

Kvinnors upplevelser av att leva med gynekologisk cancer - en litteraturstudie

FÖRFATTARE	Ingunn Handegard Filiz Karpuz
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng OM5250
	HT 2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Kerstin Dudas
EXAMINATOR	Karin Ahlberg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Författarna vill tacka handledare Kerstin Dudas för att under hela arbetets gång varit positiv och på ett konstruktivt sätt fört arbetet framåt!

Titel (svensk):	Kvinnors upplevelser av att leva med gynekologisk cancer – en litteraturstudie
Titel (engelsk):	Women´s experiences of living with gynecological cancer – a literature review
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet 180 Högskolepoäng 0M5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	20 sidor
Författare:	Ingunn Handegard Filiz Karpuz
Handledare:	Kerstin Dudas
Examinator:	Karin Ahlberg

SAMMANFATTNING

Introduktion. Varje år drabbas omkring 2600 kvinnor i Sverige av gynekologisk cancer. Medianåldern för dessa kvinnor varierar mellan 40-75 år. Gynekologisk cancer är ett samlingsnamn för cancersjukdomar i det kvinnliga organet och både sjukdomstecken och behandlingsformer skiljer sig från varandra. Kirurgi, strålbehandling och cytostatikabehandling är de tre huvudsakliga behandlingsformerna vid gynekologisk cancer. Gynekologisk cancersjukdom kan orsaka stora konsekvenser för den drabbade kvinnan i det dagliga livet. **Syfte.** Syftet med studien var att belysa kvinnors upplevelser av omvårdnad, vård och behandling vid gynekologisk cancer. **Metod.** Problemområdet identifierades och utifrån syfte genomfördes en litteraturstudie där nio vetenskapliga artiklar publicerade mellan åren 2000-2010 valdes för analys. **Resultat.** Kvinnors upplevelser av sjukdomen påverkades av den aktuella vården och behandlingen de erhöll. De flesta av kvinnorna upplevde att de inte hade fått tillräcklig information om hur sjukdomen och behandlingarna kunde påverka deras liv och hade önskat att de hade fått mer utförlig information. Kvinnorna drabbades även av psykosociala problem som orsakades av de fysiska besvär behandlingarna medförde. God kommunikation med vårdpersonal upplevdes positivt då kvinnorna kände sig trygga och fick större förtroende för vården. **Slutsats.** Sjuksköterskans uppgift är att lindra lidandet och det kan ske genom att informera patienten om sjukdom och vårdförlopp. Resultatet av denna litteraturstudie kan vara till nytta för vårdpersonal i deras arbete att ge stöd och lindring och för att få mer förståelse för kvinnors upplevelser av att ha drabbats av gynekologisk cancer.

INNEHÅLL	SID
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Förekomst	2
Etiologi	2
Symtom och tecken	3
Behandlingsformer vid gynekologisk cancer och dess behandlingar	3
<i>Strålbehandling</i>	3
<i>Kirurgi</i>	4
<i>Cytostatikabehandling</i>	4
Sjuksköterskans roll vid omvårdnad av patienter med gynekologisk cancer	5
Katie Erikssons omvårdnadsteori	5
SYFTE	6
METOD	7
Litteratursökning	7
Analys	7
RESULTAT	7
Upplevelser av vård, behandling och omvårdnad	7
Fysiska upplevelser	9
Psykosociala upplevelser	11
Självbild och sexualitet	12
DISKUSSION	13
Metodiskussion	13
Resultatdiskussion	14
REFERENSER	17
Bilaga 1. Översikt av litteratursökning	
Bilaga 2. Artikelöversikt	

INTRODUKTION

INLEDNING

Varje år är det cirka 45 000 människor som diagnostiseras med cancer i Sverige (1). Årligen drabbas ungefär 2600 kvinnor av gynekologisk cancer. Näst efter bröstcancer är det den vanligaste cancerformen bland kvinnor. Trots det är det en cancerform som det inte talas så mycket om, förmodligen för att det är en känsloladdad sjukdom som kvinnor förknippar med vanföreställningar, fördomar och tabun. Många kvinnor tror också att de har orsakat denna sjukdom själva genom sina levnadssätt. Trots omfattningen av gynekologisk cancer är den underrepresenterad inom forskning (2).

Gynekologisk cancer är ett samlingsnamn för cancer i de kvinnliga könsorganen och de tre vanligaste typerna är livmoderhalscancer, livmodercancer och äggstockscancer. Uppkomst, förlopp samt behandling och prognos skiljer sig från varandra när det gäller de olika cancerformerna, men har också väldigt mycket gemensamt. Först och främst drabbar sjukdomen en intim del av den kvinnliga kroppen. Både sjukdomen i sig själv och/eller behandlingen kan påverka sexualiteten negativt. Behandlingen orsakar sterilitet för nästan alla kvinnor före menopausen samt kan ge kroniska problem i mage och urinvägar (2).

Behandling av gynekologisk cancer kan ha en unik och direkt inverkan på kvinnans sexualitet och hennes roll som kvinna i familjen och i samhället (3). Studier visar att kvinnor som har drabbats av gynekologisk cancer har behov av och efterfrågar information runt sexualitet (2). Kvinnor med gynekologisk cancer befinner sig ofta i psykosociala, fysiska och sexuella omställningar. Oftast innefattar gynekologisk cancer stora kirurgiska ingrepp där man för det mesta avlägsnar hela det inre könsorganet (2). Det att bli diagnostiserat för gynekologisk cancer innebär för de flesta kvinnor ett stort existentiellt hot som har effekt på hela deras leverne och väldigt ofta hamnar kvinnan i psykisk kris. Oro är en naturlig följd av svår sjukdom. Ofta är samtal den bästa åtgärden för att lindra oron. Personal kan genom att ge klara besked samt ge patienten möjlighet att prata om sin oro minska den radikalt (4).

Som legitimerade sjuksköterskor kommer vi att möta människor med olika cancerdiagnoser. Att få besked om att man drabbats av en allvarlig och livshotande sjukdom kan leda till stora förändringar i livet både för den drabbade och dennes närstående, oberoende sjukdomsprognos. Ordet cancer förknippas ofta med lidande och förlust av framtid. Beroende på hur cancersjukdomen utvecklar sig sker det förändringar i det dagliga livet. Varje människa är unik och har olika förväntningar och behov av vården. Sjuksköterskor som har för avsikt att arbeta inom onkologisk vård med inriktning mot gynekologisk cancer bör de ha goda kunskaper om hur dessa kvinnor upplever sin sjukdom för att kunna ge bästa möjliga omvårdnad. De bör även vara medvetna om de problem som kan uppstå under- och efter behandlingstiden samt de upplevelser kvinnor har vad gäller att leva med gynekologisk cancer.

BAKGRUND

Begreppet gynekologisk cancer omfattar olika cancersjukdomar som drabbar de kvinnliga könsorganen som livmoder, äggstockar och vagina. Olika former av gynekologisk cancer kan vara livmoderkroppscancer, livmoderhalscancer, äggstockscancer och cancer i slida och vulva (yttre könsorgan). Dessa olika former av gynekologisk cancer skiljer sig från varandra när det

gäller förekomst, etiologi, symtom och behandling (2, 5, 6). Kirurgi, cytostatika-, strål- och hormonell behandling är alla behandlingsformer som används vid behandling av gynekologisk cancer. Cancersjukdomens ursprung, utbredning och histologi ligger till grund för val av behandling. Patientens önskemål och allmäntillstånd är andra faktorer man tar hänsyn till. Varje behandling strävar efter största möjliga kurativa effekt och minsta möjliga biverkningar och bestående skador (7).

Förekomst

Av de cirka 2600 kvinnor som årligen drabbas av gynekologisk cancer i Sverige är livmoderkroppscancer den vanligaste förekommande formen. Livmoderkroppscancer står för hälften av fallen. Förekomsten av äggstockscancer är näst vanligast med 750 fall, därefter livmoderhalscancer med 450 fall och minst vanlig är cancer i slida och vulva med 200 fall varje år. Medianåldern vid insjuknande av gynekologisk cancer varierar mellan 50 -75 år (2). Kvinnor under 40 år drabbas oftare av livmoderhalscancer än av de övriga formerna av gynekologisk cancer och av alla rapporterade fall av livmoderhalscancer är cirka 25 procent av kvinnorna under 40 år (6). Den ovanliga gynekologiska cancerformen, cancer i slida och vulva, drabbar oftast kvinnor över 75 år (2).

Etiologi

Etiologin för de olika cancerformerna varierar och är inte alltid kända men vissa faktorer spelar roll för uppkomsten av sjukdomen (1, 2, 6).

