

Kvinnors upplevelser av att leva med livmoderhalscancer

En litteraturstudie

Malin Andersson
Thilda Östlund

**Sjuksköterska
2016**

Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap



Kvinnors upplevelser av att leva med livmoderhalscancer

-En litteraturstudie

Women's experience's of living with cervical cancer

-A literature review

Malin Andersson

Thilda Östlund

Kurs: O0009H, Examensarbete

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp

Handledare: Eva Lindgren

Examinator: Malin Olsson

Kvinnors upplevelser av att leva med livmoderhalscancer

-En litteraturstudie

Women's experience's of living with cervical cancer

-A literature review

Malin Andersson

Thilda Östlund

Luleå tekniska Universitet
Institutionen för hälsovetenskap
Avdelning för omvårdnad

Abstrakt

Livmoderhalscancer drabbar cirka 450 kvinnor i Sverige varje år. Sjukdomen anses skamfull och tabubelagd i vissa delar av världen, där kvinnor stigmatiseras och förnedras på grund av sin sjukdom. Att drabbas av en dödlig sjukdom kan ge upphov till många olika känslor, som påverkar det psykiska och fysiska välbefinnandet negativt. Psykisk ohälsa ger ett lidande för den drabbade och därmed en försämrad livskvalitet. Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva kvinnors upplevelser av att leva med livmoderhalscancer. En litteratursökning genomfördes och resulterade i 9 artiklar som analyserades med kvalitativ innehållsanalys med manifest ansats. Resultatet visade att kvinnor upplevde rädslor och chock i samband med beskedet, hela deras liv vändes upp och ner. För att orka kämpa i sjukdomen var stöd från familj och vänner en viktig del. Det framkom även att kvinnor upplevde bristfällig information om sjukdomen, både från omgivningen och från sjukvården. Det är viktigt att som sjuksköterska ha kunskap om sjukdomen och hur den påverkar kvinnor både fysiskt och psykiskt, för att kunna ge individuellt anpassad information som motsvarar behoven och ger ett bra stöd till den drabbade.

Nyckelord: Livmoderhalscancer, litteraturstudie, upplevelse, kvalitativ innehållsanalys, stöd

Livmoderhalscancer är ett världsomfattande folkhälsoproblem där ungefär 250 000 kvinnor dör varje år till följd av sjukdomen. Dödligheten är som störst i låginkomstländer (Grandahl, Tydén, Gottvall, Westerling, & Oscarsson., 2015). I Sverige får cirka 450 kvinnor varje år diagnosen livmoderhalscancer (<https://www.cancerfonden.se/om-cancer/livmoderhalscancer>).

Att drabbas av en cancersjukdom bidrar ofta till långvarig psykisk ohälsa som följd av sjukdomen och dess behandling. Medvetenhet om att drabbas av livshotande sjukdom förändrar patientens liv och påverkar dennes livskvalitet. Studier visar att psykologisk stress har en negativ inverkan på maligna tumörer. Det är därför viktigt att den psykiska hälsan också prioriteras i omvårdnaden för att få en mer effektiv behandling av sjukdomen (Shakeri et al., 2015). Hong, Wei & Wang (2015) beskriver hur den psykiska ohälsa som uppstår vid cancer ger ett lidande och därmed sämre livskvalitet hos patienten. Lidandet innefattar kognitiva, beteendemässiga och känslomässiga upplevelser. Dessutom har det en negativ inverkan på patientens förmåga att hantera både de fysiska symtomen och behandlingen av cancer. Vidare beskriver Shakeri et al. (2015) hur gynekologisk cancer påverkar kvinnors liv med ökad depression, ångest och nedsatt livskvalitet. Kralik, (2002) beskriver sjukdom som främmande från det välbekanta livet, att drabbas ger en förlust av kontroll över livets omständigheter. Att leva med sjukdom beskrivs som en känsla av att vara annorlunda, dessa känslor ger en ökad osäkerhet och sårbarhet. Vidare beskrivs hur kvinnor som drabbats av sjukdom påverkas av sociala konstruktioner och andras förväntningar och därmed ifrågasätter sig själv (Kralik, 2002).

Det är väl känt att hot mot människans hälsa ger upphov till en mängd olika känslor. Känslor som är starkt kopplade till olika sjukdomar i sig, dess behandling och symtom. Känslorna kan också handla om utanförskap, att inte kunna utföra samma aktiviteter som tidigare, att förlora ens sociala identitet och bli isolerad. Personernas känslor kan dessutom handla om att vara en börda för andra, att inte kunna ta samma ansvar som förut på grund av att orken inte finns där och på så sätt svika ens partner eller familj. Självtro, autonomi och sättet den drabbade personen ser på sig själv kan påverkas stort av sjukdom (Uskul & Hynie, 2014).

Det finns två olika typer av livmoderhalscancer, precanceriösa förändringar samt invasiv cancer (Bartoces et al., 2009). Livmoderhalscancer är en skivepitelcancer som drabbar livmoderhalsen,

livmodern, bäckenet och i vissa fall även lymfkörtlar samt andra delar av kroppen (Bedford, 2009). Med hjälp av screeningprogram där cellprovskontroll genomförs har dödligheten minskat med 50 procent (Grandahl et al., 2015). Cellprov är den bästa metoden för att upptäcka förändringar i livmoderhalsen, onormala cellförändringar som upptäcks kan utvecklas till cancer. Det finns olika svårighetsgrader av cellförändringarna (Bedford, 2009). Cellförändringar som upptäcks i ett tidigt stadie har ofta en god prognos. I Sverige får kvinnor mellan 23-60 års ålder var tredje år en inbjudan för cellprovskontroll och ungefär 75 procent deltar. Faktorer som påverkar att kvinnor inte deltar i cellprovskontroll är bland annat kulturella normer, språkhinder och begränsad kunskap (Grandahl et al., 2015). Ålder är också en faktor som påverkar. Enligt Moudatsou, Kritsotakis, Alegakis, Koutis och Philalithis (2014) och Shea, Klainin-Yobas och Mackey (2013) var yngre kvinnor mer benägna att gå på cellprovskontrollerna än äldre kvinnor. Studierna visade att äldre kvinnor hade lägre utbildningsnivå jämfört med de yngre kvinnorna och även lägre kunskap om cancer och screeningprogram. Kvinnor med mer kunskap om riskfaktorer för livmoderhalscancer deltog också i högre grad vid cellprovskontrollerna.

Enligt Shea et al., (2013) har många unga kvinnor dålig kunskap om sambandet mellan HPV (humant papillomvirus) och livmoderhalscancer. HPV är en virusinfektion som är sexuellt överförbar. Den största andel fall av livmoderhalscancer orsakas av HPV. Det finns dock olika typer av HPV virus och det är inte alla som orsakar livmoderhalscancer. HPV infektion är vanligt, alla som är smittade utvecklar dock inte cancer men risken för utveckling av cancer ökar vid en HPV infektion (Koc., 2015). Bedford (2009) beskriver att HPV virus och rökning är två riskfaktorer för att drabbas av livmoderhalscancer. Även socialt utsatta kvinnor har högre risk att drabbas. Det finns två olika vacciner tillgängligt för att förhindra livmoderhalscancer, Gardasil och Cervix. Dessa vacciner har en profylaktisk effekt och ska ges före eventuell smitta med HPV virus och rekommenderas för flickor i 11-12 års ålder. Det finns olika behandlingsmetoder för livmoderhalscancer beroende på vilket stadie sjukdomen befinner sig i, strålbehandling, kirurgi och cellgiftsbehandling (Bedford, 2009). Olika faktorer kan till följd av behandlingen orsaka fertilitetsproblem, antingen permanent eller tillfälligt. Fertiliteten är viktig för kvinnan och därför är fertilitetsbevarande behandlingar ett viktiga och betydelsefullt alternativ (Schwartz, 2009).

