



LIVSKVALITET VID LIVMODERHALSCANCER

Hur kan sjuksköterskan stödja kvinnor vid cytostatikabehandling?

QUALITY OF LIFE DURING CERVICAL CANCER

How can nurses support women during chemotherapy?

Examinationsdatum: 150115

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Kurs: K42

Författare: Piritta Formisto

Författare: Johanna Lundin

Handledare: Louise Eulau

Examinator: Inger Wallin Lundell

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Livmoderhalscancer är den näst vanligaste cancerformen hos kvinnor globalt sett. I Sverige insjuknar cirka 450 kvinnor årligen i livmoderhalscancer varav cirka 150 dör till följd av sjukdomen. Humant Papillomvirus (HPV) är den främsta orsaken till utvecklingen av livmoderhalscancer. Cytostatika används som en behandlingsmetod som syftar till att skada tumören och eventuellt göra den känsligare för en eventuell strålbehandling. Att genomgå cytostatikabehandling för livmoderhalscancer är en krävande period.

Syfte

Att belysa hur sjuksköterskan kan ge stöd för kvinnors upplevelse av en god livskvalitet när de genomgår cytostatikabehandling mot livmoderhalscancer.

Metod

Studien består av en litteraturoversikt med sökningar gjorda i databaserna PubMed och Cinahl. Sökningarna gjordes med hjälp av MeSH-termer och Cinahl Headings, men även via fritext. Slutgiltigen valdes 17 vetenskapliga artiklar ut till resultatet som har kvalitetsgranskats utifrån Sophiahemmet bedömningsunderlag. Artiklarna har även granskats etiskt.

Resultat

Information, stöd, undervisning och rådgivning är betydande delar för sjuksköterskan att ta hänsyn till vid cytostatikabehandling. Kvinnorna behöver information kring biverkningar, hanteringen av dessa, råd kring sexuella konsekvenser och stöd för upprätthållande av livskvaliteten. Sjuksköterskan bör inneha kunskap kring cytostatikabehandling och omvårdnadsbehov för att stödja kvinnorna till bästa möjliga livskvalitet.

Slutsats

Sjuksköterskan behöver utgå från patientens syn på livskvalitet och erbjuda stöd när det behövs. Det finns olika faktorer att ta hänsyn till, bland annat fysiska, psykiska och sociala. Personcentrerad omvårdnad är av grund för att den cancersjuka ska uppnå bästa möjliga livskvalitet.

Nyckelord: Livmoderhalscancer, livskvalitet, cytostatikabehandling, personcentrerad omvårdnad, gynekologisk cancer

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
BAKGRUND	1
Gynekologi	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Cancer.....	1
Livmoderhalscancer	1
Vaccination.....	2
Symtom	3
Diagnostik	3
Prognos.....	4
Behandling	4
Livskvalitet.....	6
Problemformulering	8
SYFTE	8
METOD	8
Val av Metod.....	8
Inklusionskriterier	8
Exklusionskriterier	9
Genomförande.....	9
Dataanalys	9
Tillförlitlighet	11
Forskningsetiska överväganden	11
RESULTAT	12
Information och stöd	12
Vägledning och stöd vid sexuellt relaterade biverkningar	14
Vägledning och stöd vid de vanligaste biverkningarna	13
DISKUSSION	15
Resultatdiskussion.....	15
Metoddiskussion.....	18
Slutsats	20
Fortsatta studier	20
Klinisk relevans.....	21
REFERENSER	22
ORDLISTA	
BILAGA A-C	

INTRODUKTION

Varje år drabbas cirka 55 000 svenskar av cancer enligt Cancerfonden (2014). Idag beräknar man att 60 procent av de patienter som får en tumör botas i länder där det finns god sjukvård och (Talbäck, Hakulinen & Stenbeck, 2008). Omvårdnaden vid cancer är mycket viktig för att ge stöd till en patient. Genom att sjuksköterskan tar reda på patientens livshistoria, upplevelser av sjukdomen samt sjukdomens innebörd och konsekvenser, både kroppsligt, känslomässigt och socialt kan detta lättare uppnås (Reitan, 2003).

För många kvinnor kan cancer i könsorganen upplevas som genant och obehagligt. Många väntar därför in i det sista med att uppsöka läkare. Det är en intim del av kroppen som knyter an till sexuallivet. För att kunna ge god omvårdnad måste sjuksköterskan ha insikt och kunskap om sjukdomens förlopp (Reitan, 2003). Vi vill öka sjuksköterskans kompetens och kunskap om upprätthållandet av livskvaliteten hos kvinnor som lider av livmoderhalscancer och som behandlas med cytostatika.

BAKGRUND

Cancer

Varje minut byts miljontals celler ut i en vuxen kropp. Utbyte mellan gamla och nya celler sker konstant i vävnaderna. I en frisk vävnad sker detta kontrollerat och balanserat. Processen som innebär att celler bryts ned, elimineras och ersätts med nya kallas apoptos och styrs i normala fall av cellens DNA-molekyl (deoxiribonukleinsyra). I vanliga fall ska en förändring i arvsmassan i en frisk cell kunna reparera detta själv. Lyckas inte detta kommer apoptos ske och cellen elimineras. Kan inte cellen reparera DNA-förändringen, och inte heller genomgå apoptos, kommer cellen ha en fortsatt förändrad arvs massa. Detta kan ge upphov till genförändring i DNA:t och senare en orsak till cancerutveckling (Ericson & Ericson, 2012).

Vid normal celledelning (mitos) styrs detta av speciella signalöverföringsproteiner, rasproteiner. Aktiveringen av rasproteiner kan komma både externt och internt. Rasproteinerna kan förändras och få så kallad onkogen aktivitet vilket innebär att cellerna frigörs från det normala delningssystemet och ökar delningshastigheten. Utvecklas cellerna för snabbt och okontrollerat kan detta resultera i utvecklandet av en tumör. En tumörtillväxt kan vara benign eller malign (Ericson & Ericson, 2012).

Utvecklingen av en cancertumör kan ta upp till 20 år (Lorentsen Bruun & Grov, 2011). Enligt rapport från Cancerfonden (2014) drabbas cirka 55 000 människor i Sverige av cancer varje år. De vanligaste sorterna av cancer är prostatacancer hos män och bröstcancer hos kvinnor. Drygt tre fjärdedelar av dem som får cancer är över 55 år (Lorentsen Bruun & Grov, 2011).

Livmoderhalscancer

Livmoderhalscancer tillhör inte Sveriges vanligaste cancerformer men är likväl den näst vanligaste cancertypen hos kvinnor upp till 65 år globalt sett (Scatchard, Forrest, Flubacher, Cornes & Williams, 2012). Antalet kvinnor i Sverige som drabbas av livmoderhalscancer årligen är ungefär 420 varav ungefär 150 kvinnor dör till följd av sjukdomen (Folkhälsomyndigheten, 2013), vilket motsvarar en dödlighet på cirka 36

procent. Tack vare att cellprov erbjuds till alla kvinnor från 23 års ålder upptäcks eventuella förändringar i livmoderhalsen snabbt och åtgärder kan sättas in (Ericson & Ericson, 2012). Enligt Folkhälsomyndigheten (2013) drabbas cirka 20 000 kvinnor av cellförändringar varje år varav cirka 8 000 får beskedet att det krävs någon sorts behandling. Normalt sett går cellförändringarna över av sig själva, men om det behövs någon behandling tas förändringarna bort genom en mindre operation på en gynekologmottagning (Folkhälsomyndigheten, 2013).

Humant Papillomvirus

Den främsta orsaken till livmoderhalscancer är humant papillomvirus (HPV) (Sykes et al., 2014). HPV finns i mer än 100 olika varianter och endast 15 har etablerats som onkoga, framförallt HPV typ 16 och 18 som orsakar 70 procent av alla livmoderhalscancerfall (Sykes et al., 2014). HPV typ 6 och 11 orsakar könsvårtor men är ofarliga (Danielewski, Garland, McCloskey, Hillman & Tabrizi, 2013). Forskning visar att HPV vanligen överförs via samlag, men kan överföras vid annan intim kontakt som oralt-genitalt. Viruset kan också överföras mellan mor och barn under graviditet men detta är ytterst ovanligt (Markowitz et al., 2014). Enligt Sykes et al. (2014) har det visat sig att kvinnor under 30 år är mer benägna att bära på HPV typ 16, medan kvinnor i åldrarna 30-39 var mer benägna att vara bärare av övriga HPV typer. Hos de allra flesta läker infektionen av sig själv inom två till tre år och inga spår utöver en immunitet mot viruset blir kvar. Prevalensen avtar därmed med stigande ålder. En del får dock en kronisk infektion av viruset och infektion av onkoga HPV är en förutsättning för cancerutvecklingen (Kristensen, 2003).

Risk- och skyddsfaktorer för utvecklingen av livmoderhalscancer

Livsstilen spelar roll för utvecklingen av cellförändringar i livmoderhalsen. Riskfaktorer som pekats ut är bland annat tidig sexualdebut, multipla partners, mångårigt bruk av preventivpiller (p-piller), barnafödande och rökning. Diskussioner finns även kring huruvida frånvaro av vissa faktorer kan ha betydelse för uppkomsten. Det kan exempelvis handla om kosten, såsom vilket skydd C- och E-vitamin ger mot cancer. Det man däremot har sett är att betakaroten erbjuder ett visst skydd. En annan skyddande faktor är olika metoder för att skydda slemhinnor vid sexuellt umgänge, det vill säga användandet av kondom, slickklapp eller femidom. I nuläget finns inga klara belägg för att en arvetärfärm av livmoderhalscancer finns (Sorbe, 2013).

Vaccination

För att förebygga livmoderhalscancer finns vaccination mot HPV-viruset. Det finns två olika vacciner som skyddar mot de olika HPV-typerna. Ett vaccin som ger skydd mot HPV-16 samt -18 (bivalent) och ett vilket är effektivt mot HPV typ -6, -11, -16 och -18 (quadrivalent). Cervarix ® är ett bivalent vaccin och Gardasil ® är ett quadrivalent vaccin, och dessa är de vanligaste vaccinen som används i västvärlden. De kortsiktiga resultaten visar god effekt mot livmoderhalscancer, cellförändringar och till och med genitala vårtor i de fall där Gardasil ® använts (Alsbeih, 2014). I Sverige har Socialstyrelsen sedan 2010 beslutat att alla flickor i årskurs fem och sex ska erbjudas gratis vaccination (Socialstyrelsen, 2014).

För att få maximalt skydd mot HPV-viruset bör vaccinationen göras innan risk för att bli exponerad för viruset, det vill säga innan sexualdebuten. På grund av detta koncentreras insatserna till vaccination på flickor i åldern 12-16, men även om man haft sexuellt umgänge är det bra att vaccinera sig. Skyddet från vaccination minskar ju äldre kvinnan är

vid första dos av vaccinet, vilket beror på sannolik ökning av större sexuell erfarenhet och därmed större risk för att smittas av HPV-viruset. Vaccinet kan ges redan från nio års ålder (Markowitz et al., 2014).

Symtom

Symtom kan beskrivas vara den subjektiva upplevelsen personen har i samband med ohälsa (Ekman, 2014). Symtomen för livmoderhalscancer visar sig olika beroende på var i livmoderhalsen canceren är lokaliserad. Initialt ger canceren inga symtom, alternativt är mycket vaga. Oregelbundna menstruationsblödningar samt blödning i samband med samlag är den vanligaste orsaken till att en kvinna söker läkarvård. Ibland kan dock vaginala flytningar med blodtillblandning vara det första symtomet. Andra symtom kan vara symtom från urinvägar eller tarm, viktnedgång, aptitlöshet, trötthet, smärtor och anemi (Högberg, Sorbe & Åvall-Lundqvist, 2008).

Diagnostik

Det finns olika diagnostiska metoder för att upptäcka livmoderhalscancer. Vaginalt cellprov (Pap-smear) görs för att upptäcka förstadier till livmoderhalscancer, vidare kan man även göra kolposkopi och biopsi vid utredning av förändringar. Flytningar och blödningar är vanliga symtom vid livmoderhalscancer och ska beaktas vid diagnostiseringen. HPV-screening är en förebyggande åtgärd mot livmoderhalscancer och i Sverige har det funnits gynekologisk hälsokontroll sedan 1960-talet. Idag undersöks kvinnor mellan 23-60 år med ett intervall på tre till fem år. Genom att ha ett screeningprogram i Sverige har mortaliteten minskat drastiskt då man upptäcker cellförändringar i ett tidigt stadium (Sorbe, 2013).

Cellprov och HPV-screening är de två olika test som finns för att finna förstadier till livmoderhalscancer. Cellprovet tas på livmodertappen och identifierar symtomlösa förändringar i livmoderhalsen. Cellprovet går ut på att lösa celler från livmoderhalsen samlas upp för att undersökas i ett mikroskop (Cancerfonden, 2013). Flera studier pekar dock på att cellprov inte har lika hög sensitivitet som HPV-screeningen. Skillnaden är nästan 50 procent. Sensitiviteten på testet är dessutom större hos äldre kvinnor (Lee, Vigliotti, Vigliotti & Jones, 2014; Olovsson et al., 2013). Kvinnor som har lätta cellförändringar blir ofta kallade till ett nytt cellprov inom tre till sex månader. Eventuella cellförändringar avlägsnas genom ett mindre kirurgiskt ingrepp (konisering). Kvinnor som uppvisar cellförändringar kan även kontrolleras inom tre till sex månader för att fastställa om HPV-infektionen är kvarstående eller inte (Olovsson et al., 2013).

