



Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper  
(Omvårdnad/Avdelning för omvårdnad)

Lisa Alexandersson  
Jenny Thörnqvist

# Livskvalitet hos kvinnor som överlevt bröstcancer. -En litteraturstudie

The quality of life of women who have survived breast  
cancer.

-A literature study

Examensarbete 15 hp  
Sjuksköterskeprogrammet

Datum/Termin: Termin 5  
Handledare: Mia Forshag  
Ulla Wrangstål  
Examinerande lärare: Jan Nilsson

## SAMMANFATTNING

Titel:	Livskvalitet hos kvinnor som överlevt bröstcancer.
Title:	The quality of life of women who have survived breast cancer.
Avdelning:	Avdelning för omvårdnad, Karlstads universitet
Kurs:	Omvårdnadsforskningens teori och metod III – examensarbete 15 hp, C-nivå
Författare:	Lisa Alexandersson och Jenny Thörnqvist
Handledare:	Mia Forshag och Ulla Wrangstål
Sidor:	20
Nyckelord:	Bröstcancer, livskvalitet, överlevare.

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor i Sverige. Livskvalitet kan beskrivas som en individuell upplevelse som inkluderar flera dimensioner. Sjuksköterskans roll är bland annat att främja hälsa, lindra lidande och ha ett helhetsperspektiv för att främja patientens livskvalitet. Syftet med litteraturstudien var att belysa faktorer som påverkar livskvalitet hos kvinnor som överlevt bröstcancer. Metoden är litteraturstudie. Litteraturstudien utfördes enligt Polit och Becks (2008) niostegsmodell. Databaserna CINAHL och PubMed användes vid sökning av artiklar som resulterade i 11 artiklar som ingår i studien. Analysen av artiklarna resulterade i fyra kategorier (Känslor, fysiska förändringar, stöd och förändrad livsåskådning) och fyra underkategorier (nära relationer, sjukvårdspersonal, andligt samt livsstil och livssyn). Negativa faktorerna på ett område tyder inte alltid på en försämrad livskvalitet. Flertalet kvinnor upplevde en ny mening med livet, de värdesätter sitt liv mer och vill leva ut sina drömmar då de vet att livet är skört men de ser ändå positiv på livet.

Datum:

Godkänd:

---

Examinerande lärare

# Innehållsförteckning

<b>INTRODUKTION</b>	<b>4</b>
Bröstcancer	4
Prognos	4
Känslomässiga reaktioner	5
Livskvalitet	5
Mätning av livskvalitet	5
Sjuksköterskans roll	6
Problemformulering och syfte	6
Frågeställningar	6
<b>METOD</b>	<b>6</b>
Litteratursökning	7
Urval	8
Databearbetning	8
Etiska övervägande	8
<b>RESULTAT</b>	<b>9</b>
Känslor	10
Fysiska förändringar	12
Stöd	13
<i>Nära relationer</i>	13
<i>Sjukvårdspersonal</i>	14
Förändrad livsåskådning	15
<i>Andligt</i>	15
<i>Livsstil och livssyn</i>	16
<b>DISKUSSION</b>	<b>18</b>
Resultatdiskussion	18
Metoddiskussion	19
Klinisk tillämpbarhet	20
Framtida forskning	20
Slutsats	20
<b>REFERENSER</b>	<b>21</b>
<b>BILAGA 1. Artikelmatris</b>	

## **Introduktion**

Varje år ställs det totalt 50000 cancerdiagnoser i Sverige och antalet är en långsam stigande trend. Av alla cancerdiagnoserna är det drygt 7000 som får diagnosen bröstcancer (Bröstcancerfonden 2010). Genomsnittsåldern på dem som insjuknar är över 60 år och de som är yngre än 40 år utgör 5 procent. I Sverige riskerar 1 av 10 kvinnor att få bröstcancer innan 75 års ålder. År 2006 gjordes en statistisk undersökning om cancer i Sverige, som visade att antalet individer som avlidit i bröstcancer var 1506 individer (Socialstyrelsen 2009). Chansen att efter diagnos överleva 5 år var 87,8 procent och att överleva i 10 år var 78,8 procent (Socialstyrelsen 2009). I genomsnitt har antalet insjuknande i bröstcancer ökat 1,2 procent årligen under de senaste 20 åren. De senaste 10 åren har den genomsnittliga ökningen årligen varit 0,8 procent (Bröstcancerföreningens riksorganisation 2010; Socialstyrelsen 2009).

## **Bröstcancer**

Bröstcancer uppstår i bröstets mjölkalveoler eller mjölkgångar och kan upptäckas genom att kvinnan undersöker sina bröst och känner en knuta. Knutan är oöm, symtomlös och förändrar inte bröstets storlek eller struktur. Bröstcancer upptäcks ofta av en tillfällighet men även ett stort antal upptäcks genom mammografiscreening. Behandlingen är beroende på vilket stadium av bröstcancer kvinnan befinner sig i. Kirurgi är basen för behandlingen och kompletterande behandlingar är strålning, cytostatika och andra farmakologiska ingrepp i det endokrina systemet (Järhult & Offenbartl 2006; Ericson & Ericson 2008).

Bröstcancer indelas i fyra olika stadier. I förstadiet har canceren endast vuxit till i cellagret där den uppstått. I första stadiet är canceren mindre än 2 centimeter i diameter och har inte spridit sig när den upptäckts. I andra stadiet är tumören mellan 2 till 5 centimeter i diameter och kan ha spridit sig och angripit lymfkörtlarna. I tredje stadiet är tumören 5 centimeter eller större och i fjärde stadiet har canceren spridit sig, metastaserats och även bildat dottertumörer (Bröstcancerfonden 2010).

## **Prognos**

De senaste årtiondena har chansen att bli botad från bröstcancer ökat. Ökningen beror på att bröstcancer upptäcks i ett tidigt stadium och att behandlingsmetoderna blivit effektivare (Bröstcancerfonden 2010). Även Avis et al. (2006) påvisar att en kraftig ökning av antalet kvinnor som lever längre beror på den tidiga upptäckten av bröstcancer och att behandlingen blivit effektivare. Antalet överlevande förväntas att fortsätta stiga (Hodgkinson 2007). Statistiskt sett har kvinnor vars cancer upptäckts i ett tidigt stadium bäst prognos (Bröstcancerfonden 2010). Trots att canceren upptäcks tidigt kan recidiv förekomma upp till 20 år efter det första insjuknandet (Almås 2002). Har canceren spridit sig är prognosen sämre. Bröstcancer är en individuell sjukdom som yttrar sig och påverkar kvinnorna olika vilket gör att varje prognos är individuell. Jämfört med för 40 år sedan har chansen att överleva 10 år, efter att bröstcancerdiagnosen ställts ökat med 80 procent (Bröstcancerfonden 2010). Prognosen beror på vilket stadium canceren är i vid diagnostillfället. För att avgöra prognosen är förekomsten av cancer i armhållans lymfkörtlar viktig, är canceren begränsad i bröstet är prognosen för överlevnad god 60-70 procent, vid spridd cancer är prognosen sämre, 20-30 procent (Ericson & Ericson 2008). Med bröstcancer överlevare menar författarna till litteraturstudien att primärbehandlingen är avslutad och kvinnan har ingen känd recidiv.

### **Känslomässiga reaktioner**

Ett besked om bröstcancer är svårt, trots att kvinnan själv kanske har misstänkt sjukdomen. Känslor kvinnorna vanligen reagerar med är oro, nedstämdhet och överklighetskänslor. Mest påfrestande för kvinnorna är tiden efter avslutad behandling, då den förväntade lättningen ska infinna sig, vilket inte alltid sker (Bröstcancerfonden, 2010). När behandlingen avslutas och kvinnorna försöker återgå till det ”normala”, behövs fortsatt stöd och stöttning från sjukvårdspersonal då kvinnorna upplever ett emotionellt kaos. Kvinnorna har förändrats och ändrat sin syn på tillvaron, de har ofta en känsla av att vara missförstådda från närstående och vänner. En period av omprövning och nyorientering startar (Bröstcancerfonden, 2009). Övergången från att haft bröstcancer till att vara en överlevare är en omtumlande upplevelse för kvinnor enligt Cappiello et al. (2007).

### **Livskvalitet**

Livskvalitet beskriver hur livssituationen upplevs. Enligt nationalencyklopedin (2011) kan sämre hälsa minska livskvaliteten hos en individ men sämre hälsa kan inte jämföras med sämre livskvalitet. Enligt Salonen et al. (2010) finns ingen enskild definition av begreppet livskvalitet, då livskvalitet betyder olika för olika människor. En definition av livskvalitet som Ferrans beskriver är *“a person’s sense of well-being that stems from satisfaction or dissatisfaction with the areas of life that are important to her”* (Ferrans 1990 refererad i Salonen et al. 2010, sid 256).

