



**Kvinnors upplevelse av att diagnostiseras och behandlas för bröstcancer
samt sjukdomens påverkan på livssituationen**

- En litteraturbaserad studie

Semra Zahirovic

**Examensarbete i omvårdnad på grundnivå
Sjuksköterskeprogrammet
Institutionen för hälsovetenskap/ Högskolan Väst
Höstterminen 2017**

Titel	Kvinnors upplevelse av att diagnostiseras och behandlas för bröstcancer samt sjukdomens påverkan på livssituationen - En litteraturbaserad studie Women's experiences of being diagnosed and treated for breast cancer and how the disease affects the life situation. -A literature-based study
Författare	Semra Zahirovic
Handledare	Berit Finnström
Examinator	Margareta Karlsson
Institution	Högskolan Väst, Institutionen för hälsovetenskap
Arbetets art	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program/Kurs	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Termin/År	Höstterminen 2017
Antal sidor	22

Background Breast cancer is the most common form of cancer in women. It is considered an appalling disease with its high mortality, demanding treatment and major impact on self-image and body perception.

Aim. The aim of this study is to describe women's experiences of being diagnosed and treated for breast cancer and how the breast cancer affects their life situation.

Method The method used was a literature study based on qualitative research. Eleven studies were analysed according to the five-step model by Friberg.

Results The analysis resulted in three main themes and six subthemes. The main themes were: *The life is threatened, Suffer from disease and Life continues.*

Conclusion Suffering from breast cancer imposes changes on all aspects of the women's life, both physically, mentally and socially and evokes various individual coping strategies. In this process it is vital that the nurse, which is closest to the patient, has a good understanding of the various patterns of crisis reaction to be able to deliver a good professional care and individual support to the women.

Keywords Breast neoplasms, coping strategies, emotions, experience, nursing

Populärvetenskaplig sammanfattning

Bröstcancer är den vanligaste cancerdiagnosen bland kvinnor i världen. Det betraktas som en skrämmande sjukdom med sin höga dödlighet, krävande behandling och stora inverkan på självbild och kroppsuppfattning. Detta examensarbete beskriver kvinnors upplevelse av att diagnostiseras och behandlas för bröstcancer samt hur bröstcancer påverkar deras livssituation.

Elva vetenskapliga artiklar hittades via systematiska sökningarna i vetenskapliga databaser. Artiklarna beskrev kvinnors upplevelser med bakgrund i åtta olika länder. Ur dessa artiklar lyftes alla nyckelfynd fram som kunde besvara studiens syfte. Dessa fynd grupperades sedan i tre huvudteman och sex underteman. De teman som framkom var: *Livet är hotat*, *Sjukdomslidande* och *Livet fortsätter*.

Resultatet visade att alla kvinnor oavsett bakgrund upplevde liknande starka känslor vid diagnosen, men sättet att hantera den nya situationen varierade. Vissa försökte skapa en känsla av kontroll genom att avskärma sig från information medan andra önskade maximal kunskap om alla behandlingsalternativ. På samma sätt varierade den känslomässiga öppenheten där vissa valde att undertrycka sina känslor för att klara vardagen och skona omgivningen medan andra fann lättnad i en öppen kommunikation. Likheterna mellan kvinnornas upplevelser i de olika studierna var större än skillnaderna. I vissa länder förekom stigmatisering runt själva diagnosen. I mera traditionspräglade kulturer sågs en större grad av tabu och skam runt diagnosen som ökade kvinnornas utsatthet och isolering. Den tunga behandlingen med förlust av både bröst och hår samt övriga biverkningar av kemoterapi och strålbehandling drabbade kvinnorna hårt. Utöver de fysiska effekterna av behandlingen var de psykiska effekterna långtgående med svår trötthet, depression och ångest, och en påverkad kvinnlig självbild.

De bröstcancerdrabbade kvinnorna har ett stort behov av stöd både vid diagnos, under en lång behandling samt förhoppningsvis som canceröverlevare med behov av långsiktig uppföljning. Här har sjuksköterskan en viktig roll i att möta kvinnan i den situation där hon befinner sig både fysiskt, psykiskt och socialt. Med god kunskap om kvinnors upplevelser och strategier vid bröstcancer ökar möjligheterna att kunna förmedla ett individuellt anpassat stöd.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Bröstcancer	1
Diagnos och behandling	1
Biverkningar av behandlingen	2
En förändrad livssituation	2
Lidande	3
Sjuksköterskans funktion	4
Problemformulering	5
Syftet	5
Metod	6
Litteratursökning	6
Urval	6
Analys	7
Resultat	7
Livet är hotat	8
Känslor och reaktioner	8
Sjukdomslidande	9
Fysiskt och psykiskt lidande	9
En sårbar livssituation	10
Livet fortsätter	10
Värdesätter livet	10
Livet får en annan mening	11
Behov av stöd	12
Diskussion	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	14
Slutsatser	16
Praktiska implikationer	17
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde	17
Referenser	18

Bilagor

Bilaga I- Systematisk litteratursökning

Bilaga II- Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Bilaga III- Översikt av analyserad litteratur

Inledning

Sjuksköterskor möter ofta patienter som har fått ett cancerbesked, ett besked som kan skapa ångest och oro hos patienten. Trots att överlevnaden ökar och metoderna för att behandla bröstcancer hela tiden förbättras kan diagnosen vara ett trauma för kvinnan. Behandlingen av bröstcancer innebär ofta biverkningar som kan upplevas som svåra för patienten. För att kunna möta patientens känslor och reaktioner är det viktigt att sjuksköterskan har kunskap om både diagnos, behandling och förståelse för patientens lidande i den nya livssituationen. Genom ökad kunskap om vad det innebär att få bröstcancer skapas förutsättningar för att kunna ge individanpassad omvårdnad till den utsatta patienten. Som sjuksköterska kan det upplevas utmanande att möta dessa patienter på grund av bristande erfarenhet av att arbeta med en patient som har cancer. För att kunna ge ett professionellt bemötande till en kvinna som har bröstcancer är det viktigt att ha kunskap om hur dessa patienter upplever sin situation.

Bakgrund

I bakgrunden beskrivs hur bröstcancer diagnostiseras, behandlas och de biverkningar som kan förekomma i samband med behandling. I bakgrunden beskrivs också en förändrad livssituation och hur ett cancerbesked kan utlösa en kris. Erikssons teori om lidande och sjuksköterskans funktion i omvårdnaden av kvinnor som diagnostiserats och behandlats för bröstcancer presenteras också.

Bröstcancer

Bröstcancer är den vanligaste cancerdiagnosen bland kvinnor och drabbar 1,4 miljoner kvinnor i världen varje år (Jemal, Center, Desantis & Ward, 2010). Den betraktas som en skrämmande sjukdom med sin höga dödlighet och stora inverkan på självbild och kroppsuppfattning (Lueboonthavatchai, 2007). Varje år får ca 8000 personer diagnosen bröstcancer i Sverige. Av alla årliga bröstcancerfall är cirka 30–40 män. Bröstcancer är den vanligaste dödsorsaken bland medelålders kvinnor i Sverige (Bergh & Emdin, 2008). Bröstcancer är ovanlig hos kvinnor i 20-årsåldern men från 30-årsåldern ökar antalet fall fram till klimakteriet och senare sker en kraftigare ökning för äldre kvinnor. Överlevnaden vid bröstcancer är högre idag och ökar tack vare omfattande forskning och att nya behandlingar introduceras (Sköld Nilsson, 2010).

Flera olika riskfaktorer har identifierats. Hos en tredjedel kan en familjär anhopning ses vilket talar för genetiska faktorer. Andra riskfaktorer är tidig menarche och sen menopaus, äldre typer av p-piller, hormonell substitutionsterapi, stort energiintag via kosten, alkohol, övervikt hos postmenopausala kvinnor, ökad kroppslängd, stor bröstvolym, hög mammografisk täthet, tidigare benigna bröstsjukdomar/operationer och joniserande strålning mot bröstvävnad framför allt hos unga kvinnor (Bergh & Emdin, 2008).

Diagnos och behandling

Det är vanligt att kvinnan själv upptäcker en knöl, eller att en förändring upptäcks i samband med mammografiscreening (Bergh et al., 2007). Dock kan inte mammografi upptäcka alla

typer av brösttumörer, även större tumörer som går att känna missas ibland. Genom att komplettera mammografi med ultraljudsundersökning av bröstet kan 15-18% fler bröstcancertumörer upptäckas än vid enbart mammografi. Tidig upptäckt av tumören är helt avgörande för prognosen, mycket tyder på att tumören blir mer aggressiv med ökande storlek (Elm, Medin & Sahlqvist, 2016). Att patienten söker tidigt och att behandlingen kommer igång snabbt är avgörande, men skillnader i diagnos- och behandlingsrutiner i olika länder och populationer gör att behandlingsresultaten varierar (Lu, Lin & Lee, 2010). Väntetiden från det första specialistbesöket till behandlingsstart ligger runt tre veckor i Norden (Drageset et al., 2011; Socialstyrelsen, 2015). Kirurgi är den vanligaste behandlingsmetoden och cirka 90% av patienterna opereras (Bergh et al., 2007). Vid operationen kan hela bröstet tas bort vilket kallas för mastektomi eller delar av bröstet (Alianmoghaddam, Benn, Khosnood, Kennedy & Lamyian, 2017). Hur omfattande kirurgin blir beror helt på hur långt sjukdomen har progredierat (Socialstyrelsen, 2015). Efter operationen ges olika behandlingar som strålning, cytostatika och hormonbehandling. Överlevnadsprognosen är bättre när behandlingar kombineras (Bergh et al., 2007). Behandlingen av bröstcancer är likartad både för kvinnor och män (Socialstyrelsen, 2015).

Biverkningar av behandlingen

I samband med behandlingen av bröstcancer uppkommer flera biverkningar, vilka varierar mellan de olika terapierna. Cytostatika ger både akuta och långvariga biverkningar. Illamående och kräkningar dominerar vid cytostatikabehandling men även trötthet, andfåddhet och ökad infektionskänslighet är vanligt förekommande (Bergh & Emdin, 2008). Fatigue är en vanligt förekommande biverkan vid all behandling av bröstcancer. Fatigue innebär invalidiserande trötthet, och har tillsammans med sömnsvårigheter och smärta påverkan på livskvaliteten vid bröstcancer oavsett typ av behandling (Gavric & Vukovic-Kostic, 2016).

En kroppsligt ofarlig biverkan med svåra psykosociala konsekvenser är håravfall vid cytostatikabehandling. Håravfallet kan upplevas som skrämmande då håret är en del av identiteten (Sköld Nilsson, 2010). Självbild och femininitet påverkas negativt av mastektomin samt hormon- och cytostatikabehandling som kan ge prematur menopaus, infertilitet och sänkt libido (Bergh et al., 2007).

Biverkningar av hormonbehandling kan upplevas som mer påfrestande av yngre patienter, där känslan av klimakteriesymptom kommer i form av svettningar och vallningar (Bergh et al., 2007).

Effekten av strålbehandling kan visa sig som brännskador på det område som strålats och en del patienter kan drabbas av lunginflammation. Dessutom finns risk för sena komplikationer till strålbehandlingen som skelettskador, bildning av fibros i lungorna och påverkan på kranskärlet (Bergh & Emdin, 2008).