Cancervård innefattar både kroppsliga, medicinska och känslomässiga omvårdnadsbehov. Därför är det viktigt att sjuksköterskan har en omfattande förståelse för patienten inom cancervården (Zamanzadeh et al., 2014). Bedford (2009) beskriver att en holistisk omvårdnad är målet för sjuksköterskor, detta innebär att se till patientens fysiska, psykiska, sociala, emotionella, andliga och sexuella behov. Patientens behov behöver bli tillgodosedda och det är därför viktigt att sjuksköterskan har kunskap om dem och kan stödja patienten. Cancersjukdomar ökar och drabbar allt fler, därför är det viktigt att det finns kunskap inom detta område för att omvårdnaden ska bli bättre. Att drabbas av livmoderhalscancer innebär att kvinnans reproduktionsorgan kan påverkas negativt vilket kan ge upphov till många jobbiga känslor och tankar om hur framtiden påverkas. Genom att ta del av den här studien kan vårdpersonal öka sin förståelse för kvinnors upplevelser av att leva med livmoderhalscancer och ge ett bra stöd.

Syftet med denna studie var att beskriva kvinnors upplevelser av att leva med livmoderhalscancer.

Metod

Kvalitativ litteraturstudie med manifest ansats valdes som metod då syftet med studien var att beskriva kvinnors upplevelser av att leva med livmoderhalscancer genom att sammanställa tidigare forskning inom ämnet. En manifest ansats användes i studien, vilket betyder att forskaren står fast vid vad personerna faktiskt säger utan att själv lägga någon värdering i analysprocessen eller försöker tolka någon bakomliggande mening (Bengtsson, 2016).

Litteratursökning

Enligt Friberg (2016, s.58) formulerades ett syfte när ämnet valts ut och efter detta gjordes en pilotsökning för att undersöka vilken kunskap som redan fanns inom ämnet samt var kunskap kunde inhämtas. Sökord formulerades som svarade mot det valda syftet, detta med hjälp av databasen Svensk MESH för att underlätta att hitta relevanta sökord. Rätt sökord gör sökningen mer specifik mot det valda syftet (Willman, Stoltz & Bahtsevani 2012, s.69). De sökord som identifierades, både via Svensk MeSh och fritext var: "Cervix Neoplasms", "Cervix cancer", "Quality of life", "experience" och "qualitative". Sökning i databasen Cinahl gjordes där sökorden kombinerades enligt booleisk sökteknik, med orden "AND" och "OR", detta för att

kunna kombinera flera sökord och på så sätt få en mer specifik sökning (Friberg, 2016. s.69). Inklusionskriterierna för denna studie var kvinnor som drabbats av livmoderhalscancer, inga exklusionskriterier användes. Begränsningar i sökningen var peer-reviewed och engelskt text. Förutom de artiklar som valdes genom den systematiska sökningen i CINAHL valdes dessutom en artikel genom manuell sökning. En sökning genomfördes även i PUBMED med samma sökord men inga artiklar valdes då träffarna var likvärdiga de som valdes i CINAHL. Sammanlagt samlades nio vetenskapliga artiklar.

Tabell 1. Redovisning av systematisk litteratursökning

Syfte: Att beskriva kvinnors upplevelse av att leva med livmoderhalscancer

CINAHL 2016-09-01, Begränsningar Engelskt språk & Peer-reviewed.				
Söknr	*)	Sökord	Antal träffar	Antal valda
S1	MH	Cervix neoplasms	6,048	
S2	MH	Cervix cancer	236	
S3		S1 OR S2	6,143	
S4	FT	Quality of life	62,682	
S5	FT	Experience	126,751	
S6		S4 OR S5	183,165	
S7	FT	Qualitative	66,989	
S8		S3 AND S6	373	
S9		S8 AND S7	73	8
PUBMED 2016-09-01, Begränsning Engelskt språk				
Söknr	*)	Sökord	Antal träffar	Antal valda
S1	MH	Cervix neoplasms	39,107	
S2	MH	Cervix cancer	40,429	
S3		S1 OR S2	41,260	
S4	FT	Quality of life	181,499	
S5	FT	Experience	344,501	
S6		S4 OR S5	511,212	
S7	FT	Qualitative	132,899	
S8		S3 AND S6	1,721	
S9		S8 AND S7	64	0

Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskning av de utvalda artiklarna genomfördes med SBU's "Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik-patientupplevelser", bilaga fem (Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering, 2014. s. 229). De punkter som granskades handlade om *syfte*, *urval*, *datainsamling*, *analys* och *resultat*. För att bedöma artiklarna besvarades de olika punkterna med "ja", "nej", "oklart" och "ej relevant". Som Willman et al. (2011, s.108) beskriver anpassas protokollet till litteraturstudien samt den aktuella granskningen, därmed uteslöts frågor som ej ansågs relevanta såsom frågor om datamättnad, analysmättnad och teori/hypotes. För att underlätta kvalitetsbedömningen kan ett poängsystem användas, där ett poäng tilldelas vid ett för studien positivt svar och inget poäng vid negativt svar eller ett oklart svar. Därefter gjorde författarna en total sammanfattande bedömning där poängen för studien räknades om till procent av den möjliga poängsumman. Utifrån poängsumman klassificerades varje artikel med kvalitetsbedömningen låg, medel eller hög (Willman et al., 2006, s.95-96). Inkludering av studier med hög- och medelhög kvalitetsgrad eftersträvades i arbetet. Av de artiklar som valdes ut uppnådde sex av dem hög kvalitet och de tre återstående medelhög kvalitet, se tabell 2.

Tabell 2 Översikt av artiklar i analys

Författare/År/ Land	Typ av studie	Deltagare	Metod/analys	Huvudfynd	Kvalitet
Abayomi et al.,/2005/UK	Kvalitativ	10	Ostrukturerade intervjuer/ Kvalitativ innehållsanalys	Kvinnorna upplevde biverkningar av strålningsbehandlingar. Detta med en påverkan på deras fysiska, psykiska och sociala liv.	Hög
Ashing-Giwa et al.,/2004/USA	Kvalitativ	54	Nyckelinformatör intervjuer & Fokusgruppsintervjuer/ Innehålls och temaanalys	Kvinnor som drabbats av limoderhalscancer känner att en begränsning inom sjukvården finns gällande kvalitet, kunskap och stöd. Kvinnor har ständigt en oro över medicinska, sociala, psykologiska problem samt relationers påverkan av sjukdomen.	Hög
Ashing-Giwa et al.,/2006/USA	Kvalitativ	20	Semistrukturerade intervjuer/ Kvalitativinnehåll	Kvinnornas upplevelser handlade om fyra olika områden: Fysiska, Hinder i	Medel

Författare/År/ Land	Typ av studie	Deltagare	Metod/analys	Huvudfynd	Kvalitet
Clemmens, et al., /2008/ USA	Kvalitativ	19	sanalys Semistrukturerade intervjuer/Kvalitativ innehållsanalys	sjukvården, vardagliga frågor och personliga bekymmer. Tre centrala områden kunde identifieras i kvinnornas upplevelser: Att kunna gå vidare, en förnyad uppskattning på livet och att ha en pågående kamp.	Hög
Ding et al.,/2015/Kina	Kvalitativ	14	Ostrukturerade intervjuer/Kvalitativ innehållsanalys	Att få diagnosen gjorde att kvinnornas liv vändes upp och ner. Känsломässigt kaos, att hantera sjukdomen, partnerskap och bra information från sjukvården var viktiga punkter.	Hög
Houngaard et al.,/2013/Danmark	Kvalitativ	7	Semistrukturerade intervjuer/ Kvalitativ innehållsanalys	Eventuell sjukdom, sårbarhet, sjukdomen som livserfarenhet och akten att kunna agera.	Hög
Juraskova et al.,/2007/Australien	Kvalitativ	21	Semistrukturerade telefonintervjuer/ Kvalitativ innehållsanalys	Osäkerhet, förtroende och kommunikation var de viktigaste faktorer efter diagnos och behandling. Betydelsen av läkarens empati visade sig vara stor hos kvinnorna.	Medel
Maree et al.,/2013/Sydafrika	Kvalitativ	17	Kvalitativa intervjuer/Kvalitativ innehållsanalys	Stödet kvinnorna fick från sin livspartner varierade. Några hade fullt stöd medan andra fick begränsat stöd och en hade känslor om att bli övergiven . Både kvinnorna och deras livspartner utmanades när det gäller att ge och få stöd.	Hög
Zeng et al. /2011/Kina	Kvalitativ	35	Demografisk formulär och öppna frågor/ Kvalitativ innehållsanalys	Livmoderhalscancern påverkade kvinnornas fysiska och psykiska välmående, det sociala, ekonomin och sexualiteten.	Medel

