



Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa

KVINNORS LIVSKVALITET VID BRÖSTCANCER

- Kvalitativ litteraturstudie

THERESE BENGTSSON
CECILIA NORDQVIST

Examensarbete i vårdvetenskap 15 hp
Kurs VO1309
Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Januari 2010

Examinator: Doris Bohman/Göran Holst
Handledare: Ann-Solveig Olofsson
Blekinge Tekniska Högskola
371 79 Karlskrona

KVINNORS LIVSKVALITET VID BRÖSTCANCER

- Kvalitativ litteraturstudie

THERESE BENGTSSON
CECILIA NORDQVIST

Bengtsson, T., & Nordqvist, C. Kvinnors livskvalitet vid bröstcancer
– Kvalitativ litteraturstudie.

Examensarbete i vårdvetenskap 15 högskolepoäng.

Blekinge Tekniska Högskola: Sektionen för hälsa, 2010.

ABSTRACT

Bakgrund: Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor i världen. Varje år får cirka 7000 kvinnor diagnosen bröstcancer i Sverige. Kvinnornas livskvalitet påverkas vid sjukdomen bröstcancer och det är en individuell upplevelse. **Syfte:** Syftet var att belysa livskvalitet hos kvinnor med bröstcancer. **Metod:** Studien är en litteraturstudie baserad på kvalitativa artiklar. Innehållsanalysen är gjord enligt Graneheim och Lundmans metod och artiklarna är kvalitetsbedömda enligt Willman, Stoltz och Bahtsevanis beskrivning. **Resultat:** Resultatet presenteras i sex huvudkategorier med tillhörande subkategorier. Huvudkategorierna är "Psyisk hälsa", "Fysisk hälsa", "Sociala relationer", "Omgivning", "Graden av självständighet" och "Existentiella tankar". **Slutsats:** Bröstcancer påverkar kvinnorna på många olika sätt vilket leder till att de får en försämrad livskvalitet. Får kvinnan ett bra stöd av sina närmaste och de som finns i deras omgivning får de en ökad livskvalitet och klarar av att hantera sjukdomen bättre. Sjuksköterskan har en viktig roll i kvinnans behandling av bröstcancer. Det viktigaste för sjuksköterskan är att ha ett helhetsperspektiv patienten får då en bättre omvårdnad vilket leder till ökad livskvalitet för kvinnan.

Nyckelord: Bröstcancer, Kvalitativ litteraturstudie, Kvinnor, Livskvalitet.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
BAKGRUND	1
Bröstcancer	1
Livskvalitet	3
SYFTE	4
METOD	4
Artikelsökning	4
Urval	5
Manuell sökning	5
Dataanalys	5
RESULTAT	6
Psykisk hälsa	6
<i>Få beskedet</i>	6
<i>Förändrad kroppsyn</i>	7
<i>Självkänsla/självförtroende</i>	7
Fysisk hälsa	9
<i>Fysiska förändringar</i>	9
Sociala relationer	9
<i>Socialt stöd ifrån familj, vänner och kollegor</i>	9
<i>Intima relationer</i>	11
Omgivning	12
<i>Kontakt med sjukvård och stödgrupper</i>	12
<i>Kontroll över sitt liv</i>	13
<i>Ekonomi</i>	13
Graden av självständighet	13
<i>Beroende av andra</i>	13
<i>Dagliga aktiviteter</i>	14
Existentiella tankar	14
<i>Viljan att leva och framtidstro</i>	14
<i>Att handskas med sin död</i>	15

DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	17
SLUTSATS	22
REFERENSER	23
BILAGEFÖRTECKNING	
Bilaga 1: Artikelsökning/Manuellsökning	
Bilaga 2: Kvalitetsbedömningsunderlag	
Bilaga 3: Artikelöversikt och kvalitetsbedömning	
Bilaga 4: Artikelanalys	
Bilaga 5: WHO´s definition på quality of life	

INTRODUKTION

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor i både västvärlden och i utvecklingsländer (WHO, 2009a). Enligt Socialstyrelsen (2009) får varje år cirka 7000 kvinnor diagnosen bröstcancer i Sverige. I genomsnitt är det 15-20 kvinnor som dagligen får diagnosen bröstcancer i Sverige. Medelåldern är 62 år att drabbas av bröstcancer, och dödligheten har en median på 72 år. Sedan 1960 har antalet insjuknade ökat bland yngre som äldre kvinnor, men dödligheten har minskat på grund av tidig bröstcancerdiagnos (Socialstyrelsen, 2009).

Kvinnors lidande väckte intresset hos oss för att se hur deras livskvalitet påverkats i samband med bröstcancer. Livskvalitet kan bero på hur kvinnan själv upplever sin situation, och den påverkas om hon är frisk eller sjuk och om hon kan bestämma över sitt eget liv. Som sjuksköterskor är det viktigt att ha ett holistiskt synsätt, att se hur hela patienten blir påverkad när de lever med bröstcancer. Därför är det viktigt med ökad kunskap om hur kvinnornas livskvalitet blir påverkad och därför ville vi fördjupa oss i detta ämne.

BAKGRUND

Bröstcancer

Enligt Socialstyrelsen (2007) är orsakerna till bröstcancer oftast ett samspel mellan arvsanlag, inre biologiska faktorer och yttre miljöfaktorer. Cancerfonden (2009) menar att biologiska faktorer har med den hormonella balansen att göra. Kvinnor som tar p-piller och kvinnor som genomgår hormonbehandling i samband med klimakteriet har en ökad tendens att drabbas av bröstcancer. Om kvinnans mamma eller syster har haft bröstcancer är risken högre att drabbas av bröstcancer (Cancerfonden, 2009).

Enligt Socialstyrelsen (2007) innebär bröstcancer att ett fåtal av cellerna förändras och inte fungerar som de ska. Cancercellen delar sig och blir fler och fler och en tumör bildas och växer. Om tumören har ett elakartat beteende förstörs vävnaden som tumören växer i och växer ihop med kringliggande vävnader, vilket gör att den får näring för att överleva. Det kan dröja flera år innan canceren ger upphov till symtom och upptäcks. Om tumören har trängt in i kringliggande vävnad tas beslut om hur mycket av bröstet som ska tas bort (Socialstyrelsen, 2007).

Det vanligaste symtomet för bröstcancer är en knöl i bröstet, även i armhålan kan det finnas knölar. Kvinnor kan märka av hudförändringar i form av hudrodnad och indragningar av bröstet. Ett annat symtom kan vara att blod eller vätska kommer ut ur bröstvårtan (Cancerfonden, 2009).

Enligt Bergh, Brandberg, Ernberg, Frisell, Fürst och Hall (2007) upptäcks bröstcancer vanligast av kvinnan själv eller då kvinnan varit på en mammografiundersökning.

Diagnosen bröstcancer ställs genom tre olika steg. Först undersöker läkaren bröstet, sen görs det en mammografi/ultraljudsundersökning. Om läkaren upptäcker något kan han gå vidare med en biopsi av knölen.

Effektivast behandling får kvinnan när cancer upptäcks tidigt och inga symtom visat sig än. Därför är det viktigt att mammografi genomförs så att bröstcancer upptäcks i tid (Socialstyrelsen, 2007). Mammografi har visat sig minska dödligheten med 20-30 % hos kvinnor över 50 år i västvärlden där över 70 % av den kvinnliga befolkningen undersöks med mammografi (WHO, 2009b). Bröstcancer kan behandlas kirurgiskt, genom strålning, cytostatikabehandling eller hormonbehandling. Behandlingsformerna kan kombineras eller användas var för sig, detta följer nationella fastställda riktlinjer (Ramström, 2009).

Överlevnaden varierar kraftigt över hela världen (Coleman et al, 2008). I utvecklingsländer beror ökningen av bröstcancerfall på att livslängden hos kvinnor har ökat, bosatt sig mer i tätbebyggda områden och tagit efter den västerländska livsstilen (WHO, 2009a). 2004 beräknas 519 000 kvinnor döta på grund av bröstcancer. Den största andelen dödsfall sker i utvecklingsländer då kvinnorna i dessa länder får ett sent cancerbesked (WHO Global Burden of Disease, 2004).

Som kvinna är det även viktigt att själv undersöka bröstet en gång per månad. Brösten ändras efter ägglossning, därför är det bra att undersöka bröstet efter menstruation (Almå, 2002). Kvinnorna kan förbygga bröstcancer genom att motionera mer, inte bli överviktiga och hålla sig till måttlig alkoholkonsumtion (Socialstyrelsen, 2007).

Gjertsen i Reitan och Schölberg (2003) menar att när en kvinna drabbas av bröstcancer och får operera bort en del eller hela bröstet upplever hon att hennes identitet och kvinnlighet påverkas. Att förlora sitt bröst kan vara traumatiskt och innebära en kris för kvinnan. Om kvinnan är sexuellt aktiv kan hennes sexlust påverkas eftersom hon kan känna sig obekvämt och oattraktiv. Utseendet är viktigt för många kvinnor och efter operation kan de känna sorg eftersom de inte anser sig "hela" längre (Reitan & Schölberg, 2003). Genom plastikoperation kan bröstet återskapas och detta gör att kvinnor med bröstcancer kan få en högre livskvalitet. Plastikoperationer prioriteras inte då detta inte räddar liv utan bara höjer livskvaliteten (Socialstyrelsen, 2007).

Kovero och Tykkä (2002) beskriver att insjukna i bröstcancer eller andra livshotande sjukdomar innebär en traumatisk händelse som påverkar patienten både fysiskt och psykiskt och som kan visa sig genom en stressreaktion. För att minska patienternas lidande bör väntetiderna för operation förkortas och sjukvårdspersonalen bör ha ett bra patientbemötande.

Helgesson, Lissner, Månsson och Bengtsson (2007) skriver att kvinnor med bröstcancer kan lära sig leva med sin diagnos. Det är viktigt att vårdpersonalen ger stöd och relevant behandling till patienterna med cancer. Kommunikationen mellan patient och vårdpersonal kan påverkas om det finns en negativ inställning att cancersjukdomen alltid leder till dålig hälsa, både psykiskt och fysiskt (Helgesson et al, 2007).