Livmoderhalscancer består av fyra olika stadier.

Tabell I *Stadieindelning vid livmoderhalscancer* (Tropé & Onsrud, 2010).

Stadium 1	Tumören är endast begränsad till livmoderhalsen.
Stadium 2	Tumören växer över till vagina eller till parametrium.
Stadium 3	Tumören är fixerad vid bäckenväggen eller nedre delen av vaginan.
Stadium 4	Tumören sprider sig till urinblåsan samt rektum samt sprider sig utanför lilla bäckenet.

Prognos

Beroende på vilket stadium canceren är i påverkas prognosen, men den kan ändå sägas vara mycket god. Livmoderhalscancer oberoende av stadie visar en femårsöverlevnad på 70 procent. Cellförändringar efter behandling kan ske men dessa fångas i regel upp vid efterkontrollerna. Risken att insjukna igen är mycket låg. Uppföljningen av canceren brukar pågå i några års tid (Talbäck et al., 2008).

Behandling

Valet av behandling beror på vilken typ av tumör patienten har och dess spridning. Behandlingen kan bestå av kirurgi, radioaktiv strålning och cytostatika och ofta kombineras alla tre. I ett tidigt stadium av canceren utför man ett kirurgiskt ingrepp där risken för komplikationer är relativt liten. Vid senare stadium kan strålterapi med efterföljande kirurgisk behandling bli aktuellt. Cytostatika används främst för att reducera tumörens omfattning (Lorentsen Bruun & Grov, 2011).

Cytostatikabehandling

En av behandlingarna vid livmoderhalscancer är cytostatikabehandling, även kallat kemoterapi. Cytostatika är en grupp läkemedel och det beräknas att cirka tio procent av cancerfallen kan behandlas enbart med cytostatikabehandling. Cytostatikans uppgift är att skada tumören genom att hämma mitosfasen i en celledelning vilket gör den mest effektiv på tumörer som är snabbväxande. Vid behandling med cytostatika kombineras ofta olika typer till en så kallad cytostatikakur som ges över ett antal behandlingstillfällen. Behandlingen kan antingen ges intravenöst eller som tabletter (Lorentsen Bruun & Grov, 2011).

Jämfört med andra behandlingar orsakar cytostatikabehandlingen mindre skada på inre organ. I regel används cytostatika vid återkommande livmoderhalscancer eller som extrabehandling för att öka känsligheten för annan behandling. Även om man inte har kunnat se att femårsöverlevnaden är bättre med cytostatikabehandling jämfört med strålbehandling, har man ändå kunnat påvisa att behandlingsmetoden är effektivare bland yngre åldrar och de som är i ett tidigt stadium av canceren (Shuang et al., 2013).

En behandlingsperiod med cytostatika kan vara allt från några veckor till några månader och en cytostatikabehandling kan ha olika mål. En behandling med kurativt mål har som syfte att användas när det utgår att bota canceren med enbart cytostatika eller i kombination med kirurgi eller strålbehandling. Det är en intensiv behandling och ger ofta många biverkningar. Palliativ cytostatikabehandling används när målet är att förlänga livet, uppnå lindring samt förbättra livskvaliteten. Det är viktigt att väga fördelarna mot nackdelarna kring livsuppehållande behandling med patienten för att sätta patientens livskvalitet och önskemål i centrum. Den sista behandlingsformen med cytostatika är adjuvant kemoterapi, vilken används som ett tillägg till den primära behandlingen om det finns risk för kvarvarande sjukdom. Det är en behandlingsform som har ökat mycket under de senaste åren (Lorentsen Bruun & Grov, 2011).

Biverkningar vid cytostatikabehandling

Till de vanligast förekommande biverkningarna hör illamående, kräkningar och trötthet, så kallad fatigue (Andersson & Hacker, 2008). Håravfall cirka tre veckor efter avslutad behandling är också vanligt. Behandling med cytostatika påverkar flera av kroppens funktioner då cytostatikan inte enbart riktar in sig på cancercellerna, utan även på kroppens

normala celler. Främst handlar det om celler som delar sig snabbt, exempelvis de som finns i benmärgen, slemhinnor, huden, hårsäckarna och äggstockarna. Anemi, leukopeni och trombocytopeni kan uppstå efter påverkan på benmärgen (Lorentsen Bruun & Grov, 2011).

Feber brukar även förekomma och en del upplever domningar i fingrar och tår. En del cytostatika kan påverka hjärnan, men det har inte påvisats till vilken grad minnet och koncentrationsförmågan påverkas. Kvinnor i fertil ålder kan få menstruationsrubbingar och hamna i klimakteriet något tidigare. Utslag, färgförändringar och nagelpåverkan kan komma som en reaktion på huden. Biverkningarna varierar beroende på vilken sort och dosering av cytostatikan. De kan dessutom delas in i akuta eller sena biverkningar; en del är enbart begränsade till behandlingen medan andra kan uppstå flera månader efter avslutad behandling (Lorentsen Bruun & Grov, 2011).

Illamående och kräkningar

De vanligaste och mest påfrestande biverkningarna är illamående och kräkningar som påverkar personen fysiskt, psykiskt, socialt och emotionellt. Det är inte bara obehagligt utan kan även leda till uttorkning, viktnedgång, störad följsamhet av cytostatikabehandling och har en negativ påverkan på livskvaliteten (Caple & Boling, 2014). Illamående kan klassificeras in i tre olika kategorier: akut illamående, fördröjt illamående och förväntat illamående. Akut illamående uppstår senast 24 timmar efter avslutad cytostatikakur, fördröjt illamående uppstår efter 48-72 timmar och förväntat illamående brukar uppkomma före eller i samband med cytostatikabehandling hos patienter som tidigare fått cytostatika (Lorentsen Bruun & Grov, 2011).

Middleton och Lennan (2011) beskriver att sjuksköterskan tidigt bör identifiera riskfaktorer för kvinnan att drabbas av cytostatikainducerat illamående och kräkningar. Riskfaktorer för att utveckla illamående och kräkningar är dålig antiemetisk kontroll vid tidigare behandling, kvinnor under 50 år, tidigare historia med åksjuka och graviditetsinducerat illamående, vilken sorts cytostatika som ges och i vilken mängd samt psykologiska aspekter (Sjövall, 2011). Studien av Middleton och Lennan (2011) visade att även patienter som har en hög grad av oro innan och under behandling har en större tendens att utveckla illamående och kräkningar i samband med cytostatikabehandling (Middleton och Lennan, 2011).

Fatigue

Även fatigue är en av de vanligaste biverkningarna från cytostatika och förmodas drabba 70 -100 procent av personer med cancer. Det innebär extrem trötthet och karakteriseras av att den är svår att vila bort. Fatigue är mer än bara vanlig trötthet då den påverkar det allmogliga livet stort då fatigue ofta innebär total utmattning och kraftlöshet (Price, 2014). Den extrema trötthet som fatigue innebär kan få konsekvenser för patientens sociala och ekonomiska situation eftersom den påverkar hela människan fysiskt, psykiskt och socialt. Fatigue kan kvarstå från flera månader upp till år efter att behandlingen är avslutad (Cramp & Byron-Daniel, 2012).

Trots att fatigue är vanligt vid cancerbehandling är etiologin bakom relativt okänd. Några av orsakerna bakom fatigue tros vara tumören i sig, cancerbehandlingen, nedsatt nutritionsstatus vilket leder till minskad ork, psykologiska orsaker som ångest och depression och nedsatt fysisk aktivitet. Orsaken till fatigue kan påverkas av vilken fas sjukdomen befinner sig i samt vilken behandling som har getts (Cramp & Byron-Daniel, 2012).

Sexualitetens och fertilitetens påverkan vid cytostatikabehandling

Vid behandling med cytostatika påverkas slemhinnorna på så sätt att de blir irriterade. Infektionsförsvaret i vaginan kan bli nedsatt och detta kan medföra genitala herpes- och svampinfektioner med klåda, flytningar och dyspareuni som bieffekter (Bergmark, Åvall Lundqvist & Steineck, 2000). Studier har visat att kvinnans kroppsuppfattning ofta förändras vid cytostatikabehandling och det är vanligt att sexuella problem uppstår då kvinnan ofta får minskad lust på grund av detta (Akkuzu & Ayhan, 2013; Bergmark et al., 2000). Minskat sexuellt intresse kan uppstå av de förändringar som ofta sker i slidan; slemhinnorna blir torra, kvinnan kan få ont vid samlag, orgasmer kan utebli och kvinnan kan känna en minskad sexuell attraktivitet överlag. Hur mycket den sexuella aspekten påverkas vid behandling är individuell och påverkas ofta av kvinnans självuppfattning innan cancerdiagnosen, såsom relationer, ålder, tidigare erfarenheter, könsroll och barnönskan. Andra biverkningar som kan påverka den sexuella lusten är trötthet, illamående, kräkningar och sömnlöshet (Akkuzu & Ayhan, 2013).

Majoriteten av de som drabbas av livmoderhalscancer har passerat barnafödande ålder men även yngre kvinnor som ännu inte fått barn kan drabbas. Hur väl äggstockarna kan hantera en cytostatikabehandling beror mycket på vilken sorts cytostatika som används, dosen och kvinnans ålder. Ju äldre kvinnan är, desto högre är risken för skada på äggstockarna och permanent infertilitet (Chhabra & Kutchi, 2013). Bland de behandlingar som finns har cytostatikabehandling trots allt visat sig vara ett lämpligare val till kvinnor som önskar ha kvar sin reproduktionsförmåga. Andra behandlingsmetoder kan ha fler biverkningar i form av ökade klimakteriebesvär och större inverkan på reproduktionsorganen (Shuang et al., 2013).

Livskvalitet

Livskvalitet är ett omfattande begrepp som enligt World Health Organization (WHO) definieras som individens egen uppfattning om sin ställning i livet och, som påverkas till individens mål, förväntningar, normer och intressen. Livskvaliteten kan även påverkas av personens fysiska och psykiska hälsa, sociala relationer, graden av självständighet, personliga åsikter och den omgivande miljön (WHO, 1997).

Begreppet livskvalitet har en positiv association och något att tänka på hos svårt sjuka människor. En förbättrad livskvalitet kan få en svårt sjuk människa att fokusera på annat än just sin sjukdom och istället flytta uppmärksamheten till möjligheterna samt resurserna som finns. Det finns olika definitioner av livskvalitet men de alla har gemensamt att fokus ligger på individens känslor och känsla av tillfredsställelse och begreppet är alltid subjektivt och flerdimensionellt. Ord och begrepp som samhörighet, tillfredsställelse, självkänsla och trygghet uppkommer ofta i beskrivningarna av livskvalitet (Rustøn, 2003).

Livskvalitet har en stor betydelse och ett stort fokus inom cancervården. Alla hanterar sjukdom och kriser på olika sätt och kan ge upphov till helt olika reaktioner beroende på just erfarenheter, fysisk och psykisk hälsa, och personliga åsikter. Sjuksköterskan spelar en viktig roll för att stödja den cancersjuka till ökad livskvalitet och lära kvinnan vad hon själv kan göra för att förbättra denna (Rustøn, 2003).

För att vården ska ge så god upplevd livskvalitet som möjligt är det av vikt att vården är personcentrerad. Sjuksköterskan bör ta hänsyn till individens förväntningar och särskilda

behov, något som enligt WHO (1997) kan påverka upplevelsen av livskvalitet. Därför bör även vanor och önskemål tillgodoses i den mån det är möjligt hos kvinnan. Det är även betydelsefullt att beakta kvinnans resurser, vilja och behov att må så bra som möjligt trots sin sjukdom. För sjuksköterskan är det viktigt att komma ihåg att vad som är livskvalitet för en inte behöver innebära livskvalitet för en annan vilket utgör grunden till personcentrerad omvårdnad och huruvida vården ger en god upplevd livskvalitet (Wijk, 2010).

Personcentrerad omvårdnad

Personcentrerad omvårdnad handlar om att behandla människor som individer, respektera deras rättigheter samt bygga upp ett ömsesidigt förtroende och förståelse mellan patienten och sjuksköterskan. Detta kan uppnås genom att sjuksköterskan bland annat jobbar med patientens tro och värderingar, har en sympatisk inställning, ser till patientens fysiska behov och tar beslut gällande behandlingen tillsammans med patienten. Sjuksköterskan ska därmed se patienten som en jämlike (McCormack, Karlsson, Dewing & Lerdal, 2010). Detta kan kopplas samman med WHO:s (1997) definition av livskvalitet där det står beskrivet att livskvalitet är något som kan påverkas av individens åsikter och upplevelser och därför är livskvalitet viktigt för sjuksköterskan att ta hänsyn till vid personcentrerad omvårdnad. Den personcentrerade vården syftar till att patienten känner sig tillfredställd med vården och känner välbefinnande (McCormack et al. 2010).

