roll sjuksköterskan har i arbetet med dessa kvinnor. Resultatdiskussionen följer samma struktur som resultatet genom indelning av samma tema.

Sexuella aspekter

Efter en radikal hysterektomi har kvinnorna en påverkad förmåga till att fullfölja ett samlag på grund av reducerad vaginalstorlek, allvarliga orgasmproblem, lubricationsproblem och allvarlig dyspareuni (Jensen m fl, 2003b). Dessa symtom är inte unika för de kvinnor som genomgått radikal hysterektomi utan dessa påvisas även hos de kvinnor som fått strålbehandling (Jensen m fl, 2003a). Dessa resultat styrks av Cervixcancer och cervixdysplasi (2000) som påvisar att förkortad vagina kan ha en negativ inverkan på sexlivet. Att kvinnorna har en försämrad sexuell funktion bekräftas också av Wenzel m fl (2005a). Kvinnan kan trots detta uppleva att de har press på sig att återuppta sin sexuella aktivitet för att tillfredsställa sin partner efter cervixcancer. Det kan vara svårt att acceptera sin nya identitet som cancerpatient och inte som en fullvärdig kvinna och sexpartner (Jensen m fl, 2003b). Dessutom kände kvinnorna att deras partner hade mindre sexuell intresse, vilket kan bero på att de upplevde kvinnornas problem och inte ville pressa dem ytterligare (a a). Här skulle många par säkert ha glädje av att få hjälp och

stöd genom att ämnet berörs som en del i omvårdnaden. Det är viktigt att tänka på att cervixcancer är en gynekologisk cancer som drabbar en kroppsdel som står för kvinnlighet och fruktbarhet. De kvinnor som överlever sin cancer kan komma att ha problem med reproduktionsförmågan enligt Wenzel m fl (2005b), vilket kan framkalla både ilska och sorg, vilket bekräftas av Wenzel m fl (2005a).

Fysiska problem

Efter behandlingen av cervixcancer kunde kvinnorna drabbas av problem som bland annat trötthet och gastrointestinala besvär (Ohara-Hiranos 2004, Hawighorst-Knapstein m fl 2003, Klee m fl 1999a). Resultaten styrks av Cervixcancer och cervixdysplasi (2000) som visar att trötthet och gastrointestinala besvär är vanligt förekommande efter strålbehandling. Däremot brukar gastrointestinala besvär avta ett par veckor efter avslutad behandling (a a). Det skulle vara av stort värde om sjuksköterskorna informerar patienter att ovanstående symtom är vanliga men om de kvarstår en längre tid, bör patienten följas upp för att utesluta eventuella metastaser.

Psykiska besvär

Strålbehandling av cervixcancer ger psykologiska symtom i form av depression och oro (Klee m fl 1999b). Oron var lika stor hos både kvinnorna och deras partner och var i relation till sjukdomen och kommunikationen med vårdpersonal (De Groot m fl, 2005). Wenzel m fl (2005a) beskriver att oro uppkommer i relation till yngre åldrar, mindre stöd och sämre mental hälsa (a a). Det är ej ovanligt att kvinnor känner depression då konsekvenserna av behandlingen kan leda till stora psykiska påfrestningar (Cervixcancer och cervixdysplasi, 2000). Sjuksköterskan bör redan från början skapa en trygg och behaglig relation till patienten för att i största möjliga mån minska den psykiska oron.

Sociala aspekter

Att berätta för andra om sin cancer kan vara svårt (Leander, 2005). En stor del av kvinnorna fick vara ett stöd för familj och vänner så att de kunde prata och hantera situationen (Butler m fl, 1998). Ändå menar Leander (2005) att det är viktigt att kvinnorna informerar sina närmaste om diagnos, behandling och deras känslor kring sjukdomen (a a). För att skydda sin partner gick flera kvinnor till läkaren själv för att sedan välja ut vilken information de ville dela med sig (Butler m fl, 1998). Det kan enligt Leander (2005) vara en fördel att någon anhörig följer med till läkarbesöket eftersom det blir lättare att diskutera och bearbeta all information som ges (a a). När behandlingen är avslutad finns risken att kvinnans familj och vänner förväntar sig att livet ska återgå till det normala, men det är viktigt att låta kvinnan komma tillbaka till det sociala livet i sin egen takt.

Sjuksköterskans roll

Sjuksköterskan försökte både möta kvinnornas informationsbehov och vara ett stöd för dem under behandlingstiden (Booth m fl, 2003). Detta styrks av Leander (2005) som förklarar att en del kvinnor vill ha mycket information om cancersjukdomen, medan en del kvinnor väljer att avstå. Ibland är patienterna inte mottagliga för mer information. Det är därför viktigt att kvinnorna själv får möjlighet att välja vilken information de är intresserad av (a a). I Ejds artikel (2006) visar studien att kvinnorna själv ställt frågor kring operation och förändringar men ändå fått bristfällig information.

