



Linnéuniversitetet Kalmar
Växjö

Kvinnors erfarenheter av
bröstcancer
- en litteraturstudie

Malinée Andersson

Emma Dahl



Linnéuniversitetet Kalmar
Växjö

Institutionen för hälso- och vårdvetenskap

Examensarbete vårdvetenskap 15 hp

Kvinnors erfarenheter av bröstcancer - en litteraturstudie

Malinée Andersson

Emma Dahl

Sammanfattning

Syfte: Syftet med vår litteraturstudie var att beskriva kvinnors erfarenheter av att leva med bröstcancer.

Metod: En litteraturstudie med 14 inkluderade artiklar. Artiklarna kvalitetsgranskades utifrån modifierade granskningsmallar. Artiklarnas resultat analyserades och sammanställdes till en helhet.

Resultat: Resultaten är sammanställda utifrån Erikssons tre olika livsrum, det fysiska, det psykosociala och det andliga livsrummet. I det fysiska livsrummet upplevde kvinnorna många olika biverkningar av sjukdomen och behandlingen. De upplevde även begränsningar i sitt vardagliga liv. I det psykosociala livsrummet upplevde kvinnorna behov av praktiskt och emotionellt stöd. Stödet kunde komma från sjukvården, familjen eller andra kvinnor som haft bröstcancer. I det andliga rummet upplevde kvinnorna att existentiella frågor blev mer påtagliga.

Slutsats: En viktig uppgift för sjuksköterskan är att se individen som unik och se kvinnorna i sin helhet, det vill säga utifrån det fysiska, det psykosociala och det andliga livsrummet.

Nyckelord: bröstcancer och erfarenheter.

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
2. Bakgrund	1
2.1 Bröstcancer.....	1
2.1.1 Behandling.....	1
2.1.2 Konsekvenser av behandling.....	2
2.1.3 Uppföljning.....	2
2.2 Omvårdnad.....	3
2.3 Sjukdomslidande.....	4
2.4 Livskvalitet.....	4
2.5 Katie Erikssons vårdteori.....	5
3. Problemformulering	5
4. Syfte	5
5. Metod	6
5.1 Design.....	6
5.2 Inklusions- och exklusionskriterier.....	6
5.3 Sökningsprocessen.....	6
5.4 Kvalitetsgranskning.....	7
5.5 Dataanalys.....	8
5.6 Etiska övervägande.....	8
6. Resultat	9
6.1 Det fysiska livsrummet.....	9
6.2 Det psykosociala livsrummet.....	10
6.3 Det andliga livsrummet.....	13
7. Diskussion	15
7.1 Resultatdiskussion.....	15
7.1.1 Det fysiska livsrummet.....	15
7.1.2 Det psykosociala livsrummet.....	16
7.1.3 Det andliga livsrummet.....	18
7.2 Metoddiskussion.....	19
8. Fortsatt forskning	22
9. Slutsats	22
10. Referenser	23
Bilaga 1. Sökningstabell PsycINFO	
Bilaga 2. Sökningstabell CINAHL	

Bilaga 3. Sökningstabell PubMed

Bilaga 4. Sökningstabell Manuellsökning

Bilaga 5. Modifierad granskningsmall för kvalitativa studier

Bilaga 6. Modifierad granskningsmall för kvantitativa studier

Bilaga 7. Artikelmatris

1. Inledning

Bröstcancer är den vanligaste formen av cancer bland kvinnor i Sverige. Varje dag får 15-20 kvinnor diagnosen bröstcancer. De flesta kvinnor som drabbas är från 40 år och äldre (Nystrand, 2009). Dessa kvinnor kommer att komma i kontakt med sjukvårdspersonal vid ett flertal tillfällen både före, under och efter behandling (Socialstyrelsen, 2001). I denna litteraturstudie innefattar begreppet sjukvårdspersonal undersköterskor, sjuksköterskor och läkare. Som blivande sjuksköterskor vill vi med denna litteraturstudie beskriva kvinnors erfarenheter av att leva med bröstcancer. Detta för att kunna ge individanpassad omvårdnad av hög kvalitet.

2. Bakgrund

2.1 Bröstcancer

Bröstcancer beror på en mutation i en frisk cell som leder till att cellen inte fungerar som den ska. Den friska cellen omvandlas då till en cancercell. Cancercellen börjar dela sig ohämmat och det bildas så småningom en tumör (Berg, Brandberg, Ernberg, Frisell, Fürst & Hall, 2007). Bröstcancertumörer kan uppträda i olika storlekar och i olika vävnader i bröstet. Sjukdomen indelas i fem olika stadier beroende på hur långt framskriden den är. Stadium 0 är ett tidigt stadium av cancer och tumören växer endast i det lager där den startat. Stadium 1 innebär att tumören är mindre än 2 centimeter samt att den ej spridit sig till lymfkörtlarna. Vid stadium 2 är tumören 2-5 centimeter stor och lymfkörtlarna kan vara angripna. Vid stadium 3 är tumören 5 centimeter eller större. Stadium 4 innebär att tumören har spridit sig och bildat metastaser (Nystrand, 2009).

2.1.1 Behandling

De tre behandlingsformer som finns mot bröstcancer är kirurgi, strålning och läkemedel. Kirurgi är den vanligaste behandlingsformen. Cirka 90% av bröstcancerpatienterna får denna behandling. Bröstbevarande kirurgi innebär att tumören tas bort ur bröstet. Mastektomi innebär att bröstet tas bort helt. Kirurgi i armhålan utförs för att korrekt kunna klassificera tumörens olika stadier och därigenom kunna avgöra vilken behandling som krävs. Strålbehandling är en tilläggsbehandling som genomförs efter kirurgibehandlingen. Syftet är att få bort eventuella cancerceller som kan finnas kvar i eller kring operationsområdet.

Läkemedel så som cytostatika kan användas som tilläggsbehandling. Syftet med att använda cytostatika är att mikrometastaser ska elimineras, för att förebygga återfall av cancer (Berg et al., 2007)

2.1.2 Konsekvenser av behandling

Kvinnor som väljer att genomgå en mastektomi upplever ofta att de förlorar sin kvinnlighet. Mastektomin kan påverka kvinnornas psykosociala funktion, som inkluderar identitet, självförtroende, sinnesstämning, sexualitet och livskvalitet. Yngre kvinnor löper en större risk att drabbas av psykologisk stress på grund av kroppsförändringar (Helms, O'hea & Corso, 2008). De vanligaste biverkningarna vid strålbehandling är trötthet, minskad aptit, illamående och rodnad på huden (Widman, 2009). Kvinnor med bröstcancer som får cytostatika behandling lider ofta av fatigue och hämmad sexlust (Henson, 2002). Fatigue betyder att man är konstant trött. Detta är ett vanligt symtom vid cancer (Wallskär, 2009). Andra biverkningar kan vara håravfall, illamående och kräkningar (Mulders, Vingerhoets & Breed, 2008). Ångest är också känt som en vanlig biverkning vid behandling med cytostatika. Ångesten minskar kvinnornas livskvalitet (Schreier & Williams, 2004).

2.1.3 Uppföljning

Efter operation och övriga behandlingar för bröstcancer behöver kvinnorna gå på regelbundna uppföljande kontroller för att upptäcka eventuella återfall. Vanligtvis kallas man till återbesök var sjätte månad under de första två åren efter behandling. Därefter görs kontroller en gång om året om allt är bra. Uppföljningen kan genomföras antingen av läkare eller av en sjuksköterska med specialkompetens. Läkaren eller sjuksköterskan känner igenom kvinnornas båda bröst och undersöker om det finns svullna lymfkörtlar i armhålorna och på halsen. Vanligtvis genomförs även mammografi. Mammografi innebär en röntgenundersökning av bröstet för att upptäcka eventuella knölar. Mammografien genomförs av en röntgensjuksköterska. Mellan kontrollbesöken finns sjuksköterskan tillgänglig för att kunna svara på frågor i telefon eller snabbt ordna ett besök ifall kvinnan vill bli undersökt (Sjukvårdsrådgivningen, 2009).

2.2 Omvårdnad

Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor ska sjuksköterskans arbete utgå från en humanistisk människosyn. Sjuksköterskan ska visa respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet. De ska ha förmågan att kommunicera med personal, patienter och närstående på ett empatiskt sätt och med respekt. Att förmedla information till patient och närstående och förvissa sig om att de uppfattat den rätt är en viktig del i sjuksköterskans arbete. En stor del av sjuksköterskans profession är omvårdnad av patienter. För att sjuksköterskan ska kunna utföra omvårdnad behöver hon tillämpa sina kunskaper inom omvårdnad och medicin (Socialstyrelsen, 2005). Kvinnor med bröstcancer har kontakt med sjuksköterskan vid flera tillfällen både före, under och efter diagnostiseringen. Ett exempel på detta är vid kontroll på hälsocentralen av den knöl som kvinnorna känt i bröstet och under behandlingen av cancersjukdomen (Socialstyrelsen, 2001). Att tillgodose patientens grundläggande behov, att stärka patientens förmåga till egenvård och att lindra lidande är konkreta mål inom omvårdnaden (Eriksson, 1997).

För att kunna förstå patientens erfarenheter och för att kunna klarlägga patientens behov är kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten det avgörande för att lyckas. För att kunna få förståelse för patienten måste sjuksköterskan konkret vårda honom/henne. Att vårda uppstår genom samtal och genom att sjuksköterskan agerar tillsammans med patienten (Birkler, 2007).

Föreställningar definieras som "sanningen" av den subjektiva verkligheten. Kärnföreställningar är de föreställningar som är de mest betydelsefulla och djupast rotade inom oss. Kärnföreställningar är grundläggande för hur vi lever våra liv. De är personliga och ofta omedvetna. När sjukdom/ohälsa drabbar en individ aktiveras hans/hennes kärnföreställningar. Det är dessa kärnföreställningar som påverkar hur individen upplever sjukdomen/ohälsa. Genom att sjuksköterskan tillsammans med patienten utforskar hindrande föreställningar som patienten har och klargör dessa så kan patienten se möjligheter till att förändra dessa föreställningar (Wright, Watson & Bell, 2002).