World Health Organization [WHO] definition av livskvalitet: *“Quality of life is defined as individuals’ perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns.”* (WHO 1996, s. 5)

Livskvalitet beskrivs av Aggernaes (1989 refererad i Nordenfelt 1991) som en känsla en individ känner av, den grad av tillfredsställelse med livet i allmänhet.

Enligt Rustøen (1992) har en levande människa alltid någon form av livskvalitet. Rustøen (1992) beskriver att nollpunkten för livskvalitet är menat med inget liv och att det även finns maximal livskvalitet, däremellan finns det olika nivåer som människor kan befinna sig i.

### **Mätning av livskvalitet**

Mätning av livskvalitet (Quality Of Life- QOL) kan ske genom frågeformulär. Frågorna är ofta uppdelade i olika områden som är viktiga för god livskvalitet. De områden som av ett flertal forskare ses som viktiga för livskvaliteten är fysisk hälsa, psykisk hälsa, sociala relationer samt andlighet, de tidigare beskrivna områdena har många underkategorier (Skevington et al. 2004; Ferrell & Grant 1995; WHO 1996). Exempel på livskvalitetsinstrument för cancerpatienter, bröstcancerpatienter samt överlevare av cancer: QLI-CV, FACIT-B och QOL-CS. Instrumenten ska hjälpa vårdpersonal upptäcka förändringar i livskvaliteten hos patienter. Vid behandling av en patient bör sjukvårdspersonal använda sig av ett mätinstrument och efter ytterligare två till fyra veckor senare utvärdera med en ny mätning, för att upptäcka förändring i livskvaliteten. Tidsramen mellan mätningarna kan variera beroende på patientens sjukdom. Om patienten har tillräcklig förmåga att svara själv på frågeformuläret bör det ske men annars bör en intervju göras (WHO 1996).

## **Sjuksköterskans roll**

International council of nursing' [ICN] har antagit sjuksköterskans etiska kod vilken är indelad i fyra ansvarsområden: att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (Socialstyrelsen 2005). Kvinnorna som överlevt bröstcancer behöver stöd och förståelse och sjuksköterskan får inte förringa deras rädsla och oro för återkommande cancer. Sjuksköterskan måste bemöta patientens känslor och tillgodose deras känslöbehov. I arbetet måste sjuksköterskan ge patienten utrymme för frågor och ta sig tid till att besvara frågorna (Bremmer 1989; Birgegård & Glimelius 1991). Sjuksköterskans roll är att inge patienten en känsla av kontroll, genom information och valmöjligheter. Sjuksköterskans arbete är inte enbart att hjälpa patienten fysiskt, utan även att ge kvinnan en grund till självhjälp för att främja hopp (O'Neill & Leedham 2001 refererad i Corner & Bailey 2008). För att sjuksköterskan ska kunna arbeta med patienternas livskvalitet i sjukvården måste ett helhetsperspektiv beaktas, där sjuksköterskan måste vara uppmärksam på patientens fysiska, psykiska, sociala och andliga behov (Rustøen 1992).

## **Problemformulering och syfte**

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor, mellan 15-20 kvinnor insjuknar varje dag. Forskningen går framåt och förbättrade behandlingar resulterar i att fler kvinnor lever längre och överlever sjukdomen. Ytterligare kunskaper är av intresse för att belysa faktorer som påverkar livskvaliteten hos kvinnor som överlevt bröstcancer, då vägen tillbaka till vardagen kan vara omtumlande.

Syftet med litteraturstudien var att belysa faktorer som påverkar livskvalitet hos kvinnor som överlevt bröstcancer.

## **Frågeställningar:**

Vilka faktorer har en positiv påverkan på livskvaliteten hos kvinnor som överlevt bröstcancer?

Vilka faktorer har en negativ påverkan på livskvaliteten hos kvinnor som överlevt bröstcancer?

## **Metod**

En litteraturstudie har genomförts för att inhämta kunskap genom att söka vetenskapliga artiklar som inkluderade både kvalitativa och kvantitativa studier. Databasinsamlingen gjordes genom sökningar i databaserna, CINAHL och PubMed, som enligt Polit och Beck (2008) är två användbara databaser för sjuksköterskor. Sökningen och bearbetningen av artiklarna följde nio steg, fritt översatt (Polit & Beck 2008).

- 1:** Syftet och eventuella frågeställningar formuleras och identifieras.
- 2:** Utarbeta en sökningsstrategi, bestämma databaser och identifiera sökord.
- 3:** Sökning och insamling av originalartiklar utförs, därefter dokumenteras sökstrategin.
- 4:** Gå igenom artiklarna för att kontrollera dess relevans och lämplighet.
- 5:** Läs artiklarna, eventuellt identifiera nya referenser (börja om på steg 3).
- 6:** Relevant information sammanfattas och irrelevanta artiklar utesluts.
- 7:** Kritisk granskning av artiklarna.
- 8:** Analysera och utarbeta kategorier.
- 9:** Skriv litteraturstudien.

### Litteratursökning.

Enligt första steget i Polit och Beck (2008) har ett syfte och frågeställning formulerats. Därefter genomfördes steg 2 där databaserna CINAHL och PubMed valdes samt begränsningar, se nedan. Sökord i CINAHL som använts är Breast Neoplasms, quality of life och quality of life/PF och söktes som headingsord samt i fritext survivors och psychological factors. I PubMed användes sökorden Breast Neoplasms, vilket söktes som Mesh term. I fritext söktes sökorden Survivors/psychology, quality of life, life style och adaption/psychology. I steg 3 söktes sökorden var för sig och sedan i kombinationer. Sökningarna dokumenterades och sammanställdes i Tabell 1.

**Inklusionskriterier** för litteraturstudien var vetenskapliga kvalitativa och kvantitativa artiklar som svarade på litteraturstudiens syfte. De skulle vara skrivna på engelska eller svenska och vara publicerade mellan år 2001 – november år 2011.

**Exklusionskriterier** för litteraturstudien var review artiklar, artiklar som undersökte livskvalitet hos kvinnor som inte färdigbehandlats för bröstcancer samt artiklar som studerade kvinnor med recidiv.

Tabell 1. Sökord och urval i CINAHL och PubMed.

Databas	Sökord	Antal	Urval 1	Urval 2	Urval 3
PubMed	1 Breast Neoplasms (MeSH)	184325			
	2 Survivors/psychology	4282			
	3 Quality life	167167			
	4 Life style	59146			
	5 breastneoplasms/psychology*	6055			
	6 quality of life	145067			
	7 survivors/psychology*	3925			
	8 adaption, psychological*	64323			
	#1 And #2 <sup>L</sup>	272	12		
	#1 AND #2 AND #3 AND #4	29	9	1	1
	#5 AND #6 AND #7 <sup>L</sup>	135	4		
#5 AND #6 AND #8 <sup>L</sup>	70	2			
CINAHL	1 Breast neoplasms (MM)	22390			
	2 quality of life	47132			
	3 survivors	13561			
	4 Quality of life/PF (MH)	1122			
	5 psychosocial factors	152943			
	6 quality of life (MM)	14804			
	#1 AND #2 AND #3 <sup>LL</sup>	241	23	2	1
	#1 AND #4 <sup>LL</sup>	66	4	1	1
#1 AND #5 AND #6 <sup>LL</sup>	148	7			
Manuell			28	11	8
Summa			89	15	11

<sup>L</sup>=Limited med 10 års gräns, kvinna och engelska.

<sup>LL</sup>= 10 års gräns och engelska

\*=trunkering

MM= exact major subject heading.

MH= exact subject heading.

PF= psychosocial factors

### **Urval 1**

I enlighet med steg 4 granskades de 961 artiklarna som framkom i kombinationssökningarna i CINAHL och PubMed. Artiklarnas titel och abstrakt lästes och endast artiklar som motsvarade litteraturstudiens syfte inkluderades i urval 1, vilket resulterade i 89 artiklar. De artiklarna i urval 1 letades upp i fulltext i Karlstads universitets bibliotek, Google scholar och från databaserna.

### **Urval 2**

I enlighet med steg 5 kontrollerades att artiklarnas resultat stämde överens med litteraturstudiens syfte samt lästes i sin helhet av båda författarna. Manuell sökning gjordes då 28 artiklar framkom ur andra artiklars referenser. Artiklarna granskades och 11 stycken inkluderades då artiklarnas resultat stämde med litteraturstudiens syfte. Tre av artiklar som framkom manuellt var utanför tidsperioden som angavs i inklusionskriterierna men som inkluderades då dessa tre var relevant för litteraturstudiens syfte. Forskningsprocessens alla delar kontrollerades i artiklarna, det vill säga innehåll abstrakt, inledning, metod, resultat, diskussion samt slutsats fanns med i artiklarna. I steg 6 lästes artiklarna och författarna förde anteckningar var för sig, sedan diskuterades vilka artiklar som skulle inkluderas i urval 2 (Polit & Beck 2008).