Att kvinnorna fick besöka sjuksköterskorna visades ha en positiv effekt genom att kvinnorna drabbades mindre av ångest och depression. Däremot de kvinnor som inte fick besöka sjuksköterskan drabbades i större utsträckning av försämrad depression (Booth m fl, 2003). Leander (2005) visar att sjuksköterskan kan minska missuppfattningar, rädsla och ångest genom att ge god och faktisk information till patienterna, vilket bekräftas av McMullin (1992) där kvinnor som fick adekvat information var mer optimistiska gentemot livet. Sjuksköterskan ska ha en helhetssyn vid bemötande av patienten. Det finns behov av öppenhet i mötet mellan patient och sjuksköterska så att upplevelser och känslor kan bearbetas och behov mötas.

SLUTORD

Trots att prognosen för cervixcancer är relativt god är det en sjukdom som förändrar livet. De fysiska och psykiska förändringarna kan vara svåra att anpassa sig till därför är det viktigt att få igång en diskussion och öka kunskapen bland sjuksköterskorna som jobbar med dessa kvinnor. Har sjukvården underskattat behovet av information och holistiskt bemötande av kvinnor som drabbats av cervixcancer? Sjuksköterskan behöver bli bättre på att bemöta sexuella, fysiska, psykiska och existentiella frågor.

Kvinnans partner kan lätt förbises men får inte glömmas, för att han eller hon kan spela en stor roll i kvinnans liv som ett stöd och en tröstande livskamrat. För de kvinnor som saknar partner kan en god vän vara lika värdefullt.

För sjuksköterskan som vårdar cervixcancerpatienter finns det alltså mycket att göra för att underlätta för dessa kvinnor. Vår förhoppning är att denna studie kunnat ge en inblick i den riktningen.

Förslag till fortsatt forskning

En empirisk studie skulle kanske vara av glädje eftersom det finns begränsat med tidigare forskning om cervixcancer och kvinnors upplevelser.

REFERENS

- Almás, H (2002) *Klinisk omvårdnad 2*. Stockholm: Liber AB
- Berglund, L (1999) *Vårdprogram för gynekologisk cancer*. Sundsvall: Onkologiskt centrum Norra regionen.
- Booth, K m fl (2004) Women's experiences of information, psychological distress and worry after treatment for gynaecological cancer. *Patient education and counseling*, 56(2):225-32.
- Butler, L m fl (1998) Conceptualizing Sexual Health in Cancer Care. *Western journal of nursing research*, 20(6):683-99; discussion 700-5.
- Cervixcancer och cervixdysplasi* (2000) Onkologisk Centrum Västra Regionen
- De Groot, J.M m fl (2005) The psychosocial impact of cervical cancer among affected women and their partners. *International journal of gynecological cancer*, 15(5):918-25.
- Ejd M (2006) Personalen undviker frågor om sex. *Vårdfacket*, 5(15).
- Epidemiologisk centrum socialstyrelsen, Cancerfonden (2005) *Cancer i siffror – Populärvetenskapliga fakta om cancer*. Stockholm: Wasseberg Skotte AB.
- Fakta om livmoderhalscancer (2005a) *European Consortium for Cervical Cancer Education*.
- Fakta om livmoderhalscancer (2005b) *European Consortium for Cervical Cancer Education*.
- Fitzsimmons, D m fl (2005) Nurse-led models of chemotherapy care: mixed economy or nurs-doctor substitution? *Journal of Advanced Nursing*, 50(3):244-252.
- Gottlieb, C & von Schultz, B (2004) *Öppenvårdsgynekologi*. Stockholm: Liber AB.
- Hawighorst-Knapstein, S m fl (2004) The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image--results of a prospective longitudinal 10-year study. *Gynecologic oncology*, 94(2):398-403
- Jahren Kristoffersen, N (1998) *Allmän omvårdnad 1*. Stockholm: Liber
- Jensen, PT m fl (2003a) Early-Stage Cervical Carcinoma, Radical Hysterectomy, and Sexual Function. *American Cancer Society*, 100(1), 97-106.
- Jensen, PT m fl (2003b) Longitudinal study of sexual function and vaginal changes after radiotherapy for cervical cancer. *International journal of radiation oncology, biology, physics*, 56(4):937-49.