Den vanligaste orsaken till livmoderhalscancer är HPV (Human papillom virus) infektion som smittar via sexuell kontakt och forskning har även funnit ett samband mellan HPV- infektion och uppkomst av cancer i slida och vulva (2). HPV är den vanligaste sexuellt överförbara infektionen i världen (8).

De flesta människor som blir smittade med HPV får inga symtom och av de kvinnor som får HPV- infektion i livmoderhalsen har det visat sig att infektionen läker ut sig själv i ungefär 70 procent av fallen. Alla sexuellt aktiva människor kommer någon gång i sina liv att drabbas av HPV och i cirka 90 procent av fallen kommer infektionen att läka ut utan någon som helst behandling (9). HPV kan orsaka cellförändringar på livmodertappen som senare kan utvecklas till livmoderhalscancer.

Tidig sexuell debut, tidig graviditet och att ha haft många partners är riskfaktorer som är klassiska för livmoderhalscancer. Sexuell debut innan 16-års-åldern fördubblar risken för denna form av cancer jämfört med om sexuell debut sker efter 20-års ålder. Flera partners än tre tredubblar risken jämfört med att ha en partner (2). Det att komma sent in i klimakteriet innebär minskad risk för livmoderkroppscancer samtidigt som det ökar risken för äggstockscancer (2, 6). Förutom vetskapen om att de kvinnliga hormonerna, östrogenerna, har betydelse för utvecklingen av livmoderkroppscancer är etiologin okänd och cancerformen är ovanlig hos kvinnor under 40 år (6). Kvinnor som använt p-piller under en lång tid löper en lägre risk att drabbas av äggstockscancer, men det medför samtidigt en ökad risk för livmoderhalscancer. Enligt en stor WHO- studie upptäcktes det att efter åtta års användning av p-piller dubblerades risken för livmoderhalscancer. Antalet fall av livmoderhalscancer har sedan 70- talet minskat med nästan 50 procent tack vare nationella satsningar där kvinnor över 30 år regelbundet erbjuds gynekologisk cellprovtagning (2).

Vid livmoderkroppscancer och äggstockscancer kan även ärftliga faktorer spela roll för sjukdomens uppkomst även om det är en liten risk (2, 6). Forskning visar att det finns ett tydligt samband mellan övervikt och fetma vid livmoderkroppscancer och cirka 40 procent av incidensen i Europa är kopplad till detta. Forskningen visar även att fysisk aktivitet har en skyddande effekt mot denna cancerform (2).

Symtom och tecken

Gemensamt för alla former av gynekologisk cancer är att det kan uppkomma onormala blödningar från underlivet (1, 6, 10). Med onormala blödningar menas blödningar i samband med eller efter sexuell kontakt, oregelbundna blödningar och blödningar som uppkommer efter klimakteriet (1, 6). Klåda och sveda är vanliga symtom vid cancer i slida och vulva och besvären kan ha funnits i många år (2). Det kan även uppstå sår eller en knöl (6). Det händer ofta att kvinnorna har upptäckt en knöl långt innan de besöker läkare (1).

Symtomen vid äggstockscancer förväxlas ofta med mag- och tarmbesvär (2). Det kan vara illamående, trötthet, buksmärta, känsla av uppkördhet i buken, nedsatt aptit och täta urinträngningar (1). På grund av att symtomen vid äggstockscancer är så diffusa upptäcks det för det mesta sent och vid 60 procent av fallen har cancer spridit sig till bäcken och buk. Äggstockscancer kallas ibland också för ”bukens tysta tumör” på grund av att den har ett smygande förlopp (2). De blödningar som förekommer från underlivet hos kvinnor som har passerat klimakteriet bör ses som en varningssignal och ju äldre kvinnan är, desto större är risken att blödningen beror på livmoderkroppscancer (6).

Behandlingsformer vid gynekologisk cancer och dess biverkningar

På samma sätt som vid förekomst, etiologi och symtom varierar också de behandlingsmetoder som används vid gynekologisk cancer. Strålbehandling, cytostatikabehandling och kirurgi är de huvudsakliga behandlingsmetoderna vid cancersjukdomar (1, 2, 6). Kirurgi och strålbehandling är de viktigaste behandlingsformerna och mer än hälften av alla cancerpatienter går någon gång genom strålbehandling då det oftast kombineras med kirurgi och cytostatikabehandling (1).

Strålbehandling

Strålbehandling kan orsaka infertilitet om det ges som behandling av äggstockscancer. Vid strålning skadas inte bara cancercellerna utan även friska celler. De friska cellerna har dock en bättre reparationsförmåga (11). Alla patienter som strålbehandlas har olika omvårdnadsbehov beroende på vilken sjukdom de har och var strålningen sker (1). Strålbehandling kan ges både externt och internt. Extern strålbehandling är den vanligaste formen och innebär att patientens kropp strålas från avstånd. Vid intern behandling, så kallad brachyterapi, placeras strålkällan inne i eller i närheten av det sjukdomsdrabbade området. En fördel med brachyterapi är att stråldosen koncentreras mot ett visst område i kroppen och då utsätts inte annan frisk vävnad för strålning (12).

Fistlar, kroniska sårbildningar och stenoser är vävnadsskador som strålbehandling kan ge

upphov till och komplikationer framförallt i mag- och tarmområdet. Kroppsvävnad som har skadats av strålbehandling är svåra att behandla då läkningsförmågan försämras i de områden som utsätts för strålning. Dessa skador som uppstår kan vara mycket smärtsamma för patienten (1). Strålning som behandlingsform kan ge både tidiga och sena biverkningar. De vanligaste biverkningar som uppstår tidigt efter behandling är trötthet, hudrodnad och illamående. Biverkningarna kan uppstå några veckor efter strålningstillfället och kan hålla i upp till fyra veckor efter avslutad behandling. Sena biverkningar kan uppstå flera månader efter avslutad behandling och ibland efter år (13).

Några av de vanligaste biverkningar man kan få när man strålbehandlas externt för gynekologisk cancer är diarré, urinbesvär, håravfall (lokalt), trötthet och benmärgsdepression. Intern strålbehandling och strålning mot bäckenregionen kan orsaka ärrbildningar och orsaka sammanväxningar i slidan (2). Strålbehandlingen tar vanligtvis 10-15 minuter vid varje tillfälle, men hur många tillfällen som behövs beror helt på cancerformen och tumörens storlek (13). Vid strålbehandling mot bäckenregionen kan biverkningar uppstå från mag-tarmkanalen i form av gaser, uppkördhet, magknip, diarré och urinträngningar. Om eller hur mycket besvär man kommer att få av strålbehandlingen beror också på individuell känslighet (14).

Varje patient som går genom strålbehandling har olika vårdbehov beroende på var i kroppen patienten får strålningen, vilken diagnos patienten har och förloppet på sjukdomen. Det finns även individuella skillnader på behov (1).

Kirurgi

Syftet med kirurgiska ingrepp vid cancersjukdom är att avlägsna tumörvävnaden med så lite skada och konsekvenser för den friska vävnaden som möjligt (1). Det vanligaste och det största operationen inom gynekologi är hysterektomi och det vanligaste skälet till borttagande av livmodern är livmoderkroppscancer. År 2007 gjordes totalt 7024 hysterektomier. Det finns tre sätt att utföra operationen och dessa är abdominellt (snitt i nedre delen av buken), vaginalt (genom slidan) och laparoskopiskt (titthålsoperation) (15).

Många kvinnor upplever förlusten av livmoder och äggstockar som att bli avkönad och stympade och får svårt att acceptera den förändrade kroppen. Gynekologisk cancer kan påverka kvinnans självbild inte bara på grund av förlusten av vävnad utan även på grund av att det kan uppkomma obehaglig lukt av flytningar och fistelbildningar från tarm till slida (1). Hysterektomi leder det till att kvinnor i fertil ålder kommer i klimakteriet. Det innebär övergångsbesvär som svettningar, värmevallningar och torra slemhinnor. Detta kan lindras genom hormontillskott (16).

Cytostatikabehandling

Cytostatika är samlingsnamn för cellhämmande mediciner som ges i kurativt eller palliativt syfte (17). Det finns ett sextiotal olika cytostatika i Sverige idag som är tillverkade antingen av ämnen i naturen eller framställda på konstgjord vis (18). Cytostatika kan kombineras på olika sätt beroende på vilken cancerform som skall behandlas och ges för det mesta intravenöst men kan också tas peroralt i tablettform (17).