Sjuksköterskan får en betydelsefull roll i att stödja kvinnorna att finna sina egna resurser under sjukdomstiden. Att få sin cancerdiagnos leder initialt till chock, tvivel och någon form av sorgprocess för kvinnorna. Det kan ta lång tid att acceptera sin sjukdom och sjuksköterskans roll blir här mycket viktig. Det sjuksköterskan kan göra för att stödja kvinnor i denna situation är att inge hopp, lyssna, vara närvarande, stötta och finnas där för att svara på de frågor som kvinnan kan tänkas ha kring sin kropp (Jerpseth, 2011). Enligt omvårdnadsteoretikerna Benner och Wrubel kan detta ske genom att sjuksköterskan i samråd med patienten hanterar olika sjukdomsrelaterade situationer som underlättar vid en stressfylld tillvaro. Sjuksköterskan kan stödja patienten till att skapa mening i sin situation genom att exempelvis medverka i tolkandet av olika aspekter av en situation, som betydelsen av främmande och obegripliga symtom, innebörden av olika undersöknings- och behandlingsprocedurer, förväntad prognos och så vidare. Hopp kan, enligt Benner och Wrubel, framkallas genom att locka fram de sociala, emotionella och andliga resurser som personen innehar (Benner & Wrubel, 1989, refererat i Kirkevold, 2000).

Det finns värderingar som är viktiga för vårdpersonalen och för den sjuke som vården bör utgå från. Dessa utgår från att den sjuke blir behandlad som en människa och inte som en patient. Vården måste vara personcentrerad och ta hänsyn till patientens välbefinnande, känslor och intressen. När en person drabbas av cancer är det en livsomvälvande och stor process som drabbar personen fysiskt, psykiskt och emotionellt. Känslor som meningslöshet och misslyckande kan uppstå, vilket ökar vikten av att sjukvårdspersonal erbjuder stöd när den drabbade känner sig ledsen, i behov av att prata med någon eller tappa kontrollen (Grisales-Naranjo & Arias-Valencia, 2013).

Ångest har enligt Garcia (2014) visat sig vara vanligt förekommande hos patienter som ska få sin första cytostatikakur. För att lindra ångesten är det viktigt att sjuksköterskan informerar och utbildar om biverkningarna. För att utbildningen ska vara som mest effektivt bör den genomföras innan kvinnan får sin första cytostatikakur i en lugn och tyst miljö där kvinnan känner sig trygg och komfortabel. Enligt samma studie visade det sig att patienter som fått information innan sin första behandling blev mindre ångestfyllda och

löpte en mindre risk att utveckla depression. Studien visade även att patienter som inte var deprimerade eller ångestfyllda lättare kunde hantera sina fysiska biverkningar, som illamående och fatigue, från cytostatikan.

Det sjukvården dessutom bör ta hänsyn till är att kvinnor som genomgått behandling för sin cancer fortfarande upplever psykologiska och sociala konsekvenser även efter att behandlingen är avslutad. Fortsatt stöd och samtal bör därför även erbjudas till dem (Klee, Thranov & Machin, 2000).

Problemformulering

Livmoderhalscancer är den näst vanligaste cancerformen hos kvinnor globalt sett (Scatchard, 2012). Sverige har ett fungerande preventionsarbete när det gäller livmoderhalscancer och därför är cancerformen relativt ovanlig (Ericson & Ericson, 2012). Trots detta bör insjuknade kvinnors behov uppmärksammas och sjuksköterskan bör veta vilket stöd dessa kvinnor behöver. För att vården ska bli individualiserad är det viktigt att sjuksköterskan har ett personcentrerat förhållningssätt. Sjuksköterskan får en betydande roll att stödja dessa kvinnor och behöver ha kunskap i hur kvinnan kan stödjas på bästa sätt för att uppnå en sådan god livskvalitet under sjukdomstiden och behandlingen som möjligt.

SYFTE

Att belysa hur sjuksköterskan kan ge stöd för kvinnors upplevelse av en god livskvalitet när de genomgår cytostatikabehandling mot livmoderhalscancer.

METOD

Val av Metod

Studien bestod av en litteraturöversikt. En litteraturöversikt har som syfte att ge en överblick över den forskning som redan finns och få underlag för fortsatt evidensbaserad omvårdnad genom att analysera och sammanställa valda studier (Rosén, 2012). Litteraturöversikten syftade till att sammanställa vad det fanns för vetenskapligt underlag om området livmoderhalscancer, cytostatikabehandling och omvårdnad. Metoden ansågs vara lämpligast för att besvara syftet med undersökningen då vi fann få sammanställningar inom ämnet.

Urval

Inklusionskriterier

Under artikelsökningen begränsades åldern på artiklarna till att de inte skulle vara äldre än tio år (2004-2014), detta för att få så aktuella forskningsresultat som möjligt. Urvalet begränsades även till artiklar skrivna på engelska. Artiklarna skulle vara etiskt granskade eller ha ett etiskt resonemang samt genomgått peer-review. De skulle även vara tillgängliga i fulltext.

Artiklarna som valdes behandlade i vissa fall inte enbart livmoderhalscancer utan även annan gynekologisk cancer. I vissa fall inkluderades artiklar som behandlade andra cancerformer, för att få en bredare bild av behandlingen, biverkningarna och åtgärderna för

förbättrad livskvalitet. Gemensamt för deltagarna i studierna är att de genomgår eller har genomgått cytostatikabehandling. Då cytostatikabehandling ibland ges som komplement till någon som genomgår strålning för cancer har artiklar som behandlar båda behandlingsformerna inkluderats då vi anser att dessa var relevanta för studien. Samtliga åldersgrupper har studerats. Artiklar valdes oberoende av kvinnornas härkomst, sexuella läggning eller stadier av livmoderhalscancer.

Exklusionskriterier

Artiklar som endast handlar om kirurgiska eller strålbehandlingar har exkluderats, då vår studie syftar till att undersöka livskvaliteten vid cytostatikabehandling.

Genomförande

Artikelsökningen till studien genomfördes under oktober-november 2014. Databaserna som användes för sökningarna var PubMed och Cinahl. Dessa databaser användes eftersom de innehåller forskning och studier kring medicin och omvårdnad (Forsberg & Wengström, 2013).

För att hitta relevanta artiklar till studien gjordes urvalsprocessen i fem olika steg. Först identifierades ämnesområdet som skulle undersökas och ett ämne till studien valdes. Inklusions- och exklusionskriterier valdes innan artiklarna söktes första gången, men har ändrats efter arbetets gång och de slutgiltiga kriterierna finns under rubrikerna inklusions- och exklusionskriterier. Sökningar gjordes därefter i olika databaser som vi fann lämpliga utifrån syftet. Dessa databaser hade inriktning medicin och omvårdnad. När sökning med de kombinerade termerna och urvalskriterierna gjorts, lästes olika antal artikeltitlar igenom beroende på antal sökträffar.

Sökningarna gjordes med sökord som valdes utifrån syftet med studien och sökorden skulle beröra områdena omvårdnad, livmoderhalscancer, gynekologisk cancer, livskvalitet, cytostatikarelaterade biverkningar och cytostatikabehandling. Sökningarna gjordes via fritext eller ämnes termer från de olika databasernas ordlista om så fanns. I PubMed användes då så kallade Medical Subject Heading (MeSH-termer) och i Cinahl användes Cinahl Headings. De olika sökorden kombinerades för att få så stort antal relevanta sökträffar som möjligt. Vilka sökord som användes i vilken databas går att se nedan i Tabell II. Artiklarna söktes efter urvalskriterierna. För att kombinera de olika termerna användes den så kallade booleska operatoren AND (Forsberg & Wengström, 2013). Termer i föreliggande studie som bedömts behöva en förklaring har valts att beskrivas i ett separat dokument, se bilaga A.

Dataanalys

De artiklar vars titel ansågs beröra studiens syfte valdes ut och dess abstrakt lästes. Om abstrakten ansågs relevanta till studien sparades artikeln för att läsas igenom vid ett senare tillfälle. Därefter lästes alla artiklar igenom av båda författarna för att se om de höll god kvalitet samt svarade mot studiens syfte. Artiklarna diskuterades sedan inbördes och en kvalitetsbedömning gjordes utifrån Sophiahemmets bedömningsunderlag (Bilaga B) för att se om de höll god kvalitet. Artiklar av kvalitetsgrad tre exkluderades. Relevanta stycken ur de godkända artiklarnas resultat och diskussion markerades och en sammanfattning skrevs på varje artikel. Slutgiltiga antalet artiklar som inkluderats i studien blev 17 stycken. Vi har

både inkluderat kvalitativa- och kvantitativa studier. Artiklar som är inkluderade i resultatet är markerade med en asterisk (*) i referenslistan.

När artiklarna slutgiltigt lästes igenom identifierades olika kategorier som artiklarna hade gemensamt. Kategorierna identifierades när minst tre artiklar hade samma genomgående huvudinnehåll. Utifrån dessa kategorier uppkom de olika rubrikerna till presentation av resultatet. De kategorier som identifierades var information och stöd vid cytostatikabehandling, vanliga biverkningar och sexuella biverkningars påverkan på livskvaliteten.

Tabell II *Tabell för sökning av artiklar*

Databas/ datum	Sökord	Begränsningar	Träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstrakt	Antal granskade artiklar	Antal valda artiklar
Cinahl 2014-10- 15	Nursing care AND chemotherapy	Full text, 2004- 2014, Peer- reviewed, engelska	56	56	10	8	2
Cinahl 2014-10- 15	(MH "Cervix Neoplasms") AND sexuality	Full text, 2004-2014, Peer reviewed, engelska	48	48	1	1	1
PubMed 2014-10- 15	Chemotherapy AND informational needs	Free full text, 10 years, engelska	4	4	1	1	1
PubMed 2014-10- 14	Chemotherapy AND cervical cancer AND patient information	Free full text, 10 years, engelska	34	34	5	1	1
Cinahl 2014-10- 11	(MH "Cervix Neoplasms") AND (MH "Information Needs")	Full text, 2004-2014, Peer reviewed, engelska	12	12	3	1	1
Cinahl 2014-10- 14	(MH "Sexuality") AND (MH "Chemotherapy, Cancer")	Full text, 2004-2014, Peer reviewed, engelska	18	18	5	1	1
PubMed 2014-10- 14	Nursing care AND chemotherapy side effects	Free Full text, 10 years, engelska	442	150	10	3	1
PubMed 2014-10- 14	Genital neoplasm AND social support	Free full text, 10 years, engelska	15	15	9	3	2

Cinahl 2014-10- 21	Side effects AND Chemotherapy	Full text, 2004- 2014, peer reviewed , engelska	298	100	15	4	1
Cinahl 2014-10- 14	(MH "Chemotherapy, Cancer") AND (MH "Oncologic Nursing")	Full text, 2004-2014, engelska, peer reviewed	227	100	14	5	1
Cinahl 2014-10- 22	Fatigue AND chemotherapy AND cancer	Full text, 2004-2014, engelska, peer reviewed	255	150	14	3	2
Cinahl 2014-11- 03	Quality of life AND fatigue	Peer reviewed, Full text, 2004- 2014, engelska	890	200	19	3	1
PubMed 2014-11- 03	Interventions AND chemotherapy induced fatigue	Free Full text, 10 years, engelska	10	10	2	2	2
Antal:			2309	897	108	36	17

Tillförlitlighet

De vetenskapliga artiklar som har använts ska tydligt redovisa hur studien har gått till. Det vill säga tydlig redovisning gällande datainsamling, dataanalys och metoddiskussion. Artiklarna till resultatet bedömdes enligt Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) (bilaga B). Resultatet av artikelgranskningen redovisas i en resultatmatris (bilaga C).

De artiklar som inkluderades i studien redovisas i en resultatmatris där de även kvalitetsbedömts för att studien ska få sådan hög tillförlitlighet som möjligt. Artiklar som bedömdes till kvalitetsgrad tre har inte inkluderats i studien då de anses ha bristande kvalitet och sänker tillförlitligheten på studien (Forsberg & Wengström, 2013).

Forskningsetiska överväganden

Under forskningsprocessen har etiska ställningstaganden tagits och författarna har inte plagierat data, förvrängt material och inte heller låtit egna åsikter genomsyra studien eller valet av artiklar. För att få tillförlitlig och en etisk godtagbar studie har referering till tidigare forskning skett på korrekt sätt för att undvika plagiering. Det har varit viktigt att de artiklar som valts ut är etiskt granskade och etiskt godkända att genomföra för att forskningen ska vara tillförlitlig (Helgesson, 2006).

En av de viktigaste punkterna inom forskning är objektiviteten och kravet på att forskningen ska vara värderingsfri (Helgesson, 2006). Vi har under föreliggande studies gång försökt att hålla oss så neutrala som möjligt men vi är medvetna om att vi kan ha en

förförståelse inom ämnet som kan ha påverkat. För att hålla oss så neutrala som möjligt läste och tolkade vi de valda artiklarna utan egna värderingar. Det är essentiellt att resultat inte undanhålls om de inte stödjer författarnas egna åsikter.

RESULTAT

Studien utgår från syftet “att belysa hur sjuksköterskan kan ge stöd för kvinnors upplevelse av en god livskvalitet när de genomgår cytostatikabehandling mot livmoderhalscancer”. Resultatet redovisas som tre huvudrubriker samt två underrubriker. Huvudrubrikerna som framkom var: information och stöd vid cytostatikabehandling, vägledning och stöd vid vanliga cytostatikarelaterade biverkningar, samt vägledning och stöd vid sexuellt relaterade biverkningar. Sammanlagt 17 artiklar har inkluderats i resultatet.

Information och stöd vid cytostatikabehandling

Studier har visat att patienter som genomgår cytostatikabehandling lättare kan hantera biverkningarna som följer om de får information om dessa innan behandlingen börjar (Chan & Ismail, 2014; Kvåle & Bondevik, 2010; Toubassi, Himmel, Winton & Nyhof-Young, 2006).