- Klee, M m fl. (1999a) The Patients' Perspective on Physical Symptoms after Radiotherapy for Cervical Cancer. *Gynecologic oncology*, 76(1):14-23.
- Klee, M m fl. (1999b) Life after Radiotherapy: The Psychological and Social Effects Experienced by Women Treated for Advanced Stages of cervical Cancer. *Gynecologic oncology*, 76(1):5-13.
- Leander, G (2005) *Om gynekologisk cancer*. Stockholm: S-M Ewert AB
- McMullim, M (1992) Holistic care of the patient with cervical cancer. *Nursing clinics of north america*, 27(4): 847-858
- Nationalencyklopedin ><http://www.ne.se>< 060502.
- Ohara-Hirano, Y m fl (2004) Uterine cervical cancer: a holistic approach to mental health and it's socio-psychological implications. *Hukuoka acta medica*, 95 (8):183-94.
- Olsson H (1996) *Tumörsjukdomar*. Lund: Studentlitteratur
- SBU (1999) Evidensbaserad omvårdnad – Behandling av personer med schizofreni. Stockholm: SB Offset AB
- Polit, D F & Beck, C T (2004) *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- SOSFS 1995:5 Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.
- SOSFS 1993:17 Allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården.
- SOSFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslagen.
- Sorbe, B och Frankendal, B (2000) *Gynekologisk onkologi*. Lund: Studentlitteratur
- Svanström, L (2003) *Sjukdomslära*. Lund: Studentlitteratur
- Vårdguiden, Stockholms läns lansting
><http://www.vardguiden.se/Article.asp?ArticleID=3040>< 060403.
- Wenzel, L m fl (2005 a) Quality of life in long-term cervical cancer survivors. *Gynecologic Oncology*, 97, 310-317.
- Wenzel, L m fl (2005 b) Defining and Measuring Reproductive Concerns of Female Cancer Survivors. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs*, (34):94-8.
- Weström, L (2005) *Obstetrik och gynekologi klinik och vård*. Lund: Studentlitteratur
- Willman, A m fl (2006) *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

Willman, A m fl (2002) *Evidensbaserad omvårdnad*
><http://www.studentlitteratur.se/o.o.i.s/557>< 060330

BILAGOR

Bilaga 1: Översikt av studier som redovisar patientupplevelser, patienternas partners upplevelser och sjuksköterskans arbete.

Bilaga 2: Artikelgranskning enligt Polit & Beck (2004)

Bilaga 1

Översikt av studier som redovisar patientupplevelser, patienternas partners upplevelser och sjuksköterskans arbete.

Författare år/land	Undersöknings- personer	Studiedesign	Instrument	Resultat	Kvalitet
Booth m fl (2004) Storbritanien	n=70	MC Multicenter	Formulär. Semi-strukturerat schema. Ämnen: aktuell sjukdomsstatus, fysiska symtom, behandling, oförmåga att utföra saker, framtid, relationer och stöd.	Patienter som i tidigt skede efter behandling möter ssk specialist, var signifikant mindre trolig att uppvisa fyra eller fler signifikanta orosfaktorer relaterade till cancer. 45,7% av patienterna som ingick i studien hade cervixcancer.	Hög (II)
Butler m fl (1998) Kanada	n=17	KL Kvalitativ. Medel av 8 månader efter behandling. 10 av 17 har haft cervix cancer	Formulär. Semi-strukturerade intervjuer/ anpassad guide för datainsamling. Manifest innehållsanalys.	Bieffkter på cancer och behandling, har direkt effekt på den sexuella hälsan.	Medel (I)
De Groot m fl (2005) Kanada	n=52	T Tvärsnittsstudie Parallellt patient och partner.	Formulär utvecklad för mätning av par. Innehållsanalys.	Kvinnor och partner kände allmänt samma oro kring cervixcancer, dock kände kvinnorna större sjukdomsintrång både på förhållande och intimiteten. Nybehandlade patienter hade mer kommunikationsproblem med partner, vårdpersonal och andra.	Hög (II)
Fitzsimmons m fl (2005) Storbritanien	n=26	KL Kvalitativ ej kontrollgrupp.	Semistrukturerade intervjuer/ personligt eller via telefon.	Patienterna tyckte att sjuksköterskor och läkare kompletterade varandra bra. Sjuksköterskeledd omvårdnad går bra så länge läkarna har det övergripande omvårdnadsansvaret.	Hög (II)
Hawighorst- Knapstein m fl (2003) Tyskland	n=120	KL Kvalitativ/ ej kontrollgrupp.	Semistrukturerade biografiska intervjuer/formulär för livskvalite och kroppsuppfattning.	Signifikanta förändringar i livskvaliteten över tid. Alla kirugibehandlade grupper uppvisade reducerad livskvalite och fyskia problem.	Hög (II)
Jensen m fl (2003a) Danmark	n=173	MC Multicenter. Prospektiv/ kontrollgrupper	Formulär utvecklad för sexuella och vaginala problem efter gynekologisk cancer. Validitet.	12 månader efter radikal hystrektiomi, sexuella/vaginala förändringar. Signifikanta resultat.	Hög (II)
Utformning enl SBU (1999, s 51), modifierad av författarna.					