Cytostatikabehandling påverkar hormonproduktionen från äggstockarna och ofta upphör menstruationen hos kvinnor som ännu inte nått klimakteriet. Menstruationen kan komma tillbaka och senare kan kvinnan få barn men det föreligger risk för sterilitet. Det finns flera cytostatika som har en toxisk påverkan på tarmslemhinnan vilket ökar peristaltiken. Den ökade peristaltiken leder till diarré, om diarrén blir långvarig finns risk för att det kan bildas sår runt ändtarmsöppningen. Flertalet av de patienter som behandlas med cytostatika får trötthet i varierande grad och sömnstörningar. Illamående och kräkningar är också kända biverkningar av cytostatika. Håravfall kan förekomma men hos de flesta patienter växer håret ut igen, ibland med annan färg och kvalitet. Andra biverkningar är sår i munnen, på slemhinnor i magen och i tarmarna. Även benmärgsdepression som medför att de vita blodkropparna och trombocytorna minskar i antal, är en känd biverkan (1). Även cytostatikabehandling påverkas också de friska cellerna i kroppen (18).

Sjuksköterskans roll vid omvårdnad av patienter med gynekologisk cancer

Enligt Socialstyrelsens Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor ska sjuksköterskor ha en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt som vilar på en humanistisk människosyn samt respektera patientens autonomi, integritet och värdighet. Sjuksköterskan ska också ha förmåga att kommunicera, informera, undervisa och stödja patienter och närstående. Sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden enligt International Council of Nurses (ICN) är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (19). En viktig uppgift som sjuksköterskan har är att ge god information till kvinnor som har drabbats av gynekologisk cancer både före, under och efter behandling så att kvinnan vet vad som väntar henne. Sjuksköterskan bör vara extra uppmärksam på yngre kvinnor som genomgått hysterektomi. De är mycket sårbara och drabbas ofta av nedstämdhet relaterad till att i framtiden inte kunna bli gravida och att de plötsligt kommer i klimakteriet (1). Vissa kirurgiska ingrepp medför att det blir förändringar i könsorganet som är synliga och detta påverkar kroppsbilden och sexuallivet dramatiskt (1).

Katie Erikssons omvårdnadsteori

Under 80-talet utvecklade Katie Eriksson en hälsomodell där hälsa beskrevs som sundhet, friskhet och välbefinnande. Denna modell har hon utvecklat och fördjupat ytterligare under 90-talet och hon kallar den nu för den ontologiska hälsomodellen. Hennes modell grundar sig på att det finns tre olika dimensioner i hälsan; görande, varande och vardande. Dessa dimensioner kompletterar varandra och människan upplever dem i olika grad och pendlar mellan olika nivåer (20).

Enligt Eriksson innebär vårdande att man åstadkommer hälsa genom ansning, lekande och lärande. De tre delarna påverkar och är integrerade med varandra och utgör vårdandets kärna. Eriksson anser att ansningen är ett av de mest grundläggande elementen i vårdandet. Det kännetecknas av närhet, värme och beröring och är ett uttryck för att man vill den andra väl. Det omfattar dels de praktiska omvårdnadsåtgärder sjuksköterskan utför och även genom beröring bekräfta människan som individ. De två andra delarna, lekande och lärande, har en mer symbolisk form. Eriksson menar att det finns olika former av lekande som alltid handlar om en paradox mellan den inre och yttre verkligheten. I leken finns prövning, övning, skapande, lust och allvar. Som sjukvårdspersonal är det viktigt att skapa utrymme för leken

och att låta patienten ta kontrollen. Detta gör att hon kan uppleva tillit och tillfredsställelse. Lärandet ger människan möjlighet att utvecklas (21).

Enligt Wiklund hävdar Eriksson att olika slag av mänskligt lidande kan bli outhärdligt och människans förmåga att uppleva hälsa kan då brista. Detta hindrar människan från att växa (20). Är man däremot inne i ett lidande som man upplever som outhärdligt kan man uppleva hälsa samtidigt. Hälsa och lidande är alltid närvarande i människans liv och utgör två olika sidor av människans livsprocess. Människan kan välja att låta sitt lidande leda till växt och utveckling eller till att vara en hämmande faktor (22).

Eriksson delar upp lidandet inom sjukvården i tre typer av lidande; sjukdoms-, vård- och livslidande. Sjukdomslidandet är det lidandet som förekommer i samband med sjukdom och behandling och består av kroppslig smärta och/eller själsligt och andligt lidande. Vårdlidandet är lidande som är förorsakat av vård eller utebliven vård. Det kan orsakas medvetet eller omedvetet och kan ha sin grund i bristande reflektion eller förståelse för lidande. Eriksson har sammanfattat vårdlidandet i fyra övergripande kategorier; kränkning av patientens värdighet, fördömlse och straff, maktutövning samt utebliven vård. Livslidande är lidande som är relaterat till människans verklighet och existens. Det kan vara allt från en förlust av möjligheten att genomföra diverse sociala uppdrag till ett hot mot ens totala existens (22).

Eriksson sammanfattar hur lidandet kan lindras i tre punkter. Den första punkten är att utveckla vårdkulturen och sjukhusmiljön. Hon anser att lidandet lindras genom att patienten känner sig välkommen och att hon har en plats. Hennes oro och ängslan minskas genom att hon får vara delaktig, får rätt information samt svar på egna frågor. Andra punkten är att man ska få patienten att känna sig älskad, bekräftad och förstörd. Hon måste mötas med värdighet och få tid och rum att lida samtidigt som hon känner sig som en medansvarig människa. Erikssons sista punkt för att lindra lidandet är att patienten får den vård och behandling som sjukdomen kräver och att den är individanpassad (22).

I ett lidande som känns outhärdligt kan trösten ge lindring i människans kval och plåga. Enligt Eriksson måste det finnas utrymme för både livsleda och livshopp i trösten. Verklig tröst föder förtröstan och tillit om det goda och det ger hopp och mod till den lidande människan. Eriksson anser att när man förorsakar ett lidande för en annan människa så innebär det alltid att man kränker den andres värdighet och att man inte bekräftar denne som fullvärdig människa (22).

SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att belysa kvinnors upplevelser av omvårdnad, vård och behandling vid gynekologisk cancer.

METOD

Litteratursökning

Problemområdet identifierades och för att få en bild av den forskning som gjorts inom området gjordes en inledande litteratursökning. Därefter formulerades syftet som var menat att ligga till grund för den egentliga litteratursökningen. De vetenskapliga artiklarna har sökts i databaserna PubMed och Cinahl. Dessa databaser valdes då de inriktar sig på omvårdnad. Utifrån det ursprungliga syftet valdes följande sökord; cervixcancer, radiation therapy, experience och care. Dessa användes i olika kombinationer och de artiklar som efter genomläsning av abstrakten ansågs stämma överens med syftet granskades mer ingående. Då författarna till föreliggande studie ansåg att antalet relevanta artiklar var för lite, ändrades syftet. Cervixcancer ändrades till gynekologisk cancer och strålbehandling ändrades till behandling. Nya sökord blev då gynecological cancer, treatment samt nursing. Endast artiklar gjorda mellan år 2000 – 2010 inkluderades. Efter varje sökning lästes alla titlar. Abstracten lästes på de titlar som motsvarade syftet och de som ansågs relevanta i förhållande till syftet lästes sedan i full text. Endast artiklar tillgängliga i fulltext via internet togs med. Därefter exkluderades de artiklar som inte motsvarade syftet. De flesta artiklar är kvalitativa, men även kvantitativa har inkluderats då de har ansetts motsvara syftet. En utförlig tabell över de sökningar som gjorts finns som bilaga 1.

Analys

Först gjordes en genomläsning av alla artiklarna. Därefter lästes artiklarnas resultat genom upprepade gånger för att få en känsla för helheten och en sammanfattning av samtliga artiklars resultat gjordes. Enligt Friberg (23) får man en bättre överblick när man sammanfattar artiklarnas resultat. Författarna sökte efter likheter och skillnader för att identifiera olika kategorier. Dessa noterades och författarna diskuterade de olika kategorierna som framkommit. Färgkodning där varje kategori fick varsin färg användes för att lättare kunna urskilja kategorierna i den fortsatta sammanställningen. Under arbetets gång har vissa textenheter omplacerats till annan kategori då de efter flera genomläsningar ansetts stämma bättre överens med denna. En sammanställning av de artiklar som inkluderats finns som bilaga 2.

RESULTAT

Litteraturstudiens analys resulterade i fyra kategorier; upplevelser av vård, behandling och omvårdnad, fysiska upplevelser, psykosociala upplevelser samt självkänsla och sexualitet.