Analys

Analys av data genomfördes med kvalitativ innehållsanalys enligt Bengtsson (2016). De utvalda artiklarna granskades ett flertal gånger för att mindre textenheter lättare skulle kunna identifieras. En textenhet är den minsta enheten med information som behövs till analysarbetet. Det andra steget i analysen innefattade att allt material lästes igenom ytterligare gånger för att kontrollera att ingen relevant data uteslutits. Nästa steg i analysen var att kondensera meningsenheterna,

detta genom att korta ner meningarna utan att förlora kärnan. Analysen fortsätter med att alla meningsenheter grupperades in i kategorier. De olika kategorierna sammanfördes sedan och bredare kategorier skapades. Analysen genomfördes i 4 kategoriseringssteg. Kategoriseringen avslutades när inga fler kategorier kunde sammanföras och de slutgiltiga kategorierna var homogena och uteslutande varandra i innehåll.

Resultat

Analysen resulterade i sex kategorier som svarade mot syftet att beskriva kvinnors upplevelse av att leva med livmoderhalscancer (tabell 3). Kategorierna presenteras nedan i en brödtext med citat taget ur artiklarna som användes i analysen.

Tabell 3. Översikt av kategorier (n=6)

Kategorier
Att få beskedet gav starka känslor
Att sjukdomen var tabubelagd och gav känslor av skam
Att relationer förändrades på grund av sjukdomen
Att stöd från omgivningen upplevdes viktigt
Att hantera den förändrade kroppen och självbilden
Att känna oro för framtiden

Att få beskedet gav starka känslor

Att få beskedet om livmoderhalscancer ledde till många starka känslor hos kvinnor, känslor såsom sorg och nedstämdhet som de var tvungna att handskas med (Ashing-Giwa et al., 2004; Ashing-Giwa et al., 2006; Clemmens, Knafl, Lev & McCorkle, 2008; Ding, Hu & Hallberg., 2015; Hounsgaard, Augustussen, Møller, Bradley & Møller., 2013). Vidare beskrev Clemmens et al., (2008) att kvinnor fick en chock och kände rädsla vid tidpunkten för diagnosen, de kommer ihåg detaljerad information om diagnosen samt vad som hände dagen efter att de fått diagnosen. Det upplevdes svårt att se på diagnosen med positiva ögon och försöka intala sig själv något positivt och se en mening med sjukdomen (Ding et al., 2015; Zeng, Li & Loke, 2011).

We have no need to complain too much about life, as we will all die some day. This is the natural law. Getting cancer... is fate and we have to face our own fate and other kinds of suffering in our lives (Zeng et al., 2011, s. 300).

Flera studier beskrev att kvinnor upplevde det svårt att kunna acceptera sjukdomen och förstå att man verkligen har drabbats (Ashing-Giwa et al., 2004; Ashing-Giwa et al., 2006; Clemmens et al., 2008; Ding et al. 2015; Hounsgaard et al., 2013; Maree, Mosalo & Wright, 2013). Det tog tid att smälta diagnosen och frågor om varför just jag hade blivit drabbad uppkom (Ashing-Giwa et al., 2006; Ding et al., 2015). Att inte kunna förstå att man har en sjukdom, eftersom inte känslan av att vara sjuk fanns.

I felt nothing. It is strange to have something like that thrown at you, that you are sick, when you do not feel sick at all (Hounsgaard et al., 2013, s.4).

Vid beskedet om diagnosen uppkom tankar och rädslor om döden och om hur framtiden skulle bli, (Ashing-Giwa et al., 2004; Ashing-Giwa et al., 2006; Hounsgaard et al., 2013; Juraskova, Butow, Sharpe & Campion 2007; Maree et al., 2013). Kvinnorna fick lära sig att leva med rädslan och upplevde ett lidande i den processen (Hounsgaard et al., 2013). Det fanns en rädsla över att inte kunna få barn eller att inte hinna få barn innan det är försent på grund av sjukdomen och dess konsekvenser (Ashing-Giwa et al., 2004; Juraskova et al., 2007). Trots att läkaren förklarade att risken för påverkan på fertiliteten var liten, var rädslor om hur fertiliteten skulle påverkas av sjukdom och behandling en av de faktorer som gav mest oro. Juraskova et al., (2007) förklarar att en del kvinnor kände ett behov av att skaffa barn för att försäkra sig om att deras fertilitet inte hade påverkats negativt av sjukdom och behandling.

You get this panic that you need to have a child now or it will be too late” (Juraskova et al., 2007, s.529).

Enligt Ashing-Giwa et al. (2006) och Hounsgaard et al. (2013) upplevde kvinnor en känsla av att de själva kunde ha påverkat uppkomsten av sjukdomen. Att skuldbelägga sig själv för att de inte

gick på kontroller eller för att de inte skötte sin hygien tillräckligt. En känsla var att de inte hade lyssnat på kroppen även fast den signalerade sjukdomen (Ashing-Giwa et al., 2006). Kvinnor undrade om de själva kunnat påverka uppkomsten av sjukdom, genom att leva på ett annat sätt.

I smoke five cigarettes a day, I do not exercise that much but I eat a varied diet. Is it my own fault? Have I not done enough? You know, where can I put the blame?

(Hounsgaard et al., 2013, s. 4).

Att sjukdomen var tabubelagd och gav känslor av skam

Ashing-Giwa et al., (2006) & Zeng et al., (2011) beskrev att bland kvinnor i USA och Kina upplevdes sjukdomen tabubelagd. Sjukdomen bidrog till att en del kvinnor upplevde sig bli socialt avvisade, vilket påverkade deras välbefinnande negativt (Zeng et al., 2011). Vidare beskrev Ashing-Giwa et al., (2006) hur man ångrade att ha berättat om sjukdomen för sin familj eftersom de upplevde sig bli dömda. Upplevelser av skam över att ha drabbats av sjukdomen bidrog till att de inte ville berätta för anhöriga. Livmoderhalscancer hade dessutom negativa konsekvenser för deras sociala engagemang, det sociala nätverket minskade och det bidrog till en känsla av isolering (Ashing-Giwa et al., 2004; Zeng et al., 2011). I vissa områden var kunskapen om livmoderhalscancer dålig och sjukdomen ansågs smittsam och sexuellt överförbar, detta bidrog till att kvinnor blev stigmatiserade. Kvinnor upplevde att omgivningen drog sig undan när de fick reda på deras diagnos eftersom det fanns en tro att sjukdomen var smittsam. I kulturer där sjukdomen ansågs som en sexuellt överförbar sjukdom blev kvinnor skuldbelagda och förnedrade av sina män eftersom de ansågs smutsiga som fått en sådan sjukdom (Ashing-Giwa et al., 2006).