Livskvalitet

Livskvalitet innebär enligt Rustøen i Reitan och Schölberg (2003) att det inte enbart handlar om patientens fysiska hälsa. Genom att se helheten hos patienten förbättras livskvaliteten. Oberoende av situation och framtidsutsikter finns det alltid något som kan göras för att förbättra livskvaliteten hos patienten. Det gäller att flytta uppmärksamheten från problem och begränsningar till resurser och möjligheter. Det är viktigt att tänka på att vid en cancerdiagnos drabbas kvinnan känslomässigt, fysiskt och socialt (Reitan & Schölberg, 2003).

”När vi känner oss hotade blir livskvalitet ett centralt begrepp för oss. Vi blir medvetna om vad vi kan förlora och om hur värdefullt livet är trots allt.” (Rustøen, 1993, p 29).

Nordenfelt (2004) anser att livskvalitet är en individuell upplevelse, och att det som är livskvalitet för en människa inte behöver vara det för en annan. Livskvalitet har med välfärd och välbefinnande att göra. Bara för att personen har en hög levnadsstandard behöver det inte innebära ett lyckligt liv. Han delar in livskvalitet i ett objektiva och ett subjektiva förhållande i en människas liv. I det objektiva förhållandet ingår människans somatiska hälsostatus, yrkes-, bostads- och familjesituation. I det subjektiva förhållandet räknas upplevelser av den yttre situationen och människans sinnestämning i allmänhet (Nordenfelt, 2004).

Siri Næss (1994) menar att människan har det bra och har en hög livskvalitet så länge hon är aktiv, känner gemenskap med andra, har god självkänsla och en glad grundstämning. Enligt Næss är det dessa fyra punkter som ligger till grund för hög livskvalitet. Hon anser att alla områden är lika viktiga. Med aktiv menar Næss att människan engagerar sig i något som är meningsfullt så att ens förmåga och färdigheter utvecklas. Med gemenskap avses goda personliga relationer med andra människor. En god självkänsla grundas på att vara trygg i sig själv och klara av sin tillvaro. Med glad grundstämning som är den sista punkten menar Næss att det är viktigt att vara att öppen och mottaglig för intryck (Næss, 1994).

Brülde (2003) skriver att livskvalitet är en värdeterm. Har en person det bra i livet är livskvaliteten hög. Hon lever ett liv som är bra för henne själv och livet är värt att leva. Har hon det dåligt är livskvaliteten låg. Livskvalitet handlar om att personen har något som är värt att leva för och detta är individuellt vad hon tycker är ett bra liv för henne.

Världshälsoorganisationens (WHO) definition av livskvalitet är att den är individuell. Definitionen innefattar individens uppfattning om sin plats i tillvaron, det kulturella och det värdesystem som personen lever i och i relation till personliga mål, förväntningar, normer och intressen. I definitionen mäts livskvalitet utifrån fysisk hälsa, psykisk hälsa, graden av självständighet, sociala relationer, existentiella tankar och miljön och omgivningen runt individen (WHO, 1997).

I fysisk hälsa i WHO's definition ingår energi, trötthet, smärta, obehag, sömn och vila. Under psykologisk hälsa tas kroppsuppfattning, utseende, negativa känslor, positiva känslor, självförtroende, tankar, inläring, minne och koncentration upp. Till graden av självständighet räknas rörlighet, aktiviteter i det dagliga livet, beroende av mediciner och medicinsk hjälp och arbetsförmåga. Sociala relationer innefattar personliga relationer, socialt stöd och intima relationer. I kategorin omgivning ingår följande punkter: ekonomi, frihet, känna sig säker och trygg, tillgång till sjukvård och sjukvård av bra kvalitet, hemmiljö, möjligheter att tillskaffa sig nya kunskaper och färdigheter. Även möjlighet för fritid och återhämtning, transport och utomhusmiljön inbegrips. Under sista kategorin existentiella frågor tas religion, andlighet och personlig tro upp (WHO, 1997). Se bilaga 5.

SYFTE

Syftet var att belysa livskvalitet hos kvinnor med bröstcancer.

METOD

Arbetet har gjorts som en litteraturstudie för att få fördjupade kunskaper i ämnet bröstcancer och livskvalitet, genom det material som redan finns publicerade i vetenskapliga artiklar. En första sökning har gjorts för att se om det finns tillräckligt med relevanta artiklar enligt Willman, Stoltz och Bahtsevanis metod (2006). Eftersom arbetet handlade om att belysa hur kvinnors livskvalitet påverkades vid bröstcancer, användes kvalitativa studier som baserats på intervjuer. En kvalitativ intervju är ett sätt att utforska, upptäcka och förstå egenskapen hos någonting (Starrin & Svensson, 1996).

Artikelsökning

Artikelsökning har gjorts i databaserna Cinahl och Medline. För att hitta vetenskapliga artiklar i dessa databaser användes MeSH-termer i Medline. I Cinahl användes Cinahl headings enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006). Sökorden som användes i Cinahl och Medline var: bröstcancer, breast neoplasms, livskvalitet, quality of life, kvalitativa studier, qualitative studies, cytostatika behandling, chemotherapy,

bröstrekonstruktion, breast reconstruction. Sökningen gjordes på svenska och engelska artiklar. I Cinahl användes alternativen peer reviewed och research article. I Medline användes journal article. Se bilaga 1.

Urval

Ett urval har gjorts bland de vetenskapliga artiklarna. Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle ha varit publicerade på 2000-talet och handlade om kvinnliga bröstcancerpatienter. Studier från Europa, USA och Australien har använts för att få ett västerländskt perspektiv. Av alla artiklar valdes nio stycken artiklar ut. De som föll bort var artiklar som var kvantitativa, för hög ålder på kvinnorna de vill säga över 70 år eller handlade om män. I arbetets början var det tänkt att åldern på kvinnorna skulle vara 40-60 år eftersom sjukdomen är ovanlig innan 30-40 års ålder och risken att insjukna är som störst innan 70 års ålder (Bergh et al, 2007). När denna åldersgrupp markerades i databasernas sökalternativ, sjönk träffarna ifrån tusental till några få artiklar. När inga åldrar valdes blev träffarna fler vilket gjorde att fler artiklar hittades. Det blev även spridning på länderna där studierna gjorts och vissa artiklar handlade om andra olika cancersjukdomar exempel prostatacancer, lymfcancer. Artiklarna som hittades granskades enligt ett kvalitetsunderlag på kvalitativa studier där även granskning om etiska kommittéer hade godkänt studierna enligt Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2006) kvalitetsunderlag. Se bilaga 2.

Manuell sökning

En manuell sökning i artiklarnas referenslistor har gjorts för att få fram tips, idéer och nytt material som inte hittats innan i databaserna. Böckernas och artiklarnas referenslistor har studerats enligt Fribergs (2006) beskrivning. Dessa kan hittas i bilaga 1.

Dataanalys

En artikelöversikt som innehåller författare, titel, syfte, metod och resultat av artikeln har gjorts. Artikelöversikten innehåller även kvalitetsbedömningen av artiklarna enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006). Se bilaga 3. Analyser gjordes av artiklarna där de granskades och analyserades enligt Graneheim och Lundmans metod (Graneheim & Lundman, 2004). Det första steget som gjordes var att artiklarna lästes igenom en gång enskilt och sedan en gång gemensamt för att förstå vad som skrivits. Det andra steget var att de viktigaste meningsbärande enheterna togs ut ur artiklarna och sattes in i en tabell, detta gjordes genom att enskilt markera de meningar som var relevanta till vårt syfte. Sedan diskuterades de meningsbärande enheterna som togs ut till arbetet. Tredje steget var att göra en kondensering av de meningsbärande enheterna det vill säga att meningarna förkortades ner till det viktigaste, detta gjordes gemensamt. I det fjärde steget kodades meningar ned till ett nyckelord. I femte steget delades de kodade meningarna in i subkategorier som bildade kategorier, detta arbetades gemensamt fram enligt Graneheim och Lundmans (2004) modell. Exempel på detta kan ses i bilaga 4.

RESULTAT

Resultatet baserades på nio kvalitativa artiklar och redovisas i kategorier och subkategorier enligt tabellen:

Kategorier och subkategorier
Psykisk hälsa Få beskedet Förändrad kroppssyn Självkänsla/självförtroende
Fysisk hälsa Fysiska förändringar
Sociala relationer Socialt stöd ifrån familj, vänner och kollegor Intima relationer
Omgivning Kontakt med sjukvård och stödgrupper Kontroll över sitt liv Ekonomi
Graden av självständighet Beroende av andra Dagliga aktiviteter
Existentiella tankar Viljan att leva och framtidstro Att handskas med sin död

Psykisk hälsa

Få beskedet

Det blev en chock när kvinnorna fick sitt besked att de hade bröstcancer. Efter att läkaren hade meddelat att de hade bröstcancer tog de inte in mer information, utan fick problem att fokusera på vad läkaren hade sagt. Den första tiden gick åt för kvinnorna att fundera på varför just de hade fått bröstcancer (Coyne & Borbasi, 2009).

“Something special happens to you, you become someone else when you are told you have cancer. You deny what you hear, you can’t believe it, you are so shocked.” (Landmark & Wahl, 2002b, p 116).

Landmark och Wahl (2002b) kom fram till att vid ett bröstcancerbesked drabbades alla kvinnorna i deras studie av starka känslor som kan jämföras med en traumatisk kris. Kvinnorna kom i känslomässig obalans och hade svårt att klara av sitt dagliga liv. Enligt Beatty, Oxland, Koczwara och Wade (2008) framkom det att i deras studie kände de flesta kvinnorna rädsla, ångest, stress och att de blev en chock när de fick diagnosen bröstcancer. Ilska var en vanlig reaktion vid beskedet, för kvinnorna kände att de hade tagit hand om sin kropp men fick ändå cancer. Detta gjorde att kvinnorna hade svårare att ta in diagnosen och att de var tvungna att ändra sin livssituation på grund av sjukdomen (Beatty et al, 2008).