En förändrad livssituation

Antalet kvinnor som överlever bröstcancer har ökat avsevärt tack vare framsteg inom tidig diagnostik och behandling men diagnosen kan ändå innebära en kris och en förändrad livssituation. Behandlingen kan innebära både fysiska och psykiska symptom vilket många gånger leder till försämrad livskvalitet (Reich et al., 2017). Depression är vanligt och studier tyder på att upp emot hälften av patienterna drabbas (Zanial, Nik-Jaafar, Baharudin & Sabki, 2013). Chopra och Kamal (2012) beskriver hur även den moderna mindre omfattande

bröstcanceroperationen påverkar kroppsuppfattning och sexualitet negativt och leder till långsiktigt försämrad livskvalitet.

I samband med bröstcancerdiagnosen kan en kris utlösas. Kvinnor vittnar om hur hela livet stannar upp och många frågor dyker upp vid cancerbeskedet. Det är viktigt att informationen ges stegvis, det kan ge en känsla av kontroll (Sköld Nilsson, 2010). Cullberg Weston (2001) beskriver hur ett cancerbesked kan utlösa en stormflod av känslor. Intensiteten i rädslan och känslorna gör att en del försöker stänga av sina reaktioner tidigt efter cancerbeskedet (Cullberg Weston, 2001). Cullberg (2006) menar att de flesta människor som får diagnosen cancer hamnar i en chockfas och den chockfasen kan hålla på från en liten stund till flera dygn. Chock- och reaktionsfasen utgör tillsammans krisens akuta fas. I reaktionsfasen börjar patienten förstå vad som har hänt. I den här fasen är det inte ovanligt med försvarsmekanismer som kan minska upplevelsen och medvetenheten om den fara som hotar. Sorgreaktionen är en del av den akuta krisen och kan yttra sig som kroppsliga obehag, sammansnörande känsla i halsen, andfåddhet, tomhetskänsla i magen och muskelsvaghet. Sorg, tomhet och förtvivlan kan också skapa en känsla av övergivenhet. Den kan även yttra sig i form av desperata handlingar och vrede. Upplevelsen av kaos och meningslöshet visar sig i bristande förståelse för livets mening. Det är inte ovanligt att patienten kan få ångest och ställer sig frågan varför just hen drabbats (Cullberg, 2006).

Berg et al. (2007) skriver att 80% av patienterna med en bröstcancerdiagnos upplever ångest i samband med diagnosen och innan behandlingsstart. Trots att prognosen vid bröstcancer har förbättrats så betyder en bröstcancerdiagnos för de flesta ett dödshot. Ångesten kan ta sig både fysiska uttryck som hjärtklappning och svettningar, eller psykiska uttryck som oro och sömnsvårigheter.

Bearbetningsfasen börjar efter den akuta krisen och pågår från ett halvår till ett år. Här börjar patienten acceptera det som hänt och förnekelsen minskar. I bearbetningsfasen sker en anpassning till den nya livssituationen och patienten börjar tänka på framtiden och öppna sig för nya erfarenheter. Sista fasen i krisen är nyorienteringsfasen och denna fas har ingen avslutning. Då lär sig patienten att leva med traumat, bär det med sig men har i någon mån försonats med det som har hänt. Den skadade självkänslan har återupprättats och krisen blir en erfarenhet som inte ska glömmas. Efter en kris kan patienter uppleva att upplevelser får en ny mening (Cullberg, 2006).

Vid en cancerdiagnos kan det vara svårt att identifiera vilken fas patienten befinner sig i vid en viss tidpunkt. Patienter kan uppleva upprepade motgångar som gör det svårt att gå vidare i krisförloppet. Motgångar i behandlingen kan leda till att patienten slungas tillbaka till en tidigare fas i krishanteringen som sjuksköterskan kan uppfatta som redan avklarad (Wettergren, 2007).

Lidande

Eriksson (1994) lyfter fram tre olika former av lidande som kan förekomma inom vården. Sjukdomslidande är det lidande som patienten upplever i förhållande till sjukdom och behandling. Det kan visa sig i form av kroppslig smärta som är orsakad av sjukdomen och behandlingen. Den kroppsliga smärtan är oftast lokaliserad till en del av kroppen och den fångar hela patientens uppmärksamhet. Det gör det svårare för patienten att klara av lidandet (Eriksson, 1994). När en kvinna drabbas av bröstcancer kan lidandet grunda sig både i de kroppsliga besvären, som först inte är så uttalade, och rädslan över vad sjukdomen ska komma att innebära och den behandlingen som kan komma att krävas (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014).

Det som uppmärksammas mindre är själsligt och andligt lidande som både sjukdom och behandling kan skapa. Det kan vara i form av skam, förnedring eller skuld som patienten upplever till följd av sin sjukdom eller behandling (Eriksson, 1994).

Vårdlidande förekommer i samband med vård eller utebliven vård och kan handla om oförmåga att se och bedöma patientens vårdbehov. Att inte bli bemött på ett professionellt sätt kan upplevas som ett vårdlidande (Eriksson, 1994). Den som söker vård befinner sig i en situation som inte bara är förknippad med sviktande hälsa, utan också med utsatthet och sårbarhet (Kristensson Ugglå, 2014). Vårdlidande kan handla om den kränkning det innebär att frånta patienten värdighet och möjligheten att vara människa fullt ut och därmed minska möjligheterna för henne att använda sina innersta hälsoresurser. Vårdlidande kan också utgöra en kränkning genom bristande respekt och empati för det sårbara och brist på etiskt förhållningsätt genom att inte se hela människan (Eriksson, 1994). Fördömelse och straff är också relaterade till kränkning på så sätt att den som vårdar avgör vad som är rätt eller fel för patienten. Ett sätt att straffa kan vara att inte erbjuda patienten den vård som patienten förtjänar eller att nonchalera henne. Maktutövning är inte heller ovanligt inom sjukvården och kan förekomma i olika situationer. Maktutövning kan ske både direkt och indirekt vid olika tillfällen och kan visa sig i form av vårdrutiner som patienten förväntas följa strikt (Eriksson, 1994).

Livslidande innebär det lidande som upplevs i relation till den egna livssituationen. Allt från ett hot mot ens totala existens till förlust av möjligheter att utöva och fullfölja olika sociala uppdrag. Livslidande kan också vara att hotas av döden fast inte veta när det sker (Eriksson, 1994). Att drabbas av bröstcancer och det lidande patienten utsätts för stämmer inte alltid med det fysiska tillstånd som kroppen befinner sig i eller det hälsotillstånd som patienten upplever (Kristensson Ugglå, 2014).

Eriksson (1994) beskriver att lidande kan lindras och det onödiga lidandet bör minimeras. Förutsättningar för att lindra det onödiga lidandet är att låta patienten få utrymme, inte kränka värdigheten, inte fördöma eller missbruka makt utan istället ge patienten den vård som hon behöver.

Arman (2017) beskriver att lidande är något subjektivt och att människans värld förändras avseende kroppen, gemenskapen med andra och de egna grundläggande värdena. Genom ökad kunskap om lidande, medlidande och omsorgen hos vårdpersonalen ökar förutsättningar för att kunna möta patienter som lider. Att visa ömhet, och samtidigt ett professionellt förhållningssätt är en av de viktigaste uppgifterna för vårdpersonalen i mötet med en lidande patient.

Sjuksköterskans funktion

Sjuksköterskans huvudområde är omvårdnad och det innefattar både det vetenskapliga området och det patientnära arbetet, grundat på en humanistisk människosyn. Sjuksköterskan strävar efter att erbjuda patienten möjligheter att förbättra, bevara eller återfinna sin hälsa, samt lindra lidande och få ett fridfullt och värdigt avslut i livets slutskede. Sjuksköterskans arbete präglas också av ett etiskt förhållningssätt och att god omvårdnad ges oberoende av kulturell bakgrund, tro, ålder, kön, sociala förutsättningar eller funktionsnedsättningar (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Enligt Remmers, Holtgräwe och Pinkert (2010) lider kvinnor som fått bröstcancer mera av psykiska än fysiska påfrestningar i början av sin behandling och är då i behov av emotionellt stöd. I den här fasen är sjuksköterskans stödjande funktion viktig. Genom att lyssna, stödja och låta kvinnan uttrycka sina känslor kan sjuksköterskan förmedla en känsla av trygghet till kvinnan och hjälpa henne att behålla hoppet, vilket kan stärka hennes förmåga att hantera verkligheten (Remmers, Holtgräwe & Pinkert, 2010).

Beatty, Oxlad, Koczwara och Wade (2008) identifierar några konkreta områden där sjuksköterskan särskilt kan stötta kvinnan. Det kan till exempel handla om att hjälpa kvinnan att hantera biverkningar av behandlingen. Samtidigt konstateras att informationen till kvinnor som drabbats av bröstcancer ofta fokuserar på fysiska och medicinska frågor men underskattar den psykologiska aspekten. Långtidsöverlevare kan vara en trovärdig källa till information som sjuksköterskan kan hjälpa kvinnan med nydiagnostiserad bröstcancer att komma i kontakt med. Vidare beskriver Beatty et al. (2008) vikten av att sjuksköterskan stöttar kvinnan i att utveckla en självbild som inte relaterar till bröstcancersjukdom. Wells et al. (2016) beskriver också vikten av att sjuksköterskan förmedlar en saklig och trovärdig information om exempelvis hormonbehandlingens biverkningar för att öka acceptansen för dessa och på så sätt öka chansen att kvinnan fullföljer behandlingen.

Personcentrerad vård kan vara en lämplig utgångspunkt i omvårdnaden av patienter med bröstcancer. Enligt Ekman et al. (2011) är målet med personcentrerad vård att lyfta fram personen bakom sjukdomen och uppmärksamma helheten vilket visats ge en mer positiv effekt på hälsa och välbefinnande. I begreppet ryms också målsättningen att uppmärksamma och göra närstående delaktiga i vården för bästa resultat. Vidare beskriver Ekman et al. (2011) att sjuksköterskan ska anpassa den personcentrerade vården efter kvinnans individuella behov och egna resurser. Genom att arbeta utifrån personcentrerad vård ges kvinnan möjlighet att bli engagerad och delaktig i sin vård och sjuksköterskan kan lära känna kvinnan bakom patienten som en människa med förnuft, vilja, känslor och behov (Ekman et al., 2011).

Problemformulering

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor både i Sverige och i övriga världen. Behandlingsmöjligheter och överlevnad ökar i takt med att forskningen går framåt. Det är inte ovanligt att en kris kan utlösas i konfrontationen med en livshotande sjukdom och tiden under själva behandlingen kan vara påfrestande både fysiskt och psykiskt för kvinnan. Krisens skiftande faser kan ses under hela behandlingens gång. Sjuksköterskans möjlighet att kunna ge en professionell och individanpassad omvårdnad till kvinnor med bröstcancer kan förbättras genom en ökad kunskap om vad kvinnor upplever när de får sin diagnos och behandling samt hur kvinnans livssituation påverkas. Det finns därför ett behov av att ge en samlad bild av bröstcancerdrabbade kvinnors upplevelser av diagnos, behandling och hur sjukdomen har påverkat deras livssituation.