I studien av Toubassi et al. (2006) undersöktes 14 kvinnor med diagnostiserad livmoderhalscancer som genomgått cytostatikabehandling. Intervjufrågorna till kvinnorna berörde hur de upplevde informationen från sjuksköterskorna kring behandlingen och biverkningarna samt dess påverkan på livskvaliteten. Alla deltagare utom en svarade att information innan första behandlingen med cytostatika skulle ha haft stor betydelse för minskad ångest och stress. Nio kvinnor beskrev att information innan behandling skulle ha förbättrat livskvaliteten under behandlingen och 12 kvinnor sa att information innan behandlingen skulle gett dem större möjlighet till förbättrad hantering av behandlingen och dess biverkningar.

Pedersen, Kocktved och Nielsen (2012) beskriver vikten för sjuksköterskan att veta hur information ska ges till kvinnorna. Flera deltagare uttryckte att de inte visste vad de skulle göra av informationen de fick, att informationen kändes överväldigande och förvirrande. Deltagarna uttryckte att informationen hade varit lättare att hantera om den var mer strukturerad och gavs vid ett flertal tillfällen. Några deltagare ville även utbyta information med andra i en liknande situation för att känna sig tryggare och få mer kunskap om behandlingen. Deltagarna menade även att informationen skulle vara bättre om sjuksköterskorna stöttade genom individualiserad information och flera ville ha hjälp med att finna andra informationskällor.

En studie av Carpenter, Fowler, Maxwell och Andersen (2010) visade att stöd är viktigt vid långvarig sjukdom och att kvinnor med lite socialt stöd har en sämre livskvalitet under sjukdomstiden än de med mycket socialt stöd (kontakt med vänner, familjemedlemmar eller andra sociala kontakter). Kvinnorna som hade mer socialt stöd upplevde en bättre hälsa och mer energi medan kvinnorna som hade mindre socialt stöd rapporterade depressiva och oroliga. I enlighet med Carpenter et al. (2010) visade även Chan och Ismail (2014) i sin studie att de med mer socialt stöd hade en högre överlevnadsgrad. För att förbättra kvinnans livskvalitet under tiden för behandling kan sjuksköterskan enligt studien se till att kvinnan har socialt stöd att tillgå när så behövs (Chan & Ismail, 2014).

Enligt Pedersen et al. (2012) är det viktigt att relationen mellan kvinnan och sjuksköterskan

bygger på empati, respekt, lyssnande, närvaro, stöd och utveckling. Sjuksköterskan kan enligt studien ha en ömsesidig relation med kvinnan genom att utgå från hennes tankar och attityder för att inge trygghet och öka känslan av en god livskvalitet. Det visade sig i studien att kvinnorna upplevde en brist på en kontinuerlig vård och för att undvika detta behövde de uppmärksammas ordentligt och få individuellt stöd. Deltagarna i studien berättade att de uppskattade om sjuksköterskan kallade dem vid förnamn samt frågade hur de mätte när de var inne för sin cytostatikabehandling. De menade även att det var viktigt att deras egna resurser, behov och önskningar togs i beaktning och att de hade en nära relation med sjuksköterskan. En deltagare uttryckte "människor är olika och ska behandlas på olika sätt" (Pedersen et al. 2012).

Vägledning och stöd vid vanliga cytostatikarelaterade biverkningar

En studie av Mitchell (2007) visade att den högsta önskan bland personer med cancer var att återgå till det normala livet eller åtminstone bevara den grad av normalitet som fortfarande var närvarande. Behovet av att återta kontrollen och få balans, stadga och stabilitet i tillvaron var avgörande vid förhöjd livskvalitet. En studie av Jorge och da Silva (2010) diskuterar att livskvaliteten påverkas av fysiska faktorer, men även av psykiska, sociala och miljörelaterade aspekter. Studien uppmätte livskvaliteten hos kvinnor med gynekologisk cancer utifrån dessa fyra olika aspekter. De fysiska och psykiska aspekterna var de som hade störst inverkan på livskvaliteten. Biverkningarna från cytostatikabehandlingen gjorde att den fysiska aspekten blev jobbigast för kvinnorna, följt av det psykiska som ett resultat av bland annat förändrade rutiner inom familjen, förändring av framtida planer eller att karriären riskerade att påverkas (Jorge & da Silva, 2010). Enligt studien av Mitchell (2007) är det viktigt att kvinnan lär sig hantera biverkningarna för att kunna återgå till det normala livet.

Illamående och kräkningar

En studie visade på att om kvinnan inte kan hantera sitt illamående kan livskvaliteten påverkas och göra henne motvillig till att fortsätta behandlingen på grund av rädslan för biverkningarna. För att lära kvinnan att hantera biverkningarna anser studien att det är viktigt att sjuksköterskan uppmuntrar till metoder och strategier för självbehandling och lära henne att själv känna efter vad som fungerar (Davidson et al., 2012).

Genom att förebygga, hantera och behandla illamående och kräkningar menar Davidson et al. (2012) att stressen som kan komma som ett symptom av detta minskar. Välbefinnandet och livskvaliteten främjas för både kvinnan och hennes familj. Förutom antiemetikum finns behandlingsmetoder som har visat sig ha god effekt och som kan utföras av sjuksköterskor. Dessa kan vara akupunktur, akupressur, musikterapi, muskelavslappning samt att ge stöd och information (Davidson et al., 2012).

Kostintaget under cytostatikabehandling kan vara begränsat, vilket kan leda till malnutrition. Svårigheter att äta kan vara ett direkt resultat av dessa symptom, men kan även försvåras av andra besvär relaterat till behandlingen, såsom smärta, förstoppning eller diarré. Personer som är malnutrierade är mindre benägna att tolerera behandlingen, upplever fler komplikationer, kräver fler sjukhusintag och är starkare kopplade till morbiditet. Livskvaliteten är även sämre hos dessa. Sjuksköterskan är den främsta källan att upptäcka viktförändringar och har därefter möjlighet att kontakta dietist för vidare behandling (Davidson et al., 2012).

Fatigue

En studie av Karthikeyan, Jumrani, Prabhu, Manoor och Supe (2012) syftade till att undersöka prevalensen av fatigue hos cancerpatienter under pågående behandling. I studien var det endast en av 59 deltagare som upplevde måttliga besvär av fatigue, resterande deltagare upplevde svåra besvär av fatigue.

Fatigue kan enligt studier påverka patientens följsamhet av behandlingen och personer som lider av fatigue hanterar cytostatikabehandlingen och biverkningarna sämre (Hartvig, Aulin, Hughert, Wallenberg & Wagenius, 2006; Hubbard, Grothey, McWilliams, Buckner & Sloan, 2014). Enligt Hartvig et al. (2006) är användningen av självskattningsskalor ett vanligt sätt för sjuksköterskan att mäta trötthet. Studien visar att de vanligaste skalorna är numerisk skala (NRS) och visuell analog skala (VAS) där kvinnan kan skatta sin påverkan hur hon själv uppfattar den på en skala från noll till tio. Enligt Karthikeyan et al. (2012) ska tröttheten bedömas vid diagnos, före behandling samt efter behandling för bästa effekt på livskvaliteten.

I en studie av Armes, Chalder, Addington-Hall, Richardson och Hotopf (2007) jämfördes huruvida interventioner mot fatigue påverkade livskvaliteten. Två olika grupper användes, en experimentgrupp och en kontrollgrupp. Alla deltagare oavsett grupp genomgick cytostatikabehandling. Experimentgruppen fick interventioner mot fatigue och kontrollgruppen fick endast sedvanlig omvårdnad. Interventionerna som användes var bland annat utbildning och information om fatigue, målsättningar, beröm, uppmuntran och utbildning om copingstrategier. Studien visade att experimentgruppen hade lättare att hantera sin fatigue och upplevde bättre livskvalitet.

En studie med 271 deltagare av Lou, Yates, McCarthy och Wang (2013) handlade om hur patienter under cytostatikabehandling som led av fatigue hanterade den genom egna åtgärder och metoder. Studien visade att många deltagare hade egna strategier och bland dessa strategier fanns fysisk aktivitet, gå ut i friska luften eller att distrahera sig genom att titta på TV eller lyssna på musik. Olika vilo- och sovstrategier var också vanligt förekommande, som att gå till sängs tidigare, stiga upp senare eller ta fler tupplurer under dagen. Detta framkommer även i studien av Donovan och Wards (2005) där 85 procent av kvinnorna i studien hade identifierat sömn och vila som den främsta metoden för att minska tröttheten.

I Donovan och Wards studie (2005) visade det sig att 59 procent inte hade diskuterat sin trötthet under det senaste mötet med någon sjukvårdspersonal. Av kvinnorna i studien hade 44 procent tagit emot rekommendationer för att hantera tröttheten. Av dessa var det 67 procent som exakt följde rekommendationerna. Enligt studien är det av betydelse för sjuksköterskor att hjälpa kvinnor att förutse när tröttheten kommer för att minimera konsekvenserna. Studien visade att många kvinnor är ovilliga att diskutera kring sin trötthet och därför måste sjuksköterskan öppna upp för dessa samtal.

Vägledning och stöd vid sexuellt relaterade biverkningar

Enligt tre olika studier påverkades sexlivet ofta negativt av cancerbehandling och många frågor kring sexualitet och fertilitet uppstod ofta vid behandling av livmoderhalscancer (Afiyanti & Mialanti, 2013; Demirtas & Pinar, 2014; Xie et al., 2013). Trots detta visade studien av Demirtas och Pinar (2014) att många kvinnor inte fick information om ämnet. Rådgivning om sexualitet i relation till behandling skulle ha ökat nivån av livskvalitet.

Studier visade att det finns en stor oro bland kvinnor som har genomgått behandling för livmoderhalscancer när det gäller sexualitet och fertilitet (Afiyanti & Milanti, 2013; Demirtas & Pinar, 2014; Xie et al., 2013). Behandlingen leder ofta till att kvinnor tappar en stor del av intresset för samlag, men att de ändå förväntade sig att få information om detta (Toubassi et al., 2006). Enligt studien av Demirtas och Pinar (2014) förväntade sig majoriteten av kvinnorna information från sjukvårdspersonal. En studie av Afiyanti och Milanti (2013) menar att förståelse och känslighet inför det som kvinnorna går igenom är nödvändigt för att kunna hjälpa dem.

De frågor som uppkom vid Demirtas och Pinars studie (2014) och som kvinnorna hade önskat svar på handlade om huruvida samlag under behandlingsprocessen är farligt, om det skulle göra ont att ha samlag efter behandling, om samlag lättare skulle leda till infektion, om smärta och brist på upphetsning är normalt samt om det fanns en möjlighet att de hade fått sin cancer från deras partner. Nivån av utbildning hos kvinnorna i studien kunde relateras till frekvensen av sexuell dysfunktion; desto högre utbildning desto färre problem upplevde kvinnorna. Studier visade även att många kvinnor var rädda för att samlag skulle öka risken att åter insjukna i cancer efter avslutad behandling (Afiyanti & Milanti, 2013; Demirtas & Pinar, 2014; Xie et al., 2013). Kvinnor i fertil ålder oroade sig över hur reproduktionen skulle påverkas (Xie et al., 2013).

De fysiska besvär som kan uppstå vid cytostatikabehandling, som exempelvis dyspareuni och brist på upphetsning, kan leda till att kvinnorna undviker att ha samlag. För de som lever i ett fast förhållande kan det leda till att kvinnorna ljuger för sina partners eller hittar på anledningar för att undvika att ha sex (Afiyanti & Milanti, 2013). Att inte få information under behandlingens gång kan leda till att kvinnor i onödan känner oro även efter avslutad behandling. Detta kan leda till att de inte vågar ha samlag på grund av rädsla för skada. Studien visade att när kvinnorna hade fått prata om sina bekymmer med sjukvårdspersonal minskade nivån av oro och de kände sig mer optimistiska inför framtiden, vilket resulterade i en bättre känsla av livskvalitet (Xie et al., 2013).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Vårt huvudfynd från studien visade på informationens betydelse för förbättrad livskvalitet. Många av de artiklar som inkluderats till studien behandlar vikten av information (Chan & Ismail, 2014; Kvåle & Bondevik, 2010; Pedersen et al. 2012; Toubassi et al. 2006). Klang Söderkvist (2013) menar däremot att ge information inte alltid är en personcentrerad process där patientens förmåga till egenvård och hälsa sätts i fokus. Att som sjuksköterska ge information till en patient är en envägskommunikation. Istället bör sjuksköterskan fokusera på att undervisa patienten genom en dialog. Det innebär att sjuksköterskan med sina kunskaper möter patientens erfarenheter eftersom hon vet hur det är att leva med sin sjukdom. Informationen som lämnats till patienten ska enligt patientjournalagen (SFS 1985:562) vara individuellt anpassad och är något som genomsyrar en personcentrerad omvårdnad (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). Med undervisning skapas det en tvåvägskommunikation med patienten och den givna informationen blir lättare att relatera till och ta till sig (Klang Söderkvist, 2013). Därmed anser vi att det är viktigt för sjuksköterskan att främst undervisa istället för att informera. Vår studie visade att om kvinnorna hade kunskap om biverkningar innan behandlingen började blev processen att hantera dessa lättare. Kvinnorna upplevde då mindre oro och stress samt en bra hantering

av biverkningar ledde till att de upprätthöll god följsamhet. För sjuksköterskan är det därför viktigt att ha goda kunskaper om vilka biverkningar som kan uppstå och hur de bäst kan hanteras. Även Garcia (2014) menar på att information och utbildning om biverkningarna innan första cytostatikakuren är viktigt för att lindra ångest hos kvinnorna. Garcia kom i sin studie fram till att information och utbildning minskade ångesten och gjorde det lättare att hantera de fysiska biverkningarna vilket i sin tur förbättrade följsamheten för behandlingen.