Förändrad kroppsyn

Beatty et al (2008) skrev att de flesta kvinnorna tyckte att deras kroppsuppfattning hade ändrats av bröstcancer. Saknaden av sitt bröst och känslan av att vara oattraktiv på grund av kroppsförändringar. Vilhauer (2008) skrev i sin studie att kvinnor som genomgått mastektomi upplevde att deras utseende blev misspydande. Coyne och Borbasi (2009) menade att yngre kvinnor som genomgått en mastektomi, har då ett stort ärr. Kvinnorna tyckte att deras kvinnlighet var påverkad för resten av livet.

“It took me all my time, probably until after I was 40 to get used to my body and to actually like it, because I was always big... it’s like I’ve been ripped off, I just got used to it! I got used to accepting it, and now I have to change my thinking to accept two scars.” (Beatty et al, 2008, p 336).

Arman, Rehnsfeldt, Lindholm och Hamrin (2002) visade i sin studie att kvinnorna kände sig stympade och att kroppen inte var som förut. De hade känslan över att inte vara hela. Landmark och Wahl (2002b) menade att när kvinnorna förlorade sitt bröst ledde detta till att de uppfattade sin egna kropp annorlunda. Eftersom bröstet förknippas med kvinnlighet och sexualitet kunde kvinnorna känna sig mindre kvinnliga, och fick då en försämrad relation till det motsatta könet (Landmark & Wahl, 2002b).

“I experience it as mourning for the breast, for a part of my body . . . it’s a reminder that nothing is as before.” (Arman et al, 2002, p 101).

Självkänsla/självförtroende

Beatty et al (2008) kom fram till att de flesta kvinnor hade problem med sig själva på grund av att de kände sig oattraktiva, ändrad kroppsbild och håravfall, vilket påverkade kvinnorna negativt. Dessa förändringar gjorde att de inte längre visste vem de var.

“Things are going to be different, and it is not going to be the same again. And it is just a journey into who the new person

that you're going to be is... You are a different person". (Beatty et al, 2008, p 336).

Berterö (2002) menade att kvinnor med tidigt upptäckt bröstcancer hade en förbättrad överlevnadsprognos men på grund av intensiv behandling fick kvinnorna ofta svåra psykiska och fysiska problem. Kvinnorna tänkte ständigt på sin cancer och hur deras kroppsförändringar hade påverkat deras syn på sitt värde som kvinna. Detta kunde påverka kvinnornas självkänsla och självförtroende negativt vilket förändrade kvinnornas livskvalitet. Allt de vill var att bli respekterade och älskade som de kvinnor de är (Berterö, 2002).

Media och tidningar visade ofta upp snygga kvinnor med perfekta kroppar och bröst. Det var då inte lätt för en kvinna med bröstcancer som hade ett stort ärr på kroppen där det egentligen borde ha suttit ett bröst att ha en bra självkänsla. Bröst symboliserar kvinnan och gör kvinnorna unika (Berterö, 2002).

Kvinnorna hade känslor av skam att inte längre vara en hel kvinna. Någoting saknades från deras kropp och denna stympning hade gjort att självkänslan förändrats. Kvinnornas omgivning förklarade att det inte spelade någon roll hur de såg ut, och att de inte ser på kvinnan annorlunda. Trots detta hade kvinnorna med bröstcancer svårt att ta in detta. Det var inte bara kvinnornas egna kroppsuppfattningar som påverkat deras självförtroende utan även kommentarer och åsikter ifrån andra. Det var förnedrande att berätta om cancer för andra när de inte trodde på vad kvinnorna sa, men "du ser ju så frisk ut". En annan reaktion var att de tyckte synd om kvinnorna (Berterö, 2002).

Efter att kvinnorna genomgått en bröstrekonstruktion påverkades kvinnornas självkänsla och självförtroende positivt. Kvinnorna tyckte att de var värda att ha det bra och slippa använda osäkra och skavande bröstproteser (Berterö, 2002). Landmark och Wahl (2002b) berättade att en kvinna kände en sådan frihet när hon hade gjort sin bröstrekonstruktion, nu kunde hon springa utan att oro sig för att protesen inte satt som den skulle.

". . . it is a feeling of freedom to have two breasts, I had always to think about the prosthesis, that it was in place and. . . I lost it twice. . . I did not think that it (breast-reconstruction) would mean so much. . ." (Berterö, 2002, p 360).

Det som kunde förbättra kvinnornas självförtroende som framkom i Beatty et al (2008) var att när kvinnorna hade tappat sitt hår kunde de använda peruk, lära sig sminktekniker för att dölja behandlingens biverkningar och använda sexiga underkläder.

Fysisk hälsa

Fysiska förändringar

Landmark och Wahl (2002b) kom fram till att kvinnorna reagerade olika på behandlingar. Kvinnorna förändrades fysiskt genom förlusten av sitt bröst men det blev även förändringar i matspjälkningen, hud och slemhinnor. Det kom även fram att kvinnorna kände sig totalt slutkörda av cytostatikabehandlingen, och en del drabbades av depression. Lidandet blev värre för kvinnorna ju längre behandlingen pågick.

Beatty et al (2008) skrev att kvinnorna i deras studie blev påverkade av behandlingarnas biverkningar, vilket gjorde att deras livskvalitet försämrades. Några av de vanligaste biverkningarna som kom fram i denna studie var smärtproblematik och detta ledde till sömnlöshet och trötthet, och även smärtor och domningar i fingrar, armar och axlar. Berterö (2002) kom fram till att kvinnorna hade smärta och svullna armar vilket gjorde att de hade svårt att arbeta. Beatty et al (2008) skrev att det även rapporterades om nutritionsproblem på grund av aptitlöshet, munsår och smakförändringar. Kvinnornas dagliga aktiviteter och sociala liv blev lidande av att de kände sig totalt utmattade. Mindre vanliga biverkningar var illamående och kräkningar (Beatty et al, 2008).

” Everything you do is an effort. You know, if you walk up 5 stairs, you feel like you have run a marathon. (Beatty et al, 2008, p 335).

Kvinnor som behandlats med cytostatika och strålning tappar oftast håret. När håret växte ut igen hade det ändrat karaktär exempel på detta är färg och fyllighet. Många kvinnor gick upp i vikt på grund av cytostatikabehandling (Vilhauer, 2008). Holmberg, Scott, Alexy och Fife (2001) nämnde att kvinnorna fick förändrad hormonbalans vilket resulterade i vaginal slemtorrhet och minskad eller helt saknad av sexlust.

Sociala relationer

Socialt stöd ifrån familj, vänner och kollegor

Nissen, Swenson och Kind (2002) kom fram till att det var vanligt att kvinnorna kände att de behövde all hjälp de kunde få eftersom de mådde fysiskt och psykiskt dåligt. De uppskattade stöd ifrån familj, kollegor och vänner. Landmark, Strandmark och Wahl (2002a) kom även fram till att vänner och kollegor var ett stort stöd i kampen mot bröstcancer.

“My friends keep an eye on me, I’ve a lot to thank them for. A network means a great deal. When you’re alone with everything, you can’t manage to carry the weight alone” (Landmark & Wahl, 2002b, p 118).

Några kvinnor valde att endast berätta om bröstcancer för familjen och nära vänner. De ville inte berätta för alla om sin sjukdom utan ansåg att detta var en personlig angelägenhet. Vissa kvinnor berättade det för hela sin omgivning och fick på detta sätt mer stöd (Nissen et al, 2002). Beatty et al (2008) skrev att vissa kvinnor höll skenet uppe genom att inte visa hur de mårde utåt. Detta ledde till att deras sociala stöd blev sämre, genom att färre visste om det i omgivningen.

Landmark och Wahl (2002b) nämnde att det stöd som oftast betydde mest för kvinnorna var stödet ifrån den närmaste familjen. Detta kom även fram i studien av Landmark et al (2002a). Det som var viktigt att tänka på är att hela familjen drabbas vid bröstcancer. Maken och barnens stöd fick kvinnorna att vilja kämpa emot sjukdomen (Landmark & Wahl, 2002b). Landmark et al (2002a) skrev att kvinnorna berättade att deras närmaste anhöriga fick ta det största lasset av stödet till den drabbade.

Något som kom fram i Beatty et al (2008) studie var att vissa kvinnor oroade sig för sin make eller närmaste familj att inte de fick samma stöd som kvinnorna. För några kvinnor slutade äktenskapet i skilsmässa på grund av att maken inte klarade av att hantera kvinnans sjukdom.

Holmberg et al (2001) visade på att det fanns en skillnad mellan gifta kvinnor och ensamstående kvinnor i relation till vad de fick för stöd av sin närmaste omgivning. Både de gifta och de ensamstående fick negativa och positiva reaktioner, när de berättade för sin närmaste omgivning om sin bröstcancersjukdom.

Vilhauer (2008) kom fram till att mer än hälften av alla kvinnorna upplevde att de fick otillräckligt stöd av sin familj. Detta på grund av att när kvinnorna behövde stöd, kände de att den som stöttade förminskade problemet för att de inte klarade av att hantera kvinnans sjukdom. Kvinnorna kände att de inte kunde berätta allt för sin make och familj för därigenom skydda dem och för att minska deras ångest och sorg. En del kvinnor uttryckte sig ha en längtan att vara ”normal” och inte bara få frågor om sin hälsa och sjukdom.

“You feel very alone at times” (Beatty et al, 2008, p 337).

Vilhauer (2008) nämnde i sin studie att behovet av stöd varierade från dag till dag. De dagar kvinnorna kände sig sämre på grund av biverkningar eller dåliga besked behövdes mer stöd än de dagar de kände sig relativt bra. Coyne och Borbasi (2009) kom fram till att även om kvinnorna hade ett bra stöd, kunde de känna sig ensamma när de fick gå till behandlingen själva eftersom mannen fick sköta hemmet och barnen. Kvinnorna kände att de behövde hjälpa sin familj att hantera sjukdomen och vara starka för familjens skull, och samtidigt klara av att hantera sjukdomen själva. Detta kunde ibland leda till

ilska och frustration för kvinnan. Samtidigt kunde kvinnan inte uttrycka sig i ord vad hon behövde för stöd (Coyne & Borbasi, 2009).