Artiklar som inte motsvarade litteraturstudiens syfte, inte innehöll alla delar i forskningsprocessen samt review- artiklar exkluderades.

### **Urval 3**

I steg 7 granskades artiklarna från urval 2 utifrån granskningsmallarna (Avdelningen för omvårdnad 2004). Artiklar som exkluderades var artiklar som hade otydlig resultatdel.

De 11 kvarvarande artiklarna blev underlag för litteraturstudies resultat vilket redovisas i en artikelmatris (Bilaga 1).

### **Databearbetning**

I enlighet med steg 8 lästes och bearbetades artiklarnas resultat där författarna var för sig analyserade artiklarna upprepade gånger. Viktiga meningar och ord färgmarkerades och diskuterades. Artiklarna lästes igen och meningar med faktorer plockades ut med källor för att få bättre överblick av materialet och se ett mönster av likheter och skillnader. Under hela bearbetningen av artiklarnas resultat, diskuterades innehållet så författarna inte misstolkade eller förbisåg viktiga resultat. Faktorer som var snarlika med varandra lades samman för att framträdde fram till 4 kategorier och 4 underkategorier. I steg 9 sammanställdes information till ett resultat och litteraturstudien skrevs i sin helhet (Polit & Beck 2008).

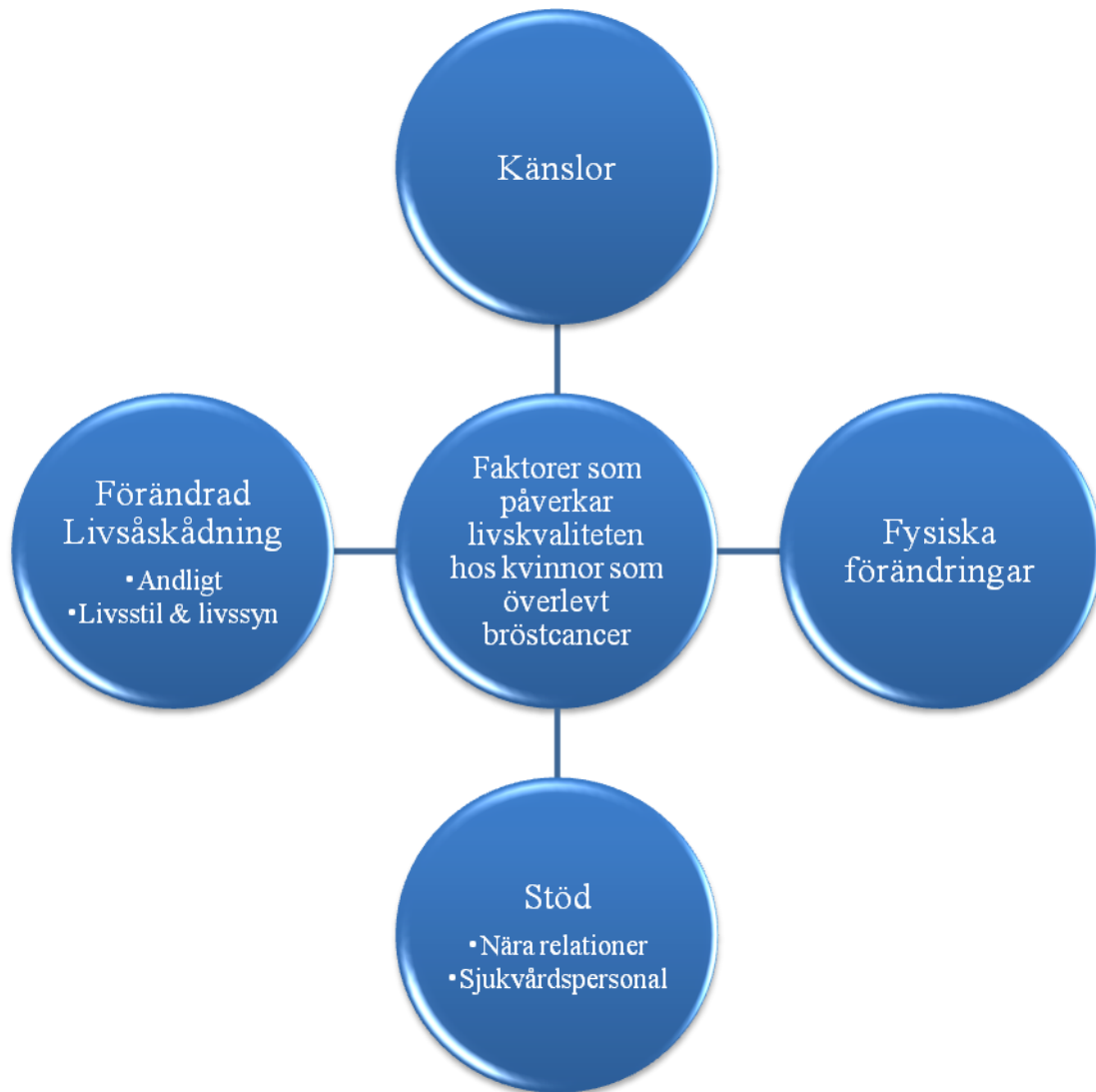
### **Etiska aspekter**

Artiklarna lästes och granskades, på ett objektivt sätt av författarna, det vill säga att författarna lade förförståelse åt sidan (Forsberg & Wengström 2008). Studien innehåller en sammanställning av redan dokumenterad kunskap i form av vetenskapliga artiklar. Studien skall ha god ordning genom dokumentation och arkivering (Vetenskapsrådet 2011). Artiklarna som valdes ut till litteraturstudien presenteras i resultatet och i en artikelmatris (Forsberg & Wengström 2008; Polit & Beck 2008). Citat återgavs på originalspråk för att undvika felöversättningar och missförstånd. Flera olika lexikon användes vid översättningen av svåra ord, för att undvika misstolkningar och eventuella felöversättningar. Litteraturstudien kommer att skickas till Urkund genom Karlstads Universitet för att förhindra plagiat.



## Resultat

Resultatet består av 4 huvudkategorier: känslor, fysiska förändringar, stöd och förändrad livsåskådning och 4 underkategorier: nära relationer, sjukvårdspersonal, andligt samt livsstil och livssyn, se figur 1.



Figur 1: Faktorer som påverkar livskvaliteten hos kvinnor som överlevt bröstcancer.

## Känslor

Kvinnorna upplever känslor såsom hopp, oro, rädsla, nedstämdhet, obehag, genans, ångest och skuld-känslor. Dessa känslor var faktorer som påverkar livskvaliteten.

Kvinnor som överlevt bröstcancer hade något högre psykosocialt välbefinnande jämfört med USA:s populationsnorm men det psykiska välbefinnandet var inom populationsnormen (Hodgkinson et al. 2007; Yeom et al. 2009). På en skala 0-4 där 4 indikerar sämsta utfallet, placerade kvinnorna sitt psykiska välbefinnande på en skala mellan 0,4-0,8 vilket tyder på god livskvalitet (Ganz et al. 1996).

I Ganz et al. (1996) hade kvinnorna som överlevt bröstcancer något bättre emotionellt välbefinnande jämfört med kvinnorna som inte haft någon cancersjukdom. Aspekter som hade en positiv inverkan på psykiskt välbefinnande och emotionellt välbefinnande var coping och hopp. Sämst inverkan på välbefinnandet hade oro inför döden, rädsla för återfall, nervositet och nedstämdhet men ändå indikerar god livskvalitet (Hassey Dow et al. 1996). I Cimprich et al. (2002) visade resultaten att ålder vid diagnos påverkade det psykiska välbefinnandet hos kvinnor. De kvinnor som fick diagnos vid medelåldern hade bättre psykiskt livskvalitet jämfört med de kvinnor som fick diagnosen vid yngre (<45) och äldre (>65) ålder (Cimprich et al. 2002). Enligt Bloom et al. (2004) kände sig 52 procent stressade, spänd och oroliga. Ganz et al. (1996) visade att oron hos kvinnorna minskade från 58 procent till 43 procent under en treårs period. Ett fåtal kvinnor kände att känslorna för cancer fortfarande var överväldigande och 38 procent upplevde oro och depression (Ganz et al. 1996).

Feldiagnos eller fördröjd diagnos var något som kvinnorna upplevde traumatiskt emotionellt (Ferrell et al. 1997).

Avslutad behandling var förenad med en förlustkänsla för kvinnorna, förlust av medicinskt övervakning och ofta relaterat till att det inte längre fanns någon handlingsplan till att kämpa emot cancer (Allen et al. 2009).