2.3 Sjukdomslidande

Lidande är en del av alla människors liv. Att lida innebär att kämpa och att utstå. Det innefattar också att pinas och att vårdas (Eriksson, 1994). Vetskapen om att sjukdomen man har kan leda till en förkortning av livslängden samt begränsningar av livets möjligheter orsakar ett lidande (Malmqvist, 2000). Enligt Eriksson (1994) har det alltid funnits en allmängiltig uppfattning om att sjukdom och behandling åstadkommer lidande för patienten. Sjukdomslidande är det lidande som relaterar till sjukdom och behandling. Orsaker till sjukdomslidandet kan vara känsla av förnedring, skuld och skam samt den kroppsliga smärtan. Wiklund (2003) skriver att sjukdomslidande kan uppstå när en människa upplever att han/hon är begränsad. Dessa begränsningar kan vara i form av begränsningar att utföra olika aktiviteter som man anser är viktigt för att leva ett tillfredställande liv.

Att ta emot ett besked om att man har fått bröstcancer kan vara svårt. Vanliga reaktioner är oro, nedstämdhet och känslor av överklighet (Nystrand, 2009). En annan vanlig reaktion är att det inte gäller mig, proverna måste ha förväxlats. Reaktionen är ett sätt att skydda sig mot den obehagliga verkligheten (Leander, 2009).

2.4 Livskvalitet

Livskvalitet är ett mått på livsvärdet som inte kan mätas med pengar. Det är en subjektiv upplevelse. Individen tycker själv att han/hon har det bra eller inte har det bra. Livskvalitet kan påverkas av sjukdom, gemenskap, tillgång till kultur och inkomst (Nationalencyklopedin, 2010). Begreppet hälsorelaterad livskvalitet används i medicinska sammanhang och innefattar olika psykosociala faktorer så som trötthet, smärta och emotionellt mående (Brülde, 2003). Hälsorelaterad livskvalitet kopplas samman med den subjektiva upplevelsen av sjukdom och behandling. Faktorer som påverkar livskvalitet är konsekvenser av behandling, psykologisk stress och förekomst av socialt stöd (Browall, Ahlberg, Karlsson, Danielson, Persson & Gaston-Johansson, 2008).

2.5 Katie Erikssons vårdteori

Centrala begrepp i Erikssons vårdteori är hälsa och vårdande. Hälsa innebär att människan är hel i form av kropp, själ och ande. Begreppet kropp är kopplat till människans relationer med andra människor. Själen utgör en förbindelse mellan kropp och ande. Ande innebär människans relation till gud eller det gudomliga (Eriksson, 1997).

Sammanställningen av litteraturstudiens resultat utgår ifrån Erikssons begrepp om människans tre livsrum. Människans tre livsrum är det fysiska, det psykosociala och det andliga livsrummet. Hälsa är ett uttryck för olika funktioner mellan inre och yttre förhållanden. Eriksson delar upp de yttre förhållandena i tre olika livsrum. Livsrummen benämns som det fysiska, det psykosociala och det andliga livsrummet. Det fysiska livsrummet omfattar förutsättningarna för upprätthållandet av primära funktioner så som äta och sova. Det psykosociala livsrummet innefattar individens relation till andra människor. Det andliga livsrummet innefattar individens relation till Gud eller det gudomliga (Eriksson, 1997).

3. Problemformulering

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor. Det är främst kvinnor i 40-årsåldern och äldre som drabbas (Nystrand, 2009). Medellivslängden i Sverige har ökat kraftigt (Statistiska centralbyrån, 2009). Risken att drabbas av bröstcancer ökar med stigande ålder (Klasén – McGrath, 2009). På grund av den ökade medellivslängden kommer troligtvis antalet kvinnor som drabbas av bröstcancer att öka. Kvinnor med bröstcancer har kontakt med sjuksköterskan vid flera tillfällen både före, under och efter diagnostiseringen (Socialstyrelsen, 2001). Bröstcancer innebär ett sjukdomslidande och påverkar kvinnornas livskvalitet. För att kunna möta dessa kvinnors specifika behov och för att kunna ge en individanpassad omvårdnad av hög kvalitet behövs kunskap om kvinnors erfarenheter av bröstcancer.

4. Syfte

Syftet med vår litteraturstudie är att beskriva kvinnors erfarenheter av att leva med bröstcancer.

5. Metod

5.1 Design

En systematisk litteraturstudie innebär att söka systematiskt, kritisk granska, analysera och sammanställa litteraturen. I den systematiska litteraturstudien finns det inga regler för hur många artiklar som ska ingå. Det viktigaste är att kunna inkludera all relevant forskning inom valt problemområde (Forsberg och Wengström, 2008). Vi har använt systematisk litteraturstudie som metod för att sammanställa befintlig forskning utifrån problemområdet.

5.2 Inklusions- och exklusionskriterier

Våra inklusionskriterier var att artiklarna, både kvalitativa och kvantitativa skulle vara på svenska eller engelska. Artiklarna skulle vara publicerade år 2000 eller senare. Artiklarna skulle vara publicerade i vetenskapliga tidskrifter (peer-review) och vara vetenskapliga. Artiklarna skulle endast handla om bröstcancer hos kvinnor. De skulle även enbart handla om bröstcancer, ej andra former av cancer. Våra exklusionskriterier var bröstcancer hos gravida, bröstrekonstruktion och artiklar vars forskning var baserad på kvinnor från utvecklingsländer.

5.3 Sökningsprocessen

Sökning efter artiklar genomfördes i databaserna PsycINFO, CINAHL och PubMed 25/1 – 16/2 2010. PsycINFO, CINAHL och PubMed beskrivs som breda databaser inom omvårdnadsforskning. PsycINFO täcker även den psykologiska forskningen inom medicin och omvårdnad (Forsberg och Wengström, 2008). Till att börja med genomfördes en pilot-sökning med tänkbara sökord utifrån vårt syfte, för att se om det fanns relevant forskning på det område som skulle studeras. Sökorden var breast cancer, quality of life, nursing care, needs och experience. Sökningen visade att det fanns relevant forskning. Sökorden quality of life och needs användes i sökningen för att inte gå miste om artiklar som kunde vara relevanta för vårt syfte. Sedan användes uppslagsverket Svenska MeSH för att hitta relevanta medicinska termer att använda vid sökningen. Svenska MeSH föreslog ordet breast neoplasms istället för breast cancer. Sökorden needs och experience fanns inte i Svenska MeSH. De förslag som gavs var för specifika och skulle minimera antalet artiklar som var relevanta för

vårt syfte. De slutliga sökord blev breast neoplasms, quality of life, nursing care, needs och experience.

Sökningar genomfördes i PsycINFO med hjälp av PsycINFOs egna förslag på MeSH-termerna. Dock gav databasen samma förslag på orden så de slutliga sökorden användes. Sökorden needs och experience skrevs in manuellt. Först söktes alla termer var för sig och kombinerades sedan med AND. (se bilaga 1). Sedan genomfördes sökningen i CINAHL. För att se om sökorden var relevanta i den databasen kryssade vi i att databasen skulle föreslå sökord (Suggest Subject Terms). När sökorden kom upp kryssades det relevanta sökordet i och vi kryssade sen i explode för att få en bredare sökning. Sökorden needs och experience skrevs in manuellt. Först söktes alla ord var för sig och kombinerades sedan med AND (se bilaga 2). Sökningen i PubMed genomfördes med hjälp av MeSH Database för att se om sökorden var relevanta. Sökorden needs och experience skrevs in manuellt. Först söktes alla ord var för sig och kombinerades sedan med AND (se bilaga 3). I alla tre databaserna användes ”review” eller ”peer review” som en begränsning i sökningarna. Av sökresultatet lästes alla titlar när antalet träffar inte var fler än 200 artiklar. När titeln bedömdes relevant för vårt syfte lästes abstraktet. När även abstraktet bedömdes relevant lästes hela artikeln. Om inte artikeln fanns i fulltext beställdes den. Databassökningarna resulterade i 23 artiklar som lästes i fulltext varav nio bedömdes relevanta och gick vidare till kvalitetsgranskning. På de nio artiklarnas referenslistor genomfördes manuell sökning. Samma inklusions- och exklusionskriterier användes. De manuella sökningarna resulterade i ytterligare 17 artiklar som lästes i fulltext. Dock motsvarade endast fem av dessa artiklar vårt syfte och dessa inkluderades i litteraturstudien (se bilaga 4). Totalt lokaliserades 14 artiklar som motsvarade syftet och som gick vidare till kvalitetsgranskningen.

5. 4 Kvalitetsgranskning

Enligt Forsberg och Wengström (2008) ska alla artiklar som ingår i en systematisk litteraturstudie kritiskt granskas och värderas på ett systematiskt sätt. Samtliga 14 artiklar granskades utifrån två av oss modifierade mallar (se bilaga 5 och 6). Mallarna är utformade utifrån Forsbergs och Wengströms (2008) granskningsmallar för kvalitativa och kvantitativa artiklar. Mallarna modifierades för att underlätta poängsättningen. En fråga angående etiska resonemang har lagts till i båda mallarna, eftersom denna fråga har stor betydelse för

kvaliteten. Den modifierade mallen för kvalitativa studier består av 18 frågor som besvarats med ja eller nej. Ja-svar gav 1 poäng och nej-svar gav 0 poäng. Den kvalitativa artikelns kvalitet bedömdes utifrån följande kvalitetsgränser: låg kvalitet (0-8 poäng), medel kvalitet (9-13 poäng) och hög kvalitet (14-18 poäng). De kvantitativa mallarna som finns i Forsberg och Wengström (2008) har modifierats och slagits samman till en mall för bedömning av kvantitativa studier. Den modifierade mallen för kvantitativa studier består av 16 frågor som besvarats med ja eller nej. Ja-svar gav 1 poäng och nej-svar gav 0 poäng. Den kvantitativa artikelns kvalitet bedömdes utifrån följande kvalitetsgränser: låg kvalitet (0-7 poäng), medel kvalitet (8-12 poäng) och hög kvalitet (13-16 poäng). Kvalitetsgranskningen av artiklarna resulterade i att samtliga 14 artiklar bedömdes vara av hög kvalitet. De utvalda artiklarna redovisas i artikelmatrisen (se bilaga 7).

5.5 Dataanalys

Dataanalysen genomfördes utifrån Friberg (2006) som beskriver att analysen är en process från helhet till delar och som blir en ny helhet. De inkluderade artiklarnas resultat lästes med fokus på vårt syfte. Alla artiklar lästes enskilt vid ett flertal tillfällen av båda författarna. Varje artikels resultat översattes till svenska och delar som var relevanta för vårt syfte togs ut. Vi färgmarkerade i de utvalda delarna för att kunna se återkommande mönster samt likheter och skillnader som kunde kopplas samman med Erikssons tre olika livsrum. Resultatet indelades i de tre olika livsrummen och sammanställdes till en helhet.