Landmark et al (2002a) skrev att kvinnorna upplevde att vänner och grannar drog sig undan när de fick reda på att kvinnan hade bröstcancer. Det ledde till att kvinnorna blev besvikna och deprimerade. Kvinnorna kunde inte förstå varför vännerna drog sig undan och de kände sig sårade och undrade varför de blev behandlade som om de hade "pesten".

Intima relationer

I Beatty et al (2008) studie rapporterade kvinnorna om intima problem. De berättade att behandlingen av bröstcancer gjorde att sexlusten försvann.

"It kills your sex life!" (Beatty et al, 2008, p 338).

Vilhauer (2008) skrev att på grund av kroppsförändringar kände sig kvinnorna mindre sexuellt attraktiva. Det sexuella umgänget förändrades eftersom känsligheten på kvinnornas bröst försämrades efter bröstoperation. Kvinnorna upplevde även begränsad rörlighet under samlaget på grund av smärta. De kvinnor som genomgick cytostatikabehandling fick torra slemhinnor i vaginan som ledde till obekvämlighet under samlaget. En del kvinnor berättade även att sexlusten försvann så detta påverkade deras intima relationer. Några kvinnor upplevde att eftersom de fick minskad sexlust ledde detta till att det saknades något i relationen, kvinnorna inte upplevde de känslor och behov som är förknippat med intima relationer.

"After chemotherapy the first time, I lost my libido. Gone! Just gone. . . . It's an essence of me that's gone. . . . The misunderstanding of it is not so much that I need sex. It wasn't that. It was me! It was a sense of me that was no longer there"
(Vilhauer, 2008, p 251).

Holmberg et al (2001) kom fram till att det fanns skillnader mellan gifta och ensamstående kvinnor i deras sexuella behov. Ensamstående kvinnor hade det svårare att finna en ny partner på grund av att de kände sig mindre sexuellt attraktiva, då tidigare relationer hade slutat illa. Nu kände de även att deras kropp hade svikit dem i och med kroppsförändringarna. De ensamstående kvinnorna hade även problem och oro med att veta när de skulle berätta för sin nya partner om bröstcancer och behandlingarna. De kände att detta skulle påverka hur männen såg på kvinnorna och tycka om hon var sexuellt attraktiv. Gifta kvinnor upplevde att även om de inte hade mer sexuell aktivitet än de ensamstående kvinnorna så fick de mer närhet och mer känslomässig stöd. Kvinnorna kände sig delvis ansvariga eftersom de inte längre hade

någon sexlust på grund av behandlingen. En gift kvinna nämnde vikten av att uttrycka kärlek och passion på andra sätt än sexuellt (Holmberg et al, 2001).

Omgivning

Kontakt med sjukvård och stödgrupper

Landmark och Wahl (2002b) kom fram till att kvinnorna upplevde att de fick dåligt stöd ifrån sjukvårdspersonalen och de saknade kontinuitet i uppföljningen av behandlingen. Kvinnorna besvärades ofta av långa väntetider. De kände att de var tvungna att själva ringa om tider och att skaffa sig information. Även i Landmark et al (2002a) framkom det att kvinnorna tyckte det var jobbigt när de inte fick tillräckligt med hjälp och stöd av sjukvården.

Vilhauer (2008) visade på att kvinnorna under behandlingen av sin bröstcancer lade mycket av sin tid varje vecka på att besöka sjukhuset. Det var bland annat läkartider, tider för cytostatikabehandling och olika former av terapier och provtagningar. Eftersom sjukhusbesöken upptog stor del av deras liv ledde detta till att det var svårt att ha ett heltidsjobb.

Några kvinnor i studien av Arman et al (2002) uttryckte sig att de kände att sjukvårdspersonalen bara var intresserad av själva sjukdomen och inte brydde sig om hur kvinnan mårde för övrigt. Kvinnorna tyckte att sjukvårdspersonalen inte såg dem som en hel person med tankar och känslor. I Landmark et al (2002a) berättade flera kvinnor att de fick träffa många olika läkare under sin behandling och detta ledde till besvikelse för patienterna.

Nissen et al (2002) kom fram till att kvinnorna ifrån USA upplevde att det gick fort mellan bröstcancerbeskedet till bröstrekonstruktion. De kände att de fick information men att de ändå inte var förberedda på smärtan eller hur lång tid det skulle ta att återhämta sig efter operationen. Vissa kvinnor ville göra en bröstrekonstruktion för att glömma sin bröstcancer.

Landmark et al (2002a) nämnde att ett flertal kvinnor kände sig trygga när de låg på sjukhuset när de hade en bra läkare som tog sig tid att lyssna och svara på frågor. Det var viktigt för kvinnorna att de fick konkreta och ärliga svar. Även om det var negativa besked så uppskattade de ärligheten de fick. Beatty et al (2008) skrev att kvinnorna efter hemkomst och efter den intensiva behandlingen kände sig övergivna, eftersom de hade haft daglig kontakt med sjukvården innan.

Vilhauer (2008) skrev att kvinnorna som fick hjälp av stödgrupper, tyckte att detta var positivt eftersom de kunde diskutera med andra kvinnor i liknade situationer. Landmark et al (2002a) tog även upp i deras studie att detta var en viktig del för kvinnornas att klara av sjukdomen. Holmberg et al (2001) kom fram till att flera kvinnor tyckte att

stödgrupper var ett bra tillfälle att lära känna nya människor. Flera kvinnor blev en förebild för andra kvinnor.

Kontroll över sitt liv

Vilhauer (2008) skrev att kvinnorna hade hört att stress påverkade bröstcancern till det sämre. Kvinnorna tog kontrollen över stressen i deras liv. Detta gjorde att kvinnorna upplevde att de hade kontrollen över sitt liv. En av de vanligaste negativa sakerna som deltagarna berättade om i Beatty et al (2008) var känslan av att tappa kontrollen.

”I just felt really uncontrollable, thinking that I should know what to do and I don’t. That was a horrible feeling. Not being in control, not knowing what to do, having so many options”
(Beatty et al, 2008, p 337).

Kontrollbehovet som kvinnorna hade var svårt att släppa, att låta männen ta över deras vanliga sysslor som att städa, laga mat och hämta barnen. En kvinna uttryckte att hennes man verkligen försökte, men att det var svårt att låta honom sköta sysslorna, eftersom han inte gör det lika bra som kvinnan själv (Beatty et al, 2008).

Kvinnorna i Landmark och Wahls (2002b) studie menade på att det var viktigt att göra saker som de tyckte om att göra som de annars inte hade tid att göra. Kvinnorna gjorde saker som de tyckte var roliga till exempel att måla och rita vilket gjorde att de mådde bättre. Deltagarna i Beatty et al (2008) berättade att det var viktigt för kvinnorna att få behålla sin identitet och inte bara ses som en bröstcancerpatient eller överlevare.

Ekonomi

Vilhauer (2008) skrev att det fanns kvinnor (USA) som hade fått sluta arbeta på grund av sjukdomen. De hade haft svårt att behålla sitt heltidsjobb på grund av alla sjukhusbesök. De levde under ekonomisk stress eftersom bröstcancerbehandlingen var kostsam för kvinnorna. Kvinnorna kunde hamna i en ond cirkel när de väl har slutat sitt arbete och gick hemma, då tänkte de hela tiden på sin sjukdom. Kvinnorna vågade inte gå tillbaka till arbete för kvinnorna var rädda att de kunde klara av det på grund av sjukdomssymtom. Vissa kvinnor upplevde det som en kamp med försäkringsbolagen, detta var nästan det värsta under hela sjukdomsförloppet.

Graden av självständighet

Beroende av andra

Holmberg et al (2001) skrev att gifta kvinnor hade god hjälp av sin make med praktiska sysslor. Männen tog över hushållssysslorna som exempelvis laga mat och städa när inte

frun orkade göra detta. De hjälpte även kvinnorna med förberedelser inför läkarbesök genom att skriva frågor, köra hustrun dit, och vara med under besöket som stöd och hjälp för sin hustru.

Landmark et al (2002a) nämnde att precis efter cancerbeskedet eller operation ville flera kvinnor ha praktisk hjälp i hemmet eller i trädgården. I studien av Beatty et al (2008) skrev författarna att flertalet kvinnor behövde praktisk hjälp med att handla, städa, laga mat och ta hand om barnen. I början av sjukdomen tyckte de att det var svårt att lära sig acceptera att de behövde ta emot hjälp från andra i sin närhet för att klara sina dagliga aktiviteter. Vilhauer (2008) menade att när kvinnorna väl hade accepterat att de inte klarade allt själva och bad om hjälp fick de ett bra stöd. Vännerna var glada att kunna hjälpa till när kvinnorna bad om hjälp, innan hade de inte vetat hur de skulle kunna hjälpa kvinnorna.

Dagliga aktiviteter

Vilhauer (2008) kom fram till att kvinnorna deltog mindre i arbete och dagliga aktiviteter. Trötthet och andfåddhet var vanliga biverkningar av cytostatikabehandlingen vilket ledde till att de deltog mindre i dagliga aktiviteter. Kvinnorna drog sig undan från aktiviteter på grund av andras attityder emot dem. Det framkom även att flera kvinnor tyckte att omgivningen hade svårt att hantera att kvinnorna höll igång aktivt med dagliga sysslor. Omgivningen tyckte att kvinnorna skulle sitta still och inte göra någonting alls. Beatty et al (2008) nämnde att kvinnornas sociala roll ändrades för att de inte kunde engagera sig lika mycket i arbetet och i fritidsaktiviteter.

Landmark och Wahl (2002b) skrev att kvinnorna valde att utföra aktiviteter som passade dem efter att de fått bröstcancer och som var anpassade efter både kropp och själ. När kvinnorna gjorde något fysiskt som de hade klarat av innan sjukdomen, gav det kvinnorna fysisk styrka och ett erkännande att de fortfarande kunde göra saker. Genom att kvinnorna upplevde att de hade kontroll över sin kropp gav det dem tron att de skulle komma över denna sjukdom. En kvinna kände att hon var tvungen att göra det hon hade gjort innan sjukdomen, gå till jobbet, träna och delta i tävlingar.