*“I felt such a sense of security when I was going through radiation... you get so used to going day after day... then all of a sudden, it's over. You felt safe while you were going there, and now that you're not going there anymore you feel like something is going to happen.”* (Allen et al. 2009, s 75)

Kvinnorna fick själva ta ansvar för sina egenkontroller av bröstet och de tvivlade på sin förmåga att skilja på ”normalt åldrande” och symptom på återkommande cancer (Allen et al. 2009).

*“How do you even know when to call the doctor? What's 'normal in-your-forties pain', and what's bone cancer?”*(Allen et al. 2009, s 75)

Flertalet kvinnor kände obehag över att bli kallad för “canceröverlevande”, då oron för cancer fortfarande fanns kvar (Allen et al. 2009).

*“I have a really hard time with the word survivor. I mean, I hope I am”* (Allen et al. 2009, s 75)

Kvinnorna som vid yngre ålder fick sin diagnos hade oftare en negativ självuppfattning och förändring i utseendet påverkade mer negativt jämfört med kvinnorna som fick diagnos vid högre ålder (Cimprich et al. 2002). Kvinnorna upplevde att känslorna kring hårfallet var mer förödande än väntat (Ferrell et al. 1997), nästan hälften av kvinnorna (46%) kände sig generade över sina kropp (Bloom et al. 2004) och mindre sexuellt attraktiva (Ganz et al. 1996). Enligt Bloom et al. (2004) så ökar självkänslan hos kvinnorna något under en 5 års period.

När som helst kunde en känsla av ångest uppstå utan anledning, berättar kvinnor i Allen et al. (2009) studie.

*"... all of a sudden I just [feel] like a deflated balloon".* (Allen et al. 2009, s 75)

De kvinnor som hade döttrar kände oro och skuld känslor för ärftlighetsrisken i tron om att de var ansvariga för att föra det vidare i familjen (Ferrell et al. 1997; Ganz et al. 1996).

*" I found that my daughter is very concerned about will she get breast cancer. She's 14 tomorrow and both generations, my mom is very frightened that she will get breast cancer. So, I can identify in both ways. My daughter is very concerned; "Mom, am I going to get breast cancer"? So I think that's just something that's just definitely going to happen. And I just tell my daughter that just because I had (breast cancer) doesn't mean that you're going to have it. Because there is no woman in my family that I know of who ever had it. So as far as I know, I'm the first."* (Ferrell et al. 1997, s 21)

Rädsla och oro inför återkommande cancer var vanligt förekommande bland kvinnor som överlevt bröstcancer (Allen et al. 2009; Cimprich et al. 2002; Ferrell et al. 1997; Ganz et al. 1996; Hassey Dow et al. 1996). Gemensamt för kvinnorna var att rädslan förvärrades i samband med medicinska uppföljningsbesök (Cimprich et al. 2002; Ferrell et al. 1997; Ganz et al. 1996) och att fysiska symtom skapade rädsla för återkommande cancer (Allen et al. 2009; Ferrell et al. 1997). I Ganz et al. (1996) hade andelen kvinnor med nervösa besvär ökade från 48 procent till 56 procent.

*"My question is not if it's coming back... It's When"* (Allen et al. 2009, s 74-75)

*"... I Started having pains and the first thing I thought was "oh my gosh, the cancer is back"!"* (Allen et al. 2009, s 75)

Enligt Ganz et al. (1996) rapporterade 82 procent av kvinnorna att rädslan inför återkommande cancer var den största oron och oron för recidiv ökade under en treårs period efter diagnos. I Hodgkinson et al. (2007) kände en tredjedel av kvinnorna att de inte fick hjälp med att hantera oron för återkommande cancer. Flertalet kvinnor vägrade att tyngas av oro för cancer och hade accepterat att de inte hade någon kontroll över risken för återfall (Allen et al. 2009).

“... *I probably think of it coming back every day*”. (Allen et al. 2009, s 75)

Cimprich et al. (2002) visade att farhågor inför cancersjukdom förekom i alla åldergrupper hos kvinnor som överlevt bröstcancer. I Hassey Dow et al. (1996) studie hade rädsla för återkommande cancer, sekundärcancer och spridning av cancer sämst inverkan på psykiskt välbefinnande, men trots rädslan framkom det att den totala livskvaliteten var god.

## **Fysiska förändringar**

Kroppsliga symtom och förändringar hos kvinnor som överlevt bröstcancer kan vara kroniska sjukdomar, värk, smärta, fatigue, förstoppning, sömnförändringar, hormonella besvär, problem med arm- och bröstregionen, svettningar, värmevallningar, vaginal torrhet, fertilitetsproblem, menopaus, parestesi och känslig hud och detta påverkar livskvaliteten.

Det fysiska välbefinnandet representerar det högsta resultatet på livskvaliteten med mätinstrumentet QOL-CS (Hassey Dow et al. 1996). Resultat visade att det fysiska välbefinnandet hos kvinnor som överlevt bröstcancer var detsamma som USA:s populationsnorm (Cimprich et al. 2002; Yeom et al. 2009). Cimprich et al. (2002) visade att kvinnor som var i medelåldern vid diagnos hade bättre fysiskt välbefinnande jämfört med kvinnorna som fick diagnosen i åldergrupperna <45 år och >65 år. På en skala 0-4 där 4 indikerar sämsta utfallet, där kvinnorna placerade sitt fysiska välbefinnande på en skala mellan 0,3-0,8 vilket tyder på god livskvalitet (Ganz et al. 1996). Majoriteten av kvinnorna upplevde att de hade en ”bra” eller ”mycket bra” hälsa 5 år efter diagnos. Över hälften av kvinnorna visade på en eller flera kroniska sjukdomar, uppskattade kvinnorna att de hade en relativt bra hälsa (Bloom et al. 2004). I Ganz et al. (1996) visade att kvinnornas hälsa försämrades under en treårs period. De äldre kvinnorna, >65 år, hade fler besvär i förhållande till fatigue, värk eller smärta, sömnförändringar, förstoppning jämfört med kvinnorna i de två yngre åldersgrupperna, <45 år och 45-65 år. Även Hassey Dow et al. (1996) påvisade att brist på energi och smärta hade negativ påverkan på det fysiska välbefinnandet.

Många kvinnor upplevde symtom direkt relaterade till fysiska följder av bröstcancer. De mest förekommande symtomen och förändring var hormonella besvär, fatigue, smärta, sömnproblem samt problem i arm- och bröstregionen (Bloom et al. 2004; Cimprich et al. 2002; Ferrell et al. 1997; Ganz et al. 1996; Hassey Dow et al. 1996).

Hormonella besvär som ofta förekom var värmevallningar, svettningar (Bloom et al. 2004), sömnproblem och vaginal torrhet (Bloom et al. 2004; Ferrell et al. 1997). Äldre kvinnor påverkades mindre av menstruation- och fertilitetsproblem än de yngre kvinnorna (Cimprich et al. 2002). Bloom et al. (2004) studie där det ingick 185 kvinnor visade att tre fjärdedelar av kvinnorna hade passerat klimakteriet, men endast 22 procent hade haft en naturlig menopaus. En av effekterna av tidig menopaus är vaginal torrhet vilket inverkar negativt på kvinnornas sexliv (Bloom et al. 2004; Ferrell et al. 1997). Cirka två tredjedelar av kvinnorna som var sexuellt aktiva rapporterade sexuella problem som brist på sexuell lust, svårt att bli upphetsad, minskad njutning samt svårigheter att få orgasm (Bloom et al. 2004). Hos de yngre kvinnorna hade sexualiteten betydligt mer negativ inverkan på livskvaliteten jämfört med kvinnorna i de två äldre

åldersgrupperna (Cimprich et al. 2002). Många kvinnor hade tre år efter diagnos fortfarande sexuella problem (Ganz et al. 1996).

Fatigue hade den störst negativ inverkan på livskvaliteten inom fysiska välbefinnande och var något som kvinnorna hade svårt att beskriva (Ferrell et al. 1997; Hassey Dow et al. 1996).

*”...They can’t treat it. They can’t give you a pill and they can’t cut it out. It’s such a vague thing and yet it impacts the quality of your life.”* (Ferrell et al. 1997, s19)

Gemensamt för många kvinnor var problem i arm- och bröstregionen, där nästan hälften av kvinnorna hade ett eller flera problem. Av dessa upplevde 21 procent svullnad, 28 procent svaghet i armen, 38 procent stelhet i armen eller axeln samt bröst eller bröstorg smärta. Även symtom som parestesi (domnande och stickande känsla) och känslig hud i detta område var vanligt (Bloom et al. 2004; Cimprich et al. 2002; Ganz et al. 1996).

Nästan hälften av kvinnorna kände sig obekväma med kroppsförändringarna och kvinnorna hade 3 år efter diagnos fortsatta problem med kroppsuppfattningen (Christopher och Morrow 2004; Ganz et al. 1996). Kroppsuppfattningen förbättrades under en 5 års period sedan diagnos (Bloom et al. 1996; Ganz et al. 1996).