5.6 Etiska övervägande

Etiska övervägande med avseende på presentation av resultat och urval bör göras vid systematiska litteraturstudier. Att få tillstånd från etisk kommitté är viktigt eller att man gjort noggranna etiska överväganden. Alla artiklar som ingår i litteraturstudien ska redovisas. Att enbart presentera artiklar som stödjer forskarens egna åsikter är oetiskt (Forsberg & Wengström, 2008). Vi har inkluderat samtliga artiklar som varit relevanta för vår studie, oavsett om resultatet i artiklarna varit i överensstämmelse eller ej med våra uppfattningar om problemområdet. Vid vår kvalitetsgranskning har vi kontrollerat att alla artiklar har godkänts av en etisk kommitté eller att etiska övervägande har genomförts. Vid artiklar där det varit

otydligt om detta genomförts, har vi kontaktat författaren till artikeln via mejl. På så sätt har vi fått bekräftelse på att även de artiklarna blivit godkända av en etisk kommitté.

6. Resultat

Resultaten redovisas utifrån Katie Erikssons (1997) tre olika livsrum, det fysiska, det psykosociala och det andliga livsrummet.

6.1 Det fysiska livsrummet

I det fysiska livsrummet redovisas begränsningar hos kvinnor med bröstcancer, för att primära funktioner ska kunna upprätthållas (Eriksson, 1997).

Kvinnorna upplevde biverkningar som illmående, fatigue, lymfödem, smärta och klimakteriebesvär (Beatty, Oxald, Koczwara & Wade, 2008; Thewes, Butow, Girgis & Pendelbury, 2004). Minskad sexlust och smärta vid samlag var också vanliga erfarenheter hos kvinnorna (Wilson, Andersen & Meischke, 2000).

Kvinnorna upplevde förändringar i sinnesstämningen så som instabilt humör och en ökad känslighet som en följd av bröstcancern (Arman, Rehnsfeldt, Carlsson & Hamrin, 2001). Känslor som isolering, depression, hjälplöshet och brist på kontroll upplevdes som problem i deras liv (Beatty et al., 2008; Luoma & Hakamies-Blomqvist, 2004). Fatigue begränsade kvinnornas möjligheter till daglig aktivitet. Kvinnorna saknade den energi som de haft innan sjukdomen (Beatty et al., 2008; Downie, Mar Fan, Houédé-Tchen, Yi & Tannock, 2006; Luoma, & Hakamies-Blomqvist, 2004; Oxald, Wade, Hallsworth & Koczwara, 2008; Wilson et al., 2000). Det vardagliga livet påverkades genom att många kvinnor förlorat sitt intresse för att delta i tidigare uppskattade aktiviteter (Downie et al., 2006). Kvinnorna upplevde att lymfödem begränsade det vardagliga livet och att det hade negativ effekt på de dagliga aktiviteterna (Beatty et al., 2008; Luoma & Hakamies-Blomqvist, 2004; Oxald et al., 2008). Förändringar i utseendet ledde ofta till begränsningar hos kvinnorna, viljan att gå ut, besöka andra människor och att fortsätta arbeta hade påverkats negativt (Luoma & Hakamies-Blomqvist, 2004). På grund av sjukdomen och behandlingen tyckte många kvinnor illa om sin kropp (Vilhauer, 2008). De kände sig inte längre sexuellt attraktiva och hade svårt med att

kunna utföra samlag på grund av förändringar i utseendet (Oxald et al., 2008; Wilson et al., 2000). Förändringar som förlust av bröst, viktförändringar och håravfall påverkade kvinnornas självbild negativt (Beatty et al., 2008; Oxald et al., 2008).

Många kvinnor led också av kognitiva besvär så som förändringar i korttidsminnet, koncentrationsförmågan, svårigheter att uttrycka sig och svårigheter med att planera. Konsekvenserna av de kognitiva besvären blev att kvinnorna inte ville delta i vardagliga aktiviteter där deras kognitiva problem kunde uppdagas för andra människor. Kvinnorna undvek att köra bil på grund av försämrad koncentrationsförmåga (Downie et al., 2006). Att koncentrera sig på saker, som exempelvis att läsa en bok, upplevdes som svårt och energikrävande (Luoma & Hakamies-Blomqvist, 2004).

6.2 Det psykosociala livsrummet

I det psykosociala livsrummet redovisas kvinnornas relation till andra människor (Eriksson, 1997).

Många kvinnor kunde inte fortsätta på sina arbeten och de var tvungna att be om hjälp med hushållssysslorna. För många kvinnor var förändringen från att vara behövd till att vara behövande svårt att acceptera och medförde en känsla av minskad autonomi (Luoma & Hakamies-Blomqvist, 2004). Brist på förståelse från kvinnornas familjer, vänner och kollegor upplevde kvinnorna som påtaglig. Kvinnorna upplevde att barnen skämdes för deras sjukdom, kvinnornas partner ville inte prata om sjukdomen och kvinnornas vänner och grannar undvek att prata med dem när de träffades (Landmark, Strandmark & Wahl, 2002). Kvinnorna undvek ofta att delta i sociala aktiviteter för att de upplevde att de blev annorlunda behandlade än de som inte hade cancer (Oxald et al., 2008; Wilson et al., 2000).

Kvinnorna upplevde att det fanns ett behov av att träffa andra kvinnor med bröstcancer. De ville jämföra sjukdomen, symtomen och problemen och även få information från andra kvinnor som upplevt samma sak (Beatty et al., 2008; Connell, Patterson & Newman, 2006; Oxald et al., 2008; Thewes et al., 2004; Vilhauer, 2008). De hade ett behov av kontinuerlig information om behandlingens biverkningar. De uppgav att de vill ha information och utbildning som var anpassad till deras ålder. De ville att informationen skulle vara skriftlig,

för att senare kunna gå tillbaka till informationen och läsa den igen när det behövdes. Informationen som kvinnorna fått tidigare glömdes bort på grund av omständigheterna (Beatty et al., 2008; Raupach & Hiller, 2002; Thewes et al., 2004; Thewes, Meiser, Rickard & Friedlander, 2003). Information om hur man upptäcker återfall av bröstcancern samt information om hur stora riskerna är att någon annan i familjen drabbas var viktigt för kvinnorna (Thewes et al., 2004). Även under uppföljningen var behovet av att upptäcka återfall påtagligt (McCaughan & McSorley, 2007). Information om bröstrekonstruktion, bröstproteser, sex och samlevnad var det som många kvinnor upplevde som minst viktig (Raupach & Hiller, 2002).

Kvinnorna upplevde att de ville ha praktiskt stöd för att klara av de dagliga fysiska aktiviteterna så som att handla, laga mat, städa och ta hand om barnen (Beatty et al., 2008; Connell et al., 2006; Thewes et al., 2004). Ju längre tiden gick efter bröstcancer-diagnosen desto mer stöd ville kvinnorna ha från sjukvårdspersonalen (Raupach & Hiller, 2002). Ökad kommunikation med sjukvårdspersonalen upplevdes som en källa till stöd (Beatty et al., 2008; Thewes et al., 2004).

Vid akuta och kritiska situationer, när framtiden var oförutsägbar, var bra bemötande och att ses som en individ speciellt viktigt. Kvinnorna uppgav att de måste få bli sedda och bemötta både pre- och postoperativt (Landmark et al., 2002). Att ha samma läkare vid alla återbesök, som kände till kvinnornas historia och sjukdomsutveckling, medförde att de kände sig som individer och inte bara ett nummer (Pennery & Mallet, 2000). En meningsfull dialog mellan sjukvårdspersonalen och kvinnorna kunde leda till socialt stöd och vara en form av uppmuntran. Även säkerhet och trygghet i vården upplevdes som ett socialt stöd. Viktigt var också att läkarna fanns tillgängliga för att kunna lyssna till kvinnorna och svara på deras frågor (Landmark et al., 2002). Att ha bra kontakt med sjukvårdspersonalen var viktigt. De var till störst hjälp när kvinnorna kunde ta kontakt med dem direkt när de blev oroliga eller hade någon fundering (Vilhauer, 2008). Specialistsjuksköterskan ansågs vara en extra stor resurs för kvinnorna där de kunde få information och stöd (McCaughan & McSorley, 2007; Thewes et al., 2004). Många kvinnor föreslog att den uppföljande vården skulle ges av en specialistsjuksköterska. De upplevdes som mer stödjande och mer tillgängliga än läkarna och specialistsjuksköterskan hade tillräckligt med färdigheter och kunskap (Pennery & Mallet, 2000).

En del kvinnor upplevde att de blev illa behandlade av hälso- och sjukvården. Deras oro togs inte på allvar och de kände sig ignorerade, framförallt när de fick beskedet om diagnosen. De långa väntetiderna mellan diagnos och behandling samt brist på information om sjukdomen och behandlingen skapade oro (Vilhauer, 2008). Att få information och stöd från hälso- och sjukvården upplevde kvinnorna som svårt på grund av att sjukvårdspersonalen var stressad och inte hade tid med dem (Landmark, Strandmark, & Wahl, 2002; Raupach & Hiller, 2002). Stressen och brist på tid vid sjukvårdsbesöken medförde att kvinnorna inte vågade ställa frågor om emotionella och psykologiska problem (Pennery & Mallet, 2000; Thewes et al., 2004). De saknade även sjuksköterskans stöd och närvaro när de var tvungna att fatta viktiga beslut som exempelvis om kvinnorna skulle genomgå en bröstbevarande kirurgi (Landmark et al., 2002). En del kvinnor upplevde att de ibland var tvungna att fatta snabba och hastiga beslut angående sina behandlingar. Det medförde att det inte fanns tid eller utrymme för funderingar angående behandlingarnas biverkningar (Thewes et al., 2003). Konsekvenserna av brist på stöd från sjukvårdspersonalen medförde påfrestningar på kvinnornas relation till sin partner (Arman et al., 2001).

Det sociala stödet från andra människor, både från relationer de haft innan diagnosen och relationer som skapats efter diagnosen, var av stor betydelse för kvinnorna (Landmark et al., 2002). Behovet av stöd under cancer sjukdomen och dess behandling påverkade kvinnornas relation till sin partner. Antingen fördjupades/förbättrades relationen eller försämrades/ledde behovet av stöd till uppbrott av förhållandet (Arman et al., 2001). Kvinnorna både tog emot stöd och gav stöd till familj och vänner. Stödet som kvinnorna fick påverkade deras förmåga att stå ut med biverkningarna av sjukdomen och behandlingen. Stödet från partnern och barnen upplevdes som extra viktigt i kvinnornas kamp mot cancer (Landmark et al., 2002). Även andra släktingar och nära vänner hade en viktig betydelse för kvinnorna (Luoma & Hakamies-Blomqvist, 2004; Thewes et al., 2004; Vilhauer, 2008).