Upplevelser av vård, behandling och omvårdnad

I en studie (1) beskrev kvinnorna att vissa aspekter av omvårdnaden hade en negativ inverkan på deras upplevelser av vården. De förväntade sig bland annat att när de behövde vändas, ändra läge eller krävde smärtstillande skulle sjuksköterskorna komma ganska omgående. De fann det nedstämmande när det dröjde för länge för sjuksköterskorna att svara på ringningarna och det upplevdes hänsynslöst när de inte höll sina åtaganden gällande att komma tillbaka till

rummet för att ge vård. Det upplevdes även negativt om det blev fördröjningar i behandlingen både när det gällde vid start och vid avslut och många upplevde att de blev mer upprörda när de inte fick någon information om vad som pågick (24).

Kvinnorna förväntade sig att sjuksköterskor skulle ha en vårdande attityd och att de skulle ha förståelse för vad kvinnorna gick genom. Det var även av stor vikt att all personal hade god kunskap kring behandlingen(24). Detta styrktes i en annan studie där kvinnorna kände sig trygga när personalen var kompetenta och att de visste vilken behandling som var bäst lämpad(25). Kvinnorna ville ha snabb och kompetent vård. De tyckte det var viktigt att hälsovården var tillgänglig under både semestertid och helger. En snabb och okomplicerad diagnos och behandling lindrade deras oro(25). Kvinnorna ville träffa samma läkare och ville veta vilka som var ansvarige för hennes vård. God kommunikation med sjukvårdspersonal hjälpte kvinnorna att känna sig tryggare och mer självsäker och de var då mer delaktiga i sin vård. De kände att adekvat tid för samtal med sjukvårdspersonal var en viktig aspekt av vårdkvaliteten(25). Det framkom att dagliga samtal med sjuksköterskor och undersköterskor ofta var av stor betydelse. Även det att prata om vardagliga saker trots situationens allvar utgjorde en viktig säkerhetsventil för kvinnorna (25).

Kvinnorna rapporterade att det minsta plågsamma sätt att bli informerad om cancer var att de fick information av läkare de tidigare haft kontakt med. Vissa kvinnor ville få informationen på ett okomplicerat sätt utan att den förvrängdes, de ville att den skulle ges på ett rakt sätt (25). Tidpunkten för när kvinnorna önskade information varierade, men alla uttryckte att det var sjukvårdspersonalen som borde fastställa när den bästa tidpunkten skulle vara. Många upplevde att personalen hade ont om tid och det gjorde det svårt att känna förtroende för dem (26).

Det framkom att de patienter som i början hade kontakt med specialistsjuksköterskor hade mindre bekymmer med illamående vilket författarna av studien antog berodde på att det ökade patienternas möjlighet att prata om och lösa sina bekymmer. Med hjälp av HADS-skalan framkom det att patienter med kontakt med specialistsjuksköterska hade färre poäng på skalan vid andra intervjun medan patienter utan en sådan kontakt var oförändrat. Trots att studien inte var designat att se effekten av en specialistsjuksköterska, kunde man ändå se samband kring hennes inflytande(27).

Kvinnor upplevde även att behandlingen påverkades av den omgivande miljön, också färgen på exempelvis matredskap kunde påverka deras upplevelse negativt(24).

Kvinnors upplevelser av brachtherapy var negativa eller positiva beroende på den omvårdnad de fick under behandlingstiden, samtliga stressfaktorer och livshändelser, avvikelser i vårdrutiner och miljöfaktorer. Positiva omvårdnadsförhållanden var associerade med sjuksköterskor som på förhand insåg kvinnors behov samt uppfyllde dem i god tid (24).

Kvinnor ville ha snabb och kompetent vård. De tyckte att det var viktigt att hälsovården var tillgänglig under både semestertid och helger. En snabb och okomplicerad diagnos och behandling lindrade deras oro. Trots att kvinnornas liv förändrades på ett så chockerande sätt upplevde de att personalen ibland förväntade sig att de skulle reagera starkare än vad de egentligen gjorde. Att få information om att man har cancer fick kvinnorna att känna beroende av personer runt omkring sig och de insåg betydelsen av förtroendefulla relationer. Kvinnorna rapporterade att det minsta plågsamma sätt att bli informerad om cancer var att de fick

information av läkare de tidigare haft kontakt med (25).

Brachtherapy upplevdes som en tids- centrerad behandling. Kvinnorna var mycket uppmärksamma på den exakta tiden deras behandling skulle ta och ville inte att det förlängdes på något vis (24).

När sjuksköterskor hjälpte kvinnorna att vända sig och ändra läge, ge ryggmassage och regelbunden smärtlindring fick det en positiv effekt på smärtlindringen (24).

De kvinnor som genomgått kirurgisk behandling hade önskat att de fått mer utförlig information om vilka fysiska förändringar de kunde förvänta sig. Även konkreta råd om hur samlag kunde påverkas var önskvärt (26).

När behandlingarna var klara fick många känslan av att bli lämnad ensam. De saknade information om förväntade biverkningar och långsiktiga konsekvenser efter operationen. De hade önskat att de fått lära sig strategier om hur dessa kunde hanteras. De gynekologiska undersökningarna och blodproverna var viktiga för att försäkra sig om att sjukdomen inte kom tillbaka. Däremot saknade de tid för samtal om vad de varit med om. De hade önskat större engagemang från vårdpersonalen (28).

De yngre kvinnorna beskrev sterilitet som en stor förlust och att inte kunna föda barn var smärtsamt. Ett annat problem var brist på information om att kvinnan går in i klimakteriet efter operationen och kvinnorna var inte förberedda på detta (26). De kvinnor som genomgått operation upplevde svårigheter i samband med klimakteriet. Några kände till att man går in i klimakteriet efter en sådan operation, medan det för andra var en stor överraskning. Gemensamt var dock en känsla av att känna sig oförberedd på förändringarna. De som redan gått in i klimakteriet upplevde det som att de gick in i det en gång till. Det att inte vara förberedd på dessa förändringar var mycket energikrävande och skapade mycket onödig oro (28).

“My mental state may have been different if I’d had someone to talk things over with afterwards! ... You have many thoughts in your head, right...and you can’t air them and relieve yourself of your burdens... so I think that talking with health personnel would have been of considerable help!”(28 s. 804).

Fysiska upplevelser

Många av studierna rapporterade om biverkningar från behandlingarna där de vanligaste var diarréer, illamående, kräkningar, smärta och trötthet (24, 27, 29, 30, 31).

Alla kvinnor upplevde varierande grad av smärta och erbjöds specifika förslag för att lindra smärta. I vissa fall gjorde smärtlindrande interventioner ingen skillnad på smärtan. Tidvis kunde kvinnorna acceptera smärtan genom att fokusera på att behandlingen skulle bota deras cancer (24).

Kvinnor beskrev symtom som illamående, kräkningar, diarré, svullen buk, halsbränna, yrsel och trötthet efter brachyterapi. Symtomen var unika för var och en. Tröttheten kvarstod efter att behandlingen var avslutad. När behandlingen var avslutad och kvinnorna åkte hem, var trötthet det symtomet som var oftast förekommande. Kvinnorna hoppades på att de skulle

återgå till sina normala vardagliga aktiviteter efter avslutad behandling. De var förvånade över den trötthet de hade kvar (24).

"I wouldn't wish it on my worst enemy. I'm just sitting here where I was, just tired, continually tired. I'd get up in the morning tired. Be sitting doing nothing (my family wouldn't let me) tired. Going to bed I'm tired"
(30 s. 357).

De flesta av kvinnorna klagade över diarréer under perioden för strålbehandlingen även om de flesta hade blivit uppmärksammade på detta av sin läkare. Flera hade också erfarenhet av fekal inkontinens. De flesta kvinnorna besvärades av diarré och trötthet. Andra besvär var illamående, dålig aptit och viktnedgång. Enligt en tidigare undersökning fann man att upp till 83 procent av patienter gick ner i vikt under perioden av strålbehandling (30).

Diarré och inkontinens var långsiktiga biverkningar av strålbehandling. Diarréerna kunde vara kontinuerliga eller omväxlande med perioder av förstoppning. Kvinnor upplevde också rädsla för inkontinens (30).

Många kvinnor upplevde viktförlust på grund av diarré och påföljande kostrestriktioner. Kvinnorna upplevde att maten inte smakade som vanligt och att de inte längre njöt av maten. I en studie fann man även att några kvinnor hade gått upp i vikt och detta fynd var oväntat. Viktuppgången kunde bero på inaktivitet och att kvinnorna praktiskt taget var bundna till hemmet bidrog till mindre energiförbrukning samt att kvinnor beskrev tröstätande. Många kvinnor undvek vissa livsmedel i kosten i ett försök att kontrollera tarmproblem, särskilt mycket kryddig eller fiberrik kost som frukt och grönsaker. Det var inte många kvinnor som sökte professionell hjälp för deras symtom vare sig av en läkare eller av en dietist (30).