Syftet

Syftet är att beskriva kvinnors upplevelse av att diagnostiseras och behandlas för bröstcancer samt hur sjukdomen påverkar deras livssituation.

Metod

För att söka kunskap om kvinnors upplevelser av att diagnostiseras och behandlas för bröstcancer samt hur bröstcancersjukdom påverkar deras livssituation valdes en metod baserad på analys av kvalitativa studier. Friberg (2012) anser att kvalitativ forskning ökar förståelsen kring människors upplevelser och metoden ansågs därför som lämplig vid denna litteraturstudie.

Litteratursökning

Initialt gjordes osystematiska sökningar för att få en uppfattning om ämnet i vetenskapliga artiklar men även för att hitta lämpliga sökord inför den systematiska sökningen. Sökord som var relevanta för det valda ämnet identifierades genom artiklars abstract och nyckelord för att sedan användas i inledningen av den systematiska sökningen. Vid en systematisk sökning utgår sökningen från syftet (Östlund, 2012). Databaser som användes till den systematiska sökningen var Cinahl, som är inriktad mot omvårdnadsforskning, och Pubmed, som är mer inriktad mot medicinsk forskning. Sökord som användes vid sökningen i Cinahl var (MH) breast neoplasm, (MH) qualitative study, experience, emotion, perspectiv, coping strategies, och coping. Sökord som användes i databasen Pubmed var (MESH) breast neoplasm, (MESH) life change events, coping strategies och emotion. Sökningarna i Cinahl resulterade i 121 träffar. I Pubmed gjordes en sökning som resulterade i sex träffar. Från dessa 127 artiklar valdes sedan 14 artiklar som uppfattades som relevanta baserat på en genomgång av titlar och abstract. I en lyckad informatikssökning används några grundläggande söktekniker. Vid användning av boolesk sökteknik bestäms vilket samband olika sökord ska ha till varandra utifrån ”AND”, ”OR” och ”NOT”. Användning av trunkering (*) möjliggör alla relevanta träffar och olika böjningsformer av ord (Östlund, 2012). I de systematiska sökningarna användes trunkering samt operatorm AND som användes för att koppla ihop två sökord och därigenom avgränsa sökningen för att få mera exakta träffar. Som avgränsningar i sökningarna valdes att artiklarna skulle vara vetenskapligt granskade (peer-reviewed), skrivna på engelska, uppfylla kriterier för kvalitativ ansats och vara publicerade inom en tioårsperiod från 2007 och framåt. Vetenskaplig granskning enligt peer-review talar om att en expert inom området har granskat och haft synpunkter på materialet innan publicering (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016).

För en fullständig översikt av sökord och sökträffar se Bilaga I.

Urval

Det övergripande målet var att få fram artiklar som svarade mot syftet. Artiklarna lästes noga och granskades utifrån en mall för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod som är utarbetad av Institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt i en mall av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) (Bilaga II). Inklusionskriterium var att artiklarna skulle beskriva kvinnors upplevelser av diagnos och behandling vid bröstcancer. Trots att ingen avgränsning av kön eller ålder gjordes i sökningarna kom det enbart upp träffar på artiklar som beskrev kvinnors upplevelser. Artiklarna som inkluderades för analys berörde kvinnor i en ålder av 22-85 år. Exklusionskriterier var artiklar med kvantitativ ansats eftersom dessa inte beskriver upplevelser, anhörigas upplevelser när kvinnan drabbas av bröstcancer och artiklar som fokuserade på kvinnors väntan på besked i samband med mammografiscreening. I urvalsprocessen valdes tre artiklar av de fjorton bort, två visade sig inte uppfylla kriterierna i mallen för kvalitetsbedömning och en artikel var av kvantitativ

ansats. Till resultatdelen inkluderades således 11 artiklar. I Bilaga III redovisas en översikt över analyserad litteratur.

Analys

Vid analysen av artiklarna användes femstegsmodellen som Friberg (2012) beskriver. Vid studier med kvalitativ ansats kan resultatdelen presenteras på olika sätt. Det är av vikt att läsa artiklar i sin helhet med öppenhet och följsamhet (Friberg, 2012). I det första steget lästes de valda artiklarna upprepade gånger för att få en förståelse för dess innehåll. Därefter kunde det avgöras om artiklarna svarade mot syftet och kunde användas till resultatdelen.

I steg två i femstegsmodellen markerades innehåll som kunde relatera till syftet med understrykningar och noter i marginalen. Olika färgkoder utnyttjades sedan för att sammanföra grupper av fakta med likartat innehåll som påvisats i de olika studierna. Det underlättade jämförelsen av de olika studierna sinsemellan. På så sätt bröts de ingående studiernas resultat upp i sina beståndsdelar. I tredje steget sammanställdes varje studies resultat relaterat till denna studies syfte och en översikt över fynden dokumenterades i ett separat dokument. I det fjärde steget identifierades likheter och skillnader i de olika grupper av fynd som kunde relateras till studiens syfte och nya teman och underteman skapades. Härigenom framstod alltså en ny struktur baserad på de valda artiklarnas olika detaljinnehåll. Femte och sista steget i Fribergs modell (2012) är presentationen av det analyserade arbetet. Genom att presentera arbetet på ett läsbart sätt i form av teman och underteman ges möjlighet för läsaren att förstå helheten av det utförda arbetet (Friberg, 2012). Resultatet presenteras nedan i form av tre teman och sex underteman.

Resultat

Analysen av de elva artiklar som studerades med syftet att beskriva kvinnors upplevelser av att diagnostiseras och behandlas för bröstcancer samt hur sjukdomen påverkade deras livssituation resulterade i tre huvudteman och sex underteman (Tabell 1). Dessa teman presenteras nedan i löpande text.

Tabell 1: Översikt över huvudteman och underteman

<i>Huvudtema</i>	<i>Undertema</i>
<i>Livet är hotat</i>	<i>Känslor och reaktioner</i>
<i>Sjukdomslidande</i>	<i>Fysiskt och psykiskt lidande</i>
	<i>En sårbar livssituation</i>
<i>Livet fortsätter</i>	<i>Värdesätter livet</i>
	<i>Livet får en annan mening</i>
	<i>Behov av stöd</i>

Livet är hotat

Att diagnostiseras med bröstcancer beskrevs ofta som en chockartad upplevelse och kvinnorna upplevde starka negativa känslor i samband med diagnosbeskedet. Hanteringen av bröstcancerdiagnosen kunde skilja sig beroende på olika bakgrund och miljö.

Känslor och reaktioner

Bröstcancerdiagnosen väckte starka och negativa känslor. Det framkom en mängd upplevelser förknippade med beskedet. Kvinnorna beskrev hur de upplevde känslor av förlust, skräck, förtvivlan, depression, hopplöshet, sorg och ilska (Fu, Xu, Liu & Haber., 2008; Coyne & Borbasi., 2009; Shaha & Bauver-Wu., 2009; Banning, Hassan, Faisal & Hafeez, 2010; Nizamli, Anoosheh & Mohammadi, 2011; Baker et al., 2012; Sengün-Inan & Üstün, 2016).

Beskedet kunde resultera i en känsla av bristande kontroll över tillvaron (Coyne et al., 2009; Shaha et al., 2009; Nizamli et al., 2009; Sengün-Inan et al. 2016). Kvinnan upplevde sig stå helt ensam, oavsett vilket stöd hon fick från sina närmaste. Det berodde inte på bristande socialt stöd utan upplevelsen handlade om en existentiell ensamhet inför sitt öde (Coyne et al., 2009; Shaha et al., 2009; Sengün-Inan et al., 2016). Yngre kvinnor kunde uppleva diagnosen annorlunda. De fick i ännu högre grad än äldre kvinnor se planer och drömmar för ett helt liv hotas. Dessutom hade flera av dessa kvinnor yngre barn och uttryckte en rädsla för att lämna efter sig ett tomrum både i hemmet och i yrkeslivet. Rädslan för att inte få följa och finnas till för sina barn framkommer i flera studier (Coyne et al., 2009; Shaha et al., 2009; Nizamli et al., 2011).

En del kvinnor i vissa traditionella miljöer upplevde särskilda problem relaterade till kulturella värderingar i samband med bröstcancerdiagnosen (Banning et al., 2010; Nizamli et al., 2011). Förutom sin egen oro tvingades kvinnorna hantera skamkänslor relaterade till omgivningens fördomar. Brösten var en tabubelagd del av kroppen som varken fick diskuteras eller beröras.

En del kvinnor upplevde mindre oro om de fick information om sin diagnos och behandling stegvis. Det beskrevs som ett sätt att återfå en viss kontroll i en omvälvande livssituation. Samtidigt ville andra kvinnor tvärtom ha maximal information direkt om alla behandlingsalternativ för att minska oron (Fu et al., 2008; Dragerest, Lindstrøm & Underlid, 2009). På samma sätt sågs motsatta reaktionsmönster när det gällde att visa känslor i samband med diagnosbeskedet. Några kände lättnad genom att kommunicera sina känslor öppet, medan andra kvinnor hade behov av att undertrycka sina känslor för att kunna fungera i vardagen (Dragerest et al., 2009; Baker et al., 2012). Andra kvinnor valde att hålla känslorna inne för att skona sin närmaste omgivning (Fu et al., 2008).

Ett annat skäl att inte tala om sin sjukdom var att slippa behöva ta ansvar för och bemöta andras reaktion på sorgen (Fu et al., 2008; Coyne et al., 2009; Dragerest et al., 2009; Nizamli et al., 2011). En del kvinnor fann tröst och acceptans för sin diagnos genom att tänka på att de inte var ensamma om den och att andra kvinnor med samma diagnos hade botats (Fu et al., 2008; Dragerest et al., 2009; Baker et al., 2012).

Sjukdomslidande

Både den traumatiska diagnosen och den krävande behandlingen vid bröstcancer upplevdes av kvinnorna som påfrestande. Kemoterapin upplevdes som något oväntat, skrämmande och ett lidande för kvinnan inte enbart på grund av fysiska eller psykiska besvär utan utgjorde även en social påfrestning under en längre period av deras liv.

Fysiskt och psykiskt lidande

Tighe, Molassiotis, Morris och Richardson (2011) beskrev lidandet hos en kvinna som hade det svårt i både fysiska och psykiska avseenden. Lidandet orsakades av biverkningar från behandlingen som brännskador, infektioner, smärta och svullnad, vilket gjorde att kvinnan kände sig ledsen och knappt kunde ta sig ur sängen vissa dagar. Brännskadesymtomen gjorde det dessutom nästan omöjligt att klä sig. Kvinnan kände sig deprimerad och hade svårt att prata om sina känslor med sin man. Slutligen led hon av en negativ självbild på grund av sin fysiska deformation.

Biverkningar av kemoterapin som illamående och kräkningar upplevdes genomgående som plågsamma (Fu et al., 2008; Coyne et al., 2009; McCann, Illingworth, Wengström, Hubbard & Kearnet, 2010; Nizamli et al., 2011). Kvinnorna upplevde aptitlöshet och viktnedgång som påfrestande (Fu et al., 2008; Nizamli et al., 2011). Flera studier visade att kvinnorna upplevde smärta i samband med behandlingen (Fu et al., 2008; Nizamli et al., 2011; Tighe et al., 2011; Sengün-Inan et al., 2016).

Upplevelsen av den invalidiserande orkeslösheten i form av fatigue beskrevs som nedslående. Tröttheten förvärrades också av sömnsvårigheter och glömska (Coyne et al., 2009; Banning et al., 2010; Nizamli et al., 2011; Tighe et al., 2011; Sengün-Inan et al., 2016).

Andra upplevelser som kvinnorna beskrev som relaterade till behandlingen var sorg, ilska, hopplöshet, pessimism, förlust av energi, maktlöshet och bristande motivation (Coyne et al., 2009; Banning et al., 2010; Nizamli et al., 2011; Tighe et al., 2011; Sengün-Inan et al., 2016). Depression var också vanligt bland kvinnorna (Banning et al., 2010; Nizamli et al., 2011; Drageset, Lindström & Underlid, 2016) men även ångest och rädsla för att cancer hade spridit sig (Nizamli et al., 2011; Drageset et al., 2016; Sengün-Inan et al., 2016). Existentiella tankar om den egna döden framkom särskilt hos unga kvinnor. De tänkte både på den hotande dödsprocessen och det tomrum kvinnan skulle lämna efter sig (Drageset et al., 2009; Shaha et al., 2009; Nizamli et al., 2011).

Kvinnorna upplevde att infertilitet och minskad sexlust i samband med behandlingen hotade den egna kvinnliga identiteten (Coyne et al., 2009; Tighe et al., 2011; Sengün-Inan et al., 2016). För många kvinnor som genomgick en behandling var hårförlusten traumatisk och upplevdes som påfrestande, det förknippades med självbilden som cancerpatient.

De fysiska förändringarna gjorde att kvinnorna kände sig annorlunda och inte tyckte sig passa in (McCann et al., 2010; Nizamli et al., 2011; Tighe et al., 2011). Bröstet är en feminin symbol och att förlora ett bröst och leva med ett synligt ärr efter operationen upplevdes som en attack mot femininiteten (Coyne et al., 2009; Banning et al., 2010; Sengün-Inan et al., 2016). Menopausymtom med vallningar, svettningar och viktökning var också besvärliga för kvinnorna (McCann et al., 2010; Sengün-Inan et al., 2016).

En sårbar livssituation

Kvinnorna upplevde det svårt att berätta för andra att de behandlades för cancer. Kemoterapin gjorde att kvinnorna behövde hjälp och det kunde vara svårt att acceptera. Samtidigt ville kvinnorna bespara familjen oron runt sin sjukdom och ville inte berätta så mycket (Coyne et al., 2009). Oron att inte kunna ta hand om barnen och familjen var påtaglig och en långvarig behandling påverkade hela familjen (Shaha et al., 2009). Ett särskilt problem togs upp i en studie från Pakistan där det beskrevs hur kvinnor riskerade att stötas ut och förbli ogifta på grund av sin sjukdom och mastektomin. Andra kvinnor kunde sakna möjlighet att söka medicinsk vård av ekonomiska skäl, eller så kunde vårdavgifterna göra att pengarna inte räckte till hemgiften (Banning et al., 2010).

I studier från både Syrien och Turkiet behandlades stigmatiseringen och dess risker för social isolering och att kvinnorna upplevde att inte bli accepterade av andra som de var. Stigmatiseringen runt själva diagnosen upplevdes påfrestande av kvinnorna vilket ledde till att de valde att isolera sig från omgivningen (Banning et al., 2010; Nizamli et al., 2011).

Att tappa autonomin påverkade kvinnorna negativt och gjorde att de kände sig ledsna (Nizamli et al., 2011; Sengün-Inan et al., 2016). Tighe et al., (2011) visade hur fatigue påverkade en kvinna, hennes relationer och sociala aktiviteter, under flera månader och resulterade i sömnsvårigheter och mardrömmar. Fatigue gjorde att kvinnorna inte orkade ta hand om sina familjer och relationer som de önskade (Nizamli et al., 2011; Sengün-Inan et al., 2016).

Ekonomiska bekymmer var en källa till oro för en del kvinnor som saknade möjlighet att arbeta på grund av sin sjukdom (Sengün-Inan et al., 2016).

McCann et al. (2010) beskrev hur bröstcancerdiagnos och behandling tog lång tid och förändrade livet genomgripande men det var en förändring som skedde i ett socialt sammanhang. Genom att självbilden i samband med behandlingen påverkades negativt så upplevde sig kvinnorna avvikande, stämplade och därigenom isolerade och kände sig utanför.

Livet fortsätter

Att drabbas av bröstcancer var utmanande, både för den enskilda kvinnan och hennes familj. Denna påfrestning som träffade kvinnan mitt i livet drog igång en räckta olika individuella sätt att hantera sin förändrade livssituation men också strategier för fortsatt liv. Kvinnorna beskrev upplevelser som rörde relationen till jaget och det egna livet, det existentiella perspektivet och inte minst omgivningen samt aktualiserade behovet av stöd.

Värdesätter livet

Livet kändes värdefullt och att försöka komma tillbaka till en normal livssituation var en stark motivationsfaktor (Fu et al., 2008; Drageset et al., 2016). Mentalt förberedde sig en del kvinnor på det värsta, men det var viktigt att de tog kontroll över sina liv och skapade ordning i kaoset och prioriterade det som var värdefullt (Dragerest et al., 2009).

Trots att det var förödande att drabbas av bröstcancer var detta inte slutet på deras liv och kvinnorna ville vidare. Att de gick igenom krisen tillsammans med sin familj upplevdes som positivt och gav en stark känsla av överlevnad tillsammans med en inställning att inte längre ta livet för givet (Coyne et al., 2009).

Att ta vara på tiden som plötsligt upplevdes som begränsad och inte skjuta upp angelägna och positiva aktiviteter var en annan metod som tillämpades, att leva i nuet och vara med sina nära och kära. Att kämpa för att överleva för sina barn skänkte ökad kamplust till en del kvinnor. Genom att förlora vänner i sin närhet som gick bort i cancer upplevde de att varje ögonblick i livet med människor de älskade var värdefullt. Kvinnorna uttryckte att de hade pratat om viktiga saker med sina närstående, om hur de ville ha det i fall de inte skulle överleva, som att de till exempel inte ville hållas vid liv till varje pris (Shaha et al., 2009).

Att försöka undvika att oroa sig och istället bibehålla en optimistisk anda och aktivt avleda negativa tankar praktiserades av en del kvinnor, samt att njuta av livet och försöka ta hand om sig själv och sin kropp. Till exempel upplevde kvinnorna att de måste tvinga sig till att äta trots att behandlingen gjorde dem illamående och aptitlösa, eftersom kroppen behövde näring. Det var viktigt att visa sig glad utåt och behålla sina känslor för sig själv som till exempel att välja att gå på fest trots att kvinnorna egentligen inte orkade (Fu et al., 2008).

Trots att kvinnorna behöll sina känslor för sig själva och inte ville visa sig svaga så upplevde de ändå livet positivt. De uttryckte att även om livet inte kan förlängas, så kan det ”breddas” (Fu et al., 2008, s.162), och det var viktigt att njuta av livet med sin familj och gå vidare (Fu et al., 2008). En del kvinnor upplevde att de blev mer medvetna om sin hälsa och började äta mer hälsosam mat och träna (Baker et al., 2012; Drageset et al., 2016; Sengün-Inan et al., 2016). Genom att vara aktiv visade kvinnorna sin familj att de återhämtade sig. En del kvinnor kände att ägna sig åt meditation och mindfulness kunde hjälpa dem att hantera sin oro och tankar (Drageset et al., 2016). Kvinnorna upplevde att om de höll distans till cancer genom att till exempel avstå från information om sjukdomen, så kunde det hjälpa dem att gå vidare i livet (Drageset et al., 2016).

Att bli av med tankar som ledde till negativ känslomässig obalans, att vara optimistisk och sysselsätta sig med olika aktiviteter som läsning, dans, se på TV, stickning och gå olika kurser upplevdes som värdefullt (Baker et al., 2012; Sengün-Inan et al., 2016). Att ha upplevt cancer gjorde kvinnorna starkare mot nya svåra händelser. McCann et al., (2010) beskrev i sin studie att trots att en del kvinnor upplevde att cancer var borta och livet gick vidare blev de påmind om sin sjukdom hela tiden eftersom de behövde äta mediciner. Att ha upplevt cancer gjorde en starkare mot nya svåra händelser. Att bekämpa sjukdomen genom positiva tankar var en av hanteringsstrategierna som de upplevde fungerade och som de använde sig av (Drageset et al., 2016).

Livet får en annan mening

Kvinnorna beskrev värdet av andlighet och av att fokusera på andra utanför den egna privata kretsen. De upplevde att egna sjukdomen hade både ökat lyhördheten för andras utsatthet, stärkt empatin och ökat tacksamheten över att vara vid liv (Drageset et al., 2016; Sengün-Inan et al., 2016).

I en religiös kontext kunde hoppet öka och kvinnan kände lättnad genom att få lägga sitt öde i händerna på Gud och få tröst i bönen (Banning et al., 2010; Sengün-Inan et al., 2016). Andra kvinnor kände tacksamhet och en tillit till Guds beslut (Baker et al., 2012). I en studie från Kina lade de bröstcancerdrabbade kvinnorna en stor del av sitt fokus utanför det egna jaget när de gjorde allt i sin makt för att minimera sin cancersjukdoms påverkan på familj och omgivning och upplevde därmed en viss livsmening (Fu et al., 2008).

Att vara mor till små barn och drabbas av bröstcancer väckte känslor av sorg och rädsla att lämna ett tomrum efter sig, samtidigt kunde den existentiella rädslan i sig bidra till förhöjd livskänsla (Shaha et al., 2009).

En mer harmonisk balans mellan arbete och privatliv upplevdes som ett viktigt mål i omvärderingen av livet och den nya livssituationen (Tighe et al., 2011). För en del var det viktigt att komma tillbaka och börja arbeta igen, medan andra kvinnor prioriterade att stanna hemma längre och ta hand om sig själva (Baker et al., 2012). Att återgå till jobbet upplevdes positivt och förknippades med känslan av att vara frisk (Drageset et al., 2016; Sengün-Inan et al., 2016).

Behov av stöd

Stödet från familjen och vännerna var viktigt för att orka vidare i livet (Shaha et al., 2009; Sengün-Inan et al., 2016). Kvinnorna upplevde att mer stöd från sjukvården behövdes i form av information och rådgivning för cancerpatienter. Kvinnorna upplevde att de var tvungna att ställa frågor själva för att få veta mer om sin sjukdom (Sengün-Inan et al., 2016).

Det var viktigt att kunna ställa frågor till vårdpersonalen och att kunna lita på deras svar (Fu et al., 2008). Vårdpersonalen borde ge information stegvis för att kvinnan skulle hinna bearbeta den och kvinnors individuella behov och integritet skulle bevaras. Dessutom framhölls vikten av att informationen måste vara realistiskt (Dragerest et al., 2009).