Vidare beskrev Ashing-Giwa et al., (2004) att latinamerikanska kvinnor upplevde att det fanns dåligt med information om sjukdomen, ämnet diskuterades inte eftersom livmoderhalscancer var kopplat till kvinnans sexuella organ och därför belagt med tabu. Inom familjerna var det inte tillåtet att diskutera ämnet (Ashing-Giwa et al., 2004). Rent generellt valde kvinnor att dölja sjukdomen för andra för att inte bli sedd som annorlunda, de upplevde en rädsla över att bli ett diskussionsämne och för att folk skulle tycka synd om dem eller döma dem utifrån sjukdomen (Ashing-Giwa et al., 2006; Ding et al., 2015).

I don't want them to worry and I'm also ashamed of it and feel they are going to judge me. I don't know how they may react if they know about it (Ashing-Giwa et al., 2006, s. 66).

Att relationer förändrades på grund av sjukdomen

Flera studier beskrev att relationer till partners, familjen och släktingar förändrades både på positiva och negativa sätt på grund av sjukdomen. En upplevelse av att relationerna stärktes (Ashing-Giwa et al., 2006; Ding et al. 2015; Juraskova et al., 2007; Zeng et al., 2011). Ett annat exempel beskrev Ding et al., (2015) då en kvinna beskrev hur hennes make inte vågade röra henne för att hon var för skör och han var rädd för att göra henne illa. Vidare beskrev Zeng et al., (2011) att kvinnor upplevde förändrade roller i hemmet som obekvämt, de vardagliga hushållssysslor som kvinnorna före sjukdomen haft ansvar för togs över av partnern eller föräldrar. Att uppleva det som ett nederlag och att inte klara av saker som förut och därför behöva lägga ansvaret på andra i sin omgivning kändes jobbigt. På grund av sjukdomen förlorade kvinnorna lusten och orken att göra samma saker som man gjorde förut (Ashing-Giwa et al., 2004; Ashing-Giwa et al., 2006; Zeng et al., 2011). Vidare beskrev Zeng et al., (2011) hur kvinnor kände sig som en ekonomisk börda för familjen eftersom de inte kunde arbeta till följd av sjukdomen. Detta gav en känsla av att vara beroende av andra (Zeng et al., 2011). Ashing-Giwa et al., (2004) skrev att kvinnorna upplevde det jobbigt att behöva be anhöriga om pengar för att betala resor eller behandlingar och att detta kunde avspeglade sig på relationen. Några kvinnor kände sig som en börda för omgivningen på grund av sjukdomen (Ding et al., 2015; Zeng et al., 2011). De var rädda för att livet slutskede och döendet skulle bli en utdragen process och att de då skulle bli en börda för andra.

The only thing I fear now is dying slowly, as then I would become a burden for everyone (Ding et al., 2015. s. 75).

Att stöd från omgivningen upplevdes viktigt

Både psykologiskt och socialt stöd från omgivningen visade sig vara viktigt för att lättare kunna hantera sjukdomen (Ashing-Giwa et al, 2004; Ashing-Giwa, et al. 2006; Clemmens et al., 2008;

Ding et al., 2015; Juraskova et al., 2007; Hounsgaard et al., 2013; Maree et al., 2013; Zeng et al., 2011). Det var olika hur mycket stöd kvinnor kände att de fick av sin partner, vissa fick mer och vissa inget stöd alls (Maree et al. 2013). Vissa kvinnor kände att de fick mer uppmärksamhet från sin makar och att de brydde sig mer nu än innan sjukdomen (Ding et al., 2015). Några kvinnor upplevde stödet från vännerna vara viktigast medan andra upplevde stöd från partnern och barnen som viktigast (Ashing-Giwa, et al. 2004).

I'm very fortunate to have my husband's support emotionally and with family care. Without him I'm sure I wouldn't be feeling as I feel today...me siento segura (assured and secure) or talking with others about my cancer experience (Ashing-Giwa, et al. 2004, s.715).

Ashing-Giwa et al., (2006) och Juraskova et al., (2007) beskrev att kvinnor även upplevde att de inte fick det stöd som de behövde eller att de inte vågade be om stöd från anhöriga. Några hade ingen partner och saknade därför en bra källa att få stöd ifrån (Ashing-Giwa, et al. 2004). Att känna sig ensam trots stöd i form av besök och telefonsamtal var något kvinnor upplevde (Maree et al. 2013).

Att omge sig av positiva människor och hålla sig borta från dem som tryckte ner en kändes viktigt och hjälpande (Clemmens et al., 2008). Det var viktigt att balansera det sociala stödet med självständighet för att inte bli för beroende av familj och vårdgivare (Ashing-Giwa, et al. 2004). Stöd upplevdes inte alltid positivt, vissa upplevde att de fick för mycket stöd från familjen. För mycket stöd gav motsatt effekt och gav en känsla av nedstämdhet (Zeng et al., 2011). En kvinna beskrev att hon inte berättade så mycket för familjen eftersom hon inte ville ha deras stöd, hon upplevde att familjen inte kunde hjälpa och ansåg därför deras stöd som onödigt.

I don't say much to family because I don't want them to know much particularly when I didn't get that much information from doctors. My family can't help me so I don't want sympathy. Why tell people? Keep it to yourself (Ashing-Giwa, et al. 2004, s.715).

Enligt Zeng et al., (2011) & Ashing-Giwa et al., (2006) upplevde kvinnor att de fick bra stöd och förståelse från sina arbetsgivare och kollegor. Rädslan för hur arbetsgivaren skulle reagera bidrog till att en del kvinnor inte vågade berätta om sjukdomen, av de som berättade upplevde en del att de fick bristande stöd. Däremot kunde medarbetare ge stöd och hjälp i sjukdomen och även berätta om andras erfarenheter vilket upplevedes som positivt (Zeng et al. 2011; Ashing-Giwa, et al. 2004).

Discussions with coworkers helped a lot because they may know somebody who had the same thing and can tell you what to do, what to expect, and how to deal with it. Among 2 or 3 of us, we talk it out. If their friends share the same illness, they will share what they know. They can give us comfort. (Ashing-Giwa et al., 2004, s. 720).

Andra personer med samma sjukdom visade sig vara en stor källa till stöd. Man upplevde det som stöttande att prata med dem om deras erfarenheter kring sjukdomen, deras sätt att ta sig igenom sjukdomen och hur man upplevde de olika biverkningarna. Att prata med andra kvinnor som överlevt inspirerade och stöttade till att själv ta sig igenom sjukdomen (Ding et al., 2015).

Yes, yes, I'd just like to talk to patients with the same disease. Their recovery means I can recover someday. I just think this way (Ding, 2015, s.77).

Även stödet från sjukvården var viktigt för att lättare kunna hantera sjukdomen. Några kvinnor beskrev att de fick bra stöd från både läkare och sjuksköterskor under sjukdomen (Clemmens, Knafel, Lev & McCorkle, 2008; Juraskova et al., 2007). Läkarens stöd och sätt att kommunicera med kvinnorna hjälpte att hantera deras situation (Juraskova, 2007). Dock upplevdes att de inte fick tillräckligt med stöd från läkaren och sjukvården, att de inte tog sig tid att möta dem och deras behov. Information och kommunikation var bristfällig vilket bidrog till att kvinnor upplevde minskat stöd. (Ashing-Giwa, et al., 2006; Ashing-Giwa et al., 2004; Clemmens et al., 2008). Kvinnorna upplevde att om läkaren ägnade dem mer tid så skulle deras förtroende för dem öka och deras vård på så vis bli bättre (Ashing-Giwa, et al. 2006). Bristen på information från sjukvårdspersonalen bidrog till att det var svårare att hantera sjukdomen och dess behandling, kvinnorna uppgav även att de saknade medlidande från personalen (Clemmens et al.,

2008). För kvinnor som inte pratade engelska bidrog svårigheter att förstå språket till en känsla av bristande stöd i kommunikationen med läkaren (Ashing-Giwa, et al. 2004)

I don't speak English and the doctors don't speak my language so how can I or anyone who does not have the ability to communicate be assured they are getting the proper care? We have to depend on a translator and still feel like they are not asking what we really want to ask the doctor (Ashing-Giwa, et al. 2004, s.718).