I en studie beskrevs de biverkningar kvinnor besväras av under och efter avslutad strålbehandling. Den visade att incidensen och frekvensen av symtom vid strålbehandling varierade beroende på vilken vecka av behandlingen kvinnorna befann sig i och om de innan strålbehandlingen genomgått gynekologisk kirurgi. Minst 40 procent av kvinnorna hade sömnsvårigheter, trötthet, diarré, aptitlöshet, illamående, miktionsbesvär, flytningar och hudirritation i området mellan analöppning och könsorgan. De biverkningar som rapporteras av kvinnorna var trötthet, diarré, sömnsvårigheter, illamående, urinbesvär och aptitlöshet (31).

Mer än hälften av kvinnorna som strålbehandlades mot bäckenregionen upplevde fortfarande sömnsvårigheter, trötthet och nedsatt aptit fyra veckor efter avslutad strålbehandling. Diarré var som värst vid fjärde behandlingsveckan då det rapporteras över 80 procent av kvinnorna. Illamåendet var som värst under femte och sjätte veckan under behandlingen. Över 60 procent av kvinnorna besvärades av sömnsvårigheter två veckor efter avslutad strålbehandling (31).

Närmare alla, cirka 95 procent av kvinnorna, som hade genomgått kirurgisk behandling innan strålbehandlingen rapporterade trötthet som värst under femte behandlingsveckan och som minst närmare 70 procent av kvinnorna under första behandlingsveckan. Frekvensen av illamåendet var som lägst 2-4 veckor efter avslutad behandling och var som värst första veckan (31).

Cirka 40 procent av de kvinnor som inte opererats innan strålbehandling besvärades av flytningar och irritation i området mellan könsorganet och analöppningen. Denna irritation började andra behandlingsveckan och fortgick till och med fyra veckor efter avslutad behandling. Detta var endast vanligt hos kvinnor som inte hade genomgått kirurgisk behandling (31).

I en studie fann man att närmare hälften, 44,2 procent av kvinnorna hade svårigheter att kontrollera gaser och 41,4 procent kände att de ofta behövde rusa till toaletten. På grund av dessa besvär var kvinnorna försiktiga med vad de åt för mat. Många kvinnor upplevde känslomässiga problem som depression, oro och nervositet samt att deras sociala liv påverkades negativt av tarmproblem (32).

Psykosociala upplevelser

Kunskap kring konsekvenserna av sjukdomen och dess behandling visade sig vara viktig för att minimera riskerna att påverka förhållandet negativt. Vissa kvinnor hade önskan att få prata med kvinnor som varit i samma situation för att få veta hur livet fortsätter efter cancerbehandlingen (7).

Kommunikationen med andra patienter kunde vara en fördel, förutsatt att kvinnorna själva kunde bestämma när och hur detta skulle ske. Speciellt känsligt var det när kvinnorna nyligen vetat om diagnosen och då ville de inte läggas i samma rum som ”sjuk” patient. Se och höra en sjukare patient gjorde kvinnorna medveten om hur deras egen situation kunde se ut en dag och kunde drastisk försvaga deras hopp om att bli botad. Dock etablerade vissa av kvinnorna fördelaktigt kontakt med andra patienter därför att de upplevde att det var just de här patienterna som kunde veta bäst vad de själva gick igenom eftersom de hade redan gått genom samma situationer och att vårdpersonalen inte kunde förstå deras upplevelser på samma sätt (25). Att tala om symtom som diarré och inkontinens upplevdes också som pinsamt av kvinnorna (30).

Flera kvinnor rapporterade nedstämdhet relaterad till de biverkningar orsakad av strålbehandling och att detta påverkade deras liv negativt. En iakttagelse på palliativa patienter tyder på att en oförmåga att kontrollera kroppsliga utsläpp kan leda till socialt tillbakadragande. Ett antal kvinnor i studien beskrev varierande grad av social tillbakadragenhet (30).

It has stopped me going out. I've got a friend who usually picks me up and takes me shopping but I don't go anywhere... I've got a sister who lives around the corner. I don't go there as well... I haven't seen her for months and she is only living around the corner.” (30 s. 357).

Kvinnorna upplevde att deras sociala relationer påverkades av cancersjukdomen (29). Buksmärtor och svullen buk ledde också till nedstämdhet, låg självkänsla och missnöje med kroppsligt välbefinnande och socialt tillbakadragenhet (30).

Många av kvinnorna beskrev att det blev ombytta roller när det gällde hushållsarbete (29). Kvinnor beskrev också att de blev tvungna att dra sig tillbaka från sina normala rutiner och sysslor i hemmet under allvarliga episoder av diarré och inkontinens. Kvinnorna upplevde rädsla, nedstämdhet, ensamhet och förlägenhet relaterad till diarré och inkontinens. Detta

ledde till social isolering samt tillbakadragande av moder- och hemmafrurollen (30). De upplevde att det var påfrestande att inte kunna utföra de vardagliga sysslor som de tidigare kunnat. Kvinnorna upplevde även att det hade påverkat livet negativt för deras närstående som tog över ansvaret för hushållsarbete och/eller arbete utanför hemmet. Samtidigt uttryckte de rädsla för döden och oro över hur deras bortgång skulle påverka deras närstående. Många av kvinnorna som hade barn uppgav varierande grad av oro beroende på barnens ålder. De kände mer oro om barnen var små (29).

” My husband and my daughter are doing all they can. My daughter is getting very tired with housework, cooking, etc. I am sad because I am preventing her from studying and I feel as though I am having a negative influence on her future.” (29 s. 244)

Kvinnorna beskrev psykosociala problem som stress, rädsla, oro över cancerbehandlingen strål- och cytostatikabehandling. Många kvinnor nämnde rädsla inför kommande behandling. Mer än hälften av kvinnorna i studien var i tårar när de delade sina känslor som relaterade till behandlingen. Även efterkontrollerna av behandlingen upplevdes som stressig men nödvändig. Vissa kvinnor uttryckte att de hade upptäckt vissa positiva fördelar från sjukdomsupplevelsen. Meningen med livet och vad som förväntas av framtiden fick en höjning av det andliga tänkandet (29).

Diagnosperioden beskrevs som svår och stressig och kvinnorna upplevde stor oro när avancerade tester utfördes och rädsla för att beskedet skulle vara cancer. Kvinnorna upplevde en stor chock när de fick cancerbeskedet och senare förekom förnekande och till slut accepterande (29).

Alla deltagare i studien upplevde behandlingsperioden som stressig och beskrev många fysiska och psykosociala svårigheter. Många deltagare beskrev att de bad, fick psykologisk hjälp, pratade med andra patienter för att lindra sin oro eller accepterade sjukdomen och fann behandlingen som en copingmekanism (29).

I en studie där kvinnorna fått sin cancerdiagnos fem år tidigare, dominerades deras liv av en spänning mellan personlig utveckling och rädsla för återfall. Cancerdiagnosen hade för de flesta inneburit stora förändringar i livet och nya situationer att anpassa sig till. Många upplevde personlig utveckling genom att få nya värden i livet och även en tacksamhet över att ha vara vid liv. Detta trots alla biverkningar och problem som cancerbehandlingen följts av. Denna tacksamhet verkade ha sin motsvarighet i rädsla för återfall. Fem år efter diagnosen och trots goda provresultat levde kvinnorna med en ständig ångest för att cancer skulle komma tillbaka. De hade en kroppslig baserad beredskap som innebar att hela tiden vara observant på sin kropp och leta efter eventuella symtom eller tecken som kunde innebära återfall i cancersjukdom. Denna rädsla som innebar rädsla att förlora sitt liv, var något kvinnorna menade de fick hantera och leva med livet ut (28).

Självbild och sexualitet

Många kvinnor upplevde att det var svårt att tala om den sexuella relationen med läkare eller sjuksköterskor samt att de inte fick adekvat information från vårdpersonalen angående sexualitet (29). Många uttryckte en stark önskan om att ha fått både muntlig och skriftlig information om hur sexuallivet påverkades av sjukdomen.

"No one has mentioned the words sex, intercourse or sexuality to me at any time throughout my six weeks of treatment." (26 s. 215).

Det fanns delade meningar om vem som var mest lämpad att ge informationen; några tyckte läkaren skulle ge det, andra menade att professionen inte spelade någon roll utan det räckte att personen var kompetent (26).