Det fanns ett behov hos kvinnorna att vårdpersonalen skulle förstå vad de gick igenom, särskilt i familjer där barn var inblandade. Att få diskutera öppet hur kvinnorna skulle hantera sina symtom under behandlingens olika faser kunde hjälpa en del kvinnor som hade svårt att acceptera sin sjukdom. En öppen kommunikation både med den drabbade kvinnan och hennes familj, var viktigt för yngre kvinnor (Coyne et al., 2009). Kvinnorna beskrev hur viktigt det var att vårdpersonalen fokuserade på hela människan, inte bara på sjukdomen och bröstet (Shaha et al., 2009; Sengün-Inan et al., 2016).

Tighe et al. (2011) redovisade hur nästan alla kvinnor i studien återgick i arbete, trots svåra symtom. Kvinnorna underströk behovet av stöd från arbetsgivaren för att underlätta för kvinnor att komma tillbaka till arbete och vanligt liv efter sin behandling.

Stödjande grupper kunde underlätta för kvinnorna. Särskilt för de kvinnor där familjen inte var involverad kunde sjuksköterskan vara ett stöd genom att hjälpa till att också inkludera och informera anhöriga (Sengün-Inan et al., 2016). Kvinnorna ansåg att det borde diskuteras mer kring bröstcancer i samhällen där stigmatiseringen kring bröstcancer är utbredd (Banning et al., 2010; Nizamli et al., 2011; Sengün-Inan et al., 2016).

Det poängterades att sjukvården behöver bli bättre på att känna igen de individuella behoven hos kvinnor, se deras rädsla och bekymmer. Kvinnor kan reagera på olika sätt på sin cancersjukdom. Kvinnorna framhöll vikten av att sjuksköterskan kan identifiera patientens individuella rädsla och behov under hela sjukdomsperioden från diagnos via behandling och förhoppningsvis vidare till ett fortsatt liv (Dragerest et al., 2009; McCann et al., 2010).

Diskussion

Diskussionsdelen är utformad i två delar, en metoddiskussion och en resultatdiskussion. I metoddiskussionen diskuteras den metod som använts till denna litteraturstudie och i resultatdiskussionen diskuteras de delar av studiens resultat som anses betydelsefulla att diskutera

Metoddiskussion

Syftet med studien var att beskriva kvinnors upplevelser av diagnos och behandling för bröstcancer samt hur sjukdomen påverkade deras livssituation. För att öka kunskaperna om kvinnors upplevelser av bröstcancer valdes en litteraturbaserad studie grundad i kvalitativ forskning. Vid kvalitativ forskning ökar förståelsen för människors upplevelser (Friberg, 2012) och denna metod ansågs därför som lämplig, varför artiklar med kvantitativ metod uteslöts.

Litteratursökningarna utfördes i databaserna Cinahl som är inriktad mot omvårdningsforskning och Pubmed som har mer inriktning mot medicinsk forskning (Östlund, 2012). Att använda sig av flera databaser gör att urvalet blir större och mer trovärdigt (Willman et al., 2016). Alla 11 artiklar som inkluderades till studien baserades på intervjuer, det ansågs som lämpligast och mest användbart vid denna litteraturstudie.

Under litteratursökningen gjordes ingen avgränsning efter geografiskt område, kultur, religion, ålder eller land. Detta för att få en bred uppfattning om upplevelser av bröstcancer utifrån olika traditioner och kulturella bakgrunder. Sverige är ett mångkulturellt land och bröstcancer är kvinnans vanligaste sjukdom. Det är därför angeläget att sjuksköterskan förvärvar kunskaper i omvårdnad av patienter med olika kulturell bakgrund. Länder som studien berör är Australien, Kina, USA, Pakistan, Syrien, Turkiet, samt dessutom innefattar den två artiklar från Norge och tre från Storbritannien.

Två studier var gjorda av samma författare. Studierna gjordes dock vid två olika tillfällen och belyste två olika problemområden vilket innebar att studierna ansågs som relevanta och användbara att inkludera i resultatdelen.

Som ett allmänt mått på de ingående artiklarnas kvalitet användes den tidigare redovisade mallen av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) för kvalitetsbedömning. Sex artiklar av elva fick kvalitetsgrad I vilket motsvarar hög kvalitet och fem artiklar fick kvalitetsgrad II vilket motsvarar kvalitet på medelnivå. Artiklarna med kvalitetsgrad II inkluderades då de svarade mot studiens syfte och bidrog till en bredare geografisk och åldersmässig belysning av kvinnors upplevelser av bröstcancer.

En studies kvalitet baserades på dess trovärdighet som i sin tur grundas i dess överförbarhet, giltighet, tillförlitlighet och delaktighet (Lundman och Hällgren Graneheim, 2012). Om en studies resultat kan föras över till andra grupper och forskaren har redovisat hur undersökningen gått till anser Polit och Beck (2012) att en studie har överförbarhet. Lundman och Hällgren Graneheim (2012) däremot menar att det är det upp till läsaren att avgöra om resultatet är överförbart. Genom att Sverige idag är ett mångkulturellt samhälle kan det mångfacetterade urvalet av artiklar öka studiens överförbarhet även till svenska förhållanden. Fyra studier av elva har utförts i en icke västerländsk kontext men genom migrationen är även dessa kulturer idag starkt representerade i Västeuropa och Sverige. Samtidigt är beskrivningen av upplevelsen av att drabbas av en livshotande sjukdom inte unik för just bröstcancer utan det är rimligt att anta att fynden är överförbara även på andra patientgrupper som upplever en livshotande sjukdom.

En noggrann beskrivning av urval och analysprocess anses öka möjligheten för läsaren att bedöma giltigheten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Giltigheten stöds vidare av att fynden i resultatet svarar mot syftets frågeställning. Dessutom innebär det breda åldersspannet mellan 22 och 85 års ålder och den stora geografiska spridningen i de olika studierna att giltigheten ökar. Däremot kan den subjektiva bedömningen av materialet som författaren i denna studie utfört ensam teoretiskt leda till ökad risk för en personligt färgad tolkning av materialet. Detta berör också bedömningen av delaktighet där den enda författarens personliga interaktion med materialet kan ha påverkat resultatet.

På samma sätt kan även tillförlitligheten påverkas av en enskild författares värdering. Dock innebär den kvalitativa forskningen med nödvändighet en subjektiv abstraktion av materialet för att skapa nya teman och subteman. En alltför trogen upprepning av innehållet i texten kan å andra sidan äventyra en meningsfull nytolkning av materialet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012).

Alla vetenskapliga studier på människor ska uppfylla vissa etiska krav. Alla artiklarna var godkända av en etisk nämnd. Att studierna var etiskt godkända bekräftade respondenternas rättigheter, informationskrav, samtycke, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav (Polit & Beck, 2012). Precis som i andra studier där människor är involverade kräver även litteraturstudier att författaren närmar sig ämnet med respekt. Det innebär att författaren försöker se resultaten helt förutsättningslöst utan att låta sig påverkas av egna fördomar eller förutfattade meningar vilket jag har eftersträvat.

Analysprocessen utgick från femstegsmodellen som Friberg (2012) beskriver där fokus var att läsa artiklarna ett flertal gånger för att få en kännedom om innehållet och se om syftet kunde besvaras. Sedan fortsatte processen med färgkodning och identifiering av likheter och skillnader i artiklarna och bildning av teman och underteman. Att skapa en struktur i materialet med teman och underteman gör det lättare att överblicka och beskriva. Samtidigt är resultaten av kvinnors skilda upplevelser så spridda att det är lätt att hitta enskilda resultat som inte passar in i modellen. Det finns en risk att bortse från dessa och därmed gör bilden mera begriplig men samtidigt mindre sann mot källorna. Sannolikt finns ingen hundra procentig metod för att undvika detta mer än att författaren är medveten om mekanismen.

Samtliga artiklar i studien var skrivna på engelska. Översättning från ett språk till ett annat innebär en risk för språkliga feltolkningar. Att jag dessutom har bedrivit arbetet ensam ökar sannolikt risken för att studien färgats mer av min personliga förståelse än om flera personer reflekterar över samma fynd.

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturstudien är att beskriva kvinnors upplevelser av att diagnostiseras och behandlas för bröstcancer samt hur bröstcancersjukdom påverkar deras livssituation.

Resultatet innehåller tre teman som representerar upplevelser som kvinnor går igenom vid diagnos och behandling för bröstcancer samt hur bröstcancer påverkar deras livssituation. Dessa tre teman är: *Livet är hotat*, *Sjukdomslidande* och *Livet fortsätter*. Dessa tre teman kan ses som ett händelseförlopp från det att kvinnorna fick besked om sin diagnos till att livet fortsätter.

Resultatet visar att kvinnor upplever starka och negativa känslor när de får sin bröstcancerdiagnos. Inan, Günösen och Üstün (2016) och Williams och Jeanetta (2016) tar också upp hur kvinnor upplever rädsla, sorg, ångest, chock och förtvivlan i samband med beskedet och att de känner en osäkerhet om vad som ska hända efter att ha blivit diagnostiserade.

Cullberg (2006) beskriver också att en cancerdiagnos väcker starka känslor och att hamna i en chock är inte ovanligt. Vid ett cancerbesked kan känslor av inre kaos uppstå och det kan vara svårt att komma ihåg samtalet (Cullberg, 2006). Kössler (2011) tar också upp att beskedet om cancer påverkar patienterna så starkt att de riskera att inte uppfatta något alls av övrig information som ges vid samma tillfälle. I resultatet kommer det fram att en del kvinnor upplever mindre oro om informationen om bröstcancerdiagnosen ges stegvis, det beskriver kvinnor som ett sätt att återfå en viss kontroll i en omvälvande situation. Sköld Nilsson (2011) tar också upp att det kan ge en känsla av kontroll att få ta emot informationen stegvis.

Vid mottagande av ett svårt besked som en cancerdiagnos kan kvinnan vara särskilt sårbar. Som sjuksköterska är det av stor betydelse att finnas till hands för kvinnan, stötta henne och visa respekt för det sårbara. Det kan vara svårt och veta hur kvinnan reagerar på ett cancerbesked i förväg och möjlighet till ett professionellt omhändertagande bör finnas tillgängligt för den som behöver det (Kössler, 2011). Chase (2013) skriver också att ett cancerbesked och behandlingar kan vara krisframkallande händelser. Sjuksköterskan är ofta den första som kommer i kontakt med patienter som får ett cancerbesked och är den som har möjlighet att förutse och upptäcka krisreaktionen och effektivt omvandla krisen till ett lärotillfälle för patienten.

Kvinnorna upplever sorg och förtvivlan när de får sin diagnos. Cullberg (2006) skriver att sorg är en del av den akuta krisen och upplevelser av övergivenhet, förtvivlan och tomhet kan vara en del av krisens akuta fas. I den här fasen är det inte ovanligt att känna ångest. Resultatet visar att ångesten var påtaglig. Att patienter upplever ångest tas även upp av Bergh et al., (2007) som säger att 80% av patienterna upplever ångest i samband med diagnosen och innan behandlingsstart. Ångesten förekommer inte bara i samband med beskedet, resultatet visar att ångesten kan finnas med även under själva behandlingen. Det tas även upp i en studie av Lim, Devi och Eng (2011) som visar att kvinnorna upplever ångest i varierande grad både vid mastektomi och kemoterapi.