Att hantera den förändrade kroppen och självbilden

Det psykiska välbefinnande försämrades som följd av sjukdomen och de mest uttalade var nedstämdhet, oro och en stor känsla av trötthet/svaghet (Abayomi et al., 2005; Ashing-Giwa et al., 2004; Ding et al., 2015; Hounsgaard et al., 2013; Zeng, et al., 2011). Ashing-Giwa et al., (2004) beskrev hur kvinnor upplevde oro över sitt utseende och uttryckte negativa känslor om sina kroppar efter operationen, detta bidrog även till en negativ självbild. Synen på kroppen förändrades efter diagnosen och känslor om att kroppen hade svikit uppkom (Ashing-Giwa et al., 2004; Juraskova et al., 2007). Detta bidrog till en lägre livskvalitet med en dystert bild av framtiden (Clemmens et al., 2008). Att behöva kämpa varje dag bidrog till en upplevelse av att kampen blev en del av livet och det fanns en vilja av att kunna leva ett normalt liv (Clemmens et al., 2008; Ding et al., 2015).

I struggle every day of my life and you get to the point where struggling is normal (Clemmens et al., 2008, s.901).

Enligt Abayomi et al., (2005), Hounsgaard et al., (2013) & Zeng et al., (2011) påverkades det fysiska välbefinnandet negativt under sjukdomstiden med biverkningar såsom förlust av aptit, dålig sömn och andra kroppsliga förändringar. En del kvinnor fick tidig menopaus som följd av att de tagit bort äggstockarna. Clemmens et al., (2008) beskrev även komplikationer med urinvägarna och reproduktionsorganen som följd av sjukdomen. Det fanns en oro över att behandlingen skulle påverkas negativt av sexuell aktivitet och därför blev samlivet med partnern lidande. Kroppsliga förändringar som torrhet och smärta var också faktorer som bidrog till

minskat sexliv och även psykiska faktorer som rädsla och brist på lust påverkade (Ashing-Giwa et al., 2004; Zeng et al., 2011). Det beskrevs hur känslor av skuld mot partnern fanns och att kvinnor tvingade sig själva till att ha ett sexliv för att tillfredsställa sin partner (Zeng et al., 2011).

Flera studier beskrev att sjukdomen förändrade kvinnors syn på livet till det positiva jämfört med tidigare, de blev mer medvetna om sin hälsa, uppskattade livet på ett annat sätt och kände sig tacksam över att leva (Ashing-giwa et al., 2004; Clemmens et al., 2008; Ding et al., 2015; Zeng et al., 2011). Cancern beskrevs ha gjort dem starkare och mer motståndskraftiga och känsliga för det som var viktigt i livet. Sjukdomen gav en känsla av att ha fått en andra chans i livet. Sjukdomen såg som en lärande och växande erfarenhet som förändrade hela livet (Clemmens et al., 2008). Kvinnor kände sig tacksamma för att ha fått diagnos och behandling i ett tidigt skede av sjukdomen (Ding et al., 2015; Juraskova et al., 2007). Enligt Ding et al., (2015) uppskattades livet mer än innan och kvinnor kunde gå tillbaka till att leva ett vanligt liv efter sjukdomen.

Now every second of living in the world counts for me. Being alive is good. I stop thinking about anything else (Ding et al., 2015).

Resultatet visade att det var viktigt att hitta strategier för att kunna hantera sjukdomen (Houngaard et al. 2013). Olika strategier som kvinnor använde sig av var bland annat meditation, böner, motion och individuella copingstrategier. En del drog sig tillbaka från sin omgivning för att lättare hantera sjukdomen för sig själv (Clemmens et al., 2008). Att känna sig behövd av sin familj och att därför vilja överleva och få kraft att kämpa i sjukdomen (Ashing-Giwa et al., 2004; Ashing-Giwa et al., 2006; Ding et al., 2015; Zeng et al., 2011). Det visade sig att sysselsätta sig med andra aktiviteter eller att engagera sig med sysslor i hemmet gjorde att de kunde tänka på andra saker än sjukdomen. Att tänka på andra saker ledde till att de kunde hålla humöret uppe (Ashing-Giwa et al., 2006 & Ding et al., 2015). Kvinnor använde sig av sin tro för att ta sig igenom sjukdomen. En tro på gud och att gud kommer att hjälpa gjorde att de orkade kämpa och komma igenom sjukdomen (Ashing-Giwa et al. 2004; Ashing-Giwa et al. 2006).

I pray to God for my recuperation and believe my faith in God will help me get well. ‘

(Ashing-Giwa et al., 2006, s. 67).

Att känna oro för framtiden

Kvinnor oroade sig för sina barn och hur deras framtid kommer att se ut, hur framtiden skulle bli om de dör, om barnen skulle klara sig eller vad som skulle hända med dem (Ashing-Giwa et al., 2006; Ding et al., 2015). De beskrev en oro för vad som skulle hända om de inte kunde möta barnens behov och oron över hur det kommer att påverka barnens framtid (Ashing-Giwa et al., 2006). En oro fanns över att inte kunna finnas till hands och gå miste om barnens uppväxt (Abayomi et al., 2005; Hounsgaard et al., 2013).

The child, the only one I am now worrying about.... I just think if I die, her future must be very tough (Ding et al., 2015. s.75).

Efter behandlingen fanns mycket rädsla över återfall och att sjukdomen inte skulle komma tillbaka. Detta påverkade också sömnen (Ding et al., 2015; ; Juraskova et al., 2007; Zeng et al., 2011). Ashing-Giwa et al. (2006) och Juraskova et al., (2007) beskrev en rädsla över att inte all cancer försvann efter behandling, att inte bli botad och att förlora kampen mot sjukdomen.

I still have a fear that maybe everything hasn't gone (Juraskova et al., 2007, s.528).

Diskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva kvinnors upplevelse av att leva med livmoderhalscancer. Analysen resulterade i sex slutliga kategorier: *Att få beskedet gav starka känslor, Att sjukdomen var tabubelagd och gav känslor av skam, Att relationer förändrades på grund av sjukdomen, Att stöd från omgivningen upplevdes viktigt, Att hantera den förändrade kroppen och självbilden och Att känna oro för framtiden.*

I studien framkom det att kvinnor upplevde att beskedet om sjukdomen gav upphov till många olika känslor. Beskedet gjorde kvinnorna förkrossade och det uppkom tankar kring döden. Liknande resultat ses i Middletons (2014) studie om cancerpatienter. De beskriver hur

psykologiska förändringar och många olika känslor kan uppkomma vid tiden för beskedet. Känslor som ilska, ångest, nedstämdhet och dödsångest är vanliga att uppleva. Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2000) beskriver att många transitioner är förknippade med en kritisk punkt, dessa kritiska punkter innebär ofta att en förändring i livet behöver ske. En av dessa kritiska punkter handlar om att få diagnosen, där det beskrivs att känslor av osäkerhet och ångest kan uppkomma. I denna fas kan man känna sig extra sårbar och hela livet kan vändas upp och ner (Meleis et al., 2000). I jämförelse med vad kvinnorna i studien kände kan man tolka detta som att den kritiska punkten även kan identifieras hos dessa kvinnor. Den gav upphov till många olika känslor och de upplevde att när de fick beskedet var osäkerheten som störst. Kvinnor upplevde också en känsla av att det var svårt att se en mening med sjukdomen, att de försökte finna något positivt med sjukdomen.