Andra fynd som kom fram under studien berörde sexualitet. Vi fann att utbildning även bör inkludera råd kring detta då många kvinnor vill erhålla information om sexuallivet vid behandling. Sjuksköterskan har en viktig roll i att undervisa om biverkningar och får inte nonchalera den sexuella aspekten. För att öppna upp för ämnet på ett professionellt sätt kan sjuksköterskan använda sig av öppna frågor samt en specifikt utarbetad kommunikationsmodell kring sexualitet, Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy (PLISSIT) (Rasmusson, 2011). Kortfattat utgår modellen ifrån att sjuksköterskan ska ha ett tillåtande förhållningssätt gentemot patienten, ge rätt och korrekt information, ge specifika förslag på lösningar samt rekommendera terapi som kräver specialkompetens. Omvårdnadsåtgärder och metoder som sjuksköterskan kan hjälpa till med kan vara att informera att kroppen kan förändras vid cytostatikabehandling (Rasmusson, 2011). Kvinnans kropp kan förändras på så sätt att slemhinnorna blir irriterade, besvär kan uppstå med klåda, flytningar och dyspareuni och oftast får kvinnan en minskad sexlust på grund av detta (Akkuzu & Ayhan, 2013; Bergmark et al., 2000). Sjuksköterskan kan för de som känner en sexuell lust informera om användning av glidmedel eller ge förslag på samlagsställningar (Rasmusson, 2011).

Att inte vara ordentligt informerad leder ofta till att kvinnorna har många funderingar kring sexuallivet. Detta kan leda till att sexuallivet grundas på fel principer, som att samlag skulle kunna vara skadligt för kvinnorna eller öka risken för att åter insjukna i cancer. Att få rådgivning i samband med behandlingen skulle därmed i många fall ha ökat livskvaliteten. Enligt en studie av Tayler och Davis (2006) är det vanligt att sjuksköterskor tror sig öppna upp för denna typ av frågor genom att fråga om fler funderingar finns efter ett sedvanligt välkomstsamtal. Kvinnan kan känna att frågor kring det sexuella är opassande och generande och tar därmed inte upp sina funderingar. Sjuksköterskan kan istället inleda ett samtal genom att säga att många undrar över den sexuella aspekten och hur det påverkar det vardagliga livet. Vidare kan sjuksköterskan fråga ifall detta är något som kvinnan vill prata om, och på så sätt öppna upp för en diskussion. Ett annat sätt att öppna upp för diskussion är genom att placera information i exempelvis väntrum genom flygblad och broschyrer. Information om olika hemsidor på internet kan med fördel läggas fram för patienter (Tayler & Davis, 2006).

Något annat som visade sig i vår studie var att psykiska och fysiska faktorer som inte är sexuellt relaterade har stor inverkan på livskvaliteten. De fysiska biverkningarna kan ofta åtgärdas och lindras eftersom de vanligen är synliga för sjuksköterskan. Dock är den psykiska aspekten lika viktig för att ha en god livskvalitet. För att öppna upp för en konversation om psykiska konsekvenser bör sjuksköterskan ställa öppna frågor, exempelvis ”Vad har du för funderingar kring ditt välmående i samband med behandlingen?”. Om kvinnan bekräftar att hon inte mår så bra kan sjuksköterskan gå vidare med mer riktade frågor kring depression och ångest där kvinnan själv kan skatta sitt välmående. Patienter kan anta att vårdpersonal enbart intresserar sig för det kroppsliga och

därför hålla inne med sina tankar. Därför bör det rutinmässigt ställas frågor om hur patienten mår psykiskt för att tidigt hitta signaler på problem (Fink & Rosendal, 2013).

Vid behandling är det betydande att kvinnorna känner att de har ett socialt stöd för att uppleva bättre hälsa, känna att de har mer energi och för ökad livskvalitet. De med mer socialt stöd har visat sig ha högre överlevnad. För ökade behandlingsresultat är det därför betydelsefullt att fånga upp de kvinnor som har svårt att ta kontakt med sina närstående eller de med ett begränsat socialt nätverk. Livmoderhalscancer kan dessutom ses genant då HPV-viruset i regel överförs via samlag och riskfaktorer är kvinnor med multipla partners och tidig sexualdebut (Sorbe, 2013). Detta kan ses som något skamligt i många kulturer och hindrar kvinnan från att prata om sin sjukdom med närstående. Sjuksköterskan kan då uppmuntra kvinnan att själv ta kontakt med närstående, alternativt själv hjälpa till med kontakten eller ta hjälp av olika stödjande grupper. Det finns olika stödjande program för undervisning till personer med cancer där fokus ligger på behandling, forskning kring cancersjukdomar, lindring av symtom och biverkningar, vad man kan göra som närstående samt vilka resurser samhället kan erbjuda. Utbildningen leds av olika professioner, bland annat sjuksköterskor, kuratorer, dietister och sjukgymnaster (Hellbom, 2011). Att stöd ska erbjudas till kvinnan vid behov är även något som Grisales-Naranjo och Arias-Valencia (2013) stödjer. De menar också på att vården måste vara personcentrerad för bästa möjliga upplevda livskvalitet där vården ska vara individualiserad efter kvinnans känslor och intressen.

Ett annat viktigt bifynd som uppdagades i studien var cytostatikarelaterat illamående och kräkningar. För att optimera kvinnans behandling bör sjuksköterskan ha koll på de riskfaktorer som finns vilka ökar risken för dessa biverkningar. En riskbedömning bör göras tillsammans med kvinnan innan start av cytostatikabehandling, avseende individuella riskfaktorer tillsammans med cytostatikabehandlingens dosering (Middleton & Lennan, 2011; Sjövall, 2011).

I resultatet visade sig fatigue även det vara ett vanligt förekommande problem vid cytostatikabehandling och något som påverkar vardagen i stor utsträckning (Cramp & Byron-Daniel, 2012; Price, 2014). Sjuksköterskan kan stödja kvinnorna att hantera sin fatigue genom att öppna upp för diskussion kring fatigue och hjälpa kvinnan att komma fram till metoder och åtgärder som fungerar för henne själv. Detta gör att sjuksköterskan bör ha kunskap om metoder som hämmar fatigue och stödjer kvinnan för att upprätthålla en god livskvalitet. Kunskapen bör finnas hos sjuksköterskan hur fatigue ska utvärderas och dokumenteras för att kunna följa upp detta längre fram under behandlingen.

Utifrån det faktum att fatigue påverkar det vardagliga livet anser vi att det därför är viktigt att även undervisa närstående kring denna biverkan. De närstående bör förstå vad fatigue är och hur det påverkar kroppen. Det är viktigt att de förstår att fatigue inte är en vanlig trötthet utan istället är totalt utmattande som gör kvinnan orkeslös och inte kapabel till att upprätthålla samma tempo som innan sjukdomen (Cramp & Byron-Daniel, 2012; Price, 2014).

Genom att sjuksköterskan stödjer kvinnan till att själv kontrollera tröttheten blir behandlingen effektivare och livskvaliteten kan ökas. Om kvinnorna inte har egna metoder eller åtgärder för att förhindra fatigue är det av betydelse att sjuksköterskan uppmuntrar dem till egna åtgärder att ta vid i hemmet. Kvinnorna bör även få undervisning om åtgärder för fatigue som de kan utöva när de inte är på mottagning för behandling. Dessa åtgärder kan vara fysisk aktivitet såsom promenader, simning och yoga (Ahlberg, 2011).

Sjuksköterskan bör även uppmuntra till planering av dagliga aktiviteter. Som vårt resultat pekar på vill många sjuka återgå till ett så normalt liv som möjligt, vilket kan hindras av fatigue. För att undvika utmattning i vardagen bör planering av dagen ske så att en balans mellan aktivitet och vila finns. Sjuksköterskan är ofta en kontakt kvinnan endast har när hon är på sjukhuset för att erhålla behandling och det blir en utmaning för sjuksköterskan att hitta sätt att hjälpa kvinnan höja livskvaliteten när hon är hemma (Ahlberg, 2011).

Kvinnor som lider av cytostatikarelaterad fatigue har mer kunskap om sitt eget mående än sjuksköterskan och därför ska kvinnans erfarenheter vara i centrum vid dialog kring situationen. Sjuksköterskors skattning av patienters fatigue motsvarar oftast inte patientens verklighet (Ahlberg, 2011). Att mäta fatigue med hjälp av VAS kan ibland ha sina brister då skalan inte är tillräckligt komplex och ingående. Istället anser vi att användandet av en sömndagbok är mer betydande. I den kan kvinnan exempelvis skriva sina sovtider, sömnlängd, vilostunder, sömnens kvalitet och fysisk aktivitet. Sömndagboken kan visa på sovmonster som inte hade kunnat påvisas med en VAS-skala (Asp & Ekstedt, 2014).

Genom hela studien har upplevd livskvalitet varit centrerad för att belysa kvinnors situation vid cytostatikabehandling. Eftersom livskvaliteten påverkas av fysiska, psykiska och sociala aspekter har sjuksköterskan en väsentlig uppgift att se till hela människan vid ett sjukdomsförlopp. Genom att göra detta underlättar det för kvinnan att fokusera på sina resurser för att tillfriskna och kunna hantera sin sjukdom. Synen på livskvalitet är flerdimensionell, vilket gör den till ett viktigt område för sjuksköterskan att ta hänsyn till vid vård av kvinnor med livmoderhalscancer (WHO, 1997). Sjuksköterskan kan göra mycket för att förbättra livskvaliteten och undervisa vad kvinnan själv kan göra för att förbättra den.

Det är viktigt att sjuksköterskan ser till individens behov av stöd och kan rätta sig därefter. Alla hanterar sin sjukdom på olika sätt och reagerar olika vid kriser, beroende på vilka erfarenheter man har. Att genomgå en cytostatikabehandling är krävande och för att uppnå så god livskvalitet som möjligt är det viktigt att sjuksköterskan utgår från kvinnans perspektiv, tankar och önskningar i den mån det går (WHO, 1997).

En personcentrerad omvårdnad är något som är av stor vikt inom vården för att få patienten att känna sig delaktig. För att kunna ge en personcentrerad omvårdnad ska sjuksköterskan se kvinnan som en jämlike och fokusera på att stödja och varken ta ner besluten till patienten eller bestämma över henne (McCormack, Karlsson, Dewing & Lerdal, 2010). Sjuksköterskan ska i samråd med kvinnan hantera de sjukdomsrelaterade tillstånd som kan uppstå och detta är någon som även Benner och Wrubel står för (Brenner & Wrubel, 1989, refererat i Kirkevold, 2000).

Metoddiskussion

En litteraturoversikt valdes för att få en överblick över det nuvarande kunskapsläget inom ämnet. Metoden ansågs vara lämplig då studiens syfte var att undersöka kvinnor med livmoderhalscancer, vilket är ett väldigt omfattande ämne (Forsberg & Wengström, 2013). Att till exempel göra en kvalitativ intervjustudie med kvinnor som har livmoderhalscancer i Sverige skulle vara alldeles för tidskrävande för vår studie då det hade varit svårt att hitta lämpliga deltagare, detta på grund av att antalet livmoderhalscancerfall i Sverige är begränsade. Dock kan vi tänka oss att ifall en intervjustudie med endast kvinnor med livmoderhalscancer under cytostatikabehandling hade gjorts kanske resultatet hade blivit annorlunda, då fokus hade legat på enbart livmoderhalscancer och cytostatikabehandling.

Nackdelar som kan uppstå vid en litteraturöversikt är till exempel att endast en begränsad mängd relevant forskning kan finnas att tillgå. För att kunna göra en litteraturöversikt är det av stor vikt att det finns tillräckligt antal kvalitetsgoda studier att tillgå (Henricson, 2012). För att kvalitetsgranska valda artiklar har Sophiahemmet bedömningsunderlag använts (Bilaga B), vilket ökar studiens trovärdighet. Artiklar som bedömdes som kvalitetsgrad III har exkluderats på grund av att dessa inte är tillräckligt tillförlitliga och har haft brister gällande metod, syfte, urval eller resultat. Dock kan avsaknad av kunskap att sammanställa och kvalitetsgranska artiklar enligt bedömningsunderlag påverka den slutliga kvalitetsgranskningen av artiklarna. Ett annat sätt att öka trovärdigheten i studien var att låta båda författarna läsa alla artiklar och att de inte delades upp sinsemellan. Detta gör att båda kan få en uppfattning om studiens resultat och innehåll och att detta senare kan diskuteras för att se om båda uppfattat studien på samma sätt (Henricson, 2012).

Artiklarna som har använts till resultatet har ofta varit relativt ny forskning, vilket är något som stärker vårt resultat. Ny forskning genererar ofta i nya resultat som i sin tur kan bidra till nya råd och riktlinjer. Enligt ICN:s (International Council of Nurses, 2007) etiska kod för sjuksköterskor ska omvårdnaden vara evidensbaserad och nya tillämpbara riktlinjer utifrån aktuell forskning ger evidensbaserad vård och bättre omhändertagande.