Vännerna och kollegorna var både praktiskt och emotionellt stöd för kvinnorna, vid olika situationer (Landmark et al., 2002). I de sociala relationerna med vänner och kollegor var det viktigt att kvinnorna blev accepterade som ”en vanlig” person och inte som en cancerpatient. På grund av sjukdomen umgicks kvinnorna inte längre lika ofta med sina närmaste vänner. En del kvinnor undvek att berätta om sin sjukdom för vänner som inte stod dem så nära.

Kvinnorna ville att relationen till vännerna skulle förbli oförändrad (Luoma & Hakamies-Blomqvist, 2004).

Stödet från familjen och vännerna upplevdes inte alltid adekvat av kvinnorna. Familjen och vännerna ville inte prata om att det fanns en tänkbarhet att kvinnorna kanske skulle dö som en följd av sjukdomen. En del kvinnor undvek att prata med sin familj och vänner för att de ville skydda dem mot oro och lidande (Wilson et al., 2000). Kvinnorna upplevde isolering från sociala relationer. De isolerade sig medvetet för att slippa medlidande, kunna kontrollera sin sjukdomsupplevelse och för att upprätthålla sin autonomi (Luoma & Hakamies-Blomqvist, 2004).

6.3 Det andliga livsrummet

I det andliga livsrummet redovisas kvinnorna syn på livet, döden och framtiden (1997).

Kvinnorna uppgav att deras syn på livet hade förändrats efter bröstcancer-diagnosen. De beskrev att de uppskattade livet mer och att livet hade fått ett djupare värde. De såg på livet från den ljusa sidan. Det som enligt kvinnorna gav livet en djupare mening var familjen, Gud, vänner och kulturella aktiviteter (Arman et al., 2001). En del kvinnor upplevde att de lagt cancersjukdomen bakom sig och fortsatt leva sitt liv (McCaughan & McSorley, 2007; Pennery & Mallet, 2000). Att leva ett normalt liv var viktigt för att må bra. Normalt liv uttrycktes i termer som att sjukdomen förändrade så lite som möjligt i deras livsstil. Det innebar också att kunna delta i liknande aktiviteter som innan sjukdomen. Kvinnorna uppgav att sjukdomen medfört en möjlighet att njuta av saker som man tidigare inte uppskattat. De upplevde också att de lärt sig att leva en dag i taget (Luoma & Hakamies-Blomqvist, 2004). Kvinnorna upplevde att de fått ett nytt perspektiv på livet och att de lärt sig uppskatta det mer på grund av cancersjukdomen. De upplevde en inre styrka samt att de började prioritera sig själva mer än vad de gjort innan de fick diagnosen (Beatty et al., 2008). Cancersjukdomen medförde också att kvinnorna fick en hälsosammare livsstil (Vilhauer, 2008).

Kvinnorna beskrev att det var deras eget ansvar att ta hand om sin kropp för att bevara sin hälsa. De berättade att den inre hälsan var lika viktig som den yttre. Den yttre hälsan var i

form av hälsosam mat och motion. Den inre hälsan innefattade att undvika emotionell stress och att kunna slappna av (Arman et al., 2001). Kvinnorna använde också positivt tänkande för att lättare kunna hantera sjukdomen (Arman et al., 2001; Thewes et al., 2004). En förbättring i hälsan och att känna glädje upplevdes hos kvinnorna där behandlingen minskade/hämmade cancerutvecklingen. Behandlingen betydde hopp. Kvinnorna var optimistiska framförallt under den primära behandlingen (Luoma & Hakamies-Blomqvist, 2004).

En del kvinnor klandrade sig själva för att ha fått diagnosen bröstcancer (Beatty et al., 2008; Oxald et al., 2008). De upplevde också ilska över att ha fått sjukdomen eftersom de ansåg att de hade levt ett hälsosamt liv och hade svårt att acceptera sitt öde (Beatty et al., 2008; Luoma & Hakamies-Blomqvist, 2004). Kvinnorna upplevde en känsla av irritation och värdelöshet eftersom de inte längre hade samma energi som innan de fick sjukdomen (Downie et al., 2006).

Förändringar i kroppsfunktionen gav kvinnorna en känsla av beroende och hjälplöshet. För många kvinnor betydde det här även förändringar i rollen från vårdgivare till vårdtagare (Luoma & Hakamies-Blomqvist, 2004). Många av dem var rädda för att bli helt beroende av andra och hoppades att den fasen inte skulle vara så länge (Luoma & Hakamies-Blomqvist, 2004; Wilson et al., 2000). En annan konsekvens av de fysiska förändringarna var upplevelsen av att vara utanför i en värld med friska människor (Luoma & Hakamies-Blomqvist, 2004). En del kvinnor var oroliga över att de inte skulle kunna återhämta sig helt från sjukdomen (Arman et al., 2001). Många oroade sig för att cancer skulle komma tillbaka (Connell et al., 2006; Oxald et al., 2008; Thewes et al., 2004; Vilhauer, 2008; Wilson et al., 2000). Kvinnor hade en rädsla för att dö (Vilhauer, 2008; Wilson et al., 2000). Rädslan uttrycktes ofta i termer som rädsla för smärta i den sista fasen av sjukdomen och att mista kontrollen (Luoma & Hakamies-Blomqvist, 2004).

Kvinnornas oro över att cancer kunde återkomma skapade en rädsla för att planera inför framtiden och att skaffa barn (Thewes et al., 2004). Kvinnorna som redan hade barn var oroliga över hur barnen skulle hantera en eventuell bortgång av modern. De kvinnor som hade barn i skolåldern kände oro över att barnen skulle tvingas bli vuxna för fort och få ta mer ansvar i hemmet. De var även oroliga för att deras partner inte skulle klara av att uppfostra

barnen själva (Connell et al., 2006). För kvinnor med små barn var en av de svåraste aspekterna med att möta döden, oron över att inte finnas där för barnen när de växte upp (Luoma & Hakamies-Blomqvist, 2004). För att lindra sin oro använde kvinnorna olika strategier så som regelbunden kontakt med sjukvårdspersonalen och med bröstcancer teamet. Kvinnorna undvek också att läsa för mycket om strategier som fungerat för andra kvinnor med bröstcancer. Kvinnorna ville hitta sin egen strategi för att hantera cancersjukdomen (Oxald et al., 2008).

7. Diskussion

7.1 Resultatdiskussion

Syftet med litteraturstudien var att beskriva kvinnors erfarenheter av att leva med bröstcancer. Vårt resultat visar att kvinnor med bröstcancer upplevde många olika fysiska symtom som påverkade deras dagliga liv negativt. Resultatet visade också att sjukdomen gett upphov till behov av stöd och information från familj, vänner och sjukvårdspersonal. Både positiva och negativa tankar och funderingar på sin livssituation och framtiden väcktes hos kvinnorna under sjukdomstiden. Vi har valt att diskutera, det vi anser är, centrala delar av resultatet utifrån Erikssons definition av de tre olika livsrummen samt ur ett omvårdnadsperspektiv.

7.1.1 Det fysiska livsrummet

Erikssons fysiska livsrum fokuserar på förutsättningarna för upprätthållandet av primära funktioner (Eriksson, 1997). Resultatet visar att kvinnor med bröstcancer upplevde känslor som hjälplöshet och brist på kontroll (Beatty et al., 2008; Luoma & Hakamies-Blomqvist, 2004). Brist på kontroll kan upplevas när situationer är ohanterbara och obegripliga som vid sjukdom (Wiklund, 2003). Att ha kontroll över situationen är en viktig förutsättning för att människor ska kunna hantera olika typer av svårigheter (Bunkholdt, 2004).

Det är anmärkningsvärt att kvinnornas kognitiva funktion påverkades negativt och att detta påverkade deras förmåga att köra bil. Då sjuksköterskor möter kvinnor med bröstcancer före, under och efter behandling är detta en viktig del att tänka på eftersom det kan påverka kvinnornas möjligheter till att ta sig till och från sjukhuset.

7.1.2 Det psykosociala livsrummet

Erikssons psykosociala livsrum fokuserar på individens relation till andra människor (Eriksson, 1997).

Resultatet visar på svårigheter med att be om hjälp i olika situationer (Luoma & Hakamies-Blomqvist, 2004). Kvinnorna uttryckte det istället att de ville ha praktiskt stöd i situationen istället för att be om hjälp (Beatty et al., 2008; Connell et al., 2006; Thewes et al., 2004). Att inte kunna ta emot hjälp utgör en form av ohälsa och utestänger olika möjligheter till att utvecklas. Att ta emot hjälp gör det möjligt att kunna ha relationer till sina medmänniskor, samhället och till Gud. Sjuksköterskan ska vid vårdandet se till patientens helhet. Det innebär att sjuksköterskan ska se till både det som sägs och det osagda (Eriksson, 1997). Eftersom sjuksköterskan ska se till patientens helhet menar vi att hon/han ska försöka fånga upp det osagda för att hjälpa kvinnorna i situationer där de själva inte ber om hjälp.

Resultatet visar att kvinnorna upplevde att deras barn skämdes för deras sjukdom (Landmark et al., 2002). Vid sjukdom kan barn uppleva att deras förälder uppträder konstigt i jämförelse med andra föräldrar och de skäms för dem och undviker att ta hem kompisar (Landstinget Västernorrland, 2008). Sjuksköterskans arbete ska utgå från en humanistisk människosyn. Det innebär att sjuksköterskan ska se till helheten (Socialstyrelsen, 2005). Vi menar liksom Wright och Leahey (2005) att sjuksköterskan ska se familjen som en helhet där barnen är en viktig del i kvinnornas liv.

Resultatet visar att många kvinnor upplevde ett behov av att träffa andra kvinnor med bröstcancer. De ville jämföra sjukdomen, symtomen och problemen och även kunna få information från andra kvinnor som upplevt samma sak (Beatty et al., 2008; Connell et al., 2006; Oxald et al., 2008; Thewes et al., 2004; Vilhauer, 2008). Personer med cancer kan uppleva ett behov av att prata med andra som gått igenom samma sak. Det kan upplevas som underlättande att höra hur andra har kommit vidare i sina liv. Sjuksköterskan har en viktig roll i detta. Hon kan ge information till kvinnorna om var de kan söka stöd och hjälp (Leander, 2009).