Resultaten i denna litteraturstudie visade på en upplevelse av att sjukdomen inte var något som diskuterades och att sjukdomen var belagd med tabu. Dessutom gav sjukdomen känslor av skam, där de flesta kände sig avvisade från andra på grund av sjukdomen, vilket påverkade deras välbefinnande negativt. Meleis et al., (2000) beskriver att det kan finnas stigma runt vissa transitionsprocesser, exempelvis klimakteriet hos kvinnor i Korea. Där är det skambelagt att diskutera klimakteriet med andra i samhället och därför kan ensamhet upplevas. Detta kan leda till att det emotionella uttrycket hos personer som genomgår processen hämmas (Meleis, et al., 2000). Livmoderhalscancer kan inneha en viss stigma och ge en känsla av skam, sjukdomen diskuteras inte i lika stor utsträckning som andra vanliga sjukdomar. Livmoderhalscancer är starkt kopplat till kvinnans sexuella organ, vilket kan vara orsaken till att det är belagt med tabu/stigma. Vårdpersonal kan använda information och kommunikation som en bra intervention för att hjälpa. Detta för att kvinnor kan uppleva en ensamhet i sjukdomen vilket gör att vårdpersonal behöver ge tydligare information runt sjukdomen. Det användas för att visa både kvinnorna och anhöriga att det inte är skamfullt att prata om sjukdomen. Visa en öppenhet för att kunna stötta kvinnor att förstå och få en känsla av att de inte står själva i sjukdomen. Mer information kan bidra till att tabun och stigmat runt livmoderhalscancer minskar i samhället och sjukvården.

I denna litteraturstudie visar resultatet på en upplevelse av bristfällig information om och kring

sjukdomen, att livmoderhalscancer inte var något man pratade om eller diskuterade. De upplevde även att informationen från sjukvården var bristfällig. Enligt Antonovsky (2005, s.44) är information en viktig del för att personer ska kunna uppnå begriplighet. Begriplighet är en viktig del i begreppet KASAM (känslan av sammanhang), där det handlar om att personer ska kunna förstå inre och yttre stimuli som konkret. Det innebär att information ska vara tydlig och ordnad istället för otillräcklig och kaosartad. De stimuli personen kommer att möta i framtiden behöver vara förutsägbara för att känslan av begriplighet ska kunna vara hög när det inträffar (Antonovsky, 2005, s.44). McCaughan, McKenna, McSorley & Parahoo (2015) beskriver att för patienterna är det viktigt att få information på ett sådant sätt att det är enkelt att förstå, att få information via samtal men också via broschyrer där informationen är nerskrivet. Betydelsen av att förstå och få information för att man skulle kunna hantera sjukdomen. Detta kan jämföras med att kvinnorna i denna studie inte fick tillräckligt med information om sjukdomen från allmänheten eller från sjukvården, varken innan eller under sjukdomen. Detta medförde att kvinnorna inte kunde uppnå begriplighet i sjukdomen och på så vis inte heller få en känsla av sammanhang. De kvinnor som i studien fick stöd upplevde det som en hjälp i att förstå sig på sjukdomen vilket gjorde att de kunde hantera den bättre. Middleton (2014) beskriver dessutom att betydelsen av att få stöd och information i alla faser av sjukdomen kan göra att patienter med cancer lättare kan hantera och acceptera sjukdomen. De tar upp vikten av att ge information till patienter, eftersom bristen på information kan leda till negativa psykologiska effekter i form av ångest, otrygghet och nedstämdhet. Därav ges förslag på intervention som handlar om att sjuksköterskor ska tillhandahålla patienter den information som de behöver. Detta för att ge patienter det stöd som behövs i sjukdomen för att hantera tankar och känslor som kan uppkomma. Som Champion-Smith, Doyle, & Henry (2014) beskriver i sin studie så har sjuksköterskor en stor roll i att stödja patienter vid olika sjukdomstillstånd. Det kan uppnås genom att träna kunskaper inom kommunikation, hitta stödjande åtgärder och på så vis ge stöd och hjälpa patienterna som har cancer.

I denna litteraturstudie upplevdes det viktigt för kvinnor att få stöd av omgivningen för att lättare kunna hantera sjukdomen. Bra stöd upplevdes i form av närstående, vänner, kollegor samt från sjukvården. Andra patienter sågs som en stor källa till stöd eftersom de kunde ge energi och strategier för hur man skulle hantera sjukdomen. Dock kunde kvinnor uppleva en brist i stöd från

sjukvården. Kralik et al (2006) beskriver vikten av stöd, att kvinnor som har starka relationer till familj och vänner och får stöd har lättare att gå igenom konsekvenser av sjukdomar än kvinnor som inte hade samma stöd. Li, Chen, Chang, Chou & Chen (2015) beskriver att kvinnor som drabbats av livmoderhalscancer hade sämre kroppsuppfattning och lägre självkänsla jämfört med människor som drabbats av andra cancersjukdomar till exempel bröstcancer. Dessutom visade sig socialt stöd ha en positiv påverkan på kvinnors självkänsla och deras livskvalitet under sjukdomen. Antonovsky (2005, s, 45) skriver om hanterbarhet som innebär i vilken utsträckning man upplever sig ha resurser i sin närhet, som kan användas för att hantera de krav som ställs från exempelvis en sjukdom. Stöd kan också ses som ett skydd mot händelser i livet, som kan lindra följderna av sjukdom (Antonovsky, 2005, s.63). Kvinnors upplevelse av stöd kan utifrån detta förstås genom att stödet bidrar till ett skydd mot sjukdomen. Att de resurser man har i form av stöd kan göra att man hanterar yttre stimuli, i detta fall sjukdomen på ett bättre sätt. McCaughan et al., (2015) beskriver att män med prostatacancer kände ett stort stöd av andra medpatienter, att gruppdiskussioner som interventioner där man delade med sig av erfarenheter och tankar kring sjukdomen upplevdes positivt. En känsla av att inte stå själv i sjukdomen och att genom andras framsteg kunna se sina egna framsteg. Att kunna ta del av andra personers sätt att se på symtom och bidra med nya strategier att hantera sjukdomen. De såg fram emot gruppmötena eftersom de gav dem mycket (McCaughan et al., 2015). Även patienter med hjärtsjukdom upplevde sig bli hjälpta av att utbyta erfarenheter med andra drabbade och det gjorde det lättare att acceptera sin sjukdom, det upplevdes även lättare att acceptera de förändringar och konsekvenser som sjukdomen bidrog med (Najafi Ghezalje, Yadavar Nikraves & Emami 2014). Detta kan kopplas ihop med kvinnorna med livmoderhalscancer i denna studie eftersom de upplevde det positivt att träffa andra med samma sjukdom, att kunna prata om de olika symtomen och få energi och kraft av deras sätt att hantera sjukdomen. Därför anser vi att gruppmötet där patienter får träffa andra drabbade är en bra intervention för att patienterna lättare ska kunna hantera sjukdomen och dessutom känna samhörighet med andra drabbade. Kvinnor upplevde även att stöd från vårdpersonal hjälpte dem att ta beslut och ta sig igenom sjukdomen. Detta är viktigt att ha i åtanke för sjuksköterskor, att se hela patienten och stötta dem i sjukdomen. Zeng et al., (2011) beskriver att sjuksköterskan bör ha en helhetssyn på patienter, där förbättring av livskvalité ingår som en viktig punkt.

I litteraturstudien framkom det hur sjukdomen förändrade kvinnornas liv och deras välmående. De försökte hitta strategier för att lättare kunna hantera sjukdomen och de förändringar den medför. Kralik, Visentin & Van Loon (2006) beskriver transition som en process som uppstår när personens verklighet förändras och orsakar en påtvingad eller vald förändring som ger ett behov av att forma en ny verklighet. Processen kan endast påbörjas när personen är medveten om de förändringar som sker och är beredd att hitta ett nytt sätt att leva. Därför måste personen acceptera och erkänna att det tidigare livet hotas, detta för att kunna påbörja förändringen som transition innebär (Kralik et al., 2006). Detta kan relateras till när kvinnorna i detta resultat har accepterat sjukdomen och börjar leta strategier för att kunna gå vidare. Det är då transitionen har påbörjats och det är i denna del av processen viktigt med stöd från omgivningen och sjukvården. Som Kralik et al., (2006) beskriver så är transitionen sällan en linjär och rak process utan den kan gå fram och tillbaka ett flertal gånger, vilket är helt naturligt. Som Meleis et al. (2000, s.19) skriver så leder inte alla förändringar till transition men all transition innebär förändring. Transition handlar om att kunna anpassa sig till det nya, att göra en förändring för att kunna acceptera nuet (Meleis et al., 2000, s.19). Vidare beskriver Kralik et al., (2006) att transitionsprocessen innebär en inre omorientering hos personen och nya förändringar integreras i livet. Detta kan ses i litteraturstudien, hur kvinnorna fick en ny syn på sig själv och även sin omgivning. De upplevde att mycket förändrats och en del var tacksam över att en förändring hade skett, vilket är viktigt för att de ska kunna gå vidare.