Existentiella tankar

Viljan att leva och framtidstro

Vilhauer (2008) kom fram till att eftersom framtiden var osäker tyckte några kvinnor att det var svårt att hantera tanken att kanske inte få se sina barn växa upp och att inte kunna göra upp planer för framtiden. Landmark och Wahl (2002b) kom de fram till att under behandlingens intensiva fas, var kampen för att vilja leva som starkast. I början av sjukdomen var det svårt för kvinnorna att tänka på framtiden.

" I stand with one foot in the grave, the other on the edge"
(Landmark & Wahl, 2002b, p 115).

När ens totala existens blir hotad startade kampen att kämpa för sitt liv. I deras studie har de definierat viljan att leva, vilket omfattar framtiden, nära relationer och omprioriteringar vad som är viktigast i livet. Kvinnorna visade sig ha en inre styrka som hjälpte dem att kämpa mot döden (Landmark & Wahl, 2002b).

" You get unknown strength, you just decide to stand and face it" (Landmark & Wahl, 2002b, p 115).

Beatty et al (2008) berättade att några kvinnor gjorde ett medvetet val att fokusera på att leva och ha livskvalitet istället för att fundera på döden. Rädslan att få ett återfall fanns hela tiden hos kvinnorna. Det har även kommit en del positivt ur det hela, kvinnorna beskrev att de hade fått en ny syn på livet. De prioriterade sig själva mer nu än innan sjukdomen och även förbättrade vissa relationer.

Att handskas med sin död

Holmberg et al (2001) kom fram till att kvinnorna var rädda att dö. Kvinnornas dödsångest var som starkast under det första och andra året efter beskedet. De hade svårare att prata om sina rädslor om döden med sin make, detta ledde till att relationen påverkades negativt.

"I just realised very much about myself that I am not coping at all with my own mortality" (Beatty et al, 2008, p 338).

Vilhauer (2008) skrev att i vissa kulturer var det tabu att prata om rädslan att dö. Vissa kvinnor förnekade tanken på att dö. Detta kunde bero på att de var rädda att dö. Många kvinnor blev ofta påmind om sin dödlighet på grund av media och resultat av medicinska studier.

Beatty et al (2008) skrev att även om kvinnan var friskförklarad kom tankar på att cancer kan komma tillbaka. Det var svårt att ta in att de inte skulle få ett riktigt avslut på sin sjukdom fast de var friskförklarade. Kvinnorna upplevde att de hade varit nära döden.

"I am always looking over my shoulder, just thinking, I hope it dosen't come back" (Nissen et al, 2002, p 551).

DISKUSSION

Diskussionen består av två delar, en metoddiskussion och en resultatdiskussion. I metoddiskussionen presenteras det hur arbetet har gått till och val av metod. Resultatdiskussionen tar upp vad som framkom i resultatet.

Metoddiskussion

Metoden som har använts är litteraturstudie med kvalitativ inriktning. Denna metod valdes då syftet var att belysa kvinnors livskvalitet vid bröstcancer. Då kvalitativa studier baseras på interjuver är det ett lämpligt sätt att utforska, upptäcka och förstå hur något upplevs (Starrin & Svensson, 1996). Kvantitativa artiklar valdes bort, enligt Backman (2008) är kvantitativa artiklar mer inriktade på mätningar med stöd av matematik och statistik.

Inför denna litteraturstudie gjordes enligt Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2006) beskrivning en första sökning av artiklar för att se om det fanns tillräckligt med relevanta artiklar. För att få fram granskade vetenskapliga artiklar användes databaserna Cinahl och Medline. Dessa två databaser användes då de är mer omvårdnad och medicinskt inriktade enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006). Academic Search Elite databas granskades även efter fler artiklar, men inga fler passande artiklar hittades. Sökorden som användes från början var breast neoplasms, quality of life. Eftersom detta gav många träffar på artiklar blev detta ohanterligt, därför lades fler sökord till som kvalitativ studies, chemotherapy cancer och breast reconstruction och antalet artiklar blev då hanterbart. Artiklarnas språk som användes var svenska och engelska.

Urvalet begränsades till artiklar som var skrivna på 2000-talet, för att så aktuellt material som möjligt skulle användas. Eftersom det är flest kvinnor som får bröstcancer inriktades arbetet på kvinnor. Från början var det inte tänkt att studier ifrån vissa specifika länder skulle användas, eftersom Sverige är ett mångkulturellt samhälle och sjukvårdspersonal kan träffa människor ifrån hela världen. Efter att artiklarna hade granskats visade det sig att artiklarna kom ifrån västerländska länder. Detta kan bero på att det skrivs mer vetenskapliga artiklar i västvärlden. I databasernas träfflista lästes abstrakten igenom för att hitta artiklar som passade syftet. Kvantitativa artiklar föll bort och artiklar där andra cancersjukdomar än bara bröstcancer togs upp. Även reviewarticles hittades men exkluderades på grund av att dessa artiklar är baserade på andra tidigare publicerade studier. Även en manuell sökning gjordes i artiklarnas referenslistor, detta för att få tips och idéer på andra artiklar som inte hade hittats i databaserna (Friberg, 2006).

Med hjälp av ett kvalitetsunderlag utformat av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) genomfördes en bedömning av artiklarna. Artiklarna bedömdes i skalan bra, medel eller dåliga. Då granskningen var gjord var åldern på kvinnorna i studierna väldigt

varierande, med spridning i åldrarna mellan 28- 81 år. Detta ledde till att artiklar med hög ålder på kvinnorna och artiklar med andra diagnoser än bröstcancer föll bort. Antalet artiklar minskade då från tretton artiklar till nio artiklar. Det nya urvalet omfattade kvinnor mellan 28-69 år. På dessa nio artiklar gjordes en artikelöversikt och kvalitetsbedömning enligt Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2006) modell.

För att få ett bättre resultat och inte förlora viktiga delar i artiklarna lästes alla nio artiklar två gånger, en gång enskilt och sedan en gång gemensamt. På detta sätt blev artiklarna dubbelt granskade, eftersom texter kan tolkas på olika sätt. Efter läsningen diskuterades innehållet. Fördelen med detta är att två läser och att en diskussion kan föras. Därefter togs meningsbärande enheter ut enligt Graneheim och Lundmans (2004) tolkning, genom att enskilt markera meningar som relevanta till vårt syfte. Sedan diskuterades dessa igenom och togs ut till arbetet. Meningsbärande enheter kondenserades ner till det viktigaste som sedan bildade koder och till slut blev 13 subkategorier och 6 kategorier. WHO's definition hittades efter att artikelanalysen var gjord. Att kategorierna som framkommit ur resultatet till stor del överrensstämmer med WHO's definition av hur livskvalitet mäts förstärker resultatet av denna litteraturstudie.

Vi tycker att vi funnit bra material från västerländska länder hur livskvalitet hos kvinnor med bröstcancer påverkas eftersom många studier görs i västvärlden. Troligtvis hade resultatet sett annorlunda ut om studier från utvecklingsländer hade funnits med.

Resultatdiskussion

Litteraturstudiens syfte var att belysa livskvalitet hos kvinnor med bröstcancer. WHO (1997), Nordenfelt (2004) och Brülde (2003) beskriver att livskvalitet är individuellt från person till person. Resultatdiskussionen kommer att baseras på de sex kategorierna som framkom i resultatet "psykisk hälsa", "fysisk hälsa", "sociala relationer", "omgivning", "graden av självständighet" och "existentiella tankar".

I resultatet psykisk hälsa framkommer det att när kvinnorna får bröstcancerbeskedet blir det en chock och de får starka känslor som kan liknas vid en traumatisk kris. Att insjukna i bröstcancer kan innebära enligt Kovero och Tykkä (2002) en traumatisk händelse som påverkar patienten både fysiskt och psykiskt och som kan visa sig genom en stressreaktion. En av de vanligaste reaktionerna var ilska på grund av att kvinnorna upplevde att de hade tagit hand om sina kroppar men de fick ändå sjukdomen bröstcancer. Första tiden efter cancerbeskedet funderade kvinnorna varför just de hade fått bröstcancer, vilket även framkom i Wong-Kim, Sun, Merighi och Chow (2005) studie. I Fatone, Moadel, Foley, Fleming och Jandorf (2007) visade det att 90 % av kvinnorna var psykiskt påverkade av sin sjukdom.

De flesta kvinnor upplevde att de hade fått en förändrad kroppsyn efter bröstoperationen, på grund av saknaden av ett bröst och att de kände sig oattraktiva.

Eftersom bröstet är associerade med kvinnlighet och sexualitet leder det till att kvinnorna känner sig mindre kvinnliga. Detta påvisar även Khan, Sehgal, Mitra, Agarwal, Lal och Malik (2000) att bröstet är en symbol för kvinnlighet, moderskap och sexualitet. Kroppsynen framkommer även i Gjertsen i Reitan och Schölberg (2003) och i Arman et al (2002) då kvinnorna som genomgått en bröstoperation kände sig stympade och hade en känsla av att inte vara hel. Gjertsen i Reitan och Schölberg (2003) har kommit fram till att identiteten och kvinnligheten påverkats hos en kvinna som genomgått bröstoperation där en del eller hela bröstet tagits bort. Förlusten av ett bröst kan innebära en kris och vara en traumatisk upplevelse för kvinnan.

Det är inte lätt för kvinnorna att ha ett bra självförtroende när de bara har ett bröst där det en gång suttit ett bröst, eftersom det ofta visas upp perfekta kvinnokroppar och bröst i samhället (Berterö, 2002). Något som påverkade kvinnorna negativt var att kvinnorna kände sig oattraktiva och hade en förändrad kroppsbild och led av håravfall. Det är inte bara kvinnornas egna uppfattningar av hur de ser ut, utan även hur omgivningen uppfattar dem genom kommentarer och åsikter. I början av behandlingen tänker kvinnorna hela tiden på sin bröstcancer och hur den har påverkat deras kropp. Kroppsförändringarna gör att kvinnornas självkänsla och självförtroende blir sämre vilket påverkar kvinnornas livskvalitet. Bröstrekonstruktion är ett sätt att höja kvinnornas självkänsla och självförtroende. Socialstyrelsen (2007) tar även upp vikten av plastikoperationer vilket gör att bröstet återskapas och på detta sätt höjs kvinnornas livskvalitet. Næss (1994) menar även att det är viktigt att kunna vara trygg i sig själv och kunna klara av sin tillvaro för att ha en bra god självkänsla vilket förbättrar kvinnans livskvalitet.