Resultatet visar att kvinnorna var i behov av kontinuerlig information om behandlingens biverkningar. De vill gärna ha informationen skriftligt för att senare kunna gå tillbaka till den och läsa den igen (Beatty et al., 2008; Raupach & Hiller, 2002; Thewes et al., 2004; Thewes et al., 2003). Enligt kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor är att förmedla information till patient och närstående och förvisa sig om att de uppfattat den rätt en viktig del i sjuksköterskans arbete (Socialstyrelsen, 2005). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ska informationen vara individuellt anpassad. Den ska innefatta information om patientens hälsotillstånd, vård och behandling och om metoder för undersökning.

Resultatet visar att säkerhet och trygghet från sjukvårdspersonalen upplevdes som ett stöd (Landmark et al., 2002). Känslan av trygghet kan enligt Wiklund (2003) minska då kvinnorna blir påmind om sin smärta och vad hon inte kan utföra. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ska vården tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Vården skall också tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet. För att öka tryggheten för dessa kvinnor bör sjuksköterskan enligt Wiklund (2003) ta till sig patientens emotioner och lyssna till det hon säger för att kunna ge bekräftelse till patienten. Att inge trygghet till patienten fungerar som en motivation till att fortsätta kontakten med sjuksköterskan. Eftersom trygghet är en viktig del av vården menar vi att det är viktigt att kvinnorna känner sig trygga i sin relation till sjuksköterskan. Genom att kvinnorna känner sig trygga framträder deras kärnföreställningar om sjukdomen, som till exempel att cancer leder till döden. Enligt Wright, Watson och Bell (2002) måste kvinnorna vara medvetna om föreställningarna innan sjuksköterskan kan påverka dem för att kunna främja hälsa.

Kvinnorna upplevde att deras oro ibland inte togs på allvar och att de kände sig ignorerade av sjukvårdspersonalen (Vailhauer, 2008). Kvinnorna upplevde också att det ibland var svårt att få stöd och information från sjukvårdspersonalen då de upplevdes som stressade och inte hade tid med dem (Raupach & Hiller, 2002; Landmark et al., 2002). En viktig del av sjuksköterskans arbete att visa omsorg och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet (Socialstyrelsen, 2005). Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet (SFS 1982:763).

7.1.3 Det andliga livsrummet

Erikssons andliga livsrum innefattar individens relation till Gud eller det gudomliga (Eriksson, 1997). Resultatet visar att många av kvinnorna hade tankar om livet, döden och framtiden. Kvinnorna upplevde att det som gav livet en djupare mening var familjen, Gud, vänner och kulturella aktiviteter (Arman et al., 2001). Vid sjukdom får man tid att tänka och bearbeta många tankar och funderingar som annars inte känns lika påtagliga. Många frågor väcks så som vad som är meningen med livet. En människa som upplever lidande riktar sig ofta till sin Gud med existentiella frågor (Eriksson, 1994).

Kvinnorna upplevde att det var deras eget ansvar att ta hand om sin kropp för att bevara sin hälsa. De beskrev att den inre hälsan var lika viktig som den yttre (Arman, et al., 2001). En av sjuksköterskans uppgifter är att ha en helhetssyn i det vårdande mötet (Socialstyrelsen, 2005). Helhetssynen varierar i förhållande till inre och yttre faktorer samt tid och rum därför måste helhetssynen individanpassas (Eriksson, 1997). Även fast kvinnorna upplevde att det var deras eget ansvar att ta hand om sin kropp och hälsa så har all sjukvårdspersonal enligt Eriksson (1997) ett ansvar att se patienten som en helhet.

Många kvinnor klandrade sig själva för att ha fått diagnosen bröstcancer (Beatty et al., 2008; Oxald et al., 2008). Skuld känslor kan uppkomma efter cancerbeskedet och det är då viktigt att få hjälp med dessa så att man inte fastnar i självanklagelser. Sjuksköterskor och andra personalgrupper i vårdteamet kan ge trygghet och stöd. Kvinnorna kan även vända sig till sjukhuspräst, kurator och samtalsgrupper för att få hjälp (Leander, 2009).

Resultatet visar att kvinnorna använde positivt tänkande för att lättare kunna hantera sjukdomen (Arman et al., 2001; Thewes et al., 2004). Många kvinnor upplevde att de efter sjukdomen lärt sig att leva en dag i taget (Luoma & Hakamies-Blomqvist, 2004). Det kan vara lätt att säga att man ska tänka positivt och ta en dag i taget. För en person som är svårt sjuk och försvagad av sjukdom och behandling kan det räcka med att veta att man inte är ensam och att varje person har sin egen värdighet och sitt människovärde, med eller utan sjukdom (Leander, 2009). Vi menar liksom Birkler (2007) att det är viktigt att sjuksköterskan ser till den unika individens behov och att kvinnorna behandlas efter sina egna behov.

Många kvinnor upplevde en rädsla för att bröstcancer skulle komma tillbaka (Connell et al., 2006; Oxald et al., 2008; Thewes et al., 2004; Vilhauer, 2008; Wilson et al., 2000). De som en gång haft cancer kan uppleva en oro över att sjukdomen ska komma tillbaka. Oron kan uppkomma vid flera olika tillfällen som exempelvis när man drabbas av en förkylning eller upplever smärta (Leander, 2009). Som sjuksköterska är det viktigt att vid dessa situationer se familjen som en viktig resurs och ett stöd familjens stöd kan minska kvinnornas rädslor och obehag (Wright, Watson och Bell, 2002).

7.2 Metoddiskussion

Vi använde oss av systematisk litteraturstudie som metod för att kunna identifiera aktuell forskning som passade bra till vårt syfte som handlar om att beskriva kvinnors erfarenheter av att leva med bröstcancer. Nyttan med systematisk litteraturstudie är att få ett översiktligt resultat skapat utifrån tidigare forsknings resultat. Forskningsresultaten är inte bestående utan i ständig förändring. Målet med en litteraturstudie är att resultatet ska kunna överföras till klinisk verksamhet (Forsberg och Wengström, 2008). Artiklarna skulle vara publicerade år 2000 eller senare för att vi var intresserade av erfarenheterna hos kvinnorna med bröstcancer under de senaste tio åren. Cytostatika behandlingen av bröstcancer förkortades för tio år sedan (Strinnholm, 2006) och erfarenheterna av behandlingen har därför förändrats på grund av kortare behandlingstid.

I vår litteraturstudie använde vi oss av både kvalitativa och kvantitativa studier. Dock motsvarade endast en av de kvantitativa artiklarna vårt syfte och den inkluderades i studien. Att inkludera både kvalitativa och kvantitativa studier ger enligt Forsberg och Wengström (2008) en vid bild av det som undersöks.

Vi valde att bara ta med forskning från industrialiserade länder eftersom att det finns förutsättningar för liknande vård i dessa länder. Enligt Johansson (2007) är det skillnad på vilken cancersort som är vanlig mellan olika länder. Skillnaderna kan bero på både arv, matvanor, livsstil och miljö. I länder som Asien och Afrika är bröstcancer ovanligt. En svaghet med att exkludera vissa länder är att vi kan ha exkluderat många erfarenheter som kan ha varit relevanta för vår litteraturstudie.

Databaserna PsycINFO, CINAHL och PubMed användes eftersom dessa databaser beskrivs som breda databaser inom omvårdnadsforskning och för att de innehåller forskningsmaterial som berör psykologi, omvårdnad och medicin (Forsberg och Wengström, 2008). Vi är medvetna om att vi kan ha missat någon databas som kan ha varit relevant för vår litteraturstudie. Sökorden som användes i databaserna var breastneoplasms, quality of life, nursing care, needs och experience. Att använda sökordet nursing care var relevant eftersom kvinnor med bröstcancer har ett behov av hälso- och sjukvården. Sjuksköterskan bemöter flera av dessa behov genom att ge omvårdnad som kan vara i form av information och stöd. Vår tanke med att använda sökorden quality of life och needs var för att utvidga vår sökning och för att inte gå miste om artiklar som kunde vara relevanta för vårt syfte. En styrka med sökningsprocessen var att vi använde oss av MeSH-termer för orden breastneoplasms, quality of life och nursing care, vilket gjorde att specifika artiklar som var relevanta för vårt syfte hittades. Sökning gjordes även på orden experience och needs som inte är MeSH-termer. Detta gjordes för att inte missa relevant forskning. Ytterligare en styrka är att vi i varje databas har använt oss av databasens egna förslag på sökord. Dock var sökorden samma som MeSH-termerna i samtliga databaser. Även manuella sökningar genomfördes på de inkluderade artiklarnas referenslistor, för att inte gå miste om artiklar som var relevanta för vårt syfte. Eftersom inga artiklar hittades i databasen PubMed gjordes en fritextsökning i PubMed på samtliga artiklar som använts i litteraturstudien. Sökningen visade att 12 av de 14 inkluderade artiklarna fanns i PubMed. Vid kontroll av nyckelorden i varje artikel återfanns bara orden breastneoplasms. Sökningen av bara ordet breastneoplasms gav 7855 träffar och eftersom vi begränsat oss till att läsa titlarna när antal träffar var under 200 så förklarar det varför vi inte hittat dessa artiklar i PubMed.

De 14 inkluderade artiklarna handlade om kvinnornas erfarenheter av bröstcancersjukdomen. Av dessa artiklar var det i nio av artiklarna som forskarna fokuserat på kvinnor och deras erfarenheter när de befann sig under behandling. De resterande fem artiklarna handlade om kvinnornas erfarenheter där kvinnorna avslutat den sista behandlingen. Kvinnorna i studierna befann sig i olika stadier av bröstcancer, de var i olika åldrar och de var i olika faser av behandlingen av sjukdomen. Trots det så framkom liknande erfarenheter av bröstcancersjukdomen hos kvinnorna i de olika studierna.

Alla artiklar som inkluderades i litteraturstudien innehöll citat från den undersökningsgrupp som forskarna fokuserat på. Citat från undersökningsgruppen ökar trovärdigheten och pålitligheten i forskarnas resultat (Forsberg och Wengström, 2008). På så sätt stärker det även trovärdigheten i vår litteraturstudie. Alla artiklar som inkluderades i litteraturstudien är godkända av etisk kommitté. Enligt Forsberg och Wengström (2008) innebär sådant godkännande att minst två oberoende experter har granskat det insända arbetets innehåll och kvalitet och godkänt det. En styrka i vår litteraturstudie är att alla författarna till de inkluderade artiklarna fått godkännande från etisk kommitté.

Vi valde att modifiera de kvalitetsgranskningsmallar som finns i Forsberg och Wengström (2008), eftersom vi ansåg att de var svåra att använda i sin helhet på grund av att det var svårt att poängsätta frågorna. Det fanns några frågor som var snarlika varandra och dessa slogs samman till en fråga. Ett exempel är i den kvalitativa granskningsmallen där frågorna, är resultatet trovärdigt och är resultatet pålitligt, har slagits samman till en fråga där både trovärdighet och pålitlighet ingår. Det fanns också några frågor som inte var relevanta, såsom frågor om vilken slutsats forskaren drar och om vi som läsare håller med om slutsatserna. Det som är viktigt att ha med i en kvalitetsgranskning är beskrivning av syfte, design, urval, mätinstrument, analys och tolkning av resultat (Forsberg och Wengström, 2008). Dessa delar finns med i de modifierade mallarna, se bilaga 5 och 6.

Alla artiklar som användes i studien var skrivna på engelska. Eftersom engelska inte är vårt modersmål kan det finnas översättningsfel i resultatet i litteraturstudien. Ett engelsk-svenskt lexikon har använts men översättningsfel av vissa ord kan ändå förekomma, vilket kan vara en svaghet i vårt arbete.

Vi valde Katie Eriksson (1997) som teoretiker eftersom hon är en av nordens främsta omvårdnadsteoretiker. Vi valde att fördjupa oss i och tillämpa en utvald del av Erikssons vårdteori. Den utvalda delen är Erikssons beskrivning av människans tre olika livsrum. Vi upplevde svårigheter med att placera in vissa resultat under ett specifikt livsrum. Vilket har medfört att resultat under ett livsrum kan passa in under flera av livsrummen. Eriksson (1997)

skriver att människan är en helhet. Resultatet blev därför svårt att dela upp i delar under de tre olika livsrummen eftersom människan är en helhet. Livsrummen går även in i varandra vilket gör försvårar uppdelningen av resultaten.

Resultaten i vår litteraturstudie går troligtvis att överföra till alla kvinnor med bröstcancer eftersom artiklarna som använts i litteraturstudien är baserade på kvinnor i olika åldrar, olika stadier av bröstcancer och i olika faser av behandlingen.

8. Fortsatt forskning

För att förbättra omvårdnaden kring kvinnor med bröstcancer behövs fortsatt forskning om kvinnornas erfarenheter av bröstcancersjukdomen. Resultatet visar att många kvinnor hade erfarenheter av kognitiva besvär så som förändringar i korttidsminnen, koncentrationsförmågan, svårigheter att uttrycka sig och svårigheter med att planera (Downie et al., 2006). Det var endast några få studier som visade på kognitiva besvär och det kunde därför vara intressant med ytterligare forskning inom detta område. Eftersom att det var resultat som påverkade kvinnornas möjligheter till ett socialt liv.

9. Slutsats

Den här litteraturstudien riktar sig främst till sjuksköterskor som i sitt omvårdnadsarbete kommer att möta kvinnor med bröstcancer. Utifrån vårt resultat drar vi slutsatsen att kvinnor med bröstcancer upplever många individuella behov som är relaterade till sin sjukdom. Deras syn på sina relationer till familj, vänner, kollegor och sjukvården påverkas av sjukdomen. Kvinnornas upplevelse av vården och omvårdnaden påverkade deras syn på sig själva och relationen till familjen. Kvinnorna upplevde att bröstcancersjukdomen påverkade deras kognitiva funktion och begränsade kvinnornas sociala liv. Sjukdomen medförde även att många kvinnor upplevde att de fått ett hälsosammare liv. En viktig uppgift för sjuksköterskan är att se individen som unik och se kvinnorna i sin helhet, det vill säga en sammankoppling av det fysiska, det psykosociala och det andliga livsrummet.

10. Referenser

Arman, M., Rehnsfeldt, A., Carlsson, M., & Hamrin, E. (2001). Indications of change in life perspective among women with breast cancer admitted to complementary care. *European Journal of Cancer Care*, *10*, 192-200.

Beatty, L., Oxald, M., Koczwara, B., & Wade, T. (2008). The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: a qualitative study of patient, nurse and volunteer perspective. *Health Expectations*, *11*, 331-442.

Berg, J., Brandberg, Y., Ernberg, I., Frisell, J., Fürst, C-J., & Hall, P. (2007). *Bröstcancer*. Kristianstad: Kristianstads boktryckeri AB.

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad*. Stockholm: Liber AB.

Browall, M., Ahlberg, K., Karlsson, P., Danielson, E., Persson, L-O., & Gaston-Johansson, F. (2008). Health-related quality of life during adjuvant treatment for breast cancer among postmenopausal women. *European Journal of Oncology Nursing*, *12*, 180-189.

Brülde, B. (2003). *Teorier om livskvalitet*. Lund: Studentlitteratur.

Bunkholdt, V. (2004). *Psykologi*. Lund: Studentlitteratur.

Connell, S., Patterson, C., & Newman, B. (2006). Issues and concerns of young Australian women with breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, *14*, 419-426.

Downie, F., Mar Fan, H., Houédé-Tchen, N., Yi, Q., & Tannock, I. (2006). Cognitive function, fatigue, and menopausal symptoms in breast cancer patients receiving adjuvant

chemotherapy: evaluation with patient interview after formal assessment. *Psycho-Oncology*, 15, 921-930.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber AB.

Eriksson, K. (1997). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber AB.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

Forsman, B. (1997). *Forskningsetik. En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsatsvägledning för litteraturbaserade examensarbete* (s.115-124). Lund: Studentlitteratur.

Helms, R., O'hea, E., & Corso, M. (2008). Body image issues in women with breast cancer. *Psychology, Health & Medicine*, 13, 313-325.

Henson, H. (2002). Breast Cancer and Sexuality. *Sexuality and Disability*, 20, 261-275.

Johansson, U. (2007). *Näring och hälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Klasén – McGrath, M. (2009). *Bröstcancer*. [Elektronisk]. Stockholm. Tillgänglig: <
<http://www.vardguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Sjukdomar-och-besvar/Brostcancer/>
>. [2010-03-01].

Landmark, B.T., Strandmark, M., & Wahl, A. (2002). Breast cancer and experiences of social support. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 216-223.

Landstinget i Västernorrland. (2008). *Psyiskt sjuk förälder*. [Elektronisk]. Hörnesand
Tillgänglig: < http://www.lvn.se/templates/Page_7088.aspx>. [2010-02-26].

Leander, G. (2009). *Efter cancerbeskedet*. [Elektronisk]. Stockholm. Tillgänglig: <
http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Vardagen-forandras/Efter-cancerbeskedet/#en_hand_att_hlla_i>. [2010-02-26].

Luoma, M-L., & Hakamies-Blomqvist, L. (2004). The meaning of quality of life in patients being treated for advanced breast cancer: a qualitative study. *Psycho-Oncology*, 13, 729-739.

Malmqvist, J. (2000). *Föreställningar om sjukdom*. Lund: Studentlitteratur.

McCaughan, E., & McSorley, O. (2007). Consumers' and professionals' perceptions of breast cancer review clinic. *Journal of Advanced Nursing*, 60, 419-426.

Mulders, M., Vingerhoets, A., & Breed, W. (2008). The impact of cancer and chemotherapy: Perceptual similarities and differences between cancer patients, nurses and physicians. *European Journal of Oncology Nursing*, 12, 97-102.

Nationalencyklopedin. (2010). *Livskvalitet*. [Elektronisk]. Malmö: NE Nationalencyklopedin AB. Tillgänglig:< <http://www.ne.se.proxy.lnu.se/lang/livskvalitet>>. [2010-02-04].

Nystrand, A. (2009). *Om bröstcancer*. [Elektronisk]. Stockholm. Tillgänglig:<
<http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Cancersjukdomar/Brostcancer/>>. [2010-02-04]

Oxald, M., Wade, T.D., Hallsworth, L., & Koczwara, B. (2008). "I'm living with a chronic illness, not... dying with cancer": a qualitative study of Australian women's self-identified

concerns and needs following primary treatment for breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 17, 157-166.

Pennery, E., & Mallet, J. (2000). A preliminary study of patients' perceptions of routine follow-up after treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 4, 138-145.

Raupach, J., & Hiller, J. (2002). Information and support for women following the primary treatment for breast cancer. *Health Expectations*, 5, 289-301.

Schreier, A., & Williams, S. (2004). Anxiety and Quality of Life of Women Who Receive Radiation or Chemotherapy for Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31, 127-130.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. [Elektronisk]. Stockholm: Socialdepartementet. Tillgänglig: < <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>>. [2010-02-26]

Sjukvårdsrådgivningen. (2009). *Bröstcancer*. [Elektronisk]. Stockholm: Tillgänglig: < <http://www.1177.se/artikel.asp?CategoryID=367> >. [2010-03-03].

Socialstyrelsen (2001). *Den cancersjukes första kontakter med sjukvården*. [Elektronisk]. Tillgänglig: < http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/11342/2001-109-5_20011095.pdf>. [2010-02-25].

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor*. [Elektronisk]. Tillgänglig: < http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf>. [2010-02-18].

Statistiska centralbyrån (2009). *Befolkningsstatistik*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <
http://www.scb.se/Pages/TableAndChart___231100.aspx>. [2010-03-01].

Strinnholm, E. (2006). *Hopp om bot även för spridd bröstcancer*. [Elektronisk]. Tillgänglig: <
<http://www.algonet.se/~brickan/cytonote.htm>>. [2010-05-22].

Thewes, B., Butow, A., Girgis, A., & Pendlebury, S. (2004). The psychosocial needs of breast cancer survivors; a qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors. *Psycho-Oncology*, *13*, 177-189.

Thewes, B., Meiser, B., Rickard, J., & Friedlander, M. (2003). The fertility and menopause-related information needs of younger women with a diagnosis of breast cancer: a qualitative study. *Psycho-Oncology*, *12*, 500-511.

Vilhauer, R. (2008). A qualitative study of the experience of women with metastatic breast cancer. *Palliative and Supportive Care*, *6*, 249-258.

Wallskär, H. (2009) *Om trötthet vid cancer*. [Elektronisk]. Stockholm. Tillgänglig:<
<http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Vardagen-forandras/Trotthet-vid-cancer/>>. [2010-02-18].

Widman, M. (2009). *Strålbehandling*. [Elektronisk]. Stockholm. Tillgänglig:<
<http://www.vardguiden.se/Sjukdomar-och-rad/Omraden/Behandlingar/Stralbehandling/>>. [2010-02-04].

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Wilson, S., Andersen, R., & Meischke, H. (2000). Meeting the Needs of Rural Breast Cancer Survivors: What Still Needs to be Done? *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9, 667-677.

Wright, L.M. & Leahey, M. (2005). *Nurses and families; A guide to Family Assessment and Intervention*. Philadelphia: F.A Davis Company.

Wright, L.M., Watson, W.L., & Bell, J.M. (2002). *Familjefokuserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1.

PsycINFO 25/1-15/2- 2010

Sökord	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar inklusive dubletter	Antal använda i studien
1. Breast neoplasms	2068	0	0	0	0
2. Quality of life	28270	0	0	0	0
3. Nursing care	2516	0	0	0	0
4. Needs	32749	0	0	0	0
5. Experience	82671	0	0	0	0
1 AND 2	880	0	0	0	0
1 AND 3	45	45	45	6	2 (nr 1, 5)
1 AND 4	489	0	0	0	0
1 AND 5	756	0	0	0	0
2 AND 3	620	0	0	0	0
2 AND 4	5124	0	0	0	0
2 AND 5	8459	0	0	0	0
3 AND 4	862	0	0	0	0
3 AND 5	1221	0	0	0	0
4 AND 5	11099	0	0	0	0
1 AND 2 AND 3	40	40	40	6	2 (nr 1, 5)
1 AND 2 AND 4	275	0	0	0	0
1 AND 2 AND 5	448	0	0	0	0
2 AND 3 AND 4	268	0	0	0	0
2 AND 3 AND 5	313	0	0	0	0
3 AND 4 AND 5	477	0	0	0	0
1 AND 2 AND 3 AND 4	19	19	19	7	2 (nr 7,8)
1 AND 2 AND 3 AND 5	24	24	24	8	3 (nr 1,5,8)
2 AND 3 AND 4 AND 5	137	137	5	5	1 (nr 8)
1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	13	13	13	5	1 (nr 8)

Numret i parentesen betyder artikelns nummer i artikelmatrisen, se bilaga 7.

Bilaga 2.

CINAHL 27/1- 15/2 2010

Sökord	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar inklusive dubletter	Antal använda i studien
1. Breast neoplasms +	13984	0	0	0	0
2. Quality of life +	11434	0	0	0	0
3. Nursing care +	12738	0	0	0	0
4. Needs	13692	0	0	0	0
5. Experience	19709	0	0	0	0
1 AND 2	720	0	0	0	0
1 AND 3	390	0	0	0	0
1 AND 4	469	0	0	0	0
1 AND 5	725	0	0	0	0
2 AND 3	463	0	0	0	0
2 AND 4	687	0	0	0	0
2 AND 5	1007	0	0	0	0
3 AND 4	1395	0	0	0	0
3 AND 5	1537	0	0	0	0
4 AND 5	1879	0	0	0	0
1 AND 2 AND 3	43	43	36	16	1 (nr 3)
1 AND 2 AND 4	40	40	30	6	2 (nr 2, 14)
1 AND 2 AND 5	83	83	49	7	2 (nr 4, 13)
2 AND 3 AND 4	66	66	5	2	1 (nr 2)
2 AND 3 AND 5	63	63	4	1	0
3 AND 4 AND 5	263	0	0	0	0
1 AND 2 AND 3 AND 4	5	5	5	2	1 (nr 2)
1 AND 2 AND 3 AND 5	8	8	7	2	0
2 AND 3 AND 4 AND 5	11	11	4	1	0
1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	2	2	2	1	0

+ betyder explode

Numret i parentes betyder artikelns nummer i artikelmatrisen, se bilaga 7.

Bilaga 3.

PubMed 27/1- 16/2- 2010

Sökord	Antal träffar	Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa artiklar inklusive dubletter	Antal använda i studien
1. Breast neoplasms	7855	0	0	0	0
2. Quality of life	1815	0	0	0	0
3. Nursing care	1310	0	0	0	0
4. Needs	3271	0	0	0	0
5. Experience	4951	0	0	0	0
1 AND 2	268	0	0	0	0
1 AND 3	73	73	68	2	0
1 AND 4	216	0	0	0	0
1 AND 5	353	0	0	0	0
2 AND 3	70	70	43	1	0
2 AND 4	136	136	10	1	0
2 AND 5	208	0	0	0	0
3 AND 4	218	0	0	0	0
3 AND 5	128	128	7	1	0
4 AND 5	301	0	0	0	0
1 AND 2 AND 3	18	18	17	1	0
1 AND 2 AND 4	22	22	15	1	0
1 AND 2 AND 5	32	32	28	1	0
2 AND 3 AND 4	12	12	4	1	0
2 AND 3 AND 5	12	12	4	1	0
3 AND 4 AND 5	37	37	2	1	0
1 AND 2 AND 3 AND 4	3	3	3	1	0
1 AND 2 AND 3 AND 5	4	4	4	1	0
2 AND 3 AND 4 AND 5	2	2	2	1	0
1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	1	1	1	1	0

Numret i parentesen betyder artikelns nummer i artikelmatrisen, se bilaga 7.

Bilaga 4.

Manuell sökning 5/2-17/2-2010

Författare År Titel	Lästa titlar från artikelns referenslista	Lästa abstract	Lästa i fulltext inklusive dubletter	Antal använda i studien
Arman, M., Rehnsfeldt, A., Carlsson, M., & Hamrin, E. (2001). Indications of change in life perspective among women with breast cancer admitted to complementary care.	4	4	0	0
Beatty, L., Oxald, M., Koczwara, B., & Wade, T.D. (2008). The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: a qualitative study of patient, nurse and volunteer perspective.	17	14	11	3 (nr 3,10,11)
Downie, F., Mar Fan, H., Houédé-Tchen, N., Yi, Q., & Tannock, I. (2006). Cognitive function, fatigue, and menopausal symptoms in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy: Evaluation with patient interview after formal assessment.	10	3	2	0
Landmark, B.T., Strandmark, M., & Wahl, A. (2002). Breast cancer and experiences of social support.	0	0	0	0
McCaughan, E., & McSorley, O. (2007). Consumers' and professionals' perceptions of breast cancer review clinic.	11	1	1	1 (nr 9)
Oxald, M., Wade, T.D., Hallsworth, L., & Koczwara, B. (2008). "I'm living with a chronic illness, not... dying with cancer": a qualitative study of Australian women's self-identified concerns and needs following primary treatment for breast cancer.	15	6	4	3 (nr 10,11,12)
Vilhauer, R. (2008). A qualitative study of the experiences of women with metastatic breast cancer.	11	6	2	1 (nr 6)
Wilson, S., Andersen, R., & Meischke, H. (2000) Meeting the Needs of Rural Breast Cancer Survivors: What Still Needs to be Done?	0	0	0	0

Numret i parentesen betyder artikelns nummer i artikelmatrisen, se bilaga 7.

Bilaga 5.

Modifierad granskningsmall för kvalitativa studier

1. Är studiens syfte tydligt beskrivet?	Ja	Nej
2. Framgår det vilken kvalitativ metod som använts?	Ja	Nej
3. Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen?	Ja	Nej
4. Finns inklusions- och exklusionskriterier beskrivna?	Ja	Nej
5. Finns det beskrivet var undersökningen är genomförd?	Ja	Nej
6. Finns det beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades?	Ja	Nej
7. Framkommer det vilken urvalsmetod som använts?	Ja	Nej
8. Beskrivs undersökningsgruppen med ex ålder, kön, socialstatus?	Ja	Nej
9. Är undersökningsgruppen lämplig?	Ja	Nej
10. Är fältarbetet tydligt beskrivet (hur datainsamling skedde)	Ja	Nej
11. Framgår det vilken typ av datainsamlingsmetod som använts?	Ja	Nej
12. Finns det etiska resonemang?	Ja	Nej
13. Är teman och begrepp utvecklade och tolkade?	Ja	Nej
14. Diskuteras analys och tolkning av resultat?	Ja	Nej
15. Är resultatet trovärdigt och pålitligt?	Ja	Nej
16. Finns det en röd tråd genom hela artikeln?	Ja	Nej
17. Har resultatet klinisk relevans?	Ja	Nej
18. Diskuteras metodologiska brister och risk för bias?	Ja	Nej

Kvalitetsgränser:

Hög kvalitet: 14-18 poäng

Medel kvalitet: 9-13 poäng

Låg kvalitet: 0-8 poäng

(För originalmall se Forsberg och Wengström, 2008)

Bilaga 6.

Modifierad granskningsmall för kvantitativa studier

1. Är studiens syfte tydligt beskrivet?	Ja	Nej
2. Finns frågeställningar beskrivna?	Ja	Nej
3. Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen?	Ja	Nej
4. Finns inklusions- och exklusionskriterier beskrivna?	Ja	Nej
5. Beskrivs det hur urvalet gått till?	Ja	Nej
6. Framgår det hur många deltagare som deltagit i studien?	Ja	Nej
7. Är undersökningsgruppen lämplig?	Ja	Nej
8. Beskrivs det vilka mätmetoder som använts?	Ja	Nej
9. Beräknas reliabiliteten?	Ja	Nej
10. Diskuteras validiteten?	Ja	Nej
11. Finns eventuellt bortfall beskrivna?	Ja	Nej
12. Finns etiska resonemang?	Ja	Nej
13. Diskuteras analys och tolkning av resultat?	Ja	Nej
14. Finns det en röd tråd genom hela artikeln?	Ja	Nej
15. Kan resultatet generaliseras till annan population?	Ja	Nej
16. Har resultatet klinisk betydelse?	Ja	Nej

Kvalitetsgränser:

Hög kvalitet: 13-16 poäng

Medel kvalitet: 8-12 poäng

Låg kvalitet: 0-7 poäng

(För originalmall se Forsberg och Wengström, 2008)

Bilaga 7.