Bortfall i forskning är något som är av stor vikt att ta hänsyn till vid en litteraturöversikt. I några fall har artiklarna till resultatet inte redovisat bortfall, vilket sänker trovärdigheten för studierna. Artiklarna har trots att bortfallet inte presenterats bedömts som relevanta utifrån alla kriterier, bortsett från bortfallskriteriet.

I takt med studiens genomförande upptäckte vi att studier inom vårt valda syfte ibland saknades. I många fall gav sökorden få resultat även om de var relevanta för studiens syfte. Sökorden fick varieras mycket för att få något resultat, samt användandet av MeSH-termer eller Cinahl Headings visade sig ibland ge värdefulla träffar. De databaser som användes var PubMed och Cinahl då dessa bland annat täcker områden som medicin och omvårdnad, vilka är de områden vi ville studera (Forsberg & Wengström, 2013).

Detta var första gången författarna till studien utförde en litteraturöversikt, vilket kan ha påverkat forskningsprocessen. Datainsamlingen, granskningen och analysen av artiklar försvårades då författarnas kunskaper om hur forskningsprocessen går till var begränsade.

Alla artiklar som valdes till studien var skrivna på engelska vilket kan vara en begränsning (Henricson, 2012). Båda författarna till studien anser sig ha goda kunskaper i engelska men trots detta fanns svårigheter att tolka delar av texterna. I stor utsträckning översattes delar och ord som inte förstods med hjälp av engelskt lexikon, både via dator och med hjälp av en engelsk-svensk uppslagsbok.

Många av artiklarna till resultatet kommer från länder där livmoderhalscancer är vanligare än i Sverige. Av den anledningen blev det naturligt att inkludera artiklar som behandlar ämnet oberoende av studieland eller kvinnornas härkomst. Studier från andra länder kan ge högre tillförlitlighet när det gäller forskning kring omvårdnaden av livmoderhalscancerpatienter då de kan ha mer erfarenhet av det området och mer forskning finns. Något som kan ge begränsning när det gäller studier från andra länder med andra kulturer är att deras synsätt på till exempel omvårdnad inte alltid är detsamma som inom svensk sjukvård. Kultur och religion är något som kan vägas in vid

omvårdnadsåtgärder och synen på sjukdomen, vilket därmed kan skilja sig från svensk sjukvård.

En av studiens största begränsningar var svårigheterna att hitta relevanta artiklar som besvarade studiens syfte. Under arbetets gång uppmärksammades att det fanns gott om artiklar som handlade om livmoderhalscancer eller cytostatikabehandling, men inte de två kombinerade. Även om studien behandlar livmoderhalscancer har även studier om andra cancerformer inkluderats. I regel har dock dessa andra cancerformer behandlat gynekologisk cancer. Detta då patienter med cancer, oavsett typ, ibland kan ha samma symtom, behandlingsrelaterade biverkningar och behov av omvårdnad och stöd. För att få ett sådant tillförlitligt resultat som möjligt så valdes artiklar ut som behandlade gynekologisk cancer och i yttersta fall annan sorts cancer om artikeln ansågs svara på studiens syfte trots detta. Artiklarna som valts har dock alltid fokuserat på cytostatikabehandling.

Genom att ha gjort en litteraturoversikt anser sig författarna ha fått svar på studiens syfte. Vi har fått ökade kunskaper om omvårdnaden och behovet av det stöd som kvinnor med livmoderhalscancer är i behov av. Dock är livskvalitet ett komplext och subjektivt begrepp som omöjligt kan generaliseras till en enskild individ. Livskvaliteten i vår studie utgår från WHO:s definition samt vad tidigare forskning har tagit upp och vad deltagarna i deras studie ansåg ha en effekt på deras livskvalitet. Hade andra studier valts kanske resultatet skulle ha blivit annorlunda då deltagarna i de studierna eventuellt haft en annan syn på livskvalitet.

Slutsats

Kvinnor som behandlas med cytostatika för livmoderhalscancer har ett stort behov av att få undervisning kring biverkningarna innan behandlingen börjar. Detta för att kunna hantera biverkningarna bättre, vilket ger en ökad livskvalitet. Att få råd och undervisning om hur sexuallivet kan påverkas är även önskvärt från kvinnorna och många vill ha svar, men vågar inte fråga. Sjuksköterskan har en viktig uppgift här, det är hon som ska utbilda, stödja och i vissa fall behandla kvinnorna. Ju mer kunskap kvinnan har och ju mer stöd hon upplever från sjuksköterskan vid cytostatikabehandling, desto bättre kan hon hantera biverkningarna och desto bättre blir livskvaliteten under och efter behandlingen. En förbättrad kunskap och hantering av biverkningarna höjer även kvinnans följsamhet av cytostatikabehandlingen, vilket är av stor betydelse för en effekt därav. Den undervisning och information som sjuksköterskan ger bör vara individuell och personcentrerad för att optimera bästa möjliga omvårdnad. Sjuksköterskan kan ge stöd genom att informera, undervisa, vara närvarande och planera vården i samråd med kvinnan och kan vara sätt att höja livskvaliteten hos kvinnan under och efter behandlingen.

Fortsatta studier

Förslag på vidare studier inom ämnet kan till exempel vara att undersöka vilken slags information och undervisning kvinnorna vill ha innan respektive efter behandling för att kunna upprätthålla bästa möjliga livskvalitet. Fokus skulle kunna ligga på endast ett område relaterat till behandlingen, till exempel information om sexualiteten, biverkningarna eller vad kvinnorna själva förväntar sig att få information om. Det skulle även kunna göras en intervjustudie om livmoderhalscancerpatienter i Sverige för att optimera den svenska cancervården.

Klinisk implikation

Studien tar inte bara upp de fysiska biverkningarna utan även de psykiska. Sjuksköterskans uppgift är inte bara att behandla det yttre, utan även lidandet, som kan vara psykiskt och fysiskt. Vår studie har visat att kvinnor vill ha mycket information, vilket vårdpersonal bör ha i åtanke vid omvårdnad och kontakt med kvinnorna. Studien tar inte bara upp sjuksköterskans roll, utan även vad patienten förväntar sig av sjuksköterskorna, vilket är något som bör genomsyra hela vårdarbetet. Att utgå från en personcentrerad omvårdnad är av betydelse för att kunna upprätthålla största möjliga livskvalitet.

REFERENSER

- *Afiyanti, Y., & Milanti, A. (2013). Physical sexual and intimate relationship concerns among Indonesian cervical cancer survivors: A phenomenological study. *Nurs Health Sci*, 15(2), 151-156. doi: 10.1111/nhs.12006
- Ahlberg, K. (2011). Fatigue. I M. Hellbom., & B. Thomé (Red.), *Perspektiv på onkologisk vård* (1:a uppl, ss. 149-166). Lund: Studentlitteratur.
- Akkuzu, G., & Ayhan, A. (2013). Sexual Functions of Turkish Women with Gynecologic Cancer during the Chemotherapy Process. *Asian Pacific J Cancer Prev*, 14(6), 3561-3564. doi: 10.7314/APJCP.2013.14.6.3561
- Alsbeih, G. (2014). HPV Infection in Cervical and Other Cancers in Saudi Arabia: Implication for Prevention and Vaccination. *Front Oncol*, 4: 65. doi: 10.3389/fonc.2014.00065
- Anderson, NJ., & Hacker, ED. (2008). Fatigue in women receiving intraperitoneal chemotherapy for ovarian cancer: a review of contributing factors. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(3), 445-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1188/08.CJON.445-454>
- *Armes, J., Chalder, T., Addington-Hall, J., Richardson, A., & Hotopf, M. (2007). A randomized controlled trial to evaluate the effectiveness of a brief, behaviorally oriented intervention for cancer-related fatigue. *Cancer*, 15;110(6), 1385-95.
- Asp, M., & Ekstedt, M. (2014). Trötthet, vila och sömn. I A-K. Edberg., & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (2:a uppl, ss. 363-419). Lund: Studentlitteratur.
- Berg, A., Dencker, K., & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad, 1999:3). Stockholm: SBU, SFF.
- Bergmark, K., Åvall Lundqvist, E., & Steineck, G. (2000). Gynekologisk cancer påverkar ofta sexualiteten. *Läkartidningen* 97: 5347-55.
- Cancerfonden. (2013). *Gynekologisk cellprovskontroll: Cellförändringar på livmoderhalsen*. Hämtad 10 oktober 2014 från <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Forebygga-och-risker/Tidig-upptackt/Gynekologisk-cellprovskontroll/>
- Cancerfonden. (2014). *Cancerfondsrapporten 2014*. Hämtad från <http://www.cancerfonden.se/Documents/crf14/cancerfondsrapporten2014.pdf>
- Caple, C., & Boling, B. (2014). Chemotherapy-Related Nausea and Vomiting. *Cinahl Information Systems*, Apr 18 (2p) (15 ref).
- *Carpenter, KM., Fowler, JM., Maxwell, GL., & Andersen, BL. (2010). Direct and Buffering Effects of Social Support Among Gynecologic Cancer Survivors. *Ann Behav Med*, 39(1), 79-90. doi: 10.1007/s12160-010-9160-1

Chhabra, S., & Kutchi, I. (2013). Fertility Preservation in Gynecological Cancers. *Clinical Medicine Insights: Reproductive Health*, (7), 49-59. doi: <http://dx.doi.org/10.4137/CMRH.S10794>

*Chan, HK., & Ismail, S. (2014). Side effects of chemotherapy among cancer patients in a Malaysian General Hospital: experiences, perceptions and informational needs from clinical pharmacists. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15(13):5305-9. doi: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.13.5305>

Cramp, F., & Byron-Daniel, J. (2012). Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. *Cochrane Database of Systematic Review*, 16(2). doi: 10.1002/14651858.CD006145.pub3

Danielewski, JA., Garland, SM., McCloskey, J., Hillman, R., & Tabrizi, SN. (2013). Human Papillomavirus Type 6 and 11 Genetic Variants Found in 71 Oral and Anogenital Epithelial Samples from Australia. *Public Library of Science*. doi: 10.1371/journal.pone.0063892

*Davidson, W., Teleni, L., Muller, J., Ferguson, M., McCarthy, AL., Vick, J., & Isenring, E. (2012). Malnutrition and Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: Implications for Practice. *Oncology Nursing Forum Jul*; 39(4): E340-5.

*Demirtas, B., & Pinar, G. (2014). Determination of sexual problems of Turkish patients receiving gynecologic cancer treatment: a cross-sectional study. *Asian Pac J Cancer Prev*, (16), 6657-63. doi: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2014.15.16.6657>

*Donovan, HS., Ward, S. (2007). Representations of fatigue in women receiving chemotherapy for gynecologic cancers. *Oncology Nursing Forum*, 32(1), 113-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1188/05.ONF.113-116>

Ekman, I. (2014). Symtom och tecken på ohälsa. I A-K. Edberg., & H. Wijk. (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. (2:a uppl, ss.105-118). Lund: Studentlitteratur.

Ekman, I., Norberg, A. & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård: Från filosofi till praktik*. (1:a uppl, ss. 69-96) Stockholm: Liber.

Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Fink, P., & Rosendal, M. (2013). Kommunikationen med personer som somatiserar. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. (2:a uppl, ss. 399-431) Lund: Studentlitteratur.

Folkhälsomyndigheten. (2013). *Sjukdomsinformation om HPV-infektion*. Hämtad 1 oktober 2014 från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/smittskydd-och-sjukdomar/smittsamma-sjukdomar/hpv-infektion/>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.

Garcia, S. (2014). The effects of education on anxiety levels in patients receiving chemotherapy for the first time: an integrative review. *Clin J Oncol Nurs*, 18(5), 516-21. doi: 10.1188/14.CJON.18-05AP.

Grisales-Naranjo, L-V., & Arias-Valencia, M-M. (2013). Humanized care; the case of patients subjected to chemotherapy. *Investigacion & Educacion en Enfermeria*, 31(3): 364-76.

*Hartvig, P., Aulin, J., Hugerth, M., Wallenberg, S., & Wagenius, G. (2006). Fatigue in cancer patients treated with cytotoxic drugs. *J Oncol Pharm Pract*, 3(12) 155-164. doi: 10.1177/1078155206070774

Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik för medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Hellbom, M. (2011). Psykologiska och sociala konsekvenser. I M. Hellbom, & B. Thomé, (Red.), *Perspektiv på onkologisk vård* (1:a uppl, ss. 219-237). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (1:a uppl, ss. 471-479). Lund: Studentlitteratur.

*Hubbard, JM., Grothey, AF., McWilliams, RR., Buckner, JC & Sloan, JA. (2014). Physician Perspective on Incorporation of Oncology Patient Quality-of-Life, Fatigue, and Pain Assessment Into Clinical Practice. *Journal of Oncology Practice*, 10(4), 248-53. <http://dx.doi.org/10.1200/JOP.2013.00127>

Högberg, T., Sorbe, B., & Åvall-Lundqvist, E. (2008). Gynekologisk onkologi. I U. Ringborg., T. Dalianis., & R. Henrikson (Red.), *Onkologi* (2:a uppl, ss. 488-533). Stockholm: Liber.

International Council of Nurses. (2007). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Ny uppl.). Stockholm: SSF. 15 s.