I resultatet om fysiska förändringar framkom det att kvinnorna reagerade olika på behandlingarna av bröstcancer. Det var inte bara förlusten av ett bröst utan de fick olika symtom och förändringar i kroppen. Cytostatikabehandling gjorde att kvinnorna blev mycket trötta och att en del drabbades av depression. Behandlingarnas biverkningar påverkar kvinnorna så mycket att deras livskvalitet blir försämrade. På grund av tröttheten påverkades kvinnornas dagliga och sociala liv negativt. I studien av Fatone et al (2007) framkom det att 95 % av kvinnorna hade ett eller flera symtom på biverkningarna.

Det som kom fram under resultatet om sociala relationer var att kvinnor med bröstcancer upplevde att de behövde och uppskattade ett stöd ifrån familj, vänner och kollegor. Detta framkom även i Wong-Kim et al (2005) om kvinnorna fick ett bra stöd från familj och vänner förbättrades livskvaliteten. Kvinnorna fick olika stöd beroende på om de valde att vara öppna om sin bröstcancer sjukdom eller om de valde att bara berätta för de närmaste. Kvinnorna som berättade öppet om bröstcancer fick mer stöd. Även Næss (1994) påpekar vikten av att ha goda relationer med andra för att få en bättre livskvalitet. Något som motsäger detta var Landmark et al (2002a) som skriver att några kvinnor beskrev att de upplevde att de blev behandlade som "pesten" av sina vänner och kollegor efter dem hade kommit ut med sin sjukdom, vilket var väldigt

sårande för kvinnorna.

När en kvinna får bröstcancer är det viktigt att ha i åtanke att hela familjen drabbas. Viktigaste stödet kvinnorna hade var familjens stöd, familjemedlemmarna fick dra det tyngsta lasset enligt kvinnorna. Ashing-Giwa, Padilla, Tejero, Kraemer, Wright, Coscarelli, Clayton, Williams och Hills (2004) skrev i deras artikel om kvinnor ifrån olika kulturer i USA, där framkom det att hos de "vita" kvinnorna var mannen det viktigaste stödet i kampen mot bröstcancer. Resultatet visar att familjen inte fick lika bra stöd som kvinnorna, exempel på detta är att i vissa förhållanden hade mannen svårt att handskas med kvinnans sjukdom vilket kunde leda till skilsmässa. Kvinnorna upplevde att de hade dåligt samvete och behövde vara starka för familjens skull. Samtidigt så var det svårt för de att hantera och klara av sin sjukdom själva. Detta ledde till frustration och ilska inombords. Vissa kvinnor ville inte berätta allt för sin familj för att skydda dem. De var även svårt för kvinnorna att uttrycka vad de ville ha för stöd för behovet ändrades från dag till dag.

I och med att kroppen förändras efter bröstcancerbehandling påverkar detta kvinnorna negativt genom att de känner sig oattraktiva. De fysiska förändringarna i kroppen påverkade möjligheten till intima relationer på grund av exempelvis torra slemhinnor. Bröstcancerbehandlingen ledde till att kvinnorna miste sina sexuella känslor och lust. 80 % av kvinnorna i Fatone et al (2007) rapporterade att de hade problem med sexlivet på grund av kroppsliga förändringar. Resultatet visar att det fanns skillnader i sexlivet mellan gifta och ensamstående kvinnor. De gifta kvinnorna upplevde att de fick mer närhet än de ensamstående men de hade inte mer sex. Eftersom de gifta kvinnorna levde i ett förhållande och har en fast partner var det extra jobbigt för de gifta kvinnorna eftersom en viktig del i deras förhållande försvann. De ensamstående hade det svårare än de gifta eftersom de fick ingen känslomässig kontakt och det var svårt för dem att finna en ny partner på grund av att de kände sig oattraktiva. De fick tackla mycket själva.

I resultatet under kategorin omgivning framkom det att kvinnorna tyckte att sjukvårdspersonalen hade mycket fokus på sjukdomen och hade inte ett helhetsperspektiv. På liknande sätt anser Rustøen (Reitan & Schölberg, 2003) att livskvaliten förbättras för patienten om sjukvårdspersonalen har ett helhetsperspektiv. Resultatet påvisar att flera studier tar upp att kvinnorna hade problem med att de fick för lite stöttning av sjukvården och att de fick göra mycket själva. En av de negativa saker som kom upp i resultatet var att kvinnorna fick träffa många olika läkare. Mycket av kvinnornas dagliga tid gick åt att befinna sig på sjukhus, detta kunde leda till att de hade svårt att klara av ett heltidsarbete. Helgesson et al (2007) påpekar vikten av bra stöd ifrån sjukvårdspersonal och bra behandling. Det som kan påverka stödet och behandlingen är kommunikationen, därför är det viktigt att det finns bra kommunikation mellan sjukvårdspersonalen och patient. Att personalen tänker på att inte alltid ha en negativ inställning till cancersjukdomen utan försöker vara positiva och att patienten kan uppleva hälsa fast kvinnan är drabbad av bröstcancer. Detta framkommer även i

Rustøen (Reitan & Schölberg, 2003) att personalen ska se möjligheter som patienten har istället för problemen.

Resultatet visar att kvinnorna upplevde att när de var inlagda på sjukhus befann de sig i en trygg miljö, speciellt om de fick träffa sjukvårdspersonal som lyssnade och var ärliga emot dem. Flera studier i resultatet kom fram till vikten av kontakt med stödgrupper, eftersom de kunde träffa andra kvinnor i samma situation och även få nya bekantskaper. Resultatet i en studie av Ashing-Giwa et al (2004) visar att stödgrupper var viktiga för kvinnornas återhämtning och hantering av sjukdomen.

I resultatet kom det fram att striden mot försäkringsbolagen för att få pengar att överleva när kvinnorna inte kunde arbeta, var en av de energikrävande sakerna under hela sjukdomen. Detta ledde till en enorm press för kvinnorna och försämrade deras livskvalitet. 67 % av kvinnorna i Fatone et al (2007) beskrev att de kände stress över ekonomin. Detta innebar frågor om hur de skulle hantera sig ekonomi och omprioriteringar vad pengarna skulle gå till.

I resultatet om graden av självständighet framkom det att en av anledningarna till att kvinnorna inte kunde klara av arbete och fritidssysselsättningar, berodde på att kvinnorna led av trötthet på grund av bröstcancerbehandlingarna. Resultatet visar på att kvinnorna inte deltog i fritidssysselsättningar eftersom andras inställningar emot dem var negativa. En studie om motionerande kvinnor med bröstcancer har gjorts av Emslie, Whyte, Campbell, Mutrie, Lee, Ritchie och Kearney (2007) vilket resulterade i att kvinnorna som motionerade tyckte det var behagligt att motionera ihop med andra kvinnor i samma situation, där de slapp förklara sig för både ledare och andra deltagare. Efter motionspasset var det skönt att prata med andra kvinnor som lever med bröstcancer och de fick nya vänner. Kvinnorna tyckte även att det var skönt att komma iväg på en annan aktivitet än bara sjukhusbesök.

Kvinnorna anpassade aktiviteterna efter vad de klarade av (Landmark & Wahl, 2002b). När kvinnorna kunde göra någon aktivitet som de hade gjort innan de blev sjuka, blev det en inre styrka och ett erkännande som förbättrade deras livskvalitet. Detta upplevde de som ett tecken på att de skulle besegra denna sjukdom. På liknade sätt anser Næss (1994) att när en kvinna är aktiv gör hon något meningsfullt för henne och utvecklar nya färdigheter.

När kvinnans liv blir hotat uppstår det en kamp för att vilja leva, kvinnorna hade en inre styrka som hjälpte dem och denna var som starkast i början av behandlingen. Flera artiklar i resultatet om existentiella tankar visar att kvinnorna hade svårt att tro på en framtid. En del kvinnor valde att satsa på livet istället för döden, de prioriterade sig själv mer än innan sjukdomen. Genom att de gjorde detta fick de en annan syn på livet och detta ledde även till att de förbättrade vissa relationer. Brülde (2003) anser att när en kvinna upplever att hon har något att leva för har kvinnan en god livskvalitet.

Rädslan av att dö var stark hos kvinnorna, den var värst under de första åren av sjukdomen. Mycket av rädslan kan bero på att inom vissa kulturer så talar man inte om döden och kvinnorna blir väldigt påverkade av media och medicinska studieresultat som påminner de om deras dödlighet. Det framkom i Sarenmalm, Thorén-Jönsson, Gaston-Johansson och Öhlén (2009) att kvinnorna var mer rädda för själva livets slutskede än själva vetskapen att de skulle dö. De var rädda för att de skulle lida, inte vara tillräckligt smärtlindrad och att vara totalt beroende av andra. En stor sorg var att de eventuellt inte skulle finnas där för barn och barnbarn.

Fatone et al (2007) studie visar på att när kvinnorna blev tillfrågade om vad som allmänt hade påverkat deras livskvalitet så visade det sig att 65 % tog upp ämnet religion och tro. Att Gud hade funnits där för dem och stöttat de. Rädslan var stor att få ett återfall fast kvinnorna var friskförklarade från sin bröstcancer. De upplevde att de inte fick ett riktigt avslut, utan sjukdomen kunde blossa upp igen (Beatty et al, 2008).

Resultatet visar att alla WHO's kategorier som ingår i deras definition av livskvalitet har framkommit i artiklarna. Därigenom har vi kunnat belysa hur kvinnornas liv blir påverkat vid diagnosen bröstcancer och hur detta påverkar deras livskvalitet.