Att kvinnorna upplever lidande i samband med bröstcancer beskrivs genomgående i nästan alla studier. Eriksson (1994) beskriver att sjukdomslidande är det lidande som patienten upplever i förhållande till sin sjukdom och behandling. Både kemoterapi och strålbehandling ledde till ett lidande och resultatet visar en rad biverkningar som kvinnorna upplever. Oliva, Sandgren, Nilsson och Lewin (2014) visar att kvinnor som genomgår behandling för bröstcancer upplever biverkningar som illamående och kräkningar.

Upplevelsen av fatigue beskriver kvinnorna som nedslående. Fatigue är ett sammansatt begrepp dominerat av invalidiserande trötthet (Gavric & Vukovic-Kostic, 2016). Fatigue är en frekvent biverkan i samband med cancersjukdomar och dess behandling, och i en viss grad kan patienterna uppleva fatigue långt efter avslutad behandling (Ahlberg, 2011). Bardwell och Ancoli-Israel (2008) tar också upp att majoriteten av patienterna upplever fatigue under behandlingen. Resultatet varierar, men cirka 33% av patienterna rapporterar ihållande trötthet upp till tio år efter att de fått sin diagnos.

Det är svårt att hitta en exakt orsak till fatigue på grund av den komplexa bilden av faktorer som påverkar utvecklingen av fatigue samt oklarheter beträffande orsakssamband. Vid fatigue är sjuksköterskans funktion viktig och omvårdnadsinsatserna ska vara inriktade på att lindra

och stödja patienten i att hantera sina symtom och sin livssituation. Genom att informera patienten om fatigue, försöka identifiera orsaker till upplevd fatigue, etablera realistiska förväntningar och vid behov ge rekommendationer på interventioner kan oron och känslomässiga reaktioner minska för patienten (Ahlberg, 2011).

Resultatet visar att hårförlust upplevs som skrämmande. Den förknippas med självbilden som en patient med cancer, då håret och utseendet är en stor del av kvinnans identitet (Sköld Nilsson, 2011). Likaså upplevs förlusten av bröstet som ett hot mot feminiteten. Att förlusten av håret och bröstet upplevs som påfrestande tas även upp av Doumit, El Saghir, Abu-Saad Huijer, Kelley och Nassar (2010). Birkler (2007) beskriver till och med att en kvinnlig patient kan lida mer av själva förlusten av håret och bröstet än av själva cancerutvecklingen.

Att drabbas av bröstcancer upplevs utmanande både för den enskilda kvinnan och hennes familj. Sjukdomen förändrar hela livssituation för både kvinnan själv och hennes omgivning, vilket innebär ett behov av stöd. Även om kvinnorna fick stöd av familjen och vännerna så är det ändå viktigt att sjuksköterskan kan komma in som en utomstående stödperson. En som ser och bekräftar kvinnan i hela hennes förändrade livssituation, men utan de nära känslomässiga banden som existerar till kvinnans närstående. Det beskriver även Pitt och Davis (2016) att sjuksköterskan är den som kan hjälpa och stötta kvinnan, speciellt där kvinnan hade det svårt att prata hemma om sin sjukdom.

Trots det svåra kvinnorna går igenom så upplever de livet värdefullt och att komma tillbaka till ett normalt liv upplevs som en stark motivationsfaktor. Kvinnorna beskriver det som att ta vara på tiden som upplevs begränsad och att varje ögonblick tillsammans med människor de älskar känns värdefullt. Den egna sjukdomen har också ökat lyhördheten för andras utsatthet, ökat empatin och ökat tacksamheten över att vara vid liv. Detta kan kopplas till den sista av krisens faser som Cullberg (2006) beskriver som nyorienteringsfasen, där många patienter beskriver hur upplevelser får en ny mening. I den fasen lär sig patienten att leva med det som hänt och försonas med sitt öde, men utan att glömma eller förtränga det.

Även Kössler (2011) beskriver hur cancerpatienter upplever förändringar under sjukdomen och behandlingen som leder till nya värderingar och prioriteringar i livet. Horgan, Holcombe och Salmon (2010) tar också upp att kvinnorna upplever flera positiva psykologiska förändringar som ett resultat av diagnosen bröstcancer. Kvinnorna poängterar vikten av prioriteringar i livet och ökad empati.

Arman (2017) beskriver att lidandet är något som är subjektivt och att människans värld förändras avseende kroppen, gemenskapen med andra och de egna grundläggande värdena. Genom ökad förståelse för lidandet hos kvinnorna ökar möjligheterna för sjuksköterskan att möta och stötta kvinnan med ett etiskt förhållningssätt som kan kunna reducera lidandet.

Slutsatser

Att bli diagnostiserad med bröstcancer väcker känslor som sorg, förlust, skräck, förtvivlan och depression hos de flesta kvinnor. Upplevelser av chock, förlust, förtvivlan och osäkerhet inför framtiden framkommer i nästan alla studier. Till detta bidrar också den svåra behandlingen med plågsamma biverkningar och en starkt negativ inverkan på kvinnan med förlust av både bröst och hår. Socialt beskrivs stora konsekvenser för nära relationer och familj, särskilt för de yngre kvinnorna med små barn. Den nya livssituationen som kvinnorna hamnar i hanteras lite olika beroende på olika bakgrund och kultur. I länder med en mer

konservativ eller traditionspräglad kultur upplevs en stigmatisering runt själva diagnosen. I samhällen där bröstcancersjukdomen upplevs som en dödsdom och bröstet betraktas som en tabubelagd del av kroppen blir diagnosen skamfull och något som måste döljas. Det är dock ingen skillnad i kvinnors upplevelser av lidandet i situationen relaterat till kulturell bakgrund. Parallellt med de plågsamma vittnesmålen om svåra sjukdomsförlopp gavs samtidigt exempel på stark livsvilja och en upplevelse av livets unika värde.

Praktiska implikationer

Denna studie kan ge en förståelse för kvinnors upplevelser av att diagnostiseras och behandlas för bröstcancer samt hur sjukdomen påverkar deras livssituation. Det är kunskap som är viktigt för sjuksköterskan att ha oavsett kontext. Sjukdomen kan påverka kvinnans identitet, självkänsla, kroppsbild och relationer. I dagens sjukvård är närstående mer delaktiga i vården och det innebär att både patienten och anhöriga måste ta till sig information om olika behandlingar och hur vården fungerar. Sverige idag är ett mångkulturellt land och patienter som söker sjukvården kan ha begränsande kunskaper om hur sjukvården fungerar. Det är viktigt att sjuksköterskan och övrig personal har detta i åtanke och förvissas om att både patient och närstående verkligen har tagit till sig information som getts. Allt för att förebygga missförstånd och onödig osäkerhet kring vad som ska hända. Denna studie belyser några konkreta skillnader när det gäller exempelvis stigmatisering runt bröstcancer hos kvinnor med annan kulturell bakgrund. För att kunna ge en likvärdig vård oberoende av bakgrund är det värdefullt om sjuksköterskan förvärvar ökad kunskap om kulturella olikheter och ser människan bakom patienten och individanpassar omvårdnaden.

När det kommer till behovet av stöd och en individuellt anpassad omvårdnad har kvinnan rätt att bli bemött som en hel person i ett unikt socialt sammanhang, inte endast som ett sjukt organ. I takt med att resultaten i behandlingen förbättras och överlevnaden i sjukdomen ökar blir behovet av en långsiktig uppföljning uppenbar. Då är det viktigt att sjuksköterskan har kunskap om de olika hanteringsmekanismer och förmåga till nyorientering som kvinnorna här ger uttryck för. Det understryker behovet av att bröstcancerpatienterna fortsätter att följas av kontaktsjuksköterskor med erfarenhet av sjukdomens påverkan på kvinnans livssituation och sociala sammanhang. Risken är annars att kvinnan riskerar att stå övergiven eller faller mellan stolarna när behandlingen ändå medicinskt varit framgångsrik och möjliggjort en förlängd överlevnad.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde

Det vore intressant att gå vidare i några olika riktningar som denna litteraturstudie har antytt: När behandlingsresultaten och kvinnornas överlevnad förbättras ökar behovet av nya kunskaper och studier om kvinnors upplevelser av att leva som canceröverlevare, inkluderat risken för återfall, och därmed hur en långsiktig uppföljning bäst bör organiseras. Med tanke på hur vanlig sjukdomen är i kombination med ett ökande antal som överlever framstår det motiverat att samla uppföljningen till speciella bröstcancersjuksköterskor. Förbättrad överlevnad betyder också att flera kvinnor för både sin egen och samhällets skull kommer att behöva hjälp och stöd för att kunna återgå successivt i arbete. Här skulle sjuksköterskans kompetens inom personcentrerad omvårdnad kunna bidra positivt.

Detta arbete har delvis lyft fram kulturella skillnader i reaktionen på bröstcancersjukdomen. Skillnaderna ska definitivt inte överdrivas, men frågan kvarstår i vilken grad dessa skillnader är relevanta i gruppen av invandrarkvinnor i Sverige idag. Ökad kunskap om

invandrarkvinnors upplevelser vid bröstcancer både i relation till vården och det sociala sammanhanget skulle öka möjligheterna till en god omvårdnad för denna redan utsatta patientgrupp.

Referenser

Artiklar som är markerade (*) ingår i resultatdelen.

Alianmoghaddam, N., Benn, C., Khoshnood, K., Kennedy, H.P., & Lamyian, M. (2017). Breast Cancer, Breastfeeding, and Mastectomy: A Call for More Research. *Journal of Human Lactation*, 33 (2), 454-457. doi:10.1177/0890334416678822

Arman, M. (2017). Lidande. I L. Viklund Gustin., & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s.213- 224). Lund: Studentlitteratur.

*Baker, P., Beesley, H., Dinwoodie, R., Fletcher, I., Ablett, J., Holcombe C., & Salmon, P. (2012). 'You' re putting thoughts into my head': a qualitative study of the readiness of patients with breast, lung or prostate cancer to address emotional needs through the first 18 months after diagnosis. *Psycho- Oncology*, 22(6), 1402-1410. doi:10.1002/pon.3156

*Banning, M., Hassan, M., Faisal, S. & Hafeez, H. (2010). Cultural interrelationships and the lived experience of Pakistani breast cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 304- 309. doi:10.1016/j.ejon.2010.05.001

Bardwell, W.A., & Ancoli-Israel, S. (2008). Breast cancer and fatigue. *Sleep Med Clin*, 3 (1), 61-71. doi:10.1016/j.jsmc.2007.10.011

Beatty, L., Oxlad, M., Koczwara, B. & Wade, T. (2008). The psychosocial concerns and needs of women recently diagnoses with breast cancer: a qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives. *Health Expectations*, 11, 331-342. doi:10.1111/j.1369-7625.2008.00512x

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

Bergh, J., & Emdin, S. (2008). Bröstcancer. I I. Ringborg, T. Dalianis, & R. Henriksson, *Onkologi* (s.265-292). Stockholm: Liber.

Birkler, J. (2007). FILOSOFI OMVÅRDNAD. *Etik och människosyn*. Stockholm: Liber.

Chopra, L., & Kamal, K.M. (2012) A systematic review of quality of life instruments in long-term breast cancer survivors. *Health and Quality of life Outcomes*, 31(10) 10-14. doi:10.1186/1477-7525

*Coyne, E., & Borbasi, S. (2009). Living the experience of breast cancer treatment: The younger women's perspective. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26 (4), 6-13.

Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och kultur.

Cullberg Weston, M. (2001). *När beskedet är cancer -en stödbok*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Chase, E. (2013). Crisis Intervention for Nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17 (3), 337-339. doi:10.1188/13.CJON.337-339

Doumit, M., El Saghir, N., Abu-Saad Huijjer, H., Kelley, J., & Nassar, N. (2010). Living with breast cancer, a Lebanese experience. *European Journal of Oncology Nursing*, 14 (1), 42-48. doi:10.1016/j.ejon.2009.08.003

*Drageset, S., Lindstrøm, T.C., & Underlid, K. (2010). Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (1), 149- 158. doi:10.1111/j.1365-2448.2009.05210.x

Drageset, S., Lindstrøm, T.C., Giske, T. & Underlid, K. (2011). Being in suspense: women's experiences awaiting breast cancer surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (9), 1941-1951. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05638.x

*Drageset, S., Lindstrøm, T.C., & Underlid, K. (2016). "I just have to move on": Women's coping experiences and reflections following their first year after primary breast cancer surgery. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 205-211. doi:10.1016/j.ejon.2015.10.005

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

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E.,...Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care — Ready for prime time. *European Journal of Cardio-vascular Nursing*, 10 (4), 248-251. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Elm, M., Medin, L. O., & Sahlqvist, M. (2016). *PM Praktisk Medicin Bok 1. 24:e upplagan*. Uddevalla: Three Doctors Förlag.

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

Friberg, F. (2012). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats-vägledning för litteraturbaserade examensarbete* (s.121-132). Lund: Studentlitteratur.

*Fu, M.R., Xu, B., Liu, Y., & Haber, J. (2008). 'Making the best of it': Chinese women's experiences of adjusting to breast cancer diagnosis and treatment. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (2), 155-165. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04647.x

Gavric, Z., & Vukovic-Kostic, Z. (2016). Assessment of quality of life of women with breast cancer. *Global Journal of Health Science*, 8 (9), 1-9 doi:10.5539/gjhs.v8n9p1

Horgan, O., Holcombe, C., & Salmon, P. (2010). Experiencing positive change after a diagnosis of breast cancer: a grounded theory analysis. *Psycho-Oncology*, 20 (10), 1116-1125. doi:10.1002/pon.1825

Hällgren Graneheim, U., & Lundman, B. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär., & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.187-201). Lund: Studentlitteratur.

Inan, F., Günösen, N., & Üstün, B. (2016). Experiences of Newly Diagnosed Breast Cancer Patients in Turkey. *Journal of Transcultural Nursing*, 27 (3), 262-269. doi:10.1177 / 1043659614550488.

Jemal, A., Center, M., DeSantis, C., & Ward, E. (2010). Global patterns of cancer incidence and mortality rates and trends. *American Association for Cancer Research*, 19 (8), 1893-1897. doi:10.1158/1055-9965epi-10-0437

Kristensson Ugglå, B. (2014). Personfilosofi- filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. I: I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård- Från filosofi till praktik* (s.21-68). Stockholm: Liber.

Kössler, I. (2011). Patienters perspektiv och upplevelser av cancersjukdom och cancervård. I M. Hellbom., & B. Thomé (Red.), *Perspektiv på onkologisk vård*. (s.25-33). Lund: Studentlitteratur.

Lim, C. C., Devi, M. K., & Ang, E. (2011). Anxiety in women with breast cancer undergoing treatment: a systematic review. *International journal of evidence-based healthcare*, 9 (3), 215-35. doi:10.1111/j.1744-1609.2011.00221.x.

Lu, M. H., Lin, H. R., & Lee, M. D. (2010). The Experiences Among Older Taiwanese Women Facing a New Diagnosis of Breast Cancer. *Department of Nursing*, 3 (5), 398-405. doi:10.1097/NCC.0b013e3181d72c45

Lueboonthavatchai, P. (2007). Prevalence and Psychosocial Factors of Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients. *Journal of the medical association of Thailand*, 90 (10), 2164-2174.

*McCann, L., Illingworth, N., Wengström, Y., Hubbard, G., Kearney, N. (2009). Transitional experiences of women with breast cancer within the first year following diagnosis. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (13-14), 1969-1976. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03134.x

*Nizamli, F., Anoosheh, M., & Mohammadi, E. (2011). Experiences of Syrian women with breast cancer regarding chemotherapy: A qualitative study. *Nursing and Health Sciences*, 13 (4), 481-487. doi:10.1111/j.1442-2018.2011.00644.x

Oliva, D., Sandgren, A., Nilsoon, M., & Lewin, F. (2014). Variations in Self-Reported Nausea, Vomiting, and Well-Being During the First 10 Days Postchemotherapy in Women With Breast Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18 (2), 32-36. doi:10.1188/14.CJON.E32-E36

Pitt, R., & Davis, A. (2016). A systematic approach to the breast care nursing in the rural setting: development of a database and support tool to ensure continuity of care. *The Australian Journal of Cancer Nursing*, 17(2), 26-30.

Reich, R.R., Lengacher, C.A., Alinat, C.B., Kip, K. E., Paterson, C., Ramesar, S.,... Park, J. (2017). Mindfulness-Based Stress Reduction in Post-treatment Breast Cancer Patients: Immediate and Sustained Effects Across Multiple Symptom Clusters. *Journal of Pain & Symptoms Management*, 53(1) 85-95. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.08.005

Remmers, H., Holtgräwe, M., & Pinkert, C. (2010). Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 14 (1), 11-15. doi:10.1016/j.ejon.2009.07.002

*Sengün Inan, F., & Üstün, B. (2016). Experiences of Turkish survivors breast cancer: Neuman systems model perspective. *Japan Journal of Nursing Science*, 13 (4), 466-477. doi:10.1111/jjns.12129

*Shaha, M., & Bauer-Wu, S. (2009). Early Adulthood Uprooted. Transitoriness in Young Women With Breast Cancer. *Cancer Nursing*, 32 (3), 246-255. doi:10.1097/NCC.0b013e31819b5b2e.

Sköld Nilsson, A. (2010). Bröstcancerboken- *Från besked till färdigbehandlad*. Stockholm: Nordstedts.

Socialstyrelsen (2015). *Nationella riktlinjer för bröstcancervård*. Hämtad 2017-11-01 från <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nr-cancer-vetenskapligt-underlag-brostdcancer.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Svensk sjuksköterskeförening om: Sjuksköterskans profession*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad: 2017-11-07 från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska/>

Svensk sjuksköterskeförening (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad: 2017-11-07 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

*Tighe, M., Molassiotis, A., Morris, J., & Richardson, J. (2011). Coping, meaning and symptom experience: A narrative approach to the overwhelming impacts of breast cancer in the first year following diagnosis. *European Journal of Oncology Nursing*, 15 (3), 226-232. doi:10.1016/j.ejon.2011.03.004

Polit, D.F., & Beck, C.T (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* (9th eds.) Philadelphia: Wolters Kluwer.

Wells, K. J., Pan, T. M., Vazquez-Otero, C., Ung, D., Ustjanauskas, A, E., Munoz, D.,... Quinn, G.P. (2016). Barriers and facilitators to endocrine therapy adherence among underserved hormone-receptor-positive breast cancer survivors: a qualitative study. *Support Care Cancer*, 24, 4123-4130. doi:10.1007/s00520-016-3229-8

Wettergren, L. (2007). Traumatisk kris vid cancer. I. M. Carlsson (Red.), *Psykosocial cancervård* (s.23-36). Lund: Studentlitteratur.

Williams, F., & Jeanetta, S. C. (2016). Lived experiences of breast cancer survivors after diagnosis, treatment and beyond: qualitative study. *Health Expectations*, 19 (3), 631–642. doi:10.1111/hex.12372

Willman, A., & Bahtsevani., C., Nilsson., R. & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet.* Lund: Studentlitteratur.

Zanial, N.Z., Nik- Jaafar, N.R., Baharudin, A., Sabki, Z.A. & Chong, G.N. (2013). Prevalence of depression in breast cancer survivors: A systematic review of observational studies. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14 (4), 2649-2656. doi:10.7314/APJCP.

Östlund, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats-Vägledning för litteraturbaserade examensarbete* (s.57-79). Lund: Studentlitteratur.

Översikt av den systematiska artikelsökningen

Bilaga I

Cinahl 20171117	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda till resultatet
#1	"Breast Neoplasms"(MH)	43 164				
#2	"Qualitative Studies" (MH)	64 920				
#3	Experience*	220 294				
#4	Emotion	18 586				
#5	#1 and #2 and #3 and #4	39				
Avgränsningar	Publicerade:2007-2017, engelska, peer reviewed	29	29	15	6	5

Cinahl 20171117	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda till resultatet
#1	"Breast Neoplasms"(MH)	43 164				
#2	"Qualitative Studies" (MH)	64 920				
#3	Perspectiv*	71 831				
#4	Experienc*	229 466				
#5	#1 and #2 and #3 and #4	110				
Avgränsningar	Publicerade:2007-2017,engelska, peer reviewed	71	71	20	4	3

Cinahl 20171117	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda till resultatet
#1	"Breast neoplasm"(MH)	43 164				
#2	"Qualitative studie" (MH)	64 920				
#3	Coping strategies	8319				
#4	#1 and #2 and #3	44				
Avgränsningar	Publicerade: 2007-2017, engelska, peer reviewed,	21	21	10	3	2

Pubmed 20171121	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda till resultatet
#1	"Breast neoplasms"(Mesh)	256 099				
#2	"Life Change Events" (Mesh)	21220				
#3	Coping strategies	17874				
#4	Emotion*	181971				
#5	#1 and #2 and #3 and #4	11				
#6	#1 and #2 and #3 and #4 med Abstract	11				
Avgränsningar	#1 and #2 and #3 and # 4 and abstract in the last 10 years	6	6	3	1	1

Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod är utarbetad av Institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt från mall presenterad i Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej Framkom ej
 Informant karaktäristika
 Antal
 Ålder
 Man/kvinna
 Är kontexten presenterad? Ja Nej Framkom ej
 Finns etiskt resonemang? Ja Nej Framkom ej

Urval

- Relevant? Ja Nej Vet ej
 - Strategiskt? Ja Nej Ej relevant
 -datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej
 - analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

- Är resultatet logiskt och begripligt? Ja Nej Vet ej
 - Råder datamättnad? Ja Nej Ej relevant
 - Råder analysmättnad? Ja Nej Ej relevant

Kommunicerbarhet

-Är resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej
 -Redovisas resultatet i förhållande till Ja Nej Vet ej
 -Teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej
 -Genereras teori? Ja Nej Ej relevant

Kvalitetsberäkning

Varje ja ger ett (1) poäng, varje nej eller vet ej ger noll (0). Totalsumman räknas i procent
 Granskningspoäng; grad I (80-100%) grad II (70-79%) grad III (60-69%)

Tidskriftens bedömningssystem Double Single Ej
 Peer review blinded blinded angivet