Jerpseth, H. (2011). Gynekologisk omvårdnad. I H. Almås., D-G. Stubberud., & R. Gronseth (Red.), *Klinisk omvårdnad 2* (2:a uppl, ss. 17-52). Stockholm: Liber.

*Jorge, L., & da Silva, S. (2010). Evaluation of the Quality of Life of Gynecological Cancer Patients Submitted to Antineoplastic Chemotherapy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(5) doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000500003>

*Karthikeyan, G., Jumrani, D., Prabhu, R., Manoor, U., & Supe, SS. (2012). Prevalence of Fatigue Among Cancer Patients Receiving Various Anticancer Therapies and its Impact on Quality of Life: A Cross-Sectional Study. *Indian Journal of Palliative*, 18(3): 165-75. doi: <http://dx.doi.org/10.4103/0973-1075.105686>

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier - analys och utvärdering* (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.

- Klang Söderkvist, B. (2013). Information – undervisning – lärande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (2:a uppl, ss. 51-71). Lund: Studentlitteratur.
- Klee, M., Thranov, I., & Machin, D. (2000). Life after radiotherapy: the psychological and social effects experienced by women treated for advanced stages of cervical cancer. *Gynecol Oncol*, 76(1), 5–13. doi: 10.1006/gyno.1999.5644
- Kristensen, G. (2003). Cancer i de kvinnliga könsorganen. I AM. Reitan, & T. Schölberg (Red.), *Onkologisk omvårdnad: Patient-problem-åtgärd* (1.a uppl. ss. 378-389) Stockholm: Liber.
- *Kvåle, K., & Bondevik, M. (2010). Patients' perceptions of the importance of nurses' knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care. *Oncology Nursing Forum*, (4): 436-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1188/10.ONF.436-442>
- Lee, SH., Vigliotti, JS., Vigliotti, VS., & Jones, W. (2014). From Human Papillomavirus (HPV) Detection to Cervical Cancer Prevention in Clinical Practice. *Cancers (Basel)*, 2;6(4), 2072-99. doi: 10.3390/cancers6042072
- Lorentsen Bruun, V., & Grov, E. (2011). Allmän omvårdnad vid cancersjukdomar. I H. Almås, D-G. Stubberud, & R. Gronseth (Red.), *Klinisk omvårdnad 2*. (Andra uppl. ss. 402-437). Stockholm: Liber
- *Lou, Y., Yates, P., McCarthy, A., & Wang, HM. (2013). Fatigue self-management: a survey of Chinese cancer patients undergoing chemotherapy. *Journal of Clinical Nursing*; 22(7/8): 1053-65. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12174>
- Markowitz, LE., Dunne, EF., Saraiya, M., Chesson, HW., Curtis, CR., Gee, J., Bocchini, JA., & Unger, ER. (2014). Human papillomavirus vaccination. *Morbidity and Mortality Weekly Report Recomm Rep*, 29(63), 1-30.
- McCormack, B., Karlsson, B., Dewing, J. & Lerdal, A. (2010). Exploring personcentredness: a qualitative meta-synthesis of four studies. *Scand J Caring Sci*, 24(3), 620-634.
- Middleton, J., Lennan, E. (2011). Effectively managing chemotherapy-induced nausea and vomiting. *British Journal of Nursing*, 22, 7-15.
- *Mitchell, T. (2007). The social and emotional toll of chemotherapy – patients' perspectives. *European Journal of Cancer Care*, 16(1), 39-47.
- Olovsson, M., Aarnio, R., Rezapour, M., Segeblad, B., Sjö, E-L., & Wilander, E. (2013). HPV-test ersätter Pap-test i Uppsala. *Läkartidningen*, 110(13-14), 695-6
- *Pedersen, B., Koktved, DP., & Nielsen, LL. (2012). Living with side effects from cancer treatment – a challenge to target information. *Scand J Caring Sci*, 27, 715–723. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01085.x
- Price, S. (2014). Fatigue: The big picture. *Journal of Chinese Medicine*, (106), 47-55

Rasmusson, E-M. (2011). Påverkan på sexuell hälsa hos cancerpatienter. I M. Hellbom., & B. Thomé (Red.), *Perspektiv på onkologisk vård* (1:a uppl. ss. 201-217). Lund: Studentlitteratur.

Reitan, AM. (2003). Onkologisk omvårdnad. I AM. Reitan., & T. Schölberg (Red.), *Onkologisk omvårdnad: Patient-problem-åtgärd* (1.a uppl. ss. 15-25). Stockholm: Liber.

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1:a uppl. ss.429-444). Lund: Studentlitteratur.

Rustøen, T. (2003). Livskvalitet. I AM. Reitan., & T. Schölberg (Red.), *Onkologisk omvårdnad: Patient-problem-åtgärd* (1.a uppl. ss. 37-44). Stockholm: Liber.

Scatchard, K., Forrest, JL., Flubacher, M., Cornes, P., & Williams, C. (2012). Chemotherapy for metastatic and recurrent cervical cancer. *Cochrane Gynaecological Cancer Group*, doi: 10.1002/14651858.CD006469.pub2

SFS 1985:562. Patientjournalagen. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 18 november 2014 från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientjournalag-1985562_sfs-1985-562/

Sorbe, B. (2013). Cervixcancer. I B. Sorbe., B. Frankendal., & T. Högberg (Red.), *Gynekologisk onkologi* (2:a uppl, ss. 279-305). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2014). *Det svenska vaccinationsprogrammet*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/faktabladdetsvenskavaccinationprogramm-etvaccinationmothpvmfor flickor/Documents/Vaccination-blad-HPV-svenska-okt-2014.pdf>

Shuang, L., Ting, H., Yile, C., Hang, Z., Xiong, L., Xiaodong, C., Ru, Y., Shixun, W., Xing, X., & Ding, M. (2013). Adjuvant Chemotherapy, a Valuable Alternative Option in Selected Patients with Cervical Cancer. *Plos One*, 8(9) doi: 10.1371/journal.pone.0073837

Sjövall, K. (2011). Behandlingsrelaterade besvär. I M. Hellbom., & B. Thomé (Red.), *Perspektiv på onkologisk vård* (1:a uppl, ss. 131-148). Lund: Studentlitteratur.

Sykes, P., Gopala, K., Tan, AL., Kenwright, D., Petrich, S., Molijn, A., & Chen, J. (2014). Type distribution of human papillomavirus among adult women diagnosed with invasive cervical cancer (stage 1b or higher) in New Zealand. *BMC Infect Dis*, 8,14:374. doi: 10.1186/1471-2334-14-374

Talbäck, M., Hakulinen, T., & Stenbeck, M. (2008). Cancerförekomst. I U. Ringborg., T. Dalanis., & R. Henrikson (Red.), *Onkologi* (2:a uppl, ss. 17-25). Stockholm: Liber.

*Toubassi, D., Himel, D., Winton, S., & Nyhof-Young, J. (2006). The informational needs of newly diagnosed cervical cancer patients who will be receiving combined chemoradiation treatment. *J Cancer Educ*, 21(4), 263-8.

Tropé, C., & Onsrud, M. (2010). Maligne svulster. I P. Bergsjö., J.M. Maltau., K. Molne., & B-I. Nesheim (Red.), *Obstetrik og gynekologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Taylor, B., & Davis, S. (2006). Using the extended PLISSIT-model to address sexual healthcare needs. *Nursing standard*, 21(11), 35-40.

WHO. (1997). *Measuring quality of life: The world health organization quality of life instruments*. Hämtad från http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

Wijk, H. (2010). Personcentrerad miljö. I D. Edvardsson (Red.). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. (1:a uppl. ss. 75-87). Lund: Studentlitteratur

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

*Xie, Y., Zhao, F-H., Lu, S-H., Huang, H., Pan, X-F., Yang, C-X., & Qiao, Y-L. (2013). Assessment of quality of life for the patients with cervical cancer at different clinical stages. *Chin J Cancer*, 32(5), 275–282. doi: 10.5732/cjc.012.10047

ORDLISTA

BILAGA A

Utgår från Nationalencyklopedin om inte annat anges.

A

Adjuvant kemoterapi = Något som förstärker verkan av förebyggande eller behandlande åtgärd

Apoptos = Programmerad celldöd

Akupressur = Att man med fingrarna trycker på eller masserar vissa punkter på kroppen för att lindra smärta och behandla sjukdom

Akupunktur = En kinesisk metod som kan användas för bedövning och sjukdomsbehandling med instick av speciella nålar

Antimietikum* = Läkemedel som förhindrar illamående och kräkning

B

Benign = Godartad

Biopsi = Vävnadsprov

Bivalent** = Med valensen två, tvåvärd

D

Dyspareuni = Smärta vid samlag

F

Femidom*** = Tunn gummihylsa som placeras i slidan före samlag

K

Kolposkopi = Undersökning av vaginans slemhinnor och livmoderhalsen med hjälp av ett optiskt instrument

L

Leukopeni = Minskning av antalet cirkulerande vita blodkroppar

M

Malign = Elakartad

P

Parametrium = Bindväv som omger livmodern

Q

Quadrivalent**** = Med valensen fyra

S

Slicklapp*** = Tunn duk av gummi eller latex som läggs över partnerns könsorgan/anal.

T

Trombocytopeni = Brist på trombocyter (blodplättar)

* Farmaceutiska specialiteter i Sverige (FASS)

** Svenska akademiens ordlista (SAOL)

*** Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU)

**** The free dictionary

BILAGA B

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare/ bortfall	Resultat	Typ Kvalite t
Afiyanti, Y., & Milanti, A. (2013) Indonesien	Physical sexual and intimate relationship concerns among Indonesian cervical cancer survivors: A phenomenological study	Studiens syfte var att undersöka hur fysiska sexuella problem påverkade intima partnerrelationer hos kvinnor som överlevt livmoderhalscancer i Indonesien.	En beskrivande fenomenologisk studie baserad på Husserl's filosofi. Forskarna har använt intervjuer för att få fram underlag till studien. Varje intervju spelades in med tillåtelse och varade i cirka 100 minuter per intervju. Därefter transkriberades texten och teman valdes ut.	Deltagare n=13	Alla deltagarna i studien hade upplevt sexuella problem som dyspareuni och/ eller torra slemhinnor som påverkade det sexuella. Några av deltagarna hade upplevt blödning i samband med samlag eller efter. Behandlingen mot cancer hade även gett problem med den sexuella upphetsningen, lusten och orgasm. Biverkningarna av behandlingen hade även gett förändringar i reproduktionsorganen vilket lett till att kvinnornas intresse för samlag hade minskat.	K II
Armes, J., Chalder, T., Addington- Hall, J., Richardson, A., & Hotopf, M. (2007) Storbritannien	A randomized controlled trial to evaluate the effectiveness of a brief, behaviorally oriented intervention for cancer-related fatigue.	Syftet var att undersöka effektiviteten av olika ingripanden för att minska cancerrelaterad fatigue och ångest hos individer som fick kemoterapi samt att förbättra den fysiska funktionen.	Randomiserad kontrollerad studie med en experimentgrupp och en kontrollgrupp. Patienterna fick de olika interventionerna under 9-12 veckor.	Deltagare n=60	Interventionen visade en trend mot förbättrad cancerrelaterad fatigue. Det fanns en signifikant förbättring av fysisk funktion. Ingen minskning av trötthets relaterad ångest upptäcktes.	RCT II

Carpenter, KM., Fowler, JM., Maxwell, GL., Andersen, BL. (2010) USA	Direct and buffering effects of social support among gynecologic cancer survivors	Studien undersöker ifall socialt stöd påverkar sambandet mellan fysisk funktion och psykologiska utfall utifrån en stressbuffrande hypotes	Tvärsnittsstudie. Data samlades in genom strukturerade intervjuer. Patienterna som ingick i studien hade sin diagnos i 2-10 år. De intervjuade var mellan 20-85 år.	Tillfrågade n= 294 Bortfall n=34 Deltagare n=260	Den stressbuffrande hypotesen visade sig ha resultat på traumatisk stress medan socialt stöd var av allmän nytta för depressiva symtom. Effekterna varierade beroende på källan/typ av stöd.	P I
Chan, HK., Ismail, S. (2014) Malaysia	Side effects of chemotherapy among cancer patients in a Malaysian General Hospital: experiences, perceptions and informational needs from clinical pharmacists.	Syftet var att bedöma de vanligaste fysiska biverkningarna av cytostatika hos patienter. Uppfattningen om behandlingen och informationsbehovet hos patienterna undersöktes också	En tvärsnittsstudie gjordes med strukturerade intervjuer.	Tillfrågade n= 99 Bortfall n=9 Deltagare n=90	De vanligaste biverkningarna var illamående och kräkningar. Andra vanliga biverkningar var muntorrhet, törst, håravfall, trötthet, svaghet och aptitlöshet. De biverkningarna som oroade patienterna mest var kräkningar, aptitlöshet och illamående. 60 procent av deltagarna sa att information om biverkningar är viktigt för dem. Chansen att bli frisk var viktigare att få information om än sjukdomen i sig.	P I
Davidson, W., Teleni, L., Muller, J., Ferguson, M., McCarthy, AL., Vick, J., & Isenring, E. (2012) Australien	Malnutrition and Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: Implications for Practice.	Att fastställa förekomsten av hur malnutrition och cytostatikarelaterat illamående och kräkningar hindrar patientens födointag under en cytostatikabehandling.	Beskrivande tvärsnittsstudie som godkändes av Princess Alexandra Hospitals etiska kommitté. Data samlades in under fem veckor. Deltagarna bedömdes utifrån ett verktyg som heter Patient-Generated Subjectiv Global Assessment (PG-SGA). Även deltagarnas journaler granskades. Data avseende kost och diet samlades in via medicinska anteckningar.	Tillfrågade n = 123 Bortfall n=2 Deltagare n=121	Majoriteten av alla som genomgår Cytostatikabehandling får problem med nutritionen. 26 % av deltagarna var undernärda. 10 % rapporterades ha begränsade matintag relaterat till behandlingen. 20 % rapporterades ha minskat i vikt. 18 % krävde en förbättrad symtombehandling gällande nutritionen. 35 % behövde ingen dietistkontakt.	P II