## **Stöd**

Stöd från familjemedlemmar, vänner, bröstcancerpatienter och sjukvårdspersonal påverkar livskvaliteten i form av socialt välbefinnande.

## **Nära relationer**

Stöd genom nära relationer var den aspekten som påverkade socialt välbefinnande positivt (Hassey Dow et al. 1996). På en skala från 40-200 där 200 visar på ett mycket gott socialt välbefinnande, har kvinnorna i Sammarcos (2009) studie poäng som ligger mellan 139-150 vilket tyder på ett bra socialt välbefinnande. Andra aspekter som påverkade socialt välbefinnande positivt var familjekommunikationen, känna sig nära familjen, partner och vänner (Hassey Dow et al. 1996). De yngre kvinnor hade ett bättre socialt stöd och mer stöd från sin partner jämfört med de äldre kvinnorna som överlevt bröstcancer (Sammarco 2009). Cimprich et al. (2002) studie hade de yngre kvinnorna ett sämre socialt välbefinnande jämfört med de äldre kvinnorna. Det sociala nätverkets begränsning och att barnen hade flyttat ut påverkade det sociala välbefinnandet negativt (Bloom et al. 2004). Den övervägande majoriteten av kvinnorna hade någon att få stöd av och prata med, det största stödet kom från partnern, familjen och vänner (Bloom et al. 2004; Ganz et al. 1996). En tredjedel av de 139 kvinnorna i Ganz et al. (1996) studie kände att deras förhållande med partnern hade förbättrats, men några kvinnor hade fortfarande problem med kommunikationen och tillgivenheten till partnern trots 3 år sedan bröstcancerdiagnos. Ganz et al. (1996) visade även att en fjärdedel kände sig överbeskyddad av sin partner och Bloom et al. (2004) visade att några kvinnor kände att deras partner eller mamma var i förnekelse. Det fanns ett fåtal kvinnor som valde att inte berätta för sina barn om bröstcancer (Bloom et al. 2004). I Ganz et al. (1996) studie var det ett fåtal kvinnor som uppgav att de inte delade med sig eller sökte stöd för problem, bekymmer eller känslor. Främsta orsaken var rädslan för att oroa andra, behovet av att diskutera känslorna kring bröstcancer, rädsla för andras reaktioner samt

att kvinnorna inte ville framstå som självcentrerade. Nästan hälften av singelkvinnorna hade svårt att prata om cancer (Ganz et al. 1996).

En enighet mellan kvinnorna var att familjens stöd var lika viktigt som stödet från andra kvinnor som haft diagnosen bröstcancer. Stödet från någon som varit i samma situation visade sig vara positivt och viktigt för kvinnorna, de uppskattade att kunna diskutera den gemensamma erfarenheten av bröstcancer och hur livet förändrats (Ferrell et al. 1997). Allen et al. (2009) visade att det var en förlust av stöd och vänskap från andra patienter med bröstcancer då behandlingen tog slut och de inte längre kunde mötas regelbundet.

*"I felt a loss because I didn't have the other women going through the experience in the waiting room."* (Allen et al. 2009, s 75)

### **Sjukvårdspersonal**

Många kvinnor rapporterade kommunikationsproblem med sin läkare. Detta påverkade kvinnornas livskvalitet negativt.

Mellan en fjärdedel och hälften av kvinnorna hade kommunikationsproblem med sin läkare (Bloom et al. 2004; Ganz et al. 1996; Yeom et al. 2009). Det framkom även att kvinnor som fått diagnos senare i livet hade fler kommunikationsproblem med sjukvårdspersonal vilket gav lägre psykosocialt välbefinnande (Yeom et al. 2009). Kvinnorna upplevde en god relation och hade ett bra förtroende för sin läkare men att de yngre kvinnorna upplevde mer socialt stöd från sjuksköterskor jämfört med de äldre kvinnorna (Hassey Dow et al. 1996; Sammarco 2009).

Kvinnorna upplevde att läkaren var likgiltig inför de fysiska symtom som påverkade deras liv negativt samt psykiska problem som uppstod av att ha överlevt bröstcancer. Kvinnor upplevde att de inte fick den information de behövde och tvekade att ställa frågor till sjukvårdspersonalen (Bloom et al. 2004; Ferrell et al. 1997; Ganz et al. 1996).

Drygt en tredjedel av kvinnorna hade svårt att veta vilken läkare de skulle vända sig till med vilka symtom, en fjärdedel av kvinnorna hade svårt att avgöra vilka symtom de skulle berätta för läkaren om och de visste inte om de olika läkarna kommunicerade med varandra (Yeom et al. 2009). I Hodgkinson et al. (2007) studie upplevde 57 procent av kvinnorna att läkarna kommunicerade bra med varandra och cirka 63 procent av kvinnorna kände sig delaktiga i sin vård tillsammans med sjukvårdspersonalen. Hälften av kvinnorna tyckte inte att de fick en kontinuerlig uppdatering kring sitt sjukdomstillstånd och informationen de fick framkom inte på ett sätt de kunde förstå (Ganz et al. 1996; Hodgkinson et al. 2007). I studien av Bloom et al. (2004) framkom det att patient- läkarkommunikationen förbättrades under en 5 års period.

En eller flera negativa attityder från sjukvårdspersonal rapporterades av 41 procent av kvinnorna (Yeom et al. 2009). Det förekom negativa attityder från sjukvårdspersonal som kvinnorna upplevde som kränkande och nedlåtande.

*"you shouldn't be so concerned, worried, or anxious about breast cancer now".* (Yeom et al. 2009, s 7)

*“A lot of women with breast cancer are worse off than you”.*  
(Yeom et al. 2009, s 7)

*“Compared to other women with breast cancer, your problems are minor”.* (Yeom et al. 2009, s 7)

*“You’re lucky to be alive”.* (Ferrell et al. 1997, s 18)

*“No one ever died of menopause”.* (Ferrell et al. 1997, s 18)

Ferrell et al. (1997) visade att kvinnorna tyckte att tillvägagångssättet för hur de fick diagnosbeskedet var olämpligt, då kvinnorna inte hade blivit uppmanade att ta med sig en anhörig som stöd, utan fick ensamt ta emot beskedet om bröstcancerdiagnosen. Gemensamt för nästan alla kvinnor var att de hade önskat mer information om cancerbehandlingar och ett andra utlåtande av en utomstående läkare (Bloom et al. 2004). I studien av Hassey Dow et al. (1996) visade att lidandet vid diagnos och behandling hos de yngre kvinnorna var högre jämfört med den äldre åldersgruppen. Flertalet av kvinnorna ångrade primärbehandlingen och en fjärdedel av kvinnorna var missnöjda med behandlingen (Bloom et al. 2004; Ganz et al. 1996). I Ganz et al. (1996) studie framkom det att två tredjedelar av kvinnorna var nöjda med behandlingen och uppföljningarna de fick och att tre fjärdedelar kände ingen ånger för den primära behandlingen.

## **Förändrad livsåskådning**

Faktorer som andlighet, och livsstilsförändringar påverkar livskvaliteten.

### **Andlighet**

Religionen hade betydelse för ungefär hälften av kvinnorna i Bloom et al. (2004) studie, där tron hade hjälpt dem igenom behandlingen men att det övervägande antalet kvinnor satte andlighet som en mycket viktig del i livet.

Den aspekt som hade sämst inverkan på det andliga välbefinnandet var oro för framtiden (Hassey Dow et al. 1996). Majoriteten av kvinnorna oroade sig inför framtiden, men äldre kvinnor var betydligt mer oroade inför framtiden jämfört med de medelålderskvinnorna (Bloom et al. 2004; Cimprich et al. 2002). Trots att behandlingen var avslutad plågades många kvinnor av osäkerheten inför framtiden (Allen et al. 2009).

*“I’m relieved that I’m done with that battle, but now what does the future hold?”*(Allen et al. 2009, s 76)

Bloom et al. (2004) visade att oron för framtiden hade signifikant förbättrats under en 5 års period.

Kvinnor som mött en livshotande sjukdom upplevde en känsla av sårbarhet och dödlighet enligt Ganz et al. (1996). Fåtal kvinnor valde att inte engagera sig andligt under vårdtiden då de såg det som ett tecken på att de var döende (Ferrell et al. 1997). Rädsla inför döden hade negativ inverkan på det andliga välbefinnandet (Hassey Dow et al. 1996).

Cimprich et al. (2002) visade att det inte var någon signifikant skillnad mellan åldersgrupper i andligt välbefinnande men Sammarco (2009) visade att den andliga livskvaliteten var bättre hos de äldre kvinnorna jämfört med de yngre kvinnorna. Det som påverkade andligt välbefinnande positivt var hoppfullhet, ett syfte i livet och positiva förändringar (Hassey Dow et al. 1996).