SLUTSATS

Resultatet som framkommit i denna litteraturstudie är en bra kunskap att ha med sig som sjuksköterska för att veta hur kvinnans livskvalitet påverkas vid bröstcancer. Eftersom bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor är det viktigt att ha kunskap om detta ämne som sjuksköterska. Vid ett bröstcancerbesked drabbas kvinnan av en chock och har då svårt att ta in mer information. De upplever starka känslor som frustration och ilska varför de har drabbats. Kvinnornas livskvalitet försämras i och med att de genomgår fysiska förändringar i samband med behandlingarna och operationer. Det som kom fram var att utseendeförändringarna inte var värst utan den konstanta tröttheten, vilket påverkade hela deras dagliga liv. Socialt stöd är viktigt i kampen mot bröstcancer. Genom att berätta om sin bröstcancer för familj, vänner och kollegor resulterade detta att kvinnornas livskvalitet blev förbättrad.

Hela kvinnans liv förändras efter att de fått diagnosen bröstcancer för nu handlar en stor del av kvinnornas liv om olika kontakter med sjukvården. Det är viktigt att sjuksköterskan har ett holistiskt synsätt för att se hela patienten, då kvinnan påverkas psykiskt, fysiskt och socialt. Resultatet visar att ofta var behandlingarna så intensiva, att patienterna inte hinner hantera sina känslor. När behandlingarna är över känner kvinnorna sig övergivna av sjukvården vilket visar på att det finns brister i uppföljningen av patienten. Det som kan hjälpa patienten att klara av behandlingar och gå vidare med sitt liv är hjälpen i form av stödgrupper.

Kvinnorna hade svårt att klara av sina dagliga sysslor och fritidsaktiviteter på grund av de fysiska påfrestningarna. Detta ledde till att de drog sig undan och fick ett försämrat socialt liv och sämre livskvalitet. Kvinnorna fick även motvilligt acceptera att släppa kontrollen över hushållssysslorna och ta emot hjälp av sina anhöriga för att klara av det dagliga livet.

När kvinnor drabbas av bröstcancer finns det kvinnor som gör ett val att satsa på att leva och ha livskvalitet istället för att fokusera på döden. Rädslan för att döden var stor och att prata om den var svårt för vissa kvinnor. För att göra det bra i livets slutskede har sjuksköterskan ett stort ansvar att göra det bästa för patienten och ge en bra omvårdnad så att kvinnan inte ska lida, behöva vara ensam eller inte vara tillräckligt smärtlindrad.

I denna litteraturstudie får sjuksköterskan ökad lärdom om bröstcancer och detta ger en förståelse för hur patienterna mår, vad de går igenom under sjukdomstiden och hur deras livskvalitet påverkas. Genom att sjuksköterskan får en bättre inblick och djupare kunskap kan bättre och adekvat omvårdnad ges till kvinnor med bröstcancer.

REFERENSER

Almås, H. (Red.). (2002). *Klinisk omvårdnad del 1*. Stockholm: Liber AB.

*Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., & Hamrin, E. (2002). The face of suffering among women with breast cancer- Being in a field of forces. *Cancer nursing*, 2, 96-103.

Ashing-Giwa, K.T., Padilla, G., Tejero, J., Kraemer, J., Wright, K., Coscarelli, A., Clayton, S., Williams, I., & Hills, D. (2004). Understanding the breast cancer experience of women: A qualitative study of African American, Asian American, Latina and Caucasian cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 13, 408-428.

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

*Beatty, L., Oxland, 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 perspectives. *Blackwell Publishing Ltd Health Expectations*, 11, 331-342.

Bergh, J., Brandberg, Y., Ernberg, I., Frisell, J., Fürst, C-J., & Hall, P. (2007). *Bröstcancer*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press.

*Berterö, C.M. (2002). Affected self-respect and self-value: The impact of breast cancer treatment on self-esteem and qol. *Psycho-oncology*, 11, 356-364.

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

Cancerfonden. (2009).

Tillgänglig: < <http://www.cancerfonden.se/sv/Rosabandet/Veta-mer/Brostcancer1/> > (2009-12-04).

Coleman, M.P., Quaresma, M., Berrino, F., Lutz, J.M., De Angelis, R., Capocaccia, R., Baili, P., Rachet, B., Gatta, G., Hakulinen, T., Micheli, A., Sant, M., Weir, H.K., Elwood, J.M., Tsukuma, H., Koifman, S., E Silva, G.A., Francisci, S., Santaquilani, M., Verdecchia, A., Storm, H.H., & Young, J.L. (2008). *Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD)*. Tillgänglig: < http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6W85-4T0WDNG-1&_cdi=6645&_user=644585&_orig=search&_coverDate=08%2F31%2F2008&_sk=99909991&_view=c&_wchp=dGLzVlz-zSkWb&md5=d74849f2d23fc9f0104d1ec31028f680&ie=/sdarticle.pdf > (2009-11-09).

*Coyne, E., & Borbasi, S. (2009). Living the experience of breast cancer treatment: The younger women's perspective. *Australian journal of advanced nursing*, 26, 6-13.

Emslie, C., Whyte, F., Campbell, A., Mutrie, N., Lee, L., Ritchie, D., & Kearney, N. (2007). 'I wouldn't have been interested in just sitting round a table talking about cancer'; exploring the experiences of women with breast cancer in a group exercise trial. *Health Education Research*, 6, 827-838.

Fatone, A.M., Moadel, A.B., Foley, F.W., Fleming, M & Jandorf, L. (2007). Urban voice: The quality-of-life experience among women of color with breast cancer. *Palliative and Supportive Care*, 5, 115-125.

Friberg, F. (Red.). (2006). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Helgesson, Ö., Lissner, L., Månsson, J & Bengtsson, C. (2007). Quality of life in cancer survivors as observed in a population study of Swedish women. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, 220-225.

*Holmberg, S.K., Scott, L.L., Alexy, W., & Fife, B.L. (2001). Relationship issues of women with breast cancer. *Cancer nursing*, 1, 53-60.

Khan, M. A., Sehgal, A., Mitra, B., Agarwal, P. N., Lal, P., & Malik, V. K. (2000). Psychobehavioral impact of mastectomy. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 26, 65 – 71.

Kovero, C., & Tykkä, E. (2002). Att insjukna i bröstcancer. *Vård i Norden*, 3, 15-20.

*Landmark, B.T., Strandmark, M., & Wahl, A. (2002a). Breast cancer and experiences of social support. *Scandinavian journal of caring sciences*, 3, 216-223.

*Landmark, B.T., & Wahl, A. (2002b). Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of advanced nursing*, 1, 112-121.

Næss, S. (1994). *Yrkeskvinne - Husmor? Gifte kvinners livskvalitet*. Oslo: Institutt for sosialforskning.

*Nissen, M.J., Swenson, K.K., & Kind, E.A. (2002). Quality of life after postmastectomy breast reconstruction. *Oncology nursing forum*, 3, 547-553.

Nordenfelt, L. (2004). *Livskvalitet och hälsa-Teori & kritik (2:a uppl.)*. Linköping: Institutionen för hälsa och samhälle, Linköpings universitet.

Ramström, H. (Red.). (2009). *Läkemedelsboken 2009-2010*. Stockholm: Apoteket AB.

Reitan, A-M., & Schölberg, T. (Red.). (2003). *Onkologisk omvårdnad*. Stockholm: Liber AB.

Rustøen, T. (1993). *Livskvalitet: en utmaning för sjuksköterskan*. Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag AB.

Sarenmalm, E.K., Thorén-Jönsson, A-L., Gaston-Johansson, F., & Öhlén, J. (2009). Making sense of living under the shadow of death: Adjusting to a recurrent breast cancer illness. *Qualitative Health Research*, 8, 1116-1130.

Socialstyrelsen. (2007).

Tillgänglig:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9085/2007-114-51_200711453.pdf> (2009-11-19).

Socialstyrelsen. (2009).

Tillgänglig: <

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf> (2009-11-19).

Starrin, B., & Svensson, P-G. (1996). *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

*Vilhauer, R.P. (2008). A qualitative study of the experiences of women with metastatic breast cancer. *Palliative and supportive care*, 6, 249-258.

WHO. (1997).

Tillgänglig: < http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf > (2009-11-11).

WHO. (2009a).

Tillgänglig: < <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>> (2009-11-09).

WHO. (2009b).

Tillgänglig:

< <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index3.html>> (2009-11-09).

WHO Global Burden of Disease. (2004).

Tillgänglig:

<http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf> (2009-11-09).

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Wong-Kim, E., Sun, A., Merighi, J.R., & Chow, E.A. (2005). Understanding quality-of-life issues in Chinese women with breast cancer: A qualitative investigation. *Cancer Control*, 12, 6-12.

-Artiklar markerade med * återfinns i resultatdelen.

BILAGEFÖRTECKNING

Bilaga 1: Artikelsökning/Manuellsökning

Bilaga 2: Kvalitetsbedömningsunderlag enligt Willman et al (2006)

Bilaga 3: Artikelöversikt och kvalitetsbedömning enligt Willman et al (2006)

Bilaga 4: Artikelanalys enligt Graneheim & Lundman (2004)

Bilaga 5: WHO's definition på quality of life (1997)

Bilaga 1. Artikelsökning.

Databas	Datum	Sökord	Urvalskriterier	Träffar	Urval
Cinahl Cinahl headings	09-11-02	Breast Neoplasms		23734	0
Cinahl Cinahl headings	09-11-02	Quality of Life		25106	0
Cinahl Cinahl headings	09-11-02	Qualitative Studies		29365	0
Cinahl Cinahl headings	09-11-02	Breast Neoplasms + Quality of Life + Qualitative Studies	Publication Year from: 2000-; English Language; Peer Reviewed; Research Article	14	2

Bilaga 1. Artikelsökning fortsättning.

Databas	Datum	Sökord	Urvalskriterier	Träffar	Urval
Cinahl Cinahl headings	09-11-10	Breast Neoplasms		23780	0
Cinahl Cinahl headings	09-11-10	Chemotherapy, cancer		5016	0
Cinahl Cinahl headings	09-11-10	Breast Neoplasms + Chemotherapy, cancer	Publication Year from: 2000-; Peer Reviewed; Research Article	210	1
Cinahl Cinahl headings	09-11-02	Quality of life		25106	0
Cinahl Cinahl headings	09-11-02	Breast reconstruction		583	0
Cinahl Cinahl headings	09-11-02	Quality of life + Breast reconstruction	Publication Year from: 2000-; Peer Reviewed; Research Article	7	1

Bilaga 1. Artikelsökning fortsättning.