"Maybe it would be good if they asked about your sex life. If they just gave you a little opening, maybe you'd dare to ask them about it." (25 s. 316)

Kvinnorna uttryckte att de undvek sexuell relation upp till sex månader efter avslutad behandling på grund av rädsla för smärta eller skada. Vissa kvinnor uttryckte att hälsan och att vara i livet var viktigare än att ha en sexuell relation (29).

I en annan studie kände kvinnorna kände att det var viktigt att kunna samtala om kropp och sexualitet och uppskattade det stöd de fick i deras ansträngningar i att upprätthålla en så positiv självbild som möjligt men att sjukvårdspersonal inte alltid behandlade frågan om sexualitet. Kvinnorna upplevde att deras önskan om sexuell relation hade minskat på grund av sjukdomen. Det viktiga för kvinnorna var att sexualitet och sexuella behov inte skulle ignoreras (25). Kvinnors funderingar om sexualitet kunde också komma i skymundan efter diagnostiseringen då tankarna kretsade mycket kring deras barn samt kring bot av cancersjukdomen (26).

Kvinnorna upplevde förändringar gällande sina uppfattningar av den egna kroppen på ett negativt sätt och de kände sig mindre kvinnliga som ett resultat av kirurgiska ingrepp (26). Det kunde även kännas befriande att operera bort livmodern (26).

Kvinnorna upplevde stora utmaningar i samband med sitt sexualliv. Efter sjukdomen och behandlingarna var slidan öm och torr vilket för många ledde till att samlaget blev smärtsamt och/eller obehagligt. Många förlorade lusten till sex och några utvecklade då en oro över relationen till sin partner. En del kvinnor kunde i ett tyst samförstånd med sin partner hitta nya sätt att relatera till varandra och visa sina känslor (28).

Kvinnor upplevde att tröttheten som följde behandlingarna ledde till minskat sexuell lust och det krävdes därför mer planering för att ha energi till att vara intim och detta upplevdes som problemfyllt. Under sjukdomsprocessen upplevde kvinnorna att sexualitet var en viktig del i att uppnå välmående och att avstå från sexuell relation kändes frustrerande för båda parter(26). Kvinnors sexuella relation påverkades negativt av fekal inkontinens orsakad av cancerbehandling (32). Buksmärta och svullen buk ledde till låg självkänsla (30).

Av de kvinnor som hade partners visade en studie tydligt att deras sexliv påverkades av fekal inkontinens då hela 91,4 procent aldrig hade samlag eller bara enstaka gånger (32).

"I wondered if it would give me pain and feel different for him as it feels like a big hole straight through, since there isn't anything there"(26 s. 214).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Den inledande litteratursökningen visade att det fanns relativt mycket forskning kring ämnesområdet inom det valda problemområdet som var kvinnors upplevelse av strålbehandling vid cervixcancer. Däremot var antalet artiklar begränsat när det kom till patientens upplevelser. Det kändes därför relevant att utöka problemområdet till att omfatta all gynekologisk cancer samt alla behandlingsformer. Efter analysen av artiklarna justerades syftet till att belysa kvinnors upplevelse av omvårdnad, vård och behandling vid gynekologisk cancer. Vid flera av sökningarna återkom samma artiklar vilket kan tyda på att sökorden var relevanta.

I efterhand kunde författarna se att litteratursökningen borde ha begränsats till att gälla enbart engelskspråkiga artiklar eller artiklar skrivna på författarnas respektive modersmål. Flera av träffarna visade sig ha engelska abstract, men i full text bara vara tillgängliga på portugisiska. Ett av dessa abstract stämde väl överens med syftet och översattes därför i full text med hjälp av sökmotorn Google. Översättningen visade sig vara bristfällig och författarna valde därför att exkludera denna studie då det inte kunde garanteras att den uppfattats korrekt. Även en studie från Hong Kong fick exkluderas då det visade sig att behandlingsmetoden, brachyterapi, utfördes på ett sätt som enligt vad författarna har kunnat utläsa under den inledande litteratursökningen, inte används i Sverige.

En av de artiklar som exkluderades då den inte svarade mot syftet, visade sig ha användbar information i bakgrunden. Denna artikel valdes därför att användas som källa i bakgrunden då den ansågs ge styrka åt litteraturstudiens bakgrund.

Författarna valde att inte göra några begränsningar avseende ursprungsland. Detta kan anses vara både en styrka och en svaghet. Styrkan är att det blir en underlag blir betydligt större. En svaghet kan vara att kulturella och religiösa skillnader påverkar resultatet.

Alla artiklarna utom två har genomgått forskningsetisk granskning. Dessa två valdes ändå att inkluderas då det tydligt framgick att kvinnorna blivit väl informerade om allt kring studien och att de när som helst kunnat avbryta sin medverkan. Författarna har strävat efter att presentera resultatet objektivt och upphovsrätten har respekterats. Citat har använts för att tydliggöra resultatet.

RESULTATDISKUSSION

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa kvinnors upplevelser av omvårdnad, vård och behandling vid gynekologisk cancer. Analysen utgick från nio vetenskapliga artiklar och resulterade i fyra kategorier; upplevelser av vård, behandling och omvårdnad, fysiska upplevelser, psykosociala upplevelser samt självkänsla och sexualitet. Gemensamt för de fyra kategorierna är att de alla leder till ett stort lidande för patienten. Resultatet av litteraturstudien diskuteras därför med stöd av Katie Erikssons omvårdnadsteori (22, 23) samt relateras till sjuksköterskan yrkeskompetens.

Det framkommer i resultat att det att få god information var av stor betydelse för kvinnors upplevelser av sjukdomen (24, 25, 26, 29). Kvinnorna var oroliga och upplevde rädsla inför den aktuella behandlingen (29). Att få adekvat information om hur den behandlingen kvinnan skulle genomgå kommer att påverka henne var viktig då hon kunde vara beredd på de förändringar som det skulle leda till (26). Enligt Eriksson kan en patients oro och ängslan minskas genom att låta henne få svar på sina frågor samt ge henne tillräcklig och adekvat information. Detta leder till lindrat lidande (22). Den omvårdnad de fick hade stor påverkan på deras upplevelser och kunde vara negativt om inte de fick den omvårdnad som de hade behov av och de upplevde att sjukvårdspersonal inte hade tillräckligt med tid (26). I en studie fann man även att miljön runt omkring den drabbade kvinnan kunde påverka deras upplevelser av behandling negativt (24). Om det blev förseningar i behandlingen fick det en negativ påverkan på kvinnors upplevelser (24). Resultatet visade även på att kvinnor uppskattade och fick en positiv upplevelse av vården och kände sig trygga när de kände att sjukvårdspersonal var kompetenta och hade tillräcklig kunskap inom aktuell område (24, 25). Kontinuiteten i vården var viktig och regelbunden kommunikation med sjukvårdspersonal och att samtala om annat än bara sjukdomen upplevdes positivt (24, 25). Att genomgå kirurgisk behandling för gynekologisk cancer innebär att det blir förändringar i kvinnans kroppsuppfattning och de kunde känna sig mindre kvinnliga (26). Resultatet visar även på att kommunikation mellan patienter i liknande situation också var en fördel för upplevelsen av betydelse men att det kunde vara känsligt i början av sjukdomsdebuten (26).

Dessa fynd vad gäller information och kommunikation visar att som sjuksköterskor bör vi ha i åtanke att samtala med kvinnor om sexualitet och kropp och ge adekvat information. Enligt Socialstyrelsens Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor ska sjuksköterskan ha förmåga att kommunicera och informera patienter samt stödja dem och deras närstående under vårdprocessen (19).

Kvinnor som fick behandling för gynekologisk cancer, oavsett behandlingsform, upplevde många fysiska besvär som orsakade psykosociala problem. Mag- och tarmbesvär orsakad av behandling upplevdes av kvinnorna som en hindrade faktor i det dagliga livet. Många kvinnor beskrev att deras sociala relationer påverkades på grund av de fysiska besvär de hade fått (29, 30). Fysiska besvär som diarré, illamående och trötthet rapporterades av de flesta kvinnor som genomgått strålbehandling och cytostatikabehandling och detta påverkade deras liv negativt när det inte längre kunde utföra de vardagliga aktiviteter som de var vana vid (24, 27, 29, 30, 31, 32,) vilket i sin tur också kunde leda till social isolering (30). Majoriteten av kvinnorna som fick strålbehandling hade besvär från mage och tarm och detta kunde i sin tur leda till viktförlust då kvinnorna besvärades av nedsatt aptit samt undvek vissa livsmedel i försök att kontrollera tarmfunktionen (30). Många kvinnor beskrev att familj och närstående tog över de sysslor kvinnorna inte orkade med och detta var påfrestande för att de kände sig som en börda för sina närstående (30). Enligt Eriksson kan man kalla förlusten av möjligheten att genomföra olika sociala uppdrag för livslidande som är lidande relaterat till människans verklighet och existens (22).