*"...The good Lord gave me cancer a little bit. He didn't want to kill me. He wanted to open my eyes..."* (Allen et al. 2009, s 74)

### **Livsstil och livssyn**

Hodgkinson et al. (2007) visade att 80 procent av kvinnorna såg erfarenheten med bröstcancer som något positivt medan Cimprich et al. (2002) fann att äldre kvinnor hade färre positiva förändringar i livet jämfört med yngre kvinnor. Flertalet av kvinnorna upplevde att de aldrig kommer återgå till det "normala", det vill säga, som livet var innan de drabbades av bröstcancer. Kvinnorna upplevde att erfarenheten av bröstcancer hade permanent förändrat dem (Allen et al. 2009).

*"... I don't think [life] is ever gonna be normal..."* (Allen et al. 2009, s 75)

Positiva förändringar i kvinnornas liv var ett närmare släktskap, att uppskatta och se positivt på livet, vuxit som person, fokusera på saker som är viktiga samt att sätta sina egna behov först (Allen et al. 2009; Ganz et al. 1996; Hodgkinson et al. 2007). Kvinnorna ändrade sin livsstil för att förbättra den allmänna hälsan och förebygga recidiv. Kvinnorna valde att börja med fler fritidsaktiviteter, ökad träningsfrekvens, rökstopp, hälsosammare kost, kontroll av stress, ägna sig åt andliga övningar och använda alternativ medicin (Allen et al. 2009; Ganz et al. 1996). Studien av Christopher och Marrow (2004) framkom det att kvinnorna hade få fritidsaktiviteter trots att 3 år har gått sedan diagnos. Flera kvinnor berättar att erfarenheten av bröstcancer hade lett till förbättrad självbild och en högre grad av självsäkerhet (Ganz et al. 1996).

*"I think it makes you realize just how precious life is"* (Allen et al. 2009, s 74)

*"... I think of cancer as a gift"* (Allen et al. 2009, s 74)

*"... I've cut down on my work hours... I joined a swim club... a walking club"* (Allen et al. 2009, s 74)

Många kvinnor gjorde omprioriteringar i livet och ett fåtal kvinnor valde att sluta arbeta och göra något annat i sitt liv (Bloom et al. 2004; Ferrell et al. 1997). Kvinnorna beskrev att de "was living faster", kände behov av att få ut mer av livet under en kortare tidsperiod och en vilja att uppfylla drömmar med en medvetenhet om att bröstcancer hade förkortat livet (Allen et al. 2009; Ferrell et al. 1997; Ganz et al. 1996). Kvinnorna slutade att lägga energi på bagateller och levde livet fullt ut varje dag (Allen et al. 2009; Bloom et al. 2004).



*“... Life is uncertain, and there’s a couple of things I’ve always wanted to do... I decided on doing them this year... because there’s no point in waiting.”* (Allen et al. 2009, s 74)

Flertalet kvinnor fick ökad tolerans, sympatiförmåga och medkänsla efter erfarenheten av bröstcancer (Ganz et al. 1996). Några kvinnor ville ge tillbaka eller hjälpa andra som tack för den hjälp de själva fick (Allen et al. 2009).

Christopher och Morrow (2004) visade att träning hade god effekt på mentaliteten, minskade stelheten och att träning med andra som varit med om samma sjukdom var något positivt. Träningen påverkade den psykiska hälsan och det sociala välbefinnandet positivt men påverkade inte livskvaliteten (Cadmus et al. 2009; Christopher & Morrow 2004).

## **Diskussion**

Syftet med litteraturstudien var att belysa faktorer som påverkar livskvaliteten hos kvinnor som överlevt bröstcancer. Studien bygger på 11 vetenskapliga artiklar se bilaga 1. Litteraturstudiens resultat visade att livskvaliteten var god hos kvinnor som överlevt bröstcancer, men att faktorer som känslor, fysiska förändringar, stöd och förändrad livsåskådning påverkar livskvaliteten.

### **Resultatdiskussion**

Ganz et al. (1996), Hodgkinson et al. (2007) och Yeom et al. (2009) visade att emotionella välbefinnandet var något högre hos de kvinnor som överlevt bröstcancer jämfört med USA:s populationsnorm och kvinnor som inte haft någon cancersjukdom. Författarnas förutfattade mening var att kvinnornas emotionella välbefinnande skulle vara sämre jämfört med populationsnormen men att resultatet visade på det motsatta. Kvinnorna uppskattade livet mer, omvärderade sin syn på livet då de insett hur skört livet kan vara. Mindre bakslag påverkar kanske inte kvinnan på samma sätt som innan diagnosen då hon redan upplevt en traumatisk emotionell upplevelse. Kvinnorna ser livet mer positivt, även om negativa händelser uppkommer kanske de omvärderar det till en positiv upplevelse.

Rädsla för cancersjukdom bör tas på större allvar då återfallen oftast inte upptäcks vid uppföljningsbesök. Det är kvinnan själv som upptäcker recidiv eller söker för andra symtom. Många kvinnor upplevde att uppföljningsbesöken och väntan på provsvaren var ett stort orosmomentet (Mehnert et al. 2009; Van den Beuken- van Everdingen et al. 2008). Då oro var ett stort problem för kvinnorna som överlevt bröstcancer, är detta ett område där kvinnorna behöver mer stöd. Om vårdpersonal inser att patienter känner oro för framtiden kan vårdpersonalen lindra denna oro. Patienterna kan få det betydligt bättre genom att höja eller bevara livskvaliteten (Rustøen 1992).

I hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) står det att kontakten mellan hälso- och sjukvårdspersonal och patient ska främjas, kontinuitet tillgodoses och säkerhet beaktas. Patientens fysiska symtom bör inte förminska genom jämförelser med en dödlig sjukdom. Bröstcancersjukdomen är individuell och fysiska symtom upplevs olika, om symtomen påverkar vardagen negativt bör sjukvårdspersonal ta det på allvar. Om fokus läggs på varje enskild kvinnas upplevelse kan vårdpersonalen förbättra livskvaliteten oavsett om problemet är fysiskt, psykiskt, socialt eller andligt (Davis et al. 2008; Rustøen 1992).

Fler än hälften av kvinnorna var positiva till den information som erhöles, men det fanns ett fortsatt stort behov av information kring sjukdomssituationen hos kvinnorna. Informationen ska ges på ett sätt så patienten förstår vilket inte alltid är fallet. Behovet av att kunna vara mer involverad i sin vård var något som kvinnorna önskade vilket borde vara en självklarhet hos sjukvårdspersonalen att få kvinnorna mer delaktiga i sin vård.

Bröstcancersjukdom är en individuell upplevelse och patienten är den som bäst känner till sin egen situation. Sjukvårdspersonalen syn på patientens situation skiljer sig från patientens egen syn på situationen (Rustøen 1992). Detta har troligen resulterat i att attityder uppstått och att kvinnor inte vågar berätta om negativa symtom som besvärar deras levnadssituation. Heidrich et al. (2006) visade att 20 procent av kvinnorna hade besvärande symtom som de inte tagit upp med sjukvårdspersonalen. Läkarna bör öka sin

förståelse för psykiska problem som uppstår till följd av att ha genomgått bröstcancer. Läkare inom somatiska vården är inriktade på kroppen vilket gör att de psykiska besvären sätts åt sidan, då patientens kropp anses som frisk. Det syns även i litteraturstudien att psykiskt välbefinnande hade sämst inverkan på livskvaliteten där oro och rädsla påverkar negativt på psykiskt välbefinnande. Inom psykiskt välbefinnande behöver kvinnorna ytterligare stöd. Enligt Rustøen (1992, s. 38) nämns: *”Denna form är smärtsam både när man upplever den, tänker tillbaka på den eller förväntar att den ska komma.”*

Enligt de artiklar som ingår i resultatet visade sig fysisk träning inte ha någon inverkan på kvinnornas livskvalitet, vilket förvånade författarna till litteraturstudien som hade förväntningar på en positiv inverkan på livskvaliteten.

### **Metoddiskussion**

Polit och Becks (2008) niostegsmodell har gett struktur och stöd för att organisera arbetet med litteraturstudien. Enligt Polit och Beck (2008) är CINAHL och PubMed databaser för omvårdnadsforskning, vilket ger styrka i denna litteraturstudie då dessa har använts. Sökstrategin kunde ha förbättrats genom att valt att söka fler av sökorden som MeSH-term och headings ord vilket kunde bidragit till ett mindre begränsat antal artiklar. I urval 1 lästes endast artiklarnas titlar och abstrakt vilket kan ha lett till att relevanta artiklar kan ha förkastats.