Forts. Bilaga 1

Forts. Översikt av studier som redovisar patientupplevelser, patienternas partners upplevelser och sjuksköterskans arbete.

Författare år/land	Undersöknings- personer	Studiedesign	Instrument	Resultat	Kvalitet
Jensen m fl (2003b) Danmark	n=118	RCT Randomisering/ kontrollgrupper	Formulär utvecklad och validerad som supplement till generell hälsorelaterad livskvalitet.	Signifikanta resultat av sexuell dysfunktion och ogynnsamma vaginala förändringar 24 månader efter strålbehandling.	Hög (II)
Klee m fl (1999a) Danmark	n=118	KT Kvantitativ/ kontrollgrupper	Formulär specialdesigade för gynekologisk cancerpatienter. Validitet	Effekter efter strålbehandling. Signifikant patientgrupp upplever kroniska diarréer efter extern strålbehandling. men även urologiska-, gynkologiska och generella symtom - ej angiven signifikans.	Hög (II)
Klee m fl (1999b) Danmark	n=118	KT Kvantitativ/ kontrollgrupper	Formulär om hälsorelaterad livskvalitet. Avslutad behandling, 1,3,6, 12 och 24 månader efter behandling. Validitet.	Psykologiska symtom 6 månader efter eftr behandling. Framtidsplanering efter 24 månader. 66% av kvinnorna arbetar efter 12 månader. Socialt liv efter 12 månader.	Hög (II)
Ohara-Hirano m fl (2004) Japan	n=175	MC Multicenter. Correlationsstudie	Formulär. Mental hälsa/Livskvalitet skala för bredd och holistiskt bemötande. Validitet och reliabilitet.	Patientenens subjektiva värdering av givna faktorer för känslan av livskvalitet är signifikant. Kliniska faktorer är ej signifikanta.	Medel (I)
Wenzel m fl (2005) Storbritanien	n=231	KL Kvalitativ/ Kontrollgrupper	Formulär. Telefon, e-mail. Livskvalitet, cancerhistorik, hälsostatus, socialt stöd, coping, sexuell funktion och reproduktionsoro.	Patienter med cervixcancer har signifikant mer reproduktionsoro relaterat till sämre hälsostatus, cancer och socialt stöd.	Medel (I)

Utformning enl SBU (1999, s 51), modifierad av författarna.

Bilaga 2.

Artikelgranskning

Enligt Polit & Beck (2004).

Abstract

Artikeln börjar med ett abstract som är en kort beskrivning av studien som ska besvara frågorna: Vilken är forskningsfrågan? Vilken metod valdes för att besvara frågan? Vilka fynd gjordes? Vilken är tillämpningen i praktiken? Med en överblick av abstract kan läsaren avgöra om studien är intressant eller inte. Abstract ger information om studien under rubriker som: Bakgrund, Syfte, Metod, Resultat, Slutsats och Nyckelord.

Introduktion

Introduktionen belyser forskningsproblemet. Här beskrivs vilka centrala fenomenet, variabler eller koncept som studeras. Syftet, frågan eller hypoteser testas. Litteraturstudie över relevant litteratur presenteras så att läsaren förstår hur studien passar tidigare forskningsresultat. Introduktionen är en grund för beskrivning av det forskaren har gjort och fått erfara.

Metod

Beskriver vilken metod forskaren har använt sig av för att besvara forskningsfrågan. I en kvalitativ studie beskrivs varför en kvalitativ ansats var lämpligast. I en kvantitativ studie beskrivs forskningsdesign, urval/populationen, datainsamlingsmetod och metodbeskrivning.

Resultat

Presentation av de resultat forskaren kom fram till genom dataanalys, ofta belyst med tabeller och figurer för att framhäva anmärkningsvärt resultat. I kvantitativa studier tillhandahåller forskaren basalt beskrivande information om nyckelvariabler genom statistik medan i kvalitativa studier tematiserar/katalogiserar forskaren resultaten som identifierats från dataanalysen.

Diskussion

Forskaren drar slutsatser om meningen och tillämpningen av resultaten. Här diskuteras meningen med resultaten, varför det blev som det blev och hur resultaten kan tillämpas i praktiken. Både kvalitativa och kvantitativa studier tar upp: En tolkning av resultaten, Hur resultaten kan tillämpas i praktiken för att förbättra omvårdnaden och begränsningar i studien som t ex resultatskillnader, designproblem, svagheter med datainsamlingen.

Referenser

En lista över böcker, rapporter och artiklar som refereras till i texten.