Kralik et al., (2006) beskriver att en förändring måste ske innan processen börjar och när det inträffat kan personen förstå vad som händer och omorganisera ett nytt sätt att leva. Även detta kan ses i studien där kvinnor anpassade sig till de förändringar som sjukdomen medfört, att ingenting skulle bli som förut. Detta kan ses som ett sätt att acceptera det nya livet, att kvinnorna lämnat det gamla bakom sig och hade en vilja att leva vidare i sitt nya och förändrade liv. Det är viktigt att vårdpersonal har en förståelse av övergångsprocessen för att lättare kunna stödja personen i sjukdomen och för att kunna se var i processen personen befinner sig. Transition kan ses som en process att minska eller lindra lidandet enligt Kralik et al., (2006). Dessutom är sjuksköterskan ofta den primära vårdgivaren när patienter och deras närstående ska genomgå transition, de är med under de förändringar som personer genomgår (Meleis et al., 2000). Därför är det viktigt att sjuksköterskan har kunskap om transition. Både för att sjuksköterskans yrkesroll

handlar om att minska och lindra lidande hos personer men också för att de har en viktig del i omvårdnaden. De är med både under förändringar och motgångar i sjukdomen.

I litteraturstudiens resultat beskrevs att kvinnor upplevde en rädsla kring återfall i sjukdomen, detta påverkade välbefinnandet negativt och påverkade förmågan att gå vidare i livet vilket även kan påverka transitionsprocessen. Kvinnor upplevde oro och tankar kring att inte finnas kvar för sina barn. Som Taylor, Richardson & Cowley (2011) beskriver så är rädslor om återfall i cancer vanligt förekommande hos de som drabbats och detta försämrar återhämtningen för personen vilket bidrar till försämrad hälsa med känslor av ångest. Cancer upplevs oförutsägbar och kan återkomma när som helst, vilket gör det svårare att försöka gå vidare efter sin sjukdom. Detta visar på hur viktigt det är att kvinnorna arbetar med sina rädslor och att hjälp och stöd ges även när kvinnorna gått igenom behandling och anses friska. Att sjukvården stöttar kvinnor och finns där för samtal och funderingar även efter avslutad behandling och friskförklaring.

Metoddiskussion

Denna litteraturstudie är utförd med en kvalitativ metod för att undersöka kvinnors upplevelser av att leva med livmoderhalscancer. Inom kvalitativ metod bedöms trovärdigheten utifrån de fyra begreppen pålitlighet, tillförlitlighet, överförbarhet och bekräftelsebarhet (Holloway & Wheeler, 2010, s.302).

Pålitligheten handlar om att läsaren ska kunna följa alla stegen i forskningen från metod fram till resultatet och de beslut som tagits. Detta betyder att alla steg ska vara tydligt beskrivna att studien kan återskapas med liknande resultat (Holloway & Wheeler, 2010, s. 302-303).

Pålitligheten i denna studie stärks av att författarna har beskrivit metod tydligt samt redovisat litteratursökning i text och tabellform. Artiklarna kvalitetsgranskades utifrån SBU's (2014) mall för granskning av kvalitativa artiklar. Författarna granskade artiklarna gemensamt och detta kan stärka pålitligheten, dessutom valdes artiklar med hög och medelhög kvalitet med i studien.

Dock har författarna begränsad erfarenhet av att kvalitetsgranska artiklar, vilket kan bidra till en minskad pålitlighet. För att stärka pålitligheten i studien namngavs varje artikel med en bokstav och varje meningsenhet med en siffra detta för att lättare kunna gå tillbaka till originaldatan och

för att kunna utesluta att textenheter inte faller ur någon kategori. Detta eftersom Bengtsson (2016) beskriver vikten av att hålla ordning i kategoriseringarna då de ofta byter namn och för att kunna spåra förändringar under analysprocessen. I och med att författarna har mycket liten förförståelse innan studien påbörjades kan detta stärka pålitligheten i studien. En svaghet för studien är att litteratursökningen endast utfördes i två databaser, vilket kan exkludera viktigt datamaterial.

Tillförlitlighet handlar om hur resultatet avspeglar sanningen, där det är viktigt att deltagarna i studien känner igen sig i resultatet (Holloway & Wheeler, 2010, s. 303). Det handlar om att kategorierna stämmer överens med innehållet i datan som insamlats och trovärdighet i analysen. Resultatet i studien redovisas i brödtext med citat, detta stärker studiens tillförlitlighet eftersom citaten speglar vad kategorierna innehåller och är urval av vad kvinnor i de inkluderade studierna berättat om sina upplevelser. Viktigt att analysen får fram vad som verkligen sägs i texten. Under analysprocessen har materialet lästs igenom av handledare samt andra studenter under seminarium, detta för att kritiskt kunna diskutera kategoriseringarna för att kunna stärka att kategorierna speglar dess innehåll.

Enligt Holloway & Wheeler (2010, s.303) innebär överförbarhet att resultatet kan överföras till liknande situationer och kan omfatta andra människor som kan ha liknande upplevelser. Den kunskap, eller delar av kunskapen som uppkommit ska kunna användas i andra sammanhang. Studier från nästan alla världsdelar är med i denna litteraturstudie vilket ökar överförbarheten av studien till olika delar av världen. Inga exklusionskriterier användes i studien vilket innebär att resultatets överförbarhet ökar då det kan omfatta en bredare grupp av människor. Det slutgiltiga resultatet i studien kan i stort överföras till andra sjukdomar eftersom de handlar om känslor kring att få beskedet, att kunna hantera sjukdomen samt att få stöd i sin sjukdom.

Bekräftelsebarhet syftar till objektivitet, vilket innebär att resultatet avspeglar deltagarnas upplevelser. Det handlar om att datan är den information som deltagarna verkligen ger och att den inte är uppfunnen av författaren (Holloway & Wheeler, 2010, s.303). Genom processen jämfördes orginaldatan mot den analyserade datan, detta för att bibehålla samma betydelse och att inte egna tankar och värderingar avspeglas på materialet (Bengtsson, 2016). Under

analysprocessen har författarna haft en neutral utgångspunkt samt hela tiden sett till syftet. Analysen har genomförts av båda författarna och de har under analysprocessen gått tillbaka till originaldatan för att kontrollera så inte kärnan och betydelsen i de utvalda textenheterna förloras under kategoriseringstegen. Författarna har använt sig av en manifest ansats under analysarbetet, vilket innebär att analysen genomfördes textnära utan underliggande tolkning, dessutom gjordes små kategoriseringssteg för att inte förlora kvinnornas upplevelser. Detta gör att resultatet avspeglar deltagarnas beskrivna upplevelser och ökar bekräftelsebarheten.

Slutsatser

Utifrån resultatet i denna litteraturstudie kan slutsatser dras att kvinnors vardagliga liv påverkas till stor del av livmoderhalscancer. Resultatet visar att drabbas av sjukdom innebär ett lidande för kvinnorna och för att inte fastna i lidandet är det viktigt att acceptera att livet förändrats. För att kunna hantera sjukdomen och det lidande som orsakas är det viktigt att få rätt stöd. Dock upplevde många att de inte fick det stöd och den information som de behövde från sjukvården. För att sjuksköterskan ska kunna ge stöd och lindra lidandet hos den drabbade, är det viktigt med kunskap om transitionsprocessen och att veta var i processen den drabbade befinner sig. Att ge stöd och information i alla faser av sjukdomen för att kvinnor ska kunna hantera den och hitta strategier för att gå vidare. Det är viktigt att informationen är förståelig och individanpassad utifrån kvinnans perspektiv, rätt information kan minska risken för psykisk ohälsa. Därav är det viktigt att upprätthålla en bra kommunikation mellan sjuksköterska och patienten. Denna litteraturstudie kan ge en ökad förståelse för hur man kan bemöta och förstå kvinnors upplevelser och behov när de drabbats av livmoderhalscancer. Kunskap om patientens upplevelser av sjukdomar är viktig då omvårdnadsarbetet alltid utgår från patienten och dennes perspektiv. Vidare forskning om kvinnors upplevelser av att leva med livmoderhalscancer är viktigt för att öka kunskap och förståelse inom sjukvården.

Referenslista

*=Studier som ingår i analysen

*Abayomi, J., Kirwan, J., Hackett, A., & Bagnall, G. (2005). A study to investigate women's experiences of radiation enteritis following radiotherapy for cervical cancer. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 18(5), 353-363.

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Natur och Kultur: Stockholm.

*Ashing-Giwa, K., Kagawa-Singer, M., Padilla, G., Tejero, J., Hsiao, E., Chhabra, R., & Tucker, M. (2004). The impact of cervical cancer and dysplasia: A qualitative, multiethnic study. *Psycho-Oncology*, 13(10), 709-728.

*Ashing-Giwa, K. T., Padilla, G. V., Bohorquez, D. E., Tejero, J. S., Garcia, M., & Meyers, E. A. (2006). Survivorship: A qualitative investigation of Latinas diagnosed with cervical cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 24(4), 53-88.

Bartoces, M., Severson, R., Rusin, B., Schwartz, K., Ruterbusch, J., & Neale, A. (2009). Quality of life and self-esteem of long-term survivors of invasive and noninvasive cervical cancer. *Journal of Women's Health (15409996)*, 18(5), 655-661. doi:10.1089/jwh.2008.0959

Bedford, S. (2009). Cervical cancer: Physiology, risk factors, vaccination and treatment. *British Journal of Nursing*, 18(2), 80-84.

Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*, 2, 8-14.

Campion-Smith, C., Doyle, N., & Henry, R. (2014). Understanding the practice nurse's role in the cancer care tapestry. *Practice Nursing*, 25(7), 324-328.

Cancerfonden (2015) *Livmoderhalscancer*, hämtad 12/10 2016 från Cancerfonden,

<https://www.cancerfonden.se/om-cancer/livmoderhalscancer>

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

*Ding, Y., Hu, Y., & Hallberg, I. R. (2015). Chinese women living with cervical cancer in the first 3 months after diagnosis: A qualitative study. *Cancer nursing*, 38(1), 71-80.

Friberg, F. (Red.). (2012). *Dags för uppsats. Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Grandahl, M., Tydén, T., Gottvall, M., Westerling, R., & Oscarsson, M. (2015). Immigrant women's experiences and views on the prevention of cervical cancer: A qualitative study. *Health Expectations*, 18(3), 344-354. doi:10.1111/hex.12034

Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing and healthcare*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell

Hong, J., Wei, Z., & Wang, W. (2015). Preoperative psychological distress, coping and quality of life in Chinese patients with newly diagnosed gastric cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17/18), 2439-2447. doi:10.1111/jocn.12816

*Hounsgaard, L., Augustussen, M., Møller, H., Bradley, S. K., & Møller, S. (2013). Women's perspectives on illness when being screened for cervical cancer. *International Journal of Circumpolar Health*, 72.

*Juraskova, I., Butow, P., Sharpe, L., & Champion, M. (2007). 'What does it mean?' Uncertainty, trust and communication following treatment for pre-cancerous cervical abnormalities. *Psycho-Oncology*, 16(6), 525-533.

Koç, Z. (2015). University students' knowledge and attitudes regarding cervical cancer, human papillomavirus, and human papillomavirus vaccines in Turkey. *Journal of American College Health, 63*(1), 13-22. doi:10.1080/07448481.2014.963107

Kralik, D. (2002). The quest for ordinariness: Transition experienced by midlife women living with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing, 39*(2), 146-154. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.02254.x

Kralik, D., Visentin, K., & Van Loon, A. (2006). Transition: A literature review. *Journal of Advanced Nursing, 55*(3), 320-329. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x

Li, C.C., Chen, M.L., Chang, T.C., Chou, H.H., & Chen, M.Y. (2015). Social support buffers the effect of self-esteem on quality of life of early-stage cervical cancer survivors in Taiwan. *European Journal of Oncology Nursing, 19*(5), 486-494.

McCaughan, E., McKenna, S., McSorley, O., & Parahoo, K. (2015). The experience and perceptions of men with prostate cancer and their partners of the CONNECT psychosocial intervention: A qualitative exploration. *Journal of Advanced Nursing, 71*(8), 1871-1882. doi:10.1111/jan.12648

*Maree, J., Mosalo, A., & Wright, S. (2013). 'It depends on how the relationship was before you became ill': Black South African women's experiences of life partner support through the trajectory of cervical cancer. *European Journal of Cancer Care, 22*(4), 459-467. doi:10.1111/ecc.12051

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science, 23*(1), 12-28.

Middleton, R. J. (2014). Meeting the psychological care needs of patients with cancer. *Nursing Standard, 28*(21), 39-45. doi:10.7748/ns2014.01.28.21.39.e8149

Moudatsou, M. M., Kritsotakis, G., Alegakis, A. K., Koutis, A., & Philalithis, A. E. (2014). Social capital and adherence to cervical and breast cancer screening guidelines: A cross-sectional study in rural Crete. *Health & Social Care in The Community*, 22(4), 395-404.

doi:10.1111/hsc.12096

Najafi Ghezeljeh, T., Yadavar Nikraves, M., & Emami, A. (2014). Coronary heart disease patients transitioning to a normal life: Perspectives and stages identified through a grounded theory approach. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3/4), 571-585. doi:10.1111/jocn.12272

SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. 2 uppl. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014.

Schwartz, S. (2009). Young cervical cancer patients and fertility. *In Seminars in Oncology Nursing* (Vol. 25, No. 4, pp. 259-267). WB Saunders.

Shakeri, J., Kamangar, M., Ebrahimi, E., Aznab, M., Shakeri, H., & Arman, F. (2015). Association of coping styles with quality of life in cancer patients. *Indian Journal of Palliative Care*, 21(3), 298-304. doi:10.4103/0973-1075.164890

Taylor, C., Richardson, A., & Cowley, S. (2011). Surviving cancer treatment: An investigation of the experience of fear about, and monitoring for, recurrence in patients following treatment for colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(3), 243-249

Uskul, A. K., & Hynie, M. (2014). The role of self-aspects in emotions elicited by threats to physical health. *Psychology & Health*, 29(2), 199-217. doi:10.1080/08870446.2013.843683

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Zamanzadeh, V., Rassouli, M., Abbaszadeh, A., Nikanfar, A., Alavi-Majd, H., & Ghahramanian, A. (2014). Factors influencing communication between the patients with cancer and their nurses in oncology wards. *Indian Journal of Palliative Care*, 20(1), 12-20. doi:10.4103/0973-1075.125549

*Zeng, Y. C., Li, D., & Loke, A. Y. (2011). Life after cervical cancer: Quality of life among Chinese women. *Nursing & Health Sciences*, 13(3), 296-302. doi:10.1111/j.1442-2018.2011.00616.x