Databas	Datum	Sökord	Urvalskriterier	Träffar	Urval
Medline MeSH	09-11-02	Breast Neoplasms		165135	0
Medline MeSH	09-11-02	Quality of Life		77424	0
Medline MeSH	09-11-02	Breast Neoplasms + Quality of Life	Date of Publication from: 20000101-; Gender: Female; Age Related: Adult: 19-44 years, Middle Aged: 45-64 years; Publication Type: Journal Article; Languages: English, Swedish	1075	1

Manuell Sökning:

- Breast cancer and experiences of social support (Landmark, Strandmark & Wahl, 2002a).
- Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer (Landmark & Wahl, 2002b).
- Relationship issues of women with breast cancer (Holmberg, Scott, Alexy & Fife, 2001).
- The face of suffering among women with breast cancer – being in a field of forces (Arman, Rehnsfeldt, Lindholm & Hamrin, 2002).

Bilaga 2. Kvalitetsbedömningsunderlag enligt Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006)

Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering?

Ja Nej Vet ej

Patientkaraktäristik

Antal.....

Ålder.....

Man/kvinna.....

Är kontexten presenterad?

Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang?

Ja Nej Vet ej

Urval

– Relevant?

Ja Nej Vet ej

– Strategiskt?

Ja Nej Vet ej

Metod för

– urvalsförfarande tydligt beskrivet?

Ja Nej Vet ej

– datainsamling tydligt beskriven?

Ja Nej Vet ej

– analys tydligt beskriven?

Ja Nej Vet ej

Giltighet

– Är resultatet logiskt, begripligt?

Ja Nej Vet ej

– Råder datamätnad?

Ja Nej Vet ej

– Råder analysmättnad?

Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

– Redovisas resultatet klart och tydligt?

Ja Nej Vet ej

– Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?

Ja Nej Vet ej

Genereras teori?

Ja Nej Vet ej

Bilaga 2. Kvalitetsbedömningsunderlag enligt Willman et al (2006) fortsättning.

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....
.....
.....
.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra Medel Dålig

Kommentar.....
.....
.....

Granskare (sign).....

Bilaga 3. Artikelöversikt och kvalitetsbedömning enligt Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006).

Författare År Land Tidskrift	Titel	Metod	Deltagare Ålder	Resultat	Kvalitet
Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., & Hamrin, E. 2002 Sverige och Finland <i>Cancer Nursing</i>	The face of suffering among women with breast cancer – being in a field of forces.	Kvalitativ studie Enskilda intervjuer	17 kvinnor och 16 närstående. 35-69 år. Medel: 48 år.	Hur kvinnor med bröstcancer blir påverkade i sina inre tankar, värderingar och lidande.	Bra
Beatty, L., Oxlad, M., Koczwara, B., & Wade, T.D. 2008 Australien <i>Blackwell Publishing Ltd Health Expectations</i>	The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: a qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives.	Kvalitativ studie Gruppintervju	19 kvinnliga patienter, 6st ssk, 9 st volontärer. Medelålder: 53,5 år.	Kvinnor upplever att deras livskvalitet påverkas på olika sätt.	Bra
Berterö, C.M. 2002 Sverige <i>Psycho-Oncology</i>	Affected self-respect and self-value: The impact of breast cancer treatment on self-esteem and QoL.	Kvalitativ studie Interjuver	13 st Kvinnor 28-68 år Medel: 53,54 år	Kvinnors självförtroende och självrespekt påverkar livskvaliten.	Bra
Coyne, E., & Borbasi, S. 2009 Australien <i>Australian journal of advanced nursing</i>	Living the experience of breast cancer treatment: The younger women's perspective.	Kvalitativ studie Djupintervjuer	6 kvinnor 28-43 år.	Kvinnorna hann inte vänja sig vid tanken att de har en livshotande sjukdom eftersom behandlingen startade fort efter cancerbeskedet.	Bra
Holmberg, S.K., Scott, L.L., Alexy, W., & Fife, B.L. 2001 USA <i>Cancer Nursing</i>	Relationship issues of women with breast cancer.	Kvalitativ studie Enskilda och gruppintervjuer	10 kvinnor och fem män. 31-68 år	Kvinnornas livssituation påverkar hur de klarar av att hantera bröstcancer.	Bra

Bilaga 3. Artikelöversikt och kvalitetsbedömning enligt Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006) fortsättning.

Författare År Land Tidskrift	Titel	Metod	Deltagare Ålder	Resultat	Kvalitet
Landmark, B.T., Strandmark, M., & Wahl, A. 2002 Norge <i>Scandinavian journal of caring sciences</i>	Breast cancer and experiences of social support.	Kvalitativ studie Enskilda djupintervjuer	10 kvinnor 39-69 år.	Livskvaliten påverkas rejält hos kvinnor med bröstcancer. Hur deras sociala liv påverkar hur de klarar av sitt liv. Om de har ett jobb att gå till eller om de sitter helt avskärmd från världen genom att bara tänka på sin sjukdom.	Bra
Landmark, B.T., & Wahl, A. 2002 Norge <i>Journal of Advanced Nursing</i>	Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer.	Kvalitativ studie Enskilda djupintervjuer	10 st kvinnor 39-69 år.	Kvinnorna beskriver sin livskvalitet hur de blir påverkade i sitt dagliga liv.	Bra
Nissen, M.J., Swenson, K.K., & Kind, E.A. 2002 USA <i>Oncology Nursing Forum</i>	Quality of life after postmastectomy breast reconstruction.	Kvalitativ studie Semistrukturerade gruppintervjuer	17 st kvinnor 40-65 år. Medel: 53 år.	Kvinnor valde bröstrekonstruktion för fysiska och känslomässiga skäl. Efter bröstrekonstruktionen blev deras kroppsuppfattning bättre.	Bra
Vilhauer, R.P. 2008 USA <i>Palliative and Supportive Care</i>	A qualitative study of the experiences of women with metastatic breast cancer.	Kvalitativ studie Telefoninterjuv	14 st kvinnor Medelålder: 51.6 år	Bröstcancer sjukdomen påverkar hela deras livsstil, och hur de påverkas både psykiskt och socialt.	Bra

Bilaga 4. Artikelanalys enligt Graneheim & Lundman (2004).

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
<p>“It took me all my time, probably until after I was 40 to get used to my body and to actually like it, because I was always big...it’s like I’ve been ripped off, I just got used to it! I got used to accepting it, and now I have to change my thinking to accept two scars.”</p> <p>Beatty et al, (2008)</p>	<p>Tog lång tid att vänja sig och acceptera sin nya kropp med två operationsärr.</p>	<p>Kroppsförändringar</p>	<p>Förändrad kroppsyn</p>	<p>Psykisk hälsa</p>
<p>Something special happens to you, you become someone else when you are told you have cancer. You deny what you hear, you can’t believe it, you are so shocked.</p> <p>Landmark & Wahl, (2002b)</p>	<p>Något speciellt händer dig, du blir någon annan när du hör ordet cancer. Du förnekar vad du hör, kan du inte tro det, du är så chockad.</p>	<p>Chock</p>	<p>Få beskedet</p>	

Bilaga 4. Artikelanalys enligt Graneheim & Lundman (2004) fortsättning.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
<p>Social support from close relatives was often described as most important...contact with friends and colleagues were also mentioned as invaluable in the struggle against the disease.</p> <p>Landmark et al, (2002a)</p>	<p>Socialt stöd från nära anhöriga var ofta det viktigaste. Kontakt vänner och kollegor var också värdefullt i kampen mot sjukdomen.</p>	Stöd	Socialt stöd ifrån familj, vänner och kollegor	Sociala relationer
<p>“When I came for my check-up I had loads of questions, but then another doctor turned up. It was such a disappointment, it was so hurtful.”</p> <p>Landmark et al, (2002a)</p>	<p>Vid återbesök hos doktorn, fanns många frågor. Men det dök upp en annan läkare vilket var en besvikelse och sårande.</p>	Läkarbesök	Kontakt med sjukvård och stödgrupper	Omgivning
<p>“I stand with one foot in the grave, the other on the edge”.</p> <p>Landmark & Wahl, (2002b)</p>	<p>Står med en fot i graven och den andra på kanten.</p>	Döden	Viljan att leva och framtidstro	Existentiella tankar

Bilaga 4. Artikelanalys enligt Graneheim & Lundman (2004) fortsättning.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
<p>Other major physical alterations, including weight gain or loss and altered hormonal states, with accompanying multiple physiologic changes, fatigue subsequent to radiation or Chemotherapy, vaginal dryness, and loss of libido...</p> <p>Holmberg et al, (2001)</p>	<p>Fysiska problem, som inkluderade viktuppgång/viktnedgång, hormonella förändringar med många fysiska ändringar som trötthet, vaginal torrhet, minskad sexlust.</p>	<p>Fysisk påverkan</p>	<p>Fysiska förändringar</p>	<p>Fysisk hälsa</p>
<p>You know, some people will say things like well, don't do too much. Or if they come over to my house and I'm doing things or whatever, I think they think I'm just supposed to sit around and do nothing.</p> <p>Vilhauer, (2008)</p>	<p>En del människor tycker att jag inte ska göra någonting alls, utan bara sitta och inte göra något.</p>	<p>Inte vara aktiv.</p>	<p>Dagliga aktiviteter</p>	<p>Graden av självständighet</p>

Bilaga 5. WHOQOL - MEASURING QUALITY OF LIFE (WHO, 1997).

1. Physical health	Energy and fatigue Pain and discomfort Sleep and rest
2. Psychological	Bodily image and appearance Negative feelings Positive feelings Self-esteem Thinking, learning, memory and concentration
3. Level of Independence	Mobility Activities of daily living Dependence on medicinal substances and medical aids Work Capacity
4. Social relationships	Personal relationships Social support Sexual activity
5. Environment	Financial resources Freedom, physical safety and security Health and social care: accessibility and quality Home environment Opportunities for acquiring new information and skills Participation in and opportunities for recreation/leisure Physical environment (pollution/noise/traffic/climate) Transport
6. Spirituality/Religion/Personal beliefs	Religion /Spirituality/Personal beliefs