Vid manuell sökning framkom artiklar som hade sökord som använts för litteratursökningen samt var inom tidsgränserna för inklusionskriterierna men som inte framkom i databassökningen. Hade hela sökningen sökts i fritext hade troligtvis även de manuella artiklarna fångats upp men att antalet träffar då hade varit för stort. Direktöversättningen av resultat i de engelska artiklarna kan ha lett till felöversättningar, trots att flera lexikon använts har vissa ord och begrepp varit svåra att finna en svensk motsvarighet till. Det kan i vissa fall ha lett till feltolkningar trots en strävan om motsatsen.

En styrka i litteraturstudien var en jämn fördelning av kvalitativa och kvantitativa artiklar. Kvalitativa artiklar gav beskrivande resultat på hur kvinnor upplevde överlevandet av bröstcancer. De olika mätinstrumenten i de kvantitativa artiklarna för livskvalitet hade olika utformningar vilket gjorde att en tydlig gräns mellan områdena inom livskvalitet var svåra att urskilja. Detta kan ha medfört att feltolkningar har skett i analysarbetet av artiklarnas resultat men gav intressanta diskussioner.

Genom hela litteraturstudiens process har författarna arbetat tillsammans och bearbetat materialet ett flertal gånger, både enskilt och tillsammans. Författarna behandla resultatet etiskt genom att inkludera alla faktorer och att inte gripa artiklarnas resultat ur dess sammanhang.

## **Klinisk tillämpbarhet**

Med litteraturstudien vill författarna öka medvetenheten hos vårdpersonal om problemen med negativa attityder hos sjukvårdspersonal mot kvinnor. Öka sjukvårdspersonalens förståelse om psykiska och fysiska symtom och svårigheterna som upplevs hos kvinnorna som överlevt bröstcancer med att återgå till vardagen. Kunskapen kan hjälpa till under arbetet med att utveckla strategier för att förbättra kvinnors livskvalitet.

## **Framtida forskning**

Ytterligare forskning om hur livskvaliteten kan förbättras hos kvinnor som överlevt bröstcancer. Forskning bör utföras på negativa och positiva faktorer som påverkar kvinnornas livskvalitet för att få fram strategier för att förbättra livskvalitet. Svensk forskning är önskvärt inom området då antalet studier är få. Fler kvalitativa studier är önskvärt då mätverktygen i kvantitativa studier inte ger utrymme för omständigheterna omkring upplevelsen av att vara bröstcanceröverlevare. Forskning på hur livskvaliteten hos kvinnor som överlevt bröstcancer skiljer sig mellan olika länder och kön skulle vara intressant att belysa.

## **Slutsats**

Litteraturstudien visade att negativa och positiva faktorer påverkade livskvaliteten men att de negativa faktorerna på ett område inte alltid tyder på en försämrad livskvalitet. Exempelvis hade många kvinnor negativa fysiska symtom men att kvinnorna ändå upplevde gott fysiskt välbefinnande. Flertalet kvinnor upplevde en ny mening med livet, de värdesätter sitt liv mer och vill leva ut sina drömmar då de vet att livet är skört. Majoriteten av kvinnorna uttryckte en känsla av att livet förkortats av cancersjukdomen men att de ändå ser positiv på livet.

## Referenser

Allen, J.D., Savadatti, S. & Gurrnankin Levy, A. 2009. The transition from breast cancer "patient" to "survivor. *Psycho-Oncology*. 18: 71-78.

Almås, H. (2002). *Klinisk omvårdnad. Del 1*. Red. Stockholm: Liber.  
*Avdelningen för omvårdnad (tidigare institutionen för hälsa och vård)*. 2004. Studiehandedning. Omvårdnadsforskningens teori och metod III – examensarbete, 15 hp (kurskod: OMGC12, rev 20011-08-18). Karlstad: Karlstads universitet.

Avis, N.E., Ip, E. & Long Foley, K. 2006. Health and Quality of Life Outcomes. *BioMed Center* 4:92

Birgegård, G. & Glimelius, B. 1991. *Vård av cancersjuka*. Lund: Studentlitteratur: Lund.

Bloom, J.R., Stewart, S.L., Chang, S. & Banks, P.J. 2004. Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 13: 147-160.

Bremmer, K. (red.) 1989. *Omvårdnad av cancersjuka: En konferensrapport från Svenska Sjukhusföreningen*. Stockholm.

Bröstcancerfonden. 2010. *Bröstcancer*. Stockholm. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Cancersjukdomar/Brostcancer/?gclid=CIPqpMqjnKsCFcXwzAodrWxumQ> (2010-04-06)

Bröstcancerfonden. 2009. *Efter cancerbeskedet*. Stockholm. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/for-patienter/Vardagen-forandras/Efter-cancerbeskedet/> (2009-01-22)

Bröstcancerföreningens Riksorganisation. 2011. [Elektroniskt] Tillgängligt: <http://www.bro.org.se/statistik.php> (2011-10-03)

Cadmus, L.A., Salovey, P., Yu, H., Chung, G., Kasl, S. & Iwin, M.L. 2009. Exercise and quality of life during and after treatment for breast cancer: results of two randomized controlled trails. *Psycho-oncology*. 18: 343-352.

Cappiello, M., Cunningham, R.S., Knobf, MT. & Erdos, D. 2007. Breast Cancer Survivors: Information and Support After Treatment. *Clinical Nursing Research* 4 (16), 278-293.

Cimprich, B., Ronis, D.L. & Martinez-Ramos, G. 2002. Age at diagnosis and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer Practice*. 10(2)85-93.

Christopher, K.A. & Morrow, L.L. 2004. Evaluating a community-based exercise program for women cancer survivors. *Applied Nursing Research*. 17(2): 100-108.

Corner, J. & Bailey, C. 2008 *Cancer nursing: care in context*. London: s.442-448.

Davis, N.J., Kinman, G., Thomas, R.J. & Bailey, T. 2008. Information satisfaction in breast and prostate cancer patients: implications for quality of life. *Psycho-Oncology* 17: 1048-1052.

Ericson, E. & Ericson, T. 2008. *Medicinska Sjukdomar: specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi*. (3:e uppl.). Studentlitteratur: Lund.

Ferrell, B.R. & Grant, M. 1995. *Quality of life instrument- breast cancer patient version*. [Elektroniskt] Tillgängligt: <http://prc.coh.org/pdf/QOL%20Breast%20Cancer%20Pt.pdf> (2011-10-03).

Ferrell, B.R., Grant, M.M., Funk, B., Otis-Green, S. & Garcia, N. 1997. Quality of life in breast cancer survivors as identified by focus groups. *Psycho-oncology*. 6: 13-23.

Forsberg, C. & Wengström, Y. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Ganz, P.A., Coscarelli, A., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, M.L. & Petersen, L. 1996. Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life. *Breast Cancer Research and Treatment*. 38: 183-199.

Hassey Dow, K., Ferrell, B.R., Leigh, S., Ly, J. & Gulasekarma, P. An Evaluating of the quality of life among long-term survivors of breast cancer survivors. 1996. *Breast Cancer Research and Treatment*. 39: 261-273.

Heidrich, S.M., Egan, J.J., Hengudomsb, P. & Randolph, S.M. 2006. Symptoms, symptom beliefs, and quality of life of older breast cancer survivors: a comparative study. *Oncology Nursing Forum*- 33(2), sid 315-322.

Hodgkinson, K., Butow, P., Hunt, G.E., Pendlebury, S., Hobbs, K.M. & Wain, G. 2007. Breast cancer survivors' supportive care needs 2-10 years after diagnosis. *Support Care Center*. 15: 515-523

Järhult, J. & Offenbartl, K. 2006. *Kirurgiboken*. 4:e uppl. Stockholm: Liber.

Mehnert, A., Berg, P., Henrich, G. & Herschbach, P. 2009. Fear of cancer progression and cancer-related intrusive cognitions in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology* 18: 1273-1280.

Nationalencyklopedin. [Elektronisk] Tillgänglig: <http://www.ne.se/lang/livskvalitet> (2011)

Nordenfelt, L. 1991. *Livskvalitet och Hälsa*. (1:a uppl.). Almqvist & Wiksell förlag AB: Falköping.

Polit, D.F. & Beck, C.T. 2008. *Nursing research: Denerating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (8.ed). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Rustøen, T. 1992. *Livskvalitet: en utmaning för sjuksköterskan*. (1:a uppl.). Ad Notam A/S: Oslo.

Salonen, P., Kellokumpu, P-L., Tarkka, M-T., Koivisto, A-M. & Kaunonen, M. 2010. Changes in quality of life in patients with breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*. 20, 255-266.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Skevington, S.M., Lotfy, M. & O'Connell, K.A. 2004. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research* 13: 299–310. [Elektroniskt] Tillgängligt: <http://www.springerlink.com/content/h2142w037vv63004/fulltext.pdf> (2011-10-04)

Socialstyrelsen. 2005. *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. [Elektronisk]. Tillgängligt: [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf) [200502].