Nr	Författare År Land Tidskrift	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
1.	Arman, M., Rehnsfeldt, A., Carlsson, M. & Hamrin, E. (2001). Sverige European Journal of Cancer Care.	Indications of change in life perspective among women with breast cancer admitted to complementary care.	Att undersöka kvinnors upplevda orsaker och konsekvenser av bröstcancer samt lyfta fram aspekter som är viktiga för kvinnorna.	Kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer med 59 kvinnor, 28-75 år. Materialet från intervjuerna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.	Konsekvenserna av brist på stöd från sjukvårdspersonalen medförde påfrestningar på kvinnornas relation till sin partner. Kvinnorna beskrev att det var deras eget ansvar att ta hand om sin kropp för att bevara sin hälsa. Både den inre och yttre hälsan var viktig	Hög 15/18 p
2.	Beatty, L., Oxald, M., Koczwara, B. & Wade, T.D. (2008). Australien Health Expectations.	The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: a qualitative study of patient, nurse and volunteer perspective.	Att identifiera problem och behov hos kvinnor som nyligen fått diagnosen bröstcancer.	Kvalitativ studie. 34 deltagare varav 19 kvinnor med nydiagnostiserad bröstcancer, 6 sjuksköterskor samt 9 volontärer. Dessa var indelade i fokusgrupper med 4- 6 deltagare/grupp. Materialet analyserades med hjälp av tematiskanalys.	Kvinnorna upplevde känslor som isolering, depression, hjälplöshet och brist på kontroll som problem i sina liv. Kvinnorna uppgav att de hade ett behov av kontinuerlig information om behandlingens biverkningar.	Hög 18/18 p

Nr	Författare År Land Tidskrift	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
3.	Connell, S., Patterson, C. & Newman, B. (2006). Australien Supportive Care in Cancer.	Issues and concerns of young Australian women with breast cancer.	Att identifiera bekymmer som upplevs av kvinnor som fått diagnosen bröstcancer innan 41 års ålder.	Kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer med 35 kvinnor, 23-43 år. Intervjuerna genomfördes ansikte mot ansikte eller via telefon. Materialet från intervjuerna analyserades med hjälp av innehållsanalys.	Kvinnorna uppgav att det fanns ett behov av att träffa andra kvinnor med bröstcancer. De ville kunna jämföra sjukdomen, symtomen och problemen och även kunna få information från andra kvinnor som upplevt samma sak.	Hög 17/18 p
4.	Downie, F., Mar Fan, H., Houédé-Tchen, N., Yi, Q. & Tannock, I. (2006). USA Psycho-Oncology.	Cognitive function, fatigue, and menopausal symptoms in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy: Evaluation with patient interview after formal assessment.	Att undersöka erfarenheter av fatigue, klimakteriebesvär och påverkan på tankeförmågan hos kvinnor som behandlas med cytostatika på grund av bröstcancer.	Kvalitativ studie med 21 kvinnor, 39-60 år. De fick börja med att svara på ett frågeformulär om hur sjukdomen påverkat dem. Kvinnorna deltog sedan i semistrukturerade intervjuer som bandades. Materialet är analyserat med hjälp av statistisk analys.	Kvinnorna upplevde fatigue som brist på energi och den ledde till inaktivitet. Kvinnorna upplevde negativa förändringar i korttidsminnet och koncentrationsförmågan.	Hög 16/18 p

Nr	Författare År Land Tidskrift	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
5.	Landmark, B.T., Strandmark, M. & Wahl, A. (2002). Norge Scandinavian Journal of Caring Sciences.	Breast cancer and experiences of social support.	Att undersöka upplevelsen av socialt stöd hos kvinnor med nydiagnostiserad bröstcancer.	Kvalitativ studie. Djupintervjuer med 10 kvinnor, 39-69 år. Materialet analyserades med hjälp av konstant jämförande analys.	Kvinnorna uppgav att de saknade sjuksköterskans stöd och närvaro när de var tvungna att fatta viktiga beslut. De uppgav även att det sociala stödet från vänner som de hade innan de fick diagnosen samt relationer som skapats efter diagnosen var betydelsefulla.	Hög 15/18 p
6.	Luoma, M-L. & Hakamies-Blomqvist, L. (2004) Finland Psycho-Oncology	The meaning of quality of life in patients being treated for advanced breast cancer: a qualitative study.	Att undersöka hur den avancerade bröstcanceren påverkar kvinnornas livskvalitet.	Kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer med 25 kvinnor 18-70 år. Materialet från intervjuerna är analyserat med hjälp av fenomenologisk metod.	Kvinnorna upplevde att en konsekvens av de fysiska förändringarna var upplevelsen av att vara utanför i en värld av friska människor. Kvinnorna uppgav att de lärt sig att leva en dag i taget och att leva för stunden och detta påverkade livskvaliteten positivt.	Hög 16/18 p

Nr	Författare År Land Tidskrift	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
7.	McCaughan, E. & McSorley, O. (2007). England Journal of Advanced Nursing.	Consumers' and professionals' perceptions of breast cancer review clinic.	Att undersöka hur behoven blir bemötta hos kvinnor med bröstcancer av sjukvårdspersonal på en cancerklinik.	Kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer ansikte mot ansikte med 21 kvinnor, 34-86 år. Intervjuerna genomfördes i hemmet en vecka efter klinikbesöket. Materialet analyserades med hjälp av innehållsanalys.	Kvinnorna uppgav att specialistsjuksköterskan var en extra stor resurs för dem där de kunde få information och stöd. Kvinnorna upplevde att uppföljningen var viktig för att upptäcka eventuella återfall.	Hög 16/18 p
8.	Oxald, M., Wade, T.D., Hallsworth, L. & Koczwara, B. (2008). Australian European Journal of Cancer Care.	"I'm living with a chronic illness, not... dying with cancer": a qualitative study of Australian women's self-identified concerns and needs following primary treatment for breast cancer.	Att identifiera bekymmer och behov hos kvinnor som nyligen avslutat sin primära behandling för bröst cancer.	Kvalitativ studie. Tio kvinnor, 36-68 år var indelade i fokusgrupper med 3-4 deltagare i varje grupp. Under samtalen användes öppna och slutna frågor. Materialet analyserades med hjälp av tematisk analys.	Kvinnorna oroade sig för att få lymfödem och hur detta skulle påverka det dagliga livet. De hade svårt att känna sig attraktiva vilket medförde att sexlivet påverkades negativt.	Hög 18/18 p

Nr	Författare År Land Tidskrift	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
9.	Pennery, E. & Mallet, J. (2000). England European Journal of Oncology Nursing.	A preliminary study of patients' perceptions of routine follow-up after treatment for breast cancer.	Att undersöka kvinnors uppfattning av uppföljande vård efter avslutad behandling för bröst cancer.	Kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer med 24 kvinnor, 33-78 år. Den uppföljande vården påbörjades efter 7-94 månader efter att deras aktiva behandling avslutats. Materialet är analyserat med hjälp av induktiv analys.	Kvinnorna uppgav att det var viktigt att ha samma läkare vid alla återbesök för att kunna känna sig som en individ. Av kvinnorna ville över hälften att den uppföljande vården skulle ges av sjuksköterskor istället för läkare eftersom de upplever att sjuksköterskorna är mer stödjande och har mer tid än läkarna.	Hög 15/18 p
10.	Raupach, J. & Hiller, J. (2002). Australien Health Expectations.	Information and support for women following the primary treatment of breast cancer.	Att undersöka behovet av, användning av och tillfredsställelse med information och stöd efter primär behandling av bröstcancer.	Kvantitativ tvärsnittsstudie. 217 kvinnor, 24-90 år, fick svara på ett frågeformulär vid ett tillfälle. Materialet från frågeformulären analyserades med hjälp av innehållsanalys.	Kvinnorna upplevde att ju längre tiden gick efter bröstcancer diagnosen desto mer stöd ville kvinnorna ha från hälso- och sjukvården. De upplevde också att det var svårt att få information och stöd från hälso- och sjukvården på grund av att sjukvårdspersonalen var stressad och inte hade tid med dem.	Hög 14/16

Nr	Författare År Land Tidskrift	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
11.	Thewes, B., Butow, P., Girgis, A. & Pendelbury, S. (2004). Australien Psycho-Oncology.	The psychosocial needs of breast cancer survivors; A qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors.	Att identifiera och undersöka gemensamma och unika psykosociala behov hos "yngre" och "äldre" kvinnor som överlevt bröstcancer.	Kvalitativ studie med 18 kvinnor, 18 år och äldre. De äldre kvinnorna definierades som de kvinnor som kommit in i klimakteriet. Kvinnorna intervjuades över telefon med semistrukturerade frågor. Till analysen användes Miles och Hubermans analysmetod.	Kvinnorna uppgav att de behövde praktiskt stöd för att klara av de dagliga fysiska aktiviteterna. De yngre kvinnorna, i jämförelse med de äldre, hade ett större behov av kontinuerlig information både under och efter behandling.	Hög 17/18 p
12.	Thewes, B., Meiser, B., Rickard, J. & Friedlander, M. (2003). Australien Psycho-Oncology	The fertility and menopause-related information needs of younger women with a diagnosis of breast cancer: a qualitative study.	Att undersöka behovet av information om fertilitet och klimakteriet hos unga kvinnor med bröstcancer.	Kvalitativ studie med 24 kvinnor, 26-45 år. Kvinnorna intervjuades i fokusgrupper och via telefon med semistrukturerade intervjuer. Till analysen användes Miles och Hubermans analysmetod.	Kvinnorna uppgav att de hade ett behov av kontinuerlig information om behandlingens biverkningar och att informationen skulle vara skriftlig. En del kvinnor upplevde att det i vissa situationer inte fanns tid att fundera över behandlingens biverkningar.	Hög 17/18 p

Nr	Författare År Land Tidskrift	Titel	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
13.	Vilhauer, R. (2008). USA Palliative and Supportive Care.	A qualitative study of the experience of women with metastatic breast cancer	Att undersöka erfarenheter hos kvinnor som diagnostiserats med metastaserad bröstcancer	Kvalitativ studie. Intervjuer med 14 kvinnor. Intervjuerna genomfördes över telefon och varade i 30-90 minuter. Materialet från intervjuerna analyserades med hjälp av innehållsanalys.	Kvinnorna kände sig mindre sexuellt attraktiva på grund av förändringar i utseendet. En rädsla för att dö fanns hos många av kvinnorna.	Hög 17/18 p
14.	Wilson, S., Andersen, R. & Meischke, H. (2000) USA Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine	Meeting the Needs of Rural Breast Cancer Survivors: What Still Needs to be Done?	Att undersöka sätt att förbättra för kvinnor som bor på landet och som överlevt bröstcancer. Syftet var också att öka kunskapen om kvinnor som överlevt bröstcancer.	Kvalitativ metod. 128 kvinnor deltog i studien. Alla kvinnor var indelade i fokusgrupper med 3-13 deltagare i varje grupp. Samtalen i fokusgruppen spelades in. Materialet analyserades med hjälp av innehållsanalys.	Kvinnorna uppgav att de ofta undvek att delta i sociala aktiviteter för att de upplevde att de blev annorlunda behandlade än de som inte hade cancer. Kvinnorna kände sig inte längre sexuellt attraktiva och hade svårt att utföra samlag på grund av förändringar i utseendet.	Hög 17/18 p