Kvinnorna hade upplevelser som att bli lämnade ensam efter avslutad behandling och detta mest på grund av otillräckligt information från vårdpersonal om de biverkningar som kunde förekomma efter avslutad behandling (28). Eriksson (22) menar att känna ensamhet kan innebära svårt lidande för människan och då menar hon den ensamhet människan känner när hon fråntas något hon äger eller önskar äga. Det är inte ensamhet som man känner då man är i frånvaro av andra människor utan det är en djup och själslig ensamhet (22). Att lindra lidande är en av de arbetsuppgifter som ingår i sjuksköterskors yrkeskompetens. Enligt International Council of Nurses (ICN) är lindring av lidande sjuksköterskans grundläggande ansvarsområde(19). För att kvinnor med gynekologisk cancer skall få bästa möjliga vård bör sjuksköterskor också ha ett gott samarbete med andra yrkeskategorier inom sjukvården så att de drabbade kvinnorna får multiprofessionell hjälp. Lalos menar att det behövs ett vårdteam kring den gynekologiskt cancersjuka kvinnan för att kunna erbjuda professionell kompetens för de psykologiska, sociala och sexuella problem som kan uppstå (4).

Otillräcklig information från vårdpersonal ledde till att kvinnorna kände ensamhet (28) och som Eriksson beskriver kan ensamhet leda till lidande (22). Kvinnor upplevde att det var nedstämmande när vårdpersonal inte uppfyllde deras behov i tid och detta fick en negativ påverkan på upplevelsen av deras sjukdom (24). Eriksson menar att utebliven vård alltid innebär en kränkning av individens värdighet och det är den vanligaste formen av lidande som förekommer inom vården (22).

När kvinnorna fick tillräcklig information och vård med omtanke påverkades deras upplevelser positivt och de kände mer förtroende för vårdpersonalen samt regelbunden kommunikation var uppskattad (24, 25). Kvinnorna upplevde vården som positiv och kände sig trygga när vårdpersonal som tog hand om de var kompetenta i sin yrkesroll och kunde svara adekvat på de funderingar och frågor kvinnorna hade (24, 25). Kontinuiteten var viktig och var av stor betydelse för kvinnornas upplevelse av vården (25). Enligt Eriksson utgör relationen mellan patient och vårdpersonal grunden i vårdprocessen där utrymme skapas för växt i relationen mellan människor. Även kontinuitet i vårdförhållanden är en viktig del av vårdprocessen (20).

I resultatet framkommer att kvinnor på grund av otillräcklig kunskap avstod från sexuell relation och att de önskade att det hade fått både muntlig och skriftlig information (29, 26). I studierna fann man att information och kommunikation angående sjukdomens och behandlingens påverkan på den sexuella relationen var av betydelse (25, 26). Kvinnor som genomgått hysterektomi upplevde att de inte hade fått tillräcklig information och hade velat få mer utförlig information hur hysterektomi skulle påverka deras sexualitet. Många kvinnor uttryckte svårigheten om att tala om den sexuella relationen och att sjukvårdspersonal ofta inte ens tog upp frågan om sexualitet (25, 26) därför bör sjuksköterskor ta upp frågan om sexualitet och ge utrymme för samtal. Detta styrks av Lalos som anser att personal på ett stödjande och tillåtande sätt bör ge kvinnan och hennes eventuella partner möjlighet komma med frågor och samtala om sitt sexuella samliv både före, under och efter cancerbehandlingen (4).

Kvinnors sexuella relation påverkades negativt av både själva sjukdomen och av de biverkningar orsakad av de olika behandlingsformerna (29, 26, 32). De fysiska besvär kvinnor upplevde påverkade deras syn på sexualitet och lusten efter sexuell relation då de kände sig mindre kvinnliga (26). Kvinnorna upplevde att vårdpersonalen inte alltid tog upp frågan om sexualitet (26) och att kvinnorna själva hade mer funderingar om behandling och bot, speciellt i början av diagnosperioden (29) Det framkommer i resultatet att yngre kvinnor som drabbas av gynekologisk cancer kommer i klimakteriet efter kirurgiska ingrepp och blir infertila (26). Kvinnor som ännu inte har fött barn upplever denna förlust som mycket smärtsamt (26). Detta innebär ett oerhört lidande för kvinnan. Enligt Eriksson kan detta lindras genom att få patienten att känna sig älskad, bekräftad och förstådd. Hon måste mötas med värdighet och få tid och rum att lida samtidigt som hon känner sig som en medansvarig människa (22).

SLUTSATS

Resultatet i denna litteraturstudie visar att kvinnor med gynekologisk cancer har stort behov av information och kunskap kring sin sjukdom, behandling och de biverkningar som kan förekomma. De fysiska besvär kvinnorna besvärades av orsakade lidande och många kvinnor isolerade sig socialt på grund av detta. Sjuksköterskan har en central roll i kvinnornas upplevelser av omvårdnad. I denna litteraturstudie försökte författarna belysa de problem som kan uppstå hos kvinnor som har drabbats av gynekologisk cancer. Sjukvårdspersonal kan dra nytta av de resultat som framkommit för att lindra lidandet hos dessa. Författarna anser att det finns behov av fler studier som inte bara belyser kvinnors upplevelser av gynekologisk cancer utan även de förväntningar kvinnorna har vad gäller omvårdnad.

REFERENSER

1. Reitan A M, Schölberg(red.). Onkologisk omvårdnad; patient, problem, åtgärd. Stockholm: Liber; 2003.
2. <http://www.cancerfonden.se/Global/Dokument/Cancerfonden/Cancerfondsrapporter/Cancerfondsrapporten2009.pdf>
3. Juraskova, I, Butow, P, Robertson, R, Sharpe, L, McLeod, C, Hacker, N. Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight. *Psycho-Oncology*. 2003; 12, 267-279.
4. Frankendal B, Sorbe B. Gynekologisk onkologi. Lund: Studentlitteratur; 2000.
5. <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Cancersjukdomar/Aggstockscancer/>
6. Dalianis T, Henriksson R, Ringborg U. Onkologi. Stockholm: Liber; 2008.
7. Gynekologiska tumörsjukdomar; omvårdnad. Regionala vårdprogram/riktlinjer 2005. Hämtad på <http://www.oc.gu.se>
8. <http://www.varguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/HPV/>
9. <http://www.socialstyrelsen.se/hpv/hpvochlivmoderhalscancer>
10. <http://www.varguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/Livmoderhalscancer/>
11. <http://www.1177.se/artikel.asp?CategoryID=28473>
12. Degerfält J, Moegelin I-M. Strålbehandling. Lund: Studentlitteratur; 2008.
13. <http://www.varguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Behandlingar/Stralbehandling/>
14. <http://www.sahlgrenska.se/sv/SU/5/Onkologi/Avdelningar/stralbehandling/Stralreaktioner/Buk-backen/>
15. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8496/2009-126-72_200912672_rev2.pdf
16. Cancerfonden. Om sex och cancer. Bromma: Kampanjfabriken; 2009
17. <http://www.orebroll.se/sv/uso/Patientinformation/Kliniker-och-enheter/Huvud—och-halsonkologi-centrum-for/Behandling/Cytostatika/>

18. <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Behandlingar/Cytostatikabehandling/>
19. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
20. Wiklund L. *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur; 2003.
21. Eriksson K. *Vårdandets ide*. Stockholm: Liber AB; 1997.
22. Eriksson K. *Den lidande människan*. Stockholm: Liber utbildning; 1994.
23. Friberg, F (red.). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur; 2006.
24. Velji, K., Fitch, M. The experience of women receiving brachytherapy for gynecologic cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2001;28(4):743-752.
25. Ekwall E, Ternstedt B-M, Sorbe B. Important aspects of health care for woman with gynecologic cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2003; 30(2):313-319.
26. Rasmusson E-M, Thomé B. Woman's wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease. *Sex Disabil*. 2008; 26: 207-218.
27. Booth, K., Beaver. K., Kitchener. H., O'Neill. J. & Farrel.C. Woman's experiences of information psychological distress and worry after treatment for gynaecological cancer. *Patient Education and Counselin*. 2005; 56, 225-232.
28. Tveit Sekse R J, Raaheim M, Blaaka G, Gjengedal E. Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynaecological cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010; 24; 799-807.
29. Akyüz, A, Güvenc, G, Üstünsöz, A, Kaya, T Living with gynecologic cancer: Experience of Women and their partners. *Journal of nursing scholarship*. 2008; 40:3, 241-247.
30. Abayomi, J., Kirwn, J., Hackett, A., Bagnell, G. A study to investigate women's experience of radiation enteritis following radiotherapy for cervical cancer. *Journal of human Nutrition & Dietetics*. 2005;18(5):353-363.
31. Christman N J, Oakley M G, Cronin S N. Developing and using preparatory information for women undergoing radiation therapy for cervical or uterine cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2001; 28(1):93-98.