Socialstyrelsen. 2009. *Cancer i siffror 2009*. [Elektronisk] Tillgängligt: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-127>

Socialstyrelsen. 2009. *Cancer Incidence in Sweden 2009*. [Elektroniskt] Tillgängligt: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18204/2010-12-17.pdf> (2011-10-03)

Sammarco, A. 2009. Quality of life of breast cancer survivors- a comparative study of age cohorts. *Cancer Nursing* 32 (5): 347- 356

Van den Beuken- van Everdingen, M.H.J., Peters, M.L., de Rijke, J.M. & Schouten, H.C. 2008. Concerns of former breast cancer patients about disease recurrence: a validation and prevalence study. *Psycho-Oncology* 17: 1137-1145.

Vetenskapsrådet. 2011. *God forskningsed*. [Elektroniskt] Tillgängligt: [http://www.cm.se/webbshop\\_vr/pdf/2011\\_01.pdf](http://www.cm.se/webbshop_vr/pdf/2011_01.pdf) (2011)

World Health Organization (WHO). 1996. *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. [Elektroniskt] Tillgängligt: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf) (2011-10-01)

Yeom, H. & Hendrich, S.M. 2009. Effect of perceived barriers to symptom management on quality of life in older breast cancer survivors. *Cancer Nurs* 32(4): 309-316

Bilaga 1. Artikelmatris.

<b>Författare</b>	<b>Titel/tidskrift/årtal</b>	<b>Syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Huvudresultat</b>
Allen, J.D., Savadatti, S. & Gurrmankin Levy, A.	<i>"The transition from breast cancer "patient" to "survivor"."</i> <i>Psycho-Oncology</i> . 2009	Syftet var att utforska kvinnors rädsla för risk för återfall, känslan av förlusten av medicinsk övervakning, social stöd från vårdgivare, andra patienter samt strategier de använder för att hantera detta.	Kvalitativ design med semistrukturerad fokusgrupp, intervju. 216 bröstcancer patienter. Svarsfrekvens: 47 (22 %) Bortfall: 169.	Det finns positiva förändringar hos kvinnan själv, rädsla för återfall, ökat känslomässig turbulens, att det är svårt att återgå till vardagen samt känna förlust med avslutad behandling.
Bloom, J.R., Stewart, S.L., Chang, S. & Banks, P.J.	<i>"Then and now: quality of life of young breast cancer survivors."</i> <i>Psycho-Oncology</i> . 2004	Syftet var att ta reda på hur livskvaliteten påverkas hos kvinnor som överlevt bröstcancer över en längre tid.	Kvantitativ och kvalitativ design med Strukturerade frågeformulär och intervjuer. 331 bröstcanceröverlevare. Svarsfrekvens: 185 (73%). Bortfall: 146.	Fysiskt välbefinnande var associerat med färre kroniska sjukdomar och psykiskt välbefinnande var associerat med färre kroniska sjukdomar och mindre känslomässigt stöd.
Cadmus, L.A., Salovey, P., Yu, H., Chung, G., Kasl, S. & Iwin, M.L.	<i>"Exercise and quality of life during and after treatment for breast cancer: results of two randomized controlled trails."</i> <i>Psycho-oncology</i> . 2009	Syftet var att fastställa effekten av motion på livskvalitet bland de som nyligen klassats som överlevare som gör adjuvant behandling och de som är klara med behandlingen.	Kvantitativ och kvalitativ design med intervention, strukturerade frågeformulär, intervjuer och kliniska besök. totalt deltog 75 deltagare. Svarsfrekvens: 74 (99%). Bortfall: 1.	Träning visade en förbättrad social funktion hos de som överlevt bröstcancer men hade ingen inverkan på livskvalitet.



Bilaga 1. Artikelmatris.

Cimprich, B., Ronis, D.L. & Martinez-Ramos, G.	<i>"Age at diagnosis and quality of life in breast cancer survivors."</i> <i>Cancer Practice</i> . 2002	Syftet var att fastställa skillnader i livskvalitet hos långtids överlevare beroende på ålder vid diagnos och bestämma det förutsägbara värdet av ålder vid diagnos och antal överlevnads år.	Kvantitativ design med strukturerat frågeformulär som mäter livskvalitet. 202 bröstcanceröverlevare. Svarefrekvens: 105 (52%) Bortfall: 97.	Det finns skillnader i livskvalitet mellan yngre och äldre åldersgrupper inom de olika områdena i livskvalitet.
Christopher, K.A. & Morrow, L.L.	<i>"Evaluating a community-based exercise program for women cancer survivors."</i> <i>Applied Nursing Research</i> . 2004	Syftet var att undersöka i vilket utsträckning som träning påverkar den psykosociala och fysiska välbefinnandet och den övergripande livskvalitet hos kvinnor som överlevt bröstcancer.	Kvantitativ studie med beskrivande pilotstudie med enkäter. 39 bröstcancer överlevare. Svarefrekvens: 21 (54%) Bortfall: 18.	Träning har ingen större påverkan på livskvaliteten med att områdena psykiska och sociala välbefinnandet ökar något.
Ferrell, B.R., Grant, M.M., Funk, B., Otis-Green, S. & Garcia, N.	<i>"Quality of life in breast cancer survivors as identified by focus groups."</i> <i>Psycho-oncology</i> . 1997	Syftet var att rapportera resultatet av en studie om livskvalitet hos kvinnor med bröstcancer genom fokusgrupp.	Kvalitativ studie med intervjuer med fokusgrupper. 26 bröstcancer överlevare. Svarefrekvens: 16 (61,5%). Bortfall: 10	Livskvalitet delas in i fyra grupper fysisk-, psykosocialt-, socialt- och andligt välbefinnande hos kvinnor som överlevt bröstcancer.
Ganz, P.A., Coscarelli, A., Fred, C., Kahn, B., Polinsky, M.L. & Petersen, L.	<i>"Breast cancer survivors: psychosocial concerns and quality of life."</i> <i>Breast Cancer Research and Treatment</i> . 1996	Syftet var att beskriva psykosociala bekymmer och livskvalitet hos bröstcancer överlevare 2 och 3 år efter primär diagnos.	Kvantitativ och kvalitativ studie med intervjuer och enkäter. 182 bröstcancer överlevare. Svarefrekvens: 139 (77 %) Bortfall: 43.	Kvinnorna uppgav att ett år efter operationen hade fortfarande problem som påverkade livskvaliteten.
Hassey Dow, K., Ferrell, B.R., Leigh, S.,	<i>"An Evaluating of the quality of life among</i>	Syftet var att utvärdera livskvaliteten hos	Kvantitativ och kvalitativ studie med frågeformulär.	Det finns båda bra och sämre utfall i de olika

Bilaga 1. Artikelmatris.

Ly, J. & Gulasekarma, P.	<i>long-term survivors of breast cancer survivors.”</i> <i>Breast Cancer Research and Treatment.</i> 1996	canceröverlevare.	1200 bröstcancer överlevare. Svarsfrekvens: 294 (24,5%). Bortfall: 906.	områdena i livskvalitet där psykosociala välbefinnandet representerat sämsta utfallet och fysiska välbefinnandet har bästa utfallet.
Hodgkinson, K., Butow, P., Hunt, G.E., Pendlebury, S., Hobbs, K.M. & Wain, G.	<i>“Breast cancer survivors’ supportive care needs 2-10 years after diagnosis.”</i> Support Care Cancer. 2007	Syftet var att identifiera långsiktiga resultat och stödjande vårdbehov i en sjukdomsfri bröstcancer överlevnad.	Kvantitativ metod med frågeformulär. 174 bröstcancer överlevare. Svarsfrekvens: 117 (67%). Bortfall: 57.	Det finns tillgodosedda behov och inte tillgodosedda behov gällande vården och det personliga.
Sammarco, A.	<i>“Quality of life of breast cancer survivors- a comparative study of age cohorts.”</i> Cancer Nursing. 2009	Syftet var att undersöka skillnader mellan äldre och yngre bröstcancer överlevare I uppfattandet av socialt stöd, osäkerhet och livskvalitet.	Kvantitativ med frågeformulär. 1023 bröstcancer överlevare. Svarsfrekvens: 292 (28,5%) Bortfall: 731.	Visar på att det finns skillnader i livskvalitet mellan den yngre och äldre åldersgruppen gällande social stöd.
Yeom, H. & Hendrich, S.M.	<i>“Effect of perceived barriers to symptom management on quality of life in older breast cancer survivors.”</i> Cancer Nurs. 2009	Syftet var att undersöka i vilken utsträckning äldre bröstcancer överlevare upplever hinder för symtomlindring och om dessa hinder påverkar livskvaliteten.	Kvantitativ design, sekundäranalys av två pilotstudier. 63 bröstcancer överlevare. Svarsfrekvens: 61 (97%) Bortfall: 2.	Kommunikationsproblem med vårdpersonal om symtom. Det påverkar det psykosociala men inte det fysiska och inte heller livskvaliteten.