Översikt av analyserad litteratur

Bilaga III

Kvalitetsgranskning Grad II (medel)	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat
<p>Författare: Banning, Hassan, Fasial & Hafeez</p> <p>Årtal: 2010</p> <p>Land: Pakistan</p>	<p>Det saknas studier av hur kvinnor ur etniska minoriteter upplever bröstcancer ur ett kulturellt perspektiv.</p> <p>Syftet var att undersöka hur kulturella faktorer påverkade pakistanska muslimska kvinnors upplevelse av bröstcancer.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer.</p> <p>Kvalitativ ansats.</p>	<p>36 muslimska kvinnor mellan 22 och 76 års ålder med pakistanskt ursprung varav 25 i Lahore i Pakistan och 11 i London. Samtliga var under poliklinisk behandling för bröstcancer.</p>	<p>Studien belyser i huvudsak välkända reaktioner på sjukdomen med initial chock följt av en långsiktig osäkerhet under en ny framväxande verklighet. Dessutom beskrivs stigmatiseringen relaterad till sjukdomen där avslöjandet för den egna familjen utgör ett huvudtema.</p>

Kvalitetsgranskning Grad II (medel)	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat
<p>Författare: Barker, Beesley, Dinwoodie, Flether, Ablett, Holcombe & Salmon</p> <p>Årtal: 2012</p> <p>Land: Storbritannien</p>	<p>Ångest är vanligt förekommande efter en cancerdiagnos. En av tre patienter upplever känslomässig stress som försämrar deras livskvalité.</p> <p>Syfte: Kartläggning av känslomässiga behov < 18 månader efter diagnosticerad bröst-, lung- eller prostatacancer.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer.</p> <p>Kvalitativ ansats.</p>	<p>Totalt 42 deltagare, varav 14 bröstcancerpatienter i en ålder mellan 36 och 72 år. Alla hade genomgått kirurgi < 3 månader efter diagnos</p>	<p>Med tanke på hur vanligt ångest och känslomässiga problem är vid bröstcancer bör de känslomässiga problemen skattas rutinemässigt och vid behov behandlas parallellt med den fysiska behandlingen.</p>

Kvalitetsgranskning Grad I (hög)	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat
<p>Författare: Coyne & Borbasi</p> <p>Årtal: 2009</p> <p>Land: Australien</p>	<p>Unga kvinnor med bröstcancer möter speciella problem.</p> <p>Syftet var att undersöka hanteringsstrategier hos kvinnor under 50 år med bröstcancer</p>	<p>Djupintervjuer</p> <p>Kvalitativ tolkande ansats.</p>	<p>Sex kvinnor i åldrarna 28 till 45 år som erhållit diagnosen bröst cancer någon gång under de senaste 12 månaderna.</p>	<p>Behandlingen kom igång så fort att kvinnorna hade svårt att mentalt hinna anpassa sig till en livshotande sjukdom. Samtidigt som behandlingen påverkade deras självbild negativt och försvärade för dem att ta hand om sin familj uttryckte de en stark beslutsamhet att försöka överleva.</p>

Kvalitetsgranskning Grad I (hög)	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat
<p>Författare: Drageset, Lindström & Underlid</p> <p>Årtal: 2016</p> <p>Land: Norge</p>	<p>Behovet att kunna hantera en ny osäker livssituation kvarstår lång tid efter den primära diagnosen.</p> <p>Syftet var att beskriva kvinnors individuella hanteringsmekanismer ett år efter primär bröstcancer-kirurgi</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer med fyra huvudfrågor plus följdfrågor.</p> <p>Kvalitativ deskriptiv design. Kvale's metod för analys och förtätning av intervjuinnehållet användes.</p>	<p>10 kvinnor mellan 46 och 68 års ålder ett år efter primär bröstcancerkirurgi.</p>	<p>Rädslan för återfall utgjorde en stark underliggande känsla oavsett olika individuella hanteringsstrategier som varierade över tid.</p>

Bilaga III

Kvalitetsgranskning Grad I (hög)	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat
<p>Författare: Drageset, Lindström Underlid</p> <p>Årtal: 2009</p> <p>Land: Norge</p>	<p>Trots att forskning talar för att den tidiga fasen i bröstcancersjukdomen är betydelsefull finns endast få kvalitativa studier som belyser detta.</p> <p>Syftet var att beskriva hanteringsstrategier som kvinnor använde sig av i perioden mellan diagnos och kirurgi vid bröstcancer.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor och följdfrågor för att precisera de olika teman som formulerats.</p> <p>Deskriptiv kvalitativ ansats.</p>	<p>21 kvinnor mellan 41 och 73 års ålder som nyligen diagnosticerats med bröstcancer och inväntade kirurgisk behandling.</p>	<p>Den vanligaste strategin som kvinnorna gav uttryck för var en önskan att ta emot information stegvis och försöka fortsätta leva och uppskatta livet så gott det gick vilket också kunde inkludera ångesthantering genom att distansera sig känslomässigt från verkligheten.</p>

Kvalitetsgranskning Grad I (hög)	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat
<p>Författare: Fu, Xu, Liu & Haber</p> <p>Årtal: 2008</p> <p>Land: China</p>	<p>Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor. Förmågan att psykologiskt hantera sjukdomen ökar möjligheterna att klara av behandlingen.</p> <p>Syftet var att beskriva kinesiska kvinnors erfarenhet av och förmågan att hantera både diagnos och behandling vid bröstcancer.</p>	<p>Intervjuer.</p> <p>Deskriptiv fenomenologisk metod.</p>	<p>22 kvinnor med bröstcancer mellan 30 och 71 års ålder.</p>	<p>Kvinnorna uttryckte en positiv grundsyn baserat på att inse sjukdomens realitet men ändå ta en aktiv del i behandlingen och söka bibehålla sin fysik och skydda sin nära omgivning från sjukdomens följdverkningar.</p>

Kvalitetsgranskning Grad II (medel)	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat
<p>Författare: McCann, Illingworth, Wengström Hubbard & Kearney</p> <p>Årtal: 2010</p> <p>Land: Storbritannien</p>	<p>Bröstcancer innebär inte endast en dödlig sjukdom, mindre är känt om hur bröstcancer vid överlevnad övergår i en kronisk sjukdom.</p> <p>Syftet var att beskriva erfarenheterna hos kvinnor under det första året efter diagnosen.</p>	<p>Intervjuer</p> <p>Kvalitativ longitudinell studie, med beskrivande tematisk analys och jämförelse av fynden över tid.</p>	<p>12 kvinnor mellan 31 och 85 års ålder som diagnosticerats med bröstcancer intervjuades vid 3 tillfällen under det första året efter diagnosen.</p>	<p>Studien fokuserade dels på identitetsförändringarna i övergången från hälsa till sjukdom med inverkan på livets alla områden, dels övergången från sjukdom till fortsatt liv med cancer, även detta med svårigheter för kvinnorna att acceptera sin nya identitet.</p>

Kvalitetsgranskning Grad I (hög)	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat
<p>Författare: Nizamli, Anoosheh & Mohammadi</p> <p>Årtal: 2011</p> <p>Land: Syrien</p>	<p>Kvinnors upplevelser av diagnos och behandling vid bröstcancer är främst beskrivet i ett västerländskt eller östasiatiskt kulturellt sammanhang</p> <p>Syftet var att beskriva syrianska kvinnors upplevelse av kemoterapi vid bröstcancer.</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor och vid behov följdfrågor, vid ett till tre tillfällen.</p> <p>Deskriptiv kvalitativ metod med innehållsanalys.</p>	<p>17 kvinnor mellan 30 och 45 års ålder som genomgick kemoterapi efter mastektomi på grund av bröstcancer.</p>	<p>Kvinnorna beskrev fysiska problem av kemoterapi, psykologiska problem med depression och negativ kroppsuppfattning, men även social isolering, svårigheter att bli gifta samt problem inom familjen relaterade till modersrollen.</p>

Bilaga III

Kvalitetsgranskning Grad I (hög)	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat
<p>Författare: Sengün Inan & Üstün</p> <p>Årtal: 2016</p> <p>Land: Turkiet</p>	<p>Kvinnor som överlever bröstcancer möter speciella anpassningsproblem.</p> <p>Syftet var att beskriva turkiska bröstcanceröverlevares erfarenheter.</p>	<p>Semistrukturerade djupintervjuer på telefon.</p> <p>Kvalitativ deskriptiv design baserad på Neumans systemmodell.</p>	<p>14 kvinnor mellan 33 och 68 års ålder som avslutat sin primära behandling för bröstcancer utan kända återfall. Behandlingen hade avslutats mellan 3 månader och 3 år innan deltagandet i studien.</p>	<p>Kvinnorna upplevde både personliga stressfaktorer som fatigue, negativ kroppsuppfattning och tidiga menopaus-symtom, sociala problem relaterade till stigmatisering och negativa familjeattityder, ekonomiska problem och otillräckligt stöd från vården.</p>

Kvalitetsgranskning Grad II (medel)	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat
<p>Författare: Shaha & Bauer-Wu</p> <p>Årtal: 2009</p> <p>Land: USA</p>	<p>Yngre kvinnor med bröstcancer möter ofta en aggressivare form av bröstcancer med sämre prognos.</p> <p>Syftet var att studera unga kvinnors erfarenheter av detta och den existentiella upplevelsen av dödshot i unga år.</p>	<p>Skrivna berättelser som erhållits i en tidigare studie där kvinnorna uppmanats att redogöra för sina erfarenheter skriftligt.</p> <p>Retrospektiv tolkning av tidigare ackumulerade skrivna berättelser med kvalitativ ansats.</p>	<p>16 kvinnor mellan 29 och 39 års ålder som diagnosticerats med bröstcancer under de senaste 12 månaderna.</p>	<p>Kvinnorna reflekterade över hur de skulle bli ihågkomna om de gick bort, särskilt i relation till barnen. De upplever ett "landskap" av svåra känslor parallellt med en stark livskänsla. Samtidigt ser de livets ändlighet överallt och tänker mycket på sitt eget döende.</p>

Kvalitetsgranskning Grad II (medel)	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat
<p>Författare: Tighe, Molassiotis Morris & Richardson</p> <p>Årtal: 2011</p> <p>Land: Storbritannien</p>	<p>Kvinnors erfarenheter av bröstcancer ses som en komplex funktion av överlevnad med stort inflytande inte bara på kvinnan utan även på hennes inter-personella relationer.</p> <p>Syftet var att utnyttja "cancer-resan" under det första året efter diagnosen som ett heuristiskt redskap för att beskriva kvinnornas erfarenheter.</p>	<p>Intervjuer, 3-4 gånger under ett års tid.</p> <p>Tematiskt berättande tillvägagångssätt med djup-analys av upprepade intervjuer under ett års tid.</p>	<p>10 kvinnor mellan 34 och 51 års ålder nyligen diagnosticerade med bröstcancer</p>	<p>Artikeln redogör för mycket svåra symtom relaterade till bröstcancersjukdomen, olika hanteringsmekanismer och sjukdomens inverkan på relationer samt pekar på behov av stöd dels från arbetsgivaren vid återgång i arbete, dels behovet av långsiktig support från sjukvården</p>

Högskolan Väst
Institution för hälsovetenskap
461 86 Trollhättan
Tel: 0520- 22 30 00 Fax 0520- 22 30 99
www.hv.se