32. Abayomi J, Kirwan J, Hackett A. The prevalence of chronic radiation enteritis following radiotherapy for cervical or endometrial cancer and its impact on quality of life. *European Journal of Oncology Nursing*. 2009; 13: 262-267.

Bilaga 1

Databas/ datum för sökning	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Urval
PubMed 101029	Cervical cancer, radiation therapy experience	Nursing journal	7	Ref. 24, 32
PubMed 101117	Cervixcancer experiences radiation	2000-2010	14	Ref. 30
Cinahl 101031	Cervix neoplasms AND radiotherapy		270	Ref. 30, 32
Cinahl 101031	Cervix neoplasms AND radiotherapy AND experience		7	Ref. 32
Cinahl 101031	Cervix neoplasms AND radiotherapy AND CRE		3	Ref. 32
Cinahl 101031	Cervix neoplasms AND radiotherapy AND care		44	Ref. 31
Cinahl 101117	Gynelological cancer		66	Ref. 26
Cinahl 101117	Gynecologic cancer, experience, nursing		6	Ref. 24, 25, 29
101117	Fri sökning			Ref. 26, 28

Bilaga 2

Referens nr	24
Författare	Fitch M, Velji K
Titel	The Experience of Woman Receiving Brachytherapy for Gynecologic Cancer.
Tidsskrift	
Syfte	Att utforska och dokumentera upplevelser av att ha behandlats med brachyterapi för gynekologisk cancer.
Metod	Ostrukturerade intervjuer med 10 kvinnor över 18 år som fullfört yttre strålbehandling och nu fick brachyterapi för första gången.
Resultat	Det framkom att kvinnorna fokuserade mycket på tiden när brachyterapi utfördes och även på situationen runt behandlingen. Kvinnorna upplevde mycket obehag av behandlingen.
Land	Canada

Referens nr	25
Författare	Ekwall E, Sorbe B, Ternstedt B-M
Titel	Important aspects of health care for women with gynecologic cancer.
Tidsskrift	Oncology Nursing Forum
Syfte	Att beskriva vad kvinnor diagnostiserade med gynekologisk cancer upplevde som viktigt i sina möten med sjukvården.
Metod	14 kvinnor diagnostiserade med gynekologisk cancer intervjuades. De hade alla genomgått antingen strålbehandling eller cytostatikabehandling. En innehållsanalys gjordes på de bandade intervjuerna.
Resultat	Kvinnorna ansåg att sjukvården borde baseras på den enskilde patientens upplevda behov av samtal och information om hur sjukdomen påverkade deras hälsa, självbild samt sexualitet. De upplevde att dagliga samtal var till stor hjälp.
Land	Sverige

Referens nr	26
Författare	Rasmusson E-M, Thomé B
Titel	Women's wishes and need for knowledge concerning sexuality and relationships in connection with gynecological cancer disease.
Tidsskrift	Sex Disabil (2008) 26:207-218
Syfte	Att undersöka behov av och önskan om information gällande sexualitet och partnerskap i samband med gynekologisk cancer.
Metod	Intervjuer med 11 kvinnor som genomgått behandling för gynekologisk cancer.
Resultatet	Det framkom att kvinnorna uppgav att de tillsammans med sin partner hade önskat mer djupgående information.
Land	Sverige

Referens nr	27
Författare	Beaver K, Booth K, Farrell C, Kitchener H, O'Neill J
Titel	Woman's experiences of information psychological distress and worry after treatment for gynecological cancer.
Tidskrift	Patient Education and Counseling 56 (2005) 225-232
Syfte	Undersöka kvinnors upplevelser av information, psykologiskt lidande och oro efter behandling av gynekologisk cancer.
Metod	70 kvinnor över 18 år som nyligen diagnostiserats med gynekologisk cancer intervjuades med en semi-strukturerad intervju. Sex månader senare gjordes ytterligare en intervju.
Resultat	Studien tyder på att stöd från specialistsjuksköterskor kan hjälpa patienter att återhämta sig psykiskt. Detta kräver att de ska vara yrkeskunniga och villiga att bedöma individuella behov av information samt hantera deras oro.
Land	England

Referens nr	28
Författare	Blaaka G, Gjengedal E, Raaheim M & Tveit Sekse R
Titel	Life beyond cancer: women's experiences 5 years after treatment for gynecological cancer.
Tidskrift	Scandinavian Journal of Caring Sciences
Syfte	Att få en djupare förståelse för hur det upplevs att ha överlevt gynekologisk cancer samt hur de upplevde cancer vården.
Metod	16 kvinnor i åldern 39 – 66 som deklarerats friska efter att ha haft gynekologisk cancer intervjuades vid två tillfällen. Den första intervjun gjordes fem år efter behandlingen och den andra ett år senare.
Resultat	Kvinnorna upplevde rädsla för återfall och var uppmärksamman på symtom och tecken som kunde tyda på återinsjuknande.
Land	Norge

Referens nr	29
Författare	Akyüz A, Güvenc G, Kaya T & Üstünsöz A
Titel	Living with gynecologic cancer: experience of women and their partners.
Tidskrift	Journal of Nursing Scholarship, 2008; 40:3, 241-247.
Syfte	Att beskriva de upplevelser som uppkommer vid gynekologisk cancer hos turkiska kvinnor samt hos deras partners.
Metod	Intervjustudie med 19 kvinnor i åldern 43 – 70 år med gynekologisk cancer samt med 12 av deras partners i åldern 46 – 73 år gamla.
Resultat	Kvinnorna och deras partners beskrev både fysiska och psykosociala svårigheter i samband med behandlingsperioden. Sjukvårdspersonal måste förstå och känna igen dessa svårigheter för att kunna erbjuda en holistisk vård.
Land	Turkiet

Referens nr	30
-------------	----

nr	
Författare	Abayomi J, Bagnall G, Hackett A & Kirwan J
Titel	A study to investigate women's experiences of radiation enteritis following radiotherapy for cervical cancer.
Tidskrift	The British Dietetic Association Ltd 2005 <i>J Hum Nutr Dietet</i> , 18, pp. 353-363
Syfte	Att undersöka hur biverkningar av strålbehandling vid cervixcancer påverkar livskvaliteten.
Metod	Intervjustudie med 10 kvinnor mellan 28 och 85 år som har diagnosen cervixcancer.
Resultat	Majoriteten av kvinnorna uppgav att strålbehandlingarna gett många biverkningar vilket orsakat stora fysiska och psykosociala problem. Få av dessa kvinnor sökte hjälp för dessa problem då det upplevdes skamligt och/eller det tog emot att klaga.
Land	England

Referens nr	31
Författare	Christman N J, Cronin S N & Oakley M G
Titel	Developing and using preparatory information for women undergoing radiation therapy for cervical or uterine cancer.
Tidskrift	Oncology Nursing Forum
Syfte	Att beskriva symtom relaterade till strålbehandling för att utveckla nödvändig information till kvinnor som genomgår strålbehandling för gynekologisk cancer.
Metod	49 kvinnor mellan 28 och 78 år med gynekologisk cancer intervjuades varje vecka under pågående behandlingsperiod av brachyterapi. En checklista utfört speciellt för studien användes och resulterade i en kvantitativ studie.
Resultat	Mer än 40 procent av kvinnorna upplevde sömnsvårigheter, trötthet, diarré, aptitlöshet, illamående, miktionsbesvär, flytningar samt hudirritation i området mellan analöppning och könsorgan.
Land	USA

Referens nr	32
Författare	Abayomi J, Hackett A, Kirwan J
Titel	The prevalence of chronic radiation enteritis following radiotherapy for cervical or endometrial cancer and its impact on quality of life.
Tidskrift	European Journal of Oncology Nursing 13 (2009) 262-267
Syfte	Att identifiera förekomsten av kvinnor som upplevde CRE efter strålbehandling. Man ville även undersöka om höga doser strålning eller en avancerad cancer påverkade förekomsten ytterligare.
Metod	117 kvinnor som hade avslutat strålbehandling ombads att fylla i en enkät för att utforska tarmproblem och livskvalitet.
Resultat	47 procent av kvinnorna rapporterade tarmproblem efter strålbehandling. Dock fann man inga samband mellan avancerad cancer eller strålningsdosen.
Land	England