Demirtas, B., & Pinar, G. (2014) Turkiet	Determination of Sexual Problems of Turkish Patients Receiving Gynecologic Cancer Treatment: a Cross-sectional Study	Studien syftade till att fastställa förekomsten av sexuella problem hos turkiska patienter som får cytostatikabehandling för gynekologisk cancer	En beskrivande tvärsnittsstudie med patienter på ett sjukhus i Turkiet. Alla deltagare var under pågående cytostatikabehandling. Deltagarna fick fylla i två frågeformulär bestående av 43 respektive nio frågor.	Tillfrågade n = 300 Bortfall n=8 Deltagare n=292	Många kvinnor får problem med det sexuella livet efter cytostatikabehandling. Kvinnorna uppvisade ett bristande sexliv efteråt och problem med att ha samlag. Många av deltagarna hade sex färre gånger per vecka efter behandlingen än när de var friska. Studien visade även att information om det sexuella h önskats innan behandlingen började. Informationen som kvinnorna önskade sig var huruvida samlaget var skadligt under behandlingen, smärta vid samlag, om de fått cancer från sin partner och om bristen på lust var normalt.	P I
Donovan HS., Ward S. (2005) USA	Representations of fatigue in women receiving chemotherapy for gynecologic cancers	Syftet var att undersöka förekomsten av fatigue hos kvinnor som får cytostatikabehandling för gynekologisk cancer.	Deltagarna fick fylla i olika formulär där de fick skatta sina symtom med hjälp av skalor.	Tillfrågade n=54 Svarade på frågeformuläret n=49 Fick delta i studien n=27	Kvinnorna rapporterade i genomsnitt 13,44 olika symtom. Den genomsnittliga poängen för förekomsten av fatigue var 6,48 på en skala från 0-10. En majoritet (59 %) hade inte pratat med sina vårdgivare om sin trötthet vid senaste mötet och 56 % skrev att de aldrig hade fått rekommendationer för att hantera sin trötthet. Sömn och vila var den vanligaste strategin som användes för att hantera trötthet. Trötthet är ett symtom som upplevs som besvärande och okontrollerbart hos de kvinnor som får cytostatika för livmoderhalscancer.	P II

<p>Hartvig, P., Aulin, J., Hugerth, M., Wallenberg, S., & Wagenius, G. (2006) Sverige</p>	<p>Fatigue in cancer patients treated with cytotoxic drugs.</p>	<p>Syftet med denna studie var att bedöma frekvens, svårighetsgrad, och konsekvenserna av trötthet i canceröppenvårdspatienter som får cytostatika.</p>	<p>I studien användes en icke-randomiserad, prospektiv design för att utvärdera trötthet och dess inverkan på livskvaliteten hos polikliniska patienter som får cytostatika. En gång i veckan fick 147 cancerpatienter vid en poliklinik för cytostatika läkemedelsadministrering, fylla i frågeformulär som innehåller 13 olika punkter från Fatigue Symptom Inventory (FSI), och ytterligare fem frågor.</p>	<p>Tillfrågade n= 180 Deltagare n=147 Bortfall n=33</p>	<p>Antal deltagare som led av fatigue en vecka efter cytostatikakur var 92 %. Tröttheten var högst veckan efter behandlingen och under den följande veckan. Andra symtom, speciellt nedstämdhet visade en stark koppling till cancer och cytostatikautlöst fatigue. Patienter som hade fått mer än en cytostatikabehandling var betydligt mer utmattade och det hade ett större inflytande på det dagliga livet. Studien visade att fatigue har en stor inverkan på livskvaliten</p>	<p>P I</p>
<p>Hubbard, JM., Grothey AF., McWilliams RR., Buckner JC., Sloan, JA., (2014) USA</p>	<p>Physician Perspective on Incorporation of Oncology Patient Quality-of-Life, Fatigue, and Pain Assessment Into Clinical Practice.</p>	<p>Syftet var att bedöma effekten av bedömningen av olika patientrapporterade symtom hos patienter med cancer i klinisk praxis.</p>	<p>En enkät om symtombedömning gavs ut till patienter på ett onkologacentrum. Enkäten tog upp smärta, fatigue och livskvalitet. 18 månader efter enkätundersökningen skickades resultatet ut till 83 platser där onkologisk vård erbjuds för att se om det påverkade deras kliniska arbete med patienterna. Sedan fick klinikerna svara på en online- enkät hur resultatet från patientenkäten påverkat deras arbete.</p>	<p>Tillfrågade n= 83 kliniker fick online-enkäten Deltagare n=44 kliniker svarade på online-enkäten Bortfall= 39 kliniker svarade inte på online-enkäten</p>	<p>86 % av vårdgivarna använde sig av informationen från enkäten. 90 % indikerade att enkäten inte ändrade längden på patientbesöken eller bidrog till ökad arbetsbörda. Majoriteten av vårdgivarna ansåg att enkäten hade hjälpt dem att förbättra dem i praktiken.</p>	<p>P I</p>

Jorge, L., & da Silva S. (2010) Brasilien	Evaluation of the Quality of Life of Gynecological Cancer Patients Submitted to Antineoplastic Chemotherapy.	Syftet var att utvärdera livskvaliteten hos kvinnor med gynekologisk cancer som behandlas med cytostatika.	Beskrivande tvärsnittsstudie med intervjuer. Studien gjordes mellan 2007-2009. Kvinnorna var över 18 år.	Tillfrågade n= 71 Deltagare n=50 Bortfall n= 21	Fysiska, psykiska, sociala och miljörelaterade aspekter studerades och utifrån dessa var det de fysiska och psykiska aspekterna som påverkade livskvaliteten mest negativt.	P II
Karthikeyan, G., Jumrani, D., Prabhu, R., Manoor, U., & Supe, SS. (2012) Indien	Prevalence of Fatigue Among Cancer Patients Receiving Various Anticancer Therapies and its Impact on Quality of Life: A Cross-Sectional Study	Syftet med studien var att ta reda på förekomsten av vilken grad fatigue påverkade cancerpatienter som genomgick cytostatikabehandling. De undersökte även fatigues påverkan på livskvaliten.	En observations tvärsnittsstudie med cancerpatienter som genomgick strålning,, cytostatikabehandling eller en kombinerad behandling med cytostatika och strålning. Samtliga deltagare bedömdes med avseende till svårighetsgrad av fatigue med Brief Fatigue Inventory (BFI) och för bedömning av livskvalitet användes en FACT-G-skala.	Deltagare n=121	Fatigue var vanligare hos patienter som genomgick endast cytostatikabehandling jämfört med patienter som genomgick endast strålbehandling. Det framkom att det är viktigt att fatigue bedöms när patienten diagnostiseras med cancer och innan behandlingen startar. Det är även mycket viktigt att utvärdera fatigue efter behandling för att kunna utvärdera utvecklingen och behandla denna och eventuellt medföljande ångestsymtom.	P II
Kvåle, K., & Bondevik, M. (2010) Norge	Patients' perceptions of the importance of nurses' knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care	Att få insyn i hur patienternas uppfattningar av sjuksköterskans kunskap om cancer och dess behandlingar relaterar till omvårdnaden.	Intervjuer som spelades in, transkriberades och sedan analyserades. Efter att texten lästs i sin helhet kondenserades den till meningsenheter och delades in i olika teman. Patienterna som intervjuades var mellan 25-80 år.	Tillfrågade n=23 Bortfall n=3 Deltagare n=20	Patienterna ansåg att kunskap om cancer och dess behandlingar var grundläggande och tog för givet att sjuksköterskor hade denna kompetens. Studien identifierade tre teman som förklarade varför kunskap viktiga: (a) information bidrar till känslan av trygghet, säkerhet och lindrar lidande, (b) det förebygger och lindrar lidande och otrygghet under cytostatikabehandling och (c) det lindrar biverkningar orsakade av behandling och symtom från sjukdomen.	K I
Lou, Y., Yates, P., McCarthy, A., & Wang,	Fatigue self-management: a survey of Chinese cancer patients undergoing	Att undersöka kinesiska cancerpatienters egenvård av cytostatikarelaterad fatigue. Inklusiva vilka	En tvärsnittsstudie med enkäter som fylldes i själva av patienten eller som utfördes av en av forskarna.	Tillfrågade n=277 Deltagare	De flesta av patienternas egna metoder för att lindra symtomen på trötthet gav lindring till dem. Resultaten visade att självtillit, hälsotillståndet och tillgången till socialt stöd är faktorer som är	P I

HM. (2013) Kina	chemotherapy.	typer av egenvård som används och deras förtroende för att klara sin egenvård.		n=271 Bortfall n=6	förknippade med hur cancerpatienterna hanterar fatigue själva. Att cancerpatienterna är kapabla till att utföra metoder och åtgärder själva för att lindra sin fatigue visade sig leda till ökad livskvalitet.	
Mitchell, T. (2007) Storbritannien	The social and emotional toll of chemotherapy – patients' perspectives	Syftet var att (1) Identifiera vanliga och unika symptom på social och känslomässig stress hos personer som erhåller cytostatika; (2) Belysa den process som patienterna går igenom vid behandlingen; (3) Beskriva vanliga och unika strategier bland patienterna för att klara av de sociala och emotionella effekter av toxicitet.	Intervjustudie som baseras på en hermeneutisk fenomenologisk referensram. En del deltagare förde dagbok över behandlingen. Studien ledde till 98 intervjuer.	Deltagare n=19	Åtta huvudteman framkom ur studien. Förhållandesituationer, den upplevda betydelsen av närstående och den frustration som är förknippad med bristande koncentration och minnesförlust är viktiga fynd som bör påverka omvårdnaden.	K I
Pedersen, B., Koktved, D P., & Nielsen, LL . (2012) Danmark	Living with side effects from cancer treatment – a challenge to target information.	Att förstå patienters upplevelser av hur biverkningar från cytostatikabehandling och radioterapi påverkar det dagliga livet samt hur behovet av information påverkar hanteringen av dessa biverkningar.	En kvalitativ intervjustudie som genomfördes inom en fenomenologisk - hermeneutisk referensram. Intervjuerna pågick mellan 45-75 minuter.	Deltagare n=9	Patienterna är mycket påverkade av biverkningarna i deras vardag. De kämpar för att ta makten men upplever att de tappar kontrollen. Patienterna upplevde sig oerfarna utan kunskap och att bristen på kontinuitet gör att deras behov inte uppmärksammas ordentligt. För att undvika detta behöver patienterna individuellt stöd.	K II

Toubassi, D., Himel, D., Winton, S., & Nyhof-Young, J. (2006) Kanada	The informational needs of newly diagnosed cervical cancer patients who will be receiving combined chemoradiation treatment.	Syftet med studien var att ta reda på vikten av information till kvinnor som lider av livmoderhalscancer och ska få kombinerad behandling av cytostatika samt strålning.	En retrospektiv intervjustudie där intervjuerna gjordes antingen via telefon eller ett möte med deltagaren.	Tillfrågade n=15 Deltagare n=14 Bortfall n=1	Studien visade att behandlingsrelaterad information är viktigt för de kvinnor som genomgår kombinerad strålning- och cytostatikabehandling. De frågor som ansågs vara viktigast att få var på var praktiska frågor och frågor som rör det känslomässiga, sociala eller sexuella. En stor del av deltagarna uppgav att information innan behandling skulle ha minskat ångest och stress, gett en ökad livskvalitet och en förbättrad behandling då hanteringen av biverkningarna hade blivit lättare.	P I
Xie, Y., Zhao, F-H., Lu, S-H., Huang, H., Pan, X-F., Yang, C-X., & Qiao, Y-L. (2013) Kina	Assessment of quality of life for the patients with cervical cancer at different clinical stages.	Syftet var att jämföra livskvaliteten hos kvinnor med olika stadium av livmoderhalscancer före och efter behandling för att förbättra förebyggandet och behandlingen av livmoderhalscancer.	Intervjustudie som utgick från SF-36 som innehåller 36 frågor utifrån 8 olika kategorier och en del där patienten får uppskatta sin livskvalitet självständigt. Intervjuerna gjordes 1, 3 och 6 månader efter behandling. Detta användes för att jämföra livskvaliten hos patienter i de olika stadierna av livmoderhalscancer.	Deltagare n=220	Resultaten visar att patienter med precancerösa lesioner har bättre övergripande livskvalitet än de med avancerad livmoderhalscancer. Dessutom kan patienter med tidig cancer återhämta sig bättre fysiskt och psykiskt än de med framskriden cancer. Således kan tidig upptäckt och behandling förbättra livskvaliteten för patienter med precancerösa lesioner av livmoderhalscancer.	P I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg