



ERSTA
SKÖNDAL
BRÄCKE
HÖGSKOLA

Namn: Razber Koydal & Terese Tegberger

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKGT13, VT2019

Nivå: Grundnivå

Handledare: Carina Lundh Hagelin

Examinator: Henrik Lerner

Kvinnors upplevelser av bröstcancer efter avslutad primärbehandling: En litteraturstudie En litteraturstudie

Women's experiences of breast cancer after primary treatment: A literature review

Sammanfattning

- Bakgrund:** Bröstcancer är den vanligaste dödsorsaken bland kvinnor och är den vanligaste cancersjukdomen i Sverige. Sjukdomen behandlas med kirurgi, strålning, cellgifter och hormoner. Omvårdnaden på dessa kvinnor grundar sig på att stötta, hjälpa och motivera till egenvård, självförtroende och förändra syn på livet.
- Syfte:** Syftet var att beskriva kvinnors upplevelser av bröstcancer efter avslutad primärbehandling.
- Metod:** I denna litteraturöversikt har åtta kvalitativa och två mixade forskningsrapporter inkluderats. Dessa har inhämtats från databaserna Cinahl Complete, PubMed och PsycINFO med sökorden "*breast neoplasms*", "*life experience*" och "*survivors*". Samtliga artiklar kvalitetsgranskades och analyserades enligt Fribergs (2017) metod för kvantitativa och kvalitativa studier.
- Resultat:** Kvinnor upplevde förändrat liv efter bröstcancerbehandling. Bröstcancer ledde till kroppsliga och mentala utmaningar som påverkade kvinnornas vardag, förändrad kroppsuppfattning och känslor samt förändrade relationer. Resultatet delades i tre huvudkategorier, *upplevelse av förändrad kropp*, *rädsla* och *relationer*.
- Diskussion:** Resultatet diskuterades utifrån Dorothea Orems omvårdnadsteori och tidigare forskning samt kvinnornas upplevelser. Resultatet visar att kvinnor efter avslutad primärbehandling upplevde rädsla och en förändrad syn på sin kropp. Författarna diskuterar i resultatdiskussionen sjuksköterskans roll i uppföljningsvården av kvinnor som har drabbats av bröstcancer.
- Nyckelord:** Kvinnor, Bröstcancer, Överlevnad, Upplevelse.

Abstract

Background: Breast cancer is the most common cause of death among women and it is the most common cancer disease in Sweden. The disease is treated with surgery, radiation, chemo and hormones. The nursing care of these women is focused on supporting, helping, and motivating self-care, self-confidence and life changes.

Aim: The purpose was to describe women's experiences of breast cancer after completing primary treatment.

Method: In this review of literature, eight qualitative and two mixed method articles have been included. These have been obtained from the databases Cinahl Complete, PubMed and PsycINFO with the keywords "*breast neoplasms*", "*life experience*" and "*survivors*". All of the articles were quality-reviewed and analyzed according to Friberg's (2017) method for quantitative and qualitative studies.

Results: Women experienced a life change after breast cancer treatment. Breast cancer caused bodily and mental challenges that affected women's everyday lives, changed body image, emotions and changed relationships. The result was presented to three main categories, *experience of changed body, fear* and *relationships*.

Discussion: The result was discussed in relation to Dorothea Orem's nursing theory and previous research as well as the women's experiences. The result shows that women after primary treatment often experienced fear and a changed view of their body. The authors discuss the role of the nurse in the follow-up care of women who have suffered from breast cancer.

Keywords: Female, Breast neoplasms, Survivor, Perception.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Välbefinnande och livskvalité	1
Förekomst av bröstcancer	2
Orsaken till bröstcancer	2
Symtom och diagnos på bröstcancer	3
Behandling	4
Primärbehandling vid bröstcancer	4
Bröstrekonstruktion	5
Uppföljningsvården	6
Sjuksköterskans ansvarsområde	6
Problemformulering	7
Syfte	7
Teoretiska utgångspunkter	7
Metod	8
Litteraturoversikt	8
Datainsamling	9
Urval	10
Analys	11
Forskningsetiska överväganden	11
Resultat	12
Upplevelse av förändrad kropp	12
Fysisk påverkan.....	12
Psykisk påverkan	13
Upplevelse av rädsla	14
Relationer	15
Vårdrelationer	15
Sociala relationer.....	16
Diskussion	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	20
Kliniska implikationer	23
Förslag till fortsatt forskning	24
Slutsats	24
Referensförteckning	25
Bilaga 1. Sökmatrix	30
Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat	32

Inledning

Alla känner någon, eller känner någon som känner någon, eller har hört om någon som har fått bröstcancer. Bröstcancer är idag en vanlig sjukdom som nästan alla har hört talas om. Det förekommer mycket preventivt arbete, delvis att kvinnor ska undersöka knölar i bröstet och mammografiscreening. Med anledning av detta får flera kvinnor ett bröstcancerbesked varje dag. Detta medför många tankar om framtiden. Dels för att cancer är ett laddat ord som av många kan vara förknippat med döden. Men också om utseendet, livet, framtiden och relationer som kan förändras. Hur blir det efter överlevnaden av bröstcancer? Hur går livet vidare och hur ser livet ut efter avslutad behandling? Kan livet fortsätta som vanligt eller kommer bröstcancer för alltid ha satt sina spår hos kvinnorna. Författarnas förhoppning med denna studie är att kunna påvisa delar som ökar sjuksköterskans kunskap kring undervisning, bemötande och eftervård av kvinnor som har drabbats av bröstcancer och genomgått primärbehandling.

Bakgrund

Välbefinnande och livskvalité

Enligt World Health Organisation (1946) är välbefinnande ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande”, som kan tolkas att välbefinnande inte endast handlar om frånvaro av sjukdom. Willman (2014) skriver att välbefinnande är en subjektiv upplevelse samt innefattar människans inre upplevelser. Lidande och välbefinnande omfattar och överordnar livskvalitén, upplevelse av välbefinnande och frihet av lidande innebär högre livskvalité hos människor. Välbefinnande innebär att individen kan utveckla sin fulla potential, arbeta kreativt och produktivt, bygga starka och positiva relationer med andra, samt bidra till utveckling i samhället. Detta omringas som en koncentration på kapacitet och positiva känslor snarare än sjukdomar, funktionshinder och negativa känslor. Hälsa och välbefinnande syftar också avsiktligt att omfatta flera domäner för mänsklig funktion, känslor, attityder, relationer, arbete och produktivitet och fysisk hälsa (Kinderman, Schwannauer, Pontin & Tai, 2011).

Livskvalité omfattar hälsa, sjukdom och behandling samt har påverkan på människans välbefinnande. Det handlar också specifikt om psykologiska, sociala och fysiska aspekter av hälsotillstånd under och efter olika behandlingar som inkluderar funktionell, emotionella, andliga och sexuella områden av sjukdomar (Roomaney & Kagee, 2018).

När en sjukdomssituation uppstår förväntas det att sjukvårdspersonalen ska möta patienten med värdighet. Detta genom aktivt lyssnande, respekt, intresse, övervägande, uppmuntran

och att hjälpa kvinnorna att inte känna sig ensamma och övergivna. Detta ingår i den professionella omvårdnaden för människors absoluta värdighet. Mänsklig värdighet omfattar en hel människa som bör respekteras vilket betyder att kvinnor har den fulla rättigheten att betraktas som unik och därmed behandlas med omsorg (Bredenhof Heikenskjöld, Ekstedt & Lindwall, 2010).

Förekomst av bröstcancer

År 2017 diagnostiserades 8808 kvinnor i bröstcancer i Sverige. Bröstcancer är den vanligaste dödsorsaken hos kvinnor (Cancercentrum, 2019; Folkhälsomyndigheten, 2018). Bröstcancer är också den vanligaste cancersjukdomen i Sverige. Kvinnor i låginkomstländer drabbas i större sträckning än kvinnorna i höginkomstländerna vilket kan bero på tillgång till sjukvård och utbildningsnivå (Pellmer Wramner, Wramner & Wramner, 2012).

Det finns idag fler behandlingsalternativ för bröstcancer tillgängliga och vården har förbättrats när många kvinnor genomgår screening och får en diagnos tidigare. Den kirurgiska behandlingen har blivit mer specialiserad och den onkologiska behandlingen omfattar flera former av behandlingar så som hormonell behandling, cellgifter, antikroppsbehandling och strålbehandling (Cancercentrum, 2019). Med detta överlever ett större antal kvinnor efter diagnostisering och behandling av bröstcancer (Singh-Carlson, Wong, Martin & Nguyen, 2013). I Sverige är överlevnadsgraden av bröstcancer efter 5 år nu 90 procent och efter 10 år är den 80 procent (Cancercentrum, 2019).

Orsaken till bröstcancer

Cancercellen kännetecknas av att den har en oförmåga att dö som vanliga celler i kroppen gör. Den har också en förmåga att dela sig i oändlighet samt stimulerar sin egen tillväxt. Cancercellen är okänslig för signaler utifrån som säger att den ska sluta växa (Sköld Nilsson, 2010).

Cancer uppkommer inte av en specifik orsak utan beror på flera riskfaktorer som samverkar med varandra som kan göra att risken för cancer ökar. Kända riskfaktorer är bland annat ärftliga anlag som står för 5–10 procent av bröstcancerfallen. En annan känd riskfaktor är radioaktiv strålning, men som är ovanligt i Sverige då det finns bra strålskyddsteknik. Rökning kan vara en annan faktor som kan orsaka bröstcancer. Andra riskfaktorer som ofta nämns är stress, övervikt och kosthållning. Det har forskats kring om livsstil och hur stor betydelse den har för uppkomsten av cancer generellt. Det är dock oklart om orsakerna till att

cancer uppkommer beror på livsstilen, miljön eller en blandning av dessa (Sköld Nilsson, 2010).

Studier visar att kvinnor som använder hormonbehandling efter menopaus kan ha en högre risk för bröstcancer (Eriksson, Czene, Pawitan, Leifland, Darabi & Hall, 2017).

Den sammanlagda mängden kvinnligt könshormon som körtlarna i bröstet utsätts för under livet kan ha en betydelse. Detta innebär att det kan påverkas av när i livet kvinnorna fick sin första menstruation, ifall de inte fött barn, kommer in sent i menopaus och om östrogenbaserade läkemedel använts (Ringborg, Henriksson och Dalianis, 2008).

Symtom och diagnos på bröstcancer

En knut i bröstet är det vanligaste symtomet som kvinnor söker vård för. De flesta knutorna, nio av tio, som kvinnor får i bröstet är godartade och uppstår genom normal bröstutveckling (Foy & Blowers, 2009). Andra symtom vid bröstcancer är indragningar i huden, hård och förstorat bröst och att blod eller klar vätska utsöndras från bröstvårtan. Även klåda i bröstvårtan, smärta och ömhet i bröstet är symtom, men inte lika vanliga som de tidigare nämnda (Ringborg, Henriksson & Dalianis, 2008).

Diagnosen bröstcancer fastställs genom undersökning av bröstet. Detta sker genom mammografiscreening, mammografiundersökning samt finnålsbiopsi, vilket innebär att vävnadsprov tas (Ringborg, Henriksson & Dalianis, 2008).

Mammografi är en röntgenundersökning för bröstet som alla kvinnor över 50 år i Sverige får göra vartannat år. I vissa landsting gäller detta för kvinnor från 40 år. Vid undersökningen placeras bröstet mot en skärm och pressas ihop för att genomlysningen som görs ska ge en så bra bild som möjligt av bröstet för att upptäcka förändringar. I de fall som bilderna är svåra att tyda görs ett ultraljud av bröstet (Sköld Nilsson, 2010).

Finnålsbiopsi tas när en knöl eller förändringar upptäcks i bröstet. En finnålsbiopsi, eller vävnadsprov, innebär att en nål sticks in i området som ska undersökas där vävnad sugas ut för att bedömning av celler ska göras från det specifika området. Skulle det behövas ytterligare vävnad än enbart celler tas en grovålsbiopsi (Sköld Nilsson, 2010).

Bröstcancer delas in i fyra stadier, stadiet I och II indikerar tidig bröstcancer och stadiet III och IV är en mer avancerad typ. Ju mer avancerad fas av bröstcancer som kvinnan har, desto snabbare tillväxtförmåga har tumören och är mer benägen att sprida sig till andra organ och delar av kroppen. Då bildas dottertumörer, så kallade metastaser (Foy & Blowers, 2009).

Cirka 87 procent av de kvinnor som drabbas av bröstcancer kan konsulteras av läkare inom primärvården ett år före de får diagnosen när kvinnorna söker för andra besvär och symtom. Inom primärvården är således kännedom om förekomsten av tidiga symtom, samt andra kliniska tecken hos kvinnor är viktigt som kan leda till en snabbare diagnos samt en snabbare insatt behandling (Ewing, Naredi, Nemes, Zhang & Månsson 2016).

Behandling

Primärbehandling vid bröstcancer

Primärbehandlingar vid bröstcancer är kirurgi, strålbehandling och cellgifter (Socialstyrelsen, 2014). Vid kirurgisk partiell mastektomi tas den delen av bröstet bort som tumören sitter i. Detta görs när tumören är i stadie I eller II, det vill säga att cancercellerna inte har spridit sig. Om cancercellerna har spridit sig över hela eller delar av bröstet utförs total mastektomi vilket innebär att hela bröstet och lymfkörtelvävnad i armhålan tas bort. Cancerceller kan ha spridit sig i lymfkörtlarna som därifrån har tillgång till att sprida sig vidare i kroppen varför de opereras bort (Ericson & Ericson, 2012).

Cirka 70–80 procent av alla fall av bröstcancer är beroende av kvinnliga könshormon, framför allt östrogen, för att tumören ska växa (Cancerfonden, 2018). Bröstcancertumörer som har östrogenreceptorer behandlas med hormonbehandling som förhindrar hormontillväxten. Tumörväxten stimuleras när östrogen binds på cancercellernas receptorer. Hormonbehandling hindrar hormontillväxten genom att förhindra produktionen av östrogen. Behandlingen ges i förebyggande syfte i fem år efter avslutad primärbehandling och ska följas upp i uppföljningsvården (Ericson & Ericson, 2012).

Strålbehandling innebär att röntgenstrålar med högre energiinnehåll än vanlig röntgen behandlar området som tumören befinner sig i. Strålningen är ett försök att döda eller kontrollera eventuella kvarvarande cancerceller genom att skada deras DNA. Strålbehandling ges även postoperativt efter total mastektomi eller partiell mastektomi för att minska risken för återfall av cancerceller (Ericson & Ericson, 2012).

En strålbehandling som ges till ett organ efter kirurgi kallas adjuvant strålbehandling. Detta ges som en tilläggsbehandling när det specifika organet eller området kan innehålla cancer som inte helt avlägsnades under kirurgin. Efter en bröstcanceroperation är det vanligt att det ges små dagliga doser av strålning utifrån kvinnans individuella dosering av strålning under tre till fyra veckor. Denna behandling halverar risken för ett recidiv av cancer efter kirurgi i det specifika området (Ikegwuonu, Haddow, Tait, Murray & Kunkler, 2018).

Cellgiftbehandling, cytostatika, är en vanlig behandling vid bröstcancer. Vid behandlingen ges cellgifter som förhindrar delningen av cancerceller och kroppens friska celler som kan påverka hela kroppen. Cellgiftbehandlingen minskar risken för canceråterfall, därför kan behandlingen erbjudas till kvinnor som har stor risk för återfall (Socialstyrelsen, 2014).

Vilka biverkningar som uppkommer vid bröstcancerbehandlingen och hur mycket dessa biverkningar påverkar människan varierar. Biverkningar är också ofta behandlingsspecifika. Generella tidiga biverkningar är vallningar, trötthet eller fatigue, gastrointestinala symtom som viktökning och illamående och gynekologiska symtom såsom torra slemhinnor som ömhet i bröstet (Gho, Steele, Jones & Munro, 2013).

Fatigue innebär att man upplever sig ha en trötthet som är starkare än en vanlig trötthet och innebär en fysisk, kognitiv och emotionell kraftlöshet som inte går att vila eller sova bort. För kvinnor som har fatigue kan det påverka henne så pass att det kan kännas omöjligt att gå upp ur sängen, gå kortare promenader eller problem med att koncentrera sig. Det kan vara svårt för anhöriga och andra närstående runt kvinnan att förstå hur detta upplevs och kan tolkas som att kvinnan med fatigue inte är intresserad av att göra något. Fatigue kan även göra personen mer irriterad och kan skapa konflikter i människans relationer (Sköld Nilsson, 2010).

Bröstrekonstruktion

Bröstrekonstruktion kan utföras om kvinnor behövt utföra kirurgi där delar eller hela bröstet är borttaget. Vanligtvis utförs denna rekonstruktion mellan ett och fem år efter den primära cancerbehandlingen. Anledningen till att avvakta med en rekonstruktion är att cancer som recidiverar har ett aggressivare förlopp (Lindahl, 2018).

Direkt rekonstruktion innebär en bröstrekonstruktion som görs i samband med mastektomi. Utförs rekonstruktionen vid ett senare tillfälle, vilket är vanligast, kallas den då fördröjd rekonstruktion. När en kvinna ska genomgå strålbehandling är fördröjd rekonstruktion att föredra då strålningen kan påverka rekonstruktionen och vävnaderna i bröstet, så formen på bröstet, kan förändras. Direkt rekonstruktion är lämpad för de kvinnor som har en avgränsad tumör där det finns en säker marginal från thoraxväggen, och till de som inte är i behov av strålning (Lindman, 2018).

Bröstrekonstruktion kan genomföras på tre sätt. Det första sättet är med hjälp av implantat, där det används koksalt eller silikon. Det andra är att kroppsegen vävnad används samt det tredje som är en kombination av implantat och kroppsegen vävnad (Lindman, 2018).

Uppföljningsvården

Efter att den primära behandlingen av bröstcancer har avslutats planeras en uppföljning av vården. Uppföljningen av kvinnorna i Sverige kan skilja sig åt och varierar vart i landet man bor. Kvinnorna kan få uppföljning via specialistvården eller primärvården. Meningen med uppföljningsvården är att följa upp förändringar i hälsan relaterat till biverkningar av given behandling, cancerceller eller återfall. Kvinnorna rekommenderas att gå på årliga kontroller med mammografi och ultraljud i fem år efter avslutad behandling. Kvinnor med en högre risk för återfall och metastaser kan få en intensivare uppföljning (Cancercentrum, 2019).

Tidigare friskförklarades kvinnor när det hade gått fem år efter att de fått sin diagnos utan att recidiv uppkommit. Idag är synen mer att kvinnor kan kalla sig friska när de är färdigbehandlade och själva upplever sig som friska. Kvinnorna går på fem- och tioårskontroller, dock mer för att se hur bra behandlingarna fungerar samt kunna se långtidsinsjuknande och överlevnadsgraden (Sköld Nilsson, 2010).

Sjuksköterskans ansvarsområde

Det är viktigt att sjuksköterskan finns för alla patienter. Vill kvinnan prata om sina tankar och känslor måste sjuksköterskan som mottagare av tilltron visa öppenhet och tillgänglighet genom att lyssna aktivt på kvinnan och ställa öppna frågor för att kvinnan ska känna trygghet och våga fortsätta. Sjuksköterskan ska ha rätt kompetens för att kunna lindra lidande och sätta in adekvata åtgärder. Detta medför att sjuksköterskan behöver kunskap om upplevelser och mående, kortsiktigt och långsiktigt, för kvinnorna. Att sjuksköterskan vet hur kvinnorna har det under ett längre perspektiv (Socialstyrelsen, 2018).

Willman (2014) beskriver att sjuksköterskan ska kunna arbeta förebyggande och hälsofrämjande. Sveriges riksdag (2017) skriver att Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) innebär att vården ska bidra till kvinnornas hälsa och att ge god vård, samt att vården ska ges med respekt och på lika villkor samt ta hänsyn till patienternas behov av trygghet.

Cooper, Loeb och Smith (2010) beskriver att bröstcancersjukdom och behandling påverkar kvinnors livskvalité och därför ska sjuksköterskan kunna ha helhetsperspektiv. Att omhänderta kvinnors psykiska, fysiska, sociala och existentiella behov är en viktig aspekt i omvårdnaden. Dessa behov kan förändras i sjukdomens olika faser, därför måste sjuksköterskan ha kunskap om detta.

Eftersom diagnostisering av bröstcancer har förbättrats minskas dödligheten och det är sannolikt att sjuksköterskor i praktiken i sitt yrke kommer att möta kvinnor som haft

bröstcancer någon gång. Som en del av sjuksköterskans varierande ansvar inom hälsofrämjande arbete och omvårdnad bör sjuksköterskor uppmuntra kvinnor som genomgått primärbehandling att delta i rutinmässiga undersökningar, såsom mammografi, främja bröstmedvetenhet, stödja kvinnor som upptäcker avvikelser i sina bröst och säkerställa vidarebefordran (Foy & Blowers, 2009).

Problemformulering

Allt fler kvinnor får idag diagnosen bröstcancer och bröstcancer har kommit att bli en folksjukdom i Sverige. Sjukdomen ökar även globalt. Bröstcancer är den vanligaste orsaken till att kvinnor dör, samtidigt överlever fler kvinnor idag då behandlingen har förbättrats och många kvinnor i Sverige får diagnosen tidigare. Det medför att sjuksköterskan i yrket kommer träffa dessa kvinnor oftare och fler kvinnor kommer att följas upp i uppföljningsvården. Att genomgå en bröstcancerbehandling innebär flera utmaningar. Kunskap hos sjukvårdspersonal krävs för att förstå hur sjukdomens påverkan på kvinnans livskvalité och hur hon ska kunna öka sitt välbefinnande och känna trygghet trots situationen. Efter bröstcancer kan kvinnornas livskvalité förändras, vilket kan leda till att välbefinnande hotas. Genom denna litteraturöversikt ska kvinnors upplevelse efter primärbehandling av bröstcancer undersökas och beskrivas för att kunna förmedla kunskap till hälso- och sjukvårdspersonal. Kunskap och förståelse ökar sjuksköterskans möjlighet att på bästa sätt undervisa, stötta och informera dessa kvinnor efter att primärbehandlingen avslutats.

Syfte

Syftet var att beskriva kvinnors upplevelser av bröstcancer efter avslutad primärbehandling.

Teoretiska utgångspunkter

För arbetet har författarna valt Dorothea Orems omvårdnadsteori om egenvårdsbalans där kvinnans förmåga, eller med hjälp av närstående, och sjuksköterskans uppgift att stödja till egenvård är central. Efter en bröstcancerbehandling efterföljs uppföljningsvården av en tid där kvinnan i stor utsträckning ska hantera mycket själv, när de inte längre går på täta kontroller och behandlingar. Kvinnor har både fysiska, psykiska och sociala behov som behöver uppfyllas för att uppnå hälsa, något som kvinnorna efter bröstcancerbehandling kan ha stort behov av. Med hjälp av Orems omvårdnadsteori om egenvårdsbalans kan

sjuksköterskan arbeta för att identifiera vilket behov av stöd som kvinnorna är i behov av och finna vilka verktyg kvinnan behöver för att hantera egenvården så mycket som möjligt själv.

Egenvård är enligt Orem (1995) aktiviteter som människan gör för sig själv för att uppnå hälsa och välbefinnande. Det kan uppstå situationer i livet som hindrar människan från att utföra egenvården själv och behöver då få stöd och hjälp. Teorin grundar sig på tre delar: *teorin om egenvård*, *teorin om egenvårdsbrist* och *teorin om omvårdnadssystem*. Genom erfarenheter och kunskap kan människan identifiera och tillgodose sina behov. Denna förmåga beskrivs som egenvårdskapacitet och kan förändras genom tiden då den påverkas av miljön runt människan samt kvinnans fysiska och psykiska hälsotillstånd (Orem, 1995).

Om kapaciteten till *egenvård* är mindre än behoven uppstår *egenvårdsbrist*. Det ska råda en balans mellan behoven och kapaciteten och när det blir en obalans är det sjuksköterskans uppgift att stödja kvinnan och kompensera kvinnans förmåga till egenvård (Orem, 1995).

Sjuksköterskans arbete är centralt i omvårdnadssystemet där hon ska identifiera vilket behov och kapacitet, kvinnan har för att se vilka omvårdnadsaktiviteter som behöver sättas in. Detta för att bevara eller återställa egenvårdsbalansen (Orem, 1995).

Det finns tre nivåer inom omvårdnadssystemet: ett fullständigt kompenserande, ett delvis kompenserande och ett stödjande/undervisande system. Vilket system som väljs beror på kvinnors förmåga till egenvård. I ett fullständigt kompenserande system fattar sjuksköterskan beslut och utför större delen av omvårdnad åt kvinnan. Vid ett delvis kompenserande system får kvinnor hjälp av sjuksköterskan med den delen av omvårdnaden som kvinnan inte kan göra själv, men där kvinnan kan klara vissa behov själv. I det stödjande eller undervisande systemet bidrar sjuksköterskan med stöd och vägledning och kvinnan klarar själv att utföra sin egenvård (Orem, 1995).

Författarna kommer att använda Orems teori om egenvård i resultatdiskussionen för att diskutera hur sjuksköterskan kan stödja kvinnorna i tiden efter att primärbehandlingen har avslutats för att nå egenvårdsbalans.

Metod

Litteraturöversikt

Författarna har valt att genomföra en litteraturöversikt som har kvinnors upplevelse av bröstcancer efter primärbehandling i fokus genom att söka, kvalitetsgranska, utvärdera och kombinera relevanta vetenskapliga artiklar som svarar på syftet. En litteraturöversikts syfte är att skapa en kunskapsöverblick inom det valda området genom att studera nuvarande fakta

och forskning. Genom att analysera och sammanställa resultat från tidigare forskning kan denna översikt ge en ökad kunskap och förståelse om kvinnors upplevelser av detta fenomen och på så sätt vara till hjälp i arbetet för sjuksköterskor (Segesten, 2017).

Datainsamling

Karlsson (2017) beskriver att första steget i skrivprocessen under ett examensarbete ska vara informationssökningen. Författarna sökte artiklar i databaserna Cinahl Complete, PubMed och PsycINFO. Enligt Karlsson (2017) är dessa databaser viktiga inom vårdvetenskapen. Cinahl Complete innehåller vetenskapliga artiklar inom vårdvetenskap och Pubmed innehåller artiklar som är inriktade till omvårdnad. PsycINFO innehåller artiklar som är relaterade till psykologi och beteendevetenskap (Karlsson 2017), vilket författarna fann att det skulle ge svar på litteraturöversiktens syfte.

Utifrån syftet, kvinnors upplevelser av bröstcancer efter primär behandling, använde författarna sökorden; *breast neoplasms*, *life experience* och *survivors* där booleska sökoperatören AND kombinerade sökorden i samtliga sökningar författarna gjorde (Östlundh, 2017). Orden valdes utifrån syftet där kvinnors upplevelse av bröstcancer efter avslutad primärhandling skulle undersökas. *Breast neoplasms* blev syftets huvudord tillsammans med orden *life experience* som författarna valde efter att ha tolkat denna process som en livshändelse tillsammans med *survivors* som kvinnorna anses vara.

Författarna startade sökningarna i databaserna PsycINFO och PubMed med de valda sökorden. Sökningen i PsycINFO begränsades med att artiklarna skulle ha publicerats de senaste tio åren, vara på engelska, female samt i fulltext då författarna fick många resultat och hade begränsad tid för att hitta artiklar. Vid sökningen i PubMed användes begränsningarna engelska, female samt *nursing journals*. Där begränsades inte sökningen till de senaste tio åren då resultatmängden av kombinationen gav ett resultat under hundra artiklar. Därefter korrigerades sökorden till enbart *breast neoplasms* och *life experience* för att få ett bredare resultat. I databasen Cinahl Complete kombinerades sökorden tillsammans med begränsningarna tio år, peer reviewed, engelska, female samt *Cancer survivors* som Major heading för att komma närmare syftet. Författarna gjorde även en ny sökning i PsycINFO där sökorden korrigerades ytterligare och sökordet *coping behaviour* lades till *breast neoplasms* och *life experience* för att hitta fler artiklar. Författarna valde sökordet *coping behaviour* då ordet coping betyder en individs upplevelser av förändringar och som författarna ansåg eventuellt skulle bidra till artiklar som svarade på syftet. Sökningen

begränsades vid detta tillfälle till tio år samt engelska. Ytterligare sökningar gjordes men där enbart dubletter från tidigare sökningar erhöles, inga nya artiklar hittades som stämde med författarnas syfte. *Bilaga 1* innehåller en översikt av sökningarna.

Urval

Urvalsprocessen utgick från Fribergs (2017) metod genom att söka efter artiklar som var originalartiklar, vetenskapligt granskade samt på engelska. Författarna har även kontrollerat att studierna belyser forskningsetiska ställningstaganden vid genomförandet av studierna. Författarna tog beslutet att de inkluderade studierna skulle vara av kvalitativ metod.

Inklusionskriterierna för de valda artiklarna skulle vara att de är skrivna ur ett patientperspektiv samt vara fokuserade på kvinnor som överlevt primärbehandlingen av bröstcancer. Artiklarna skulle även vara publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Vetenskapliga artiklar som inte uppfyllde inklusionskriterierna i litteraturöversikten *exkluderades*. Dessa kunde handla om annan cancersjukdom eller inte fokuserade på kvinnor.

Vid artikelsökningarna läste författarna de vetenskapliga artiklarna med ett helikopterperspektiv där titel och abstract granskades för att få uppfattning om artiklarnas innehåll var relevant för litteraturöversikten. Därefter valde författarna ut relevanta artiklar som svarade på syftet och läste igenom dem för att säkerställa detta. Av totalt 378 artiklar som kommit upp vid sökningarna, lästes 163 abstract hos artiklarna, av dessa valdes 54 artiklar ut att läsas i sin helhet.

Slutligen kvalitetsgranskade författarna de valda vetenskapliga artiklarna. Kvalitetsgranskning innebär att en grundlig granskning utförs av studiernas metod, datainsamling, urval, dataanalys, etiska övervägande, teoretiska utgångspunkt och resultat. Trovärdigheten i en studie avgörs genom att vara relevant, tydligt beskriven och kunna följas (Willman & Stoltz, 2017). Kvalitetsgranskningen underlättade författarnas förståelse av vetenskapliga artiklarna och dess innehåll. Författarna kunde då ta beslut om artiklarna höll en god kvalitet och var relevanta för litteraturöversiktens syfte. Totalt inkluderades 10 vetenskapliga artiklar, av de valda artiklarna var åtta kvalitativa och två omfattade mixad metod, där den kvalitativa delen av studien inkluderades.

Studierna fokuserade på kvinnors upplevelse av bröstcancer efter att de hade överlevt primärbehandling och artiklarnas resultat sammanställdes i resultatmatrisen (*Bilaga 2*), där även artiklarnas syfte och metod redovisades.

Analys

Analysen av de vetenskapliga artiklarna inspirerades av Fribergs (2017) tre-steps analysmodell som stöd, vilket innebär att i första steget läsa materialet med noggrannhet och med fokus på resultatet och sedan gå igenom artiklarna för att få förståelse för innehållet och samhörighet. Författarna skapade ett worddokument online för att kunna arbeta tillsammans och självständigt. Artiklarnas resultat översattes för att få djupare förståelse vid vissa begrepp och termer. Sedan diskuterades översättningen mellan författarna flertal gånger för att få djupare förståelse av texten. Författarna skrev artikelns innehåll på svenska bredvid den engelska texten i varje artikel för att lättare hitta och förstå texten vid senare tillfällen.

I det andra steget färgkodades den översatta texten i olika färger beroende på textens innehållande kategori och på så sätt sammanställdes materialet. Författarna identifierade likheter och skillnader i dem olika studiernas resultat, kategoriserade och identifierade huvudkategorier och underkategorier efter att begrepp som upprepats i artiklarna kunnat tas ut och utforma dessa kategorier. När sammanställningen av analysen och resultatet skulle formas kunde författarna ta fram artiklarnas olika kategorier genom att se färgen som markerade texten och på så sätt bygga ihop kategorierna från de olika artiklarna. Till sist dokumenterade författarna materialet i en resultatmatris som framförs i *Bilaga 2*.

Forskningsetiska överväganden

Författarna hade planerat att de inhämtade artiklar skulle vara skrivna på engelska och sedan översätta dem till svenska. Studierna lästes och resultatet diskuterats flera gånger av författarna för att avstå från misstolkning. Författarna hade diskuterat om sina erfarenheter och förförståelse kring valda ämnet för att bevara objektiviteten samt att inte påverka studiernas urval och resultat. Innan litteraturöversikten hade författarna inga erfarenheter av kvinnors upplevelser av bröstcancer vilket ökar objektiviteten. Författarna sammanfattade studieresultatets innehåll i vetenskapliga artiklarna med noggrannhet för att avstå från ändringar och bevara objektiviteten.

Kjellström (2017) beskriver att forskningsarbete ska följa Vetenskapsrådets riktlinje vilket beaktar principer såsom informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och anonymitets-. Att bibehålla autonomi, göra gott och inte skada är en annan riktlinje i Vetenskapsrådet. I studien ska deltagarna få information om att deltagande är frivilligt och kan avbrytas när som helst inom loppet av arbetet. I sökarbetet valde författarna endast artiklar som hade fått etisk godkännande av etiska kommittéer. Etiska överväganden utförs före, under och efter arbete

med vetenskapliga artiklar som skyddar deltagarna i studier så att de inte hade blivit skadade, utnyttjade och kränkta.

Enligt Kjellström (2017) är oredlighet att forskaren inte genomför ett vetenskapligt arbete på ett ärligt och pålitligt sätt. Vilket innebär att forskningen har misstolkats och påverkats genom plagiat som kan leda ändrad eller felaktig metod och resultat. Det är viktigt att vara uppmärksam på etiska aspekter såsom medförfattarskap och hantering av open access.

Resultat

Ur de valda artiklarna framkom tre huvudkategorier, *upplevelse av förändrad kropp*, *upplevelse av rädsla* och *relationer*. Under huvudkategorin *upplevelse av förändrad kropp* identifierades två underkategorier, *fysisk påverkan* och *psykisk påverkan*. Huvudkategorin *relationer* delades in i två underkategorier, *vårdrelationer* och *sociala relationer*, se tabell 1.

Tabell 1

Huvudkategorier	Underkategorier	
Upplevelse av förändrad kropp	Fysisk påverkan	Psykisk påverkan
Upplevelse av rädsla		
Relationer	Vårdrelationer	Sociala relationer

Upplevelse av förändrad kropp

När en bröstcancerbehandling är avslutad förväntades och hoppades många kvinnor att livet skulle återgå till det som innan cancern upplevdes som normala livet. Istället levde många kvinnor med kroppsliga och psykiska utmaningar som påverkade deras prestationskapacitet och uthållighet och därmed deras vardag (Jakobsen, Magnus, Lundgren & Reidunsdatter, 2017).

Fysisk påverkan

Trötthet eller fatigue, i detta fallet cancerrelaterad fatigue, var en vanlig bieffekt som många kvinnor upplevde även efter cancerbehandlingens slut. Denna intensitet och varaktighet var något som kvinnorna inte hade förutsett (Capiello, Cunningham, Knobf & Erdos, 2007; Jakobsen, Magnus, Lundgren & Reidunsdatter, 2017). Sömnstörning uppkom hos kvinnorna som kunde orsakas av fysiska symtom, smärta eller vallningar som var vanligt att många

upplevde (Capiello, Cunningham, Knobf & Erdos, 2007; Jakobsen, Magnus, Lundgren & Reidunsdatter, 2017).

Efter kirurgi upplevde många kvinnor kroppsliga symtom som svullen och smärtsam arm eller minskad muskelstyrka som begränsade kvinnorna i deras vardag (Capiello, Cunningham, Knobf & Erdos, 2007; Jakobsen, Magnus, Lundgren & Reidunsdatter, 2017).

Att behöva genomgå kirurgi och förlora ena eller båda bröstena kunde innebära en känsla av att förlora sin kvinnlighet för kvinnorna. De kände sig oattraktiva och en del kvinnor använde kläder för att dölja kroppen och sina ärr (Jakobsen, Magnus, Lundgren & Reidunsdatter, 2017; Torres, Dixon & Richman, 2016). Att få genomgå bröstrekonstruktion kunde ha en stor betydelse för kvinnornas utseende och hur de uppfattade sig själva som kvinna (Jakobsen, Magnus, Lundgren & Reidunsdatter, 2017). Det kunde samtidigt finnas en rädsla för bröstkonstruktion om att den skulle dölja en återkommande cancer (Drageset, Lindstrøm, & Underlid, 2015). Den sexuella funktionen kunde också bli påverkad av behandlingen kvinnorna genomgått som resulterade i att sexlusten minskade och gett torra slemhinnor (Jakobsen, Magnus, Lundgren & Reidunsdatter, 2017).

En annan fysisk biverkning av behandlingen som påverkade kvinnorna mycket var håravfallet. Det blev en fysisk påminnelse om cancer och behandlingen (Torres, Dixon & Richman, 2016). En del kvinnor upplevde även överkänslighet mot ljus och kognitiva stimuli, där man vid överkänslighet mot ljus kunde tvingas bära solglasögon utomhus (Jakobsen, Magnus, Lundgren & Reidunsdatter, 2017).

Kvinnor kunde uppleva att det var lättare att gå upp i vikt efter behandlingens slut och svårare att gå ner i vikt, vilket kvinnorna påstod att det gav ett lidande. De kvinnorna som upplevde viktökning uppgav att de inte var beredda på detta och att de önskat fått mer information om hur man kunde förebyggt viktökning och minimerat det (Capiello, Cunningham, Knobf & Erdos, 2007). En annan förändring av behandlingen var osäkerheten kring graviditet och fertiliteten som kunde påverkas (Allen, Savadatti & Levy, 2009).

Psykisk påverkan

Koncentrationssvårigheter och minnessvårigheter kopplat till fatigue efter bröstcancerbehandling var vanligt hos kvinnor. Detta kunde leda till svårigheter hos kvinnorna att hålla koncentrationen när de tittade på TV, svårigheter att läsa en bok samt oförmåga att umgås med vänner och familj. Dessa psykiska förändringar påverkade kvinnors förmåga att kunna återgå till arbetet. Sömnstörningar kunde även bero på psykologiska

orsaker, så som rädsla och oro då tankar kom upp på natten vilket resulterade i minskad energi hos kvinnorna (Cunningham, Knobf & Erdos, 2007).

Kvinnors livskvalité påverkades på grund av ständig orolighet att klara av heltidsarbete vilket orsakade ekonomiska bekymmer (Allen, Savadatti, & Levy, 2009; Jakobsen, Magnus, Lundgren & Reidunsdatter, 2017). Förändrad syn på sin kropp, känna sig oattraktiva, svårigheter att acceptera förändrade kroppen samt känsla av förlorad kvinnlighet efter bröstkirurgin ledde till dålig självkänsla. Denna förändrade syn på kroppen orsakade depression, nedstämdhet, olycka, känslomässigt lidande bland kvinnorna efter avslutad behandling (Drageset, Lindstrøm & Underlid, 2015; Inan & Üstün, 2018; Williams & Jeanetta, 2015).

Upplevelse av rädsla

Många av kvinnorna upplevde ångest och rädsla över återfall av bröstcancer samt rädsla för döden och att lämna familj och närstående (Allen, Savadatti & Levy, 2009; Capiello, Cunningham, Knobf & Erdos, 2007; Drageset, Lindstrøm & Underlid, 2016; Goldblatt, Cohen & Azaiza, 2016; Inan & Üstün, 2019; Torres, Dixon & Richman, 2015). Upplevelse av rädsla kunde leda till oro och ångest hos kvinnorna samt olust som hindrade dem att återgå till det normala livet (Goldblatt, Cohen & Faisal, 2016). Många kvinnor upplevde att deras rädsla var lika svår som den de kände vid diagnosdagen. Rädsla för att dö var vanligare bland kvinnorna som hade barn och var rädda att inte få se deras barn växa upp samt att förlora andra bröstet eller genomgå bröstcancerbehandlingar igen (Inan & Üstün, 2018). Utlösande faktorer för rädsla hos kvinnorna var när andra pratade om bröstcancer, uppföljningar såsom mammografi och olika undersökningar samt människors attityder och stigmatisering av arbetande kvinnor var en annan faktor för rädsla av bröstcanceråterfall (Gaudine, Sturge-Jacobs & Kennedy, 2003; Inan & Üstün, 2018). Osäkerhet och rädsla i väntan på svar vid efterkontroller skapade ångest och oro hos kvinnorna efter avslutad behandling. Många kvinnor beskrev rädsla över att det inte fanns garanti för att cancer inte skulle komma tillbaka. Minskad ångest upplevdes av kvinnorna under tredje året efter avslutad bröstcancerbehandling (Gaudine, Sturge-Jacobs & Kennedy, 2003). Många kvinnor upplevde att ordet cancer och cellgiftsbehandling var förknippat med döden och uttryckte deras rädsla för döden (Torres, Dixon, & Richman, 2015). Rädsla för återfall av cancer påverkade kvinnornas såväl emotionella som sociala liv. Den emotionella effekten påverkade de kvinnors liv så att kvinnorna upplevde oro och osäkerhet (Gaudine, Sturge-Jacobs &

Kennedy, 2003; Inan & Üstün, 2018). Den sociala effekten hade inverkan på kvinnornas sociala liv och en del kvinnor slutade arbeta på grund av stress, och att de misstänkte att rädslan blev värre när de utsattes för stress. Kvinnorna isolerade sig från familj och vänner då de föredrog att gömma sina känslor och inte visa rädslan (Inan & Üstün, 2018).

Relationer

Det kunde vara en stor utmaning för kvinnor tiden efter bröstcancerbehandling där kvinnan skulle återvända till det liv hon hade innan diagnosen. Kvinnor upplevde att de skulle känna och kalla sig överlevare eller krigare men behövde nödvändigtvis inte känna sig som en sådan (Capiello, Cunningham, Knobf & Erdos, 2007; Williams & Jeanetta, 2014). Att vara en överlevare var något kvinnorna hoppades på att vara (Allen, Savadatti & Levy, 2009). Men denna övergång var något som skulle göras vilket är något kvinnorna behövde arbeta sig igenom och tro på sig själva (Capiello, Cunningham, Knobf & Erdos, 2007). Kvinnorna kände ett ansvar i att återuppta familj eller arbete och socialt ansvar. Många upplevde att de måste vara starka när behandlingen avslutats trots att de fortfarande upplevde fysisk och känslomässig påverkan (Allen, Savadatti & Levy, 2009).

Vårdrelationer

Upplevelsen om kvaliteten och kommunikationen med uppföljningsvården varierade. Kvinnorna i studien av Jakobsen, Magnus, Lundgren och Reidunsdatter (2017) var i de flesta fall nöjda med den uppföljningsvård som de fick och kände att de fick en uppdaterad information om deras personliga situation och vårdprocess. Dock fanns ett stort behov av att ha någon som gav svar på sina frågor och många sökte svar om sina kroppsliga förändringar på internet, där informationen kunde vara svårtolkad och svår att förstå (Jakobsen, Magnus, Lundgren & Reidunsdatter, 2017).

Vissa upplevde att det kunde skilja sig i bemötandet från vårdpersonalen där äldre vårdpersonal inte hade samma intresse för kvinnan som de yngre hade. Många kvinnor hade även svårt att anpassa sig till en ny vårdmiljö under eller efter behandlingens gång (Torres, Dixon & Richman, 2016). En del av kvinnorna upplevde även att de inte fick den information de behövde för övergången från behandling till tiden efter och de önskade att de fått mer detaljerad information (Capiello, Cunningham, Knobf & Erdos, 2007).

Kvinnor kunde uppleva en ensamhet i och med behandlingens slut och en saknad när relationerna till vårdpersonalen inte längre skulle finnas kvar (Jakobsen, Magnus, Lundgren

& Reidunsdatter, 2017). Likaså förlusten av övervakningen och inte längre regelbundet få kontakt med andra kvinnor (Allen, Savadatti & Levy, 2009).

Sociala relationer

En del kvinnor som upplevde koncentrationssvårigheter, nedsatt minne och fysiska påverkan till följd av fatigue kunde inte längre ta samma ansvar hemma och på arbetet som tidigare. Att ha en förstående arbetsgivare och möjlighet att anpassa arbetsuppgifterna var för vissa avgörande. Att gå till arbetet kunde upplevas av vissa kvinnor som tillfredsställande och meningsfullt. Där kunde de glömma eventuell smärta och kroppsliga begränsningar. Strategier för att orka arbeta kunde vara att ligga ner på lunchen. Men att arbeta heltid kunde för andra kvinnor vara för mycket där de tömdes på energi och blev tvungna att minska arbetstiden för att inte vara helt energilösa efter arbetets slut (Jakobsen, Magnus, Lundgren & Reidunsdatter, 2017).

Att få stöd var viktigt för den fysiska och mentala hälsan. Det gav kvinnorna styrka, mod och motivation för att bättre hantera situationen. Stöd från familjen upplevdes som viktigast men där stöd från vänner runtomkring även var viktigt (Williams & Jeanetta, 2014).

Stödgrupper för kvinnor som hade överlevt bröstcancer upplevdes olika bland kvinnorna. Vissa kvinnor upplevde att stödgrupperna fick dem att må dåligt, upplevde dem som deprimerande och att det var jobbigt att se andra yngre kvinnor med en dystert prognos när de hade små barn att ta hand om (Williams & Jeanetta, 2014). Andra kvinnor fann vänner genom stödgrupperna där man kunde följa varandra hela tiden under processens gång.

Att ha en god och öppen kommunikation om sjukdomen med de närmaste var viktigt (Jakobsen, Magnus, Lundgren & Reidunsdatter, 2017). Vissa kvinnor upplevde att de var tvungna att spela en hjälte och inte visa sin rädsla eller symtom. (Rosedale, 2009). De kände att de behövde vara starka för andras skull för att anhöriga upplevde också lidande, samtidigt som kvinnorna var mer sårbara och känsliga. När kvinnorna gjorde detta för familjens skull ökade samtidigt deras sårbarhet och behov av stöd (Gaudine, Sturge-Jacobs & Kennedy, 2003). Detta kunde skapa en känsla av ensamhet när kvinnorna höll sanningen om hur de mätte för sig själva (Rosedale, 2009). Även i de fall där kvinnorna upplevde att deras partner var lyhörd och förstående kunde förhållande påverkas av sjukdomen och resultera i en kris för dem. Detta eftersom den sexuella delen av förhållandet förändrades efter behandlingarna kvinnorna genomgått vilket kunde göra att kvinnornas sexlust minskade. Vissa kvinnor

önskade få stödande samtal om detta för att få vägledning och förbättra relationen till sin partner (Jakobsen, Magnus, Lundgren & Reidunsdatter, 2017).

Kvinnor kunde uppleva en ensamhet, trots att alla andra i hemmet var hemma. Detta kunde bero på tankar hos kvinnan som en påminnelse av och rädsla för kommande undersökning, årsdag för en viss behandling eller annat. Ingen annan utom kvinnorna själva var medvetna om denna pågående aspekt vilket gjorde att de upplevde en ensamhet (Rosedale, 2009).

Människor runtom kvinnorna kunde anse att cancern var över när behandlingen hade avslutats där kvinnorna inte upplevde det som så då de levde med pågående påminnelser (Rosedale, 2009). En del kvinnor valde att avsluta relationer som de inte upplevde ge något tillbaka. De upplevde att livet var för kort för att vara med människor som tog energi (Jakobsen, Magnus, Lundgren & Reidunsdatter, 2017).

Diskussion

Diskussionen delas in i *metoddiskussionen* och *resultatdiskussionen*. I *metoddiskussionen* kommer författarna diskutera litteraturöversiktens styrkor och svagheter. Detta för att tydliggöra hur processen har gått till och hur författarna kommit fram till det slutliga resultatet. I *resultatdiskussionen* diskuteras analysen resultat mot tidigare och ny forskning, författarnas egna reflektioner samt Orems (1995) egenvårdsteori.

Metoddiskussion

I litteraturöversikten har författarna analyserat och sammanställt resultatet från tio vetenskapliga artiklar som fokuserat på kvinnors upplevelser efter primärbehandling av bröstcancer. Författarna anser att tillvägagångssättet var rätt då författarna kunde fånga kvinnornas upplevelser på så sätt än att författarna skulle ha intervjuat kvinnorna själva. Artiklarna var dessutom från USA, Norge, Israel, Turkiet och Storbritannien, vilket inte hade varit genomförbart för författarna att fånga dessa upplevelserna geografiskt sett.

Författarna i litteraturöversikten hade begränsade kunskaper om att söka vetenskapliga artiklar i databaser, därför bokades en tid med en bibliotekarie för att kunna söka och hitta relevanta artiklar. Detta gav författarna förnyad kunskap om hur sökningar skulle göras samt

hur sökningstrådar kunde sparas på ett eget konto. På så sätt underlättades arbetet och sökningarna sparades på datorn istället för på papper.

I datainsamlingen gjordes fyra sökningar av författarna i databaserna PubMed, Cinahl Complete och PsycINFO, därmed inkluderades tio vetenskapliga artiklar som kunde svara på syftet. Litteraturöversiktens trovärdighet stärktes då sökningarna gjordes i tre databaser och gav brett urval av datainsamlingar (Henricson, 2017). Författarna anser att databaserna var rätt för att artiklar som svarade på syftet kunde hittas. De inkluderade artiklarna hämtades från samtliga databaser och därmed anser inte författarna att någon databas var överflödig. Författarna fick även upp dubletter i de olika databaserna vilket författarna anser stärker att valet av sökord och databaser var rätt.

Författarna använde sökorden *breast neoplasms*, *life experience* och *survivors*. När fler artiklar krävdes korrigerades sökorden och författarna la till sökordet *coping behaviour*, för att finna fler artiklar. Författarna såg att de artiklar som inkluderades i både den tidigare och senare sökningen väl motsvarade syftet och påverkade inte inklusionerna av de valda vetenskapliga artiklarna. Utan denna korrigerings hade inte författarna funnit de valda vetenskapliga artiklarna och kunnat sammanställa resultatet. Därför ansåg författarna att valet att lägga till sökord var rätt.

I datainsamlingen användes även begränsningar som ansågs vara avgörande för att minska träffar i sökningen då författarna skulle förhålla sig till en viss tidsram. Detta var nödvändig för att sortera artiklar som inte var vetenskaplig granskade.

Vid första sökningen i PsycINFO begränsades sökningen med *fulltext*, därefter i sökningen i PubMed användes begränsningen *nursing journals*. Författarna valde även att begränsa med *female* i samtliga databaser, dock ej vid sista sökningen i PsycINFO. *Cancer survivors* som Major heading användes som begränsning i databasen Cinahl Complete tillsammans med begränsningen *peer reviewed*. Dessa begränsningar ökade chansen för författarna att få begränsade artiklar som fokuserade på kvinnors upplevelse som överlevt primärbehandling samt vetenskapliga artiklar som är inriktade på vårdvetenskap.

Författarna begränsade artiklarna med ett tidsspänn på tio år vilket betyder att artikelresultatet fortfarande kan ses aktuellt. I sökningen i PubMed togs begränsningen tio år bort då sökningen gav ett resultat under hundra artiklar. Från denna sökning inkluderade författarna två artiklar som var äldre än tio år vilket kan ses som en svaghet. Dock valde författarna att ta med artiklarna då de var innehållsrika med upplevelser och stämde in på studiens syfte.

Under arbetets gång fann författarna att artiklar om valda ämnet kunde ha nyckelord som “follow-up” och “aftercare” som är en meSH-term för eftervård. Författarna anser att de hade kunnat använda dessa ord i sökningarna för att eventuellt komma närmare författarnas syfte. Dock togs valet att fortsätta med de sökord som valdes först, vilket i slutändan känns rätt när de valda artiklarna hittades. Detta kan vara ett resultat av progression av lärandet i denna form av arbete och något som författarna tar med sig i framtiden.

Författarna valde två artiklar med mixad metod till litteraturöversikten, där enbart den kvalitativa delen togs med i resultatet. Detta för att de kvalitativa artiklarna fokuserar på kvinnornas upplevelser, tankar och känslor i ord. Henricson och Billhult (2017) beskriver att kvalitativ metod fokuserar på holistisk tradition och studerar individens levda erfarenhet av ett fenomen. När vetenskapliga artiklar med samma metod används ökar det trovärdigheten och validiteten (Henricson, 2017). Kvalitativa studier kan också ha metoder som skiljer sig från varandra, dessa har dock även saker gemensamt. När författarna av studierna talar om helheter istället för variabler och har en beskrivande data är det möjligt att sammanställa resultatet från de olika kvalitativa studierna (Willman & Stoltz, 2017). Att två av artiklarna var av mixad metod och resterande av kvalitativ metod kan minska trovärdigheten då mixade metoder inte enbart belyser upplevelser som författarna ville fånga (Henricson, 2017). Dock anser författarna att de mixade metoderna var tillräckligt innehållsrika och inkluderades därför. När författarna enbart valde kvalitativa studier samt kvalitativa delar ur mixade metoder resulterade det i att arbetet gick lättare att analysera och sammanställa samt en mer djupare förståelse för fenomenen kunde beskrivas och fångas.

Artiklarna begränsades inte till någon världsdel eller specifikt land utan kom från olika delar av världen. Av de valda artiklarna i resultatet var fem av tio artiklar från USA, två artiklar från Norge och en vardera från Israel, Turkiet och Storbritannien. Desto fler länder artiklarna är ifrån, desto större chans för bredare perspektiv från kvinnorna i och med skillnader i tro och kulturer. Författarna kunde se detta som en fördel för att det kunde finnas likheter och skillnader i kvinnors upplevelser oavsett geografi. Trots att bröstcancer är en vanlig sjukdom i Sverige fann författarna ingen artikel från Sverige som stämde in på litteraturöversikten syfte. När författarna inte fann någon svensk studie kunde inte kvinnors upplevelser i Sverige fångas, vilket är där författarna kommer verka i sitt yrkesliv. Dock såg författarna många likheter i resultatet från de olika världsdelarna trots skillnader i tro och kultur. Sverige är ett mångkulturellt land vilket innebär att sjuksköterskan kommer att träffa

dessa kvinnor med olika ursprung i olika vårdsammanhang. Detta är något som författarna och övrig vårdpersonal kan ta med sig i arbetet med dessa kvinnor.

I arbetet har författarna samarbetat väl och kompletterat varandra. Båda författarna hade sina styrkor och svagheter vilket bidragit till öppen kommunikation och god stämning under arbetets gång. När den ena författaren upplevt en svaghet i arbetet har den andre författaren haft styrkan och kunna ta befälet. På så sätt upplever författarna att arbetet gått framåt på ett konstruktivt sätt.

Resultatdiskussion

Syftet med litteraturöversikten var att beskriva kvinnors upplevelse av bröstcancer efter avslutad primärbehandling. Resultatet visar att kvinnor upplevde en förändrad syn av kroppen, rädsla, samt relationer som kunde förändras och behov av stöd som uppkom.

Begreppet *egenvård* i Orems teori beskriver att förmågan till egenvård kan vara nedsatt när sjukdomen intar livet och påverkar kvinnorna negativt. Grunden i Orems teori innebär att genom egenvård ska kvinnorna uppnå välbefinnande där sjuksköterskan ska vara en hjälp och ge stöd och vägledning för att kvinnorna ska klara av att utföra sin egenvård (Orem, 1995).

Kvinnor upplevde en förändrad syn på sin kropp och en upplevelse av att vara oattraktiv. Att behöva ta bort ett bröst eller båda kunde upplevas som att förlora sin kvinnlighet. Det kunde vara svårt för vissa kvinnor att acceptera den förändrade kroppen och påverkade kvinnorna även sexuellt då de blev osäkra på sig själva och på hur andra skulle se på dem. Denna förändrade syn på kroppen kunde ge nedstämdhet och ett känslomässigt lidande. Dessa upplevelser tas också upp av en studie av Fobair et al. (2006) där kvinnorna i olika grad påverkades av sin förändrade syn på kroppen. Studien av Fobair et al. som är från 2006 visar att dessa upplevelser fortfarande kvarstår vilket visar att detta fortfarande är ett stort dilemma för kvinnorna och en utmaning för sjukvårdspersonalen att arbeta med. Det framkom även i resultatet att denna rädsla och oro samt förändrade syn på kroppen kunde ge kvinnorna en känsla av ensamhet där de upplevde att andra inte såg kvinnorna helt och förstod hur de kände sig, trots att de hade människor som stöd omkring sig.

Kvinnor beskrev även att de upplevde rädsla över återfall av bröstcancer samt en rädsla att dö och därmed inte få vara kvar i livet med sina närstående. De kvinnor som hade barn hade även en stark rädsla över att behöva lämna familjen. Detta kunde skapa en ständig oro, där rädsla även kunde utlösas av faktorer i kvinnornas omgivning där de blev påmind om sjukdomen. Oron och rädslan kunde även ge sömnstörningar då tankar hos kvinnorna kom

upp. Dessa upplevelser av rädsla för återkommande bröstcancer kan också uppmärksammas i studie av Koch et al. (2014).

När cirka 70–80 procent av alla fall av bröstcancer är beroende av kvinnliga könshormoner för att växa behandlas dessa kvinnor med hormonbehandling i fem år (Cancerfonden, 2018). Nya studier av Hongchao et al. (2017) visar att kvinnor med östrogenreceptor-positiv bröstcancer har en större risk för återfall, så långt som tjugo år efter att kvinnorna fått en bröstcancerdiagnos. Hur stor risken var för återfall var kopplad till tumörens storlek samt hur många lymfkörtlar canceren hade spridit sig till.

Sjuksköterskan har till uppgift att stödja, dela och hjälpa till när kvinnorna hamnar i kris (Eriksson, 2018). Sjuksköterskan måste kunna kommunicera med kvinnor, medarbetarna och anhöriga genom att visa öppenhet, respektera samt att kunna hjälpa och stötta kvinnan för att kunna uttrycka sina känslor och våga öppna sig (Eide & Eide, 2015).

Författarna anser att när risken för återfall kan finnas under en sådan lång tid som tjugo år kan det medföra rädsla och oro för framtiden under lång tid för kvinnorna och sjuksköterskan bör finnas som ett stöd. I överensstämmelse med Orem's omvårdnadsteori tolkar författarna att kvinnornas förändrade kroppsyn och rädsla kan påverka kvinnornas egenvårdskapacitet då kvinnorna kan uppleva en skam över kroppen och en dålig självkänsla. Utifrån resultatet och vad forskning säger är sjuksköterskans relation till kvinnorna viktig och spelar en stor roll. I mötet med kvinnor är det viktigt att sjuksköterskan är lyhörd, visar förståelse och är empatisk för att kvinnornas dåliga självkänsla och rädsla inte förstärks. Att se den hela kvinnan, både den fysiska kvinnan och den psykiska. Sjuksköterskan har stor roll att hjälpa kvinnor med förändrad kroppsuppfattning genom att vägleda, stödja, motivera, förmedla trygghet, skapa kontakt och förstärka känslan av acceptans hos kvinnorna för att kunna acceptera verkligheten och förändringarna i livet. Detta kan ske genom att stötta kvinnorna i att se på sin kropp, våga känna på kroppen för att successivt våga visa kroppen för andra. Sjuksköterskan ska hjälpa kvinnorna att övervinna rädslan och skammen över sin kropp för att på bästa sätt ta hand om sig själva och sin egenvård. Att få uttrycka sina känslor och funderingar kan bidra till bättre egenvårdsförmåga.

Enligt Orem (1995) lever alla människor i samverkan med andra vilket innebär att familj, vänner och kamrater har stor inverkan på hälsa och välbefinnande. Kvinnor behöver hjälp och stöttning av andra för att kunna utföra livsförändringar. Ett av de generella egenvårdsbehoven hos kvinnor är att utveckla den sociala interaktionen. Genom den sociala interaktionen kan sjuksköterskan finna vilket sätt kvinnorna kan finna stöd på och vad som passar dem samt hur deras miljö runt omkring dem ser ut. Genom att vara lyhörd mot kvinnan, se över vilka

stödnätverk som finns runt henne samt hjälpa kvinnorna att hitta stödnätverk vid behov kan det bidra till en bättre egenvårdsförmåga. Sjuksköterskan kan erbjuda stödsamtal, vilket kan vara mellan sjuksköterskan och kvinnan, med hjälp av stödgrupper eller med hjälp av anhöriga beroende på vad den specifika kvinnan känner sig mest bekväm med. Som det framkom i resultatet upplevde kvinnor stödgrupper för kvinnor som har drabbats av bröstcancer olika, vissa fann det positivt medan det för andra upplevdes som negativt. Vad som passar den individuella kvinnan är ibland olika, vilket gör det viktigt med personcentrerad vård. När det inte finns tillfälle för ett fysiskt möte kan sjuksköterskan råda kvinnorna om stödlinjer på telefon, där kvinnorna kan prata med legitimerad vårdpersonal med lång erfarenhet av cancervård. Linjen är för både de med bröstcancer och närstående, där det vid behov går att få både information och stöd (Cancerfonden, 2018).

Sjuksköterskor har stor roll att ge information till kvinnor efter avslutad behandling. Förbättrad tillgång till kommunikationskanaler mellan sjuksköterskor och kvinnor skulle sannolikt förbättra kvinnors stödupplevelser. Dessutom kan sjuksköterskor utvärdera kvinnornas specifika stödbehov med familjer för att hjälpa dem att förstå hur man bäst kan stödja kvinnor som har överlevt bröstcancer (Carr, Groot, Cochran, Vancoughnett & Holtslander, 2019).

Förtroende är något som bildas gradvis över tid. Cancervård är i de flesta fallen relativt långsiktiga insatser som involverar multidisciplinär vård. Det är viktigt att sjuksköterskan använder denna tid till att arbeta för att varje interaktion och kommunikation tjänar till att öka tillitsnivån för att maximera vården. När kvinnorna upplever att de blir sedda, att sjuksköterskan känner igen dem och deras vårdhistoria ökar tilliten och de vågar öppna upp sig mera och ställa frågor om sina problem (Lazzara et al., 2016).

Sjuksköterskan bör närma sig kvinnorna som individer först och sedan som personer med cancer. Kvinnorna är inte endast rollen som patient utan kan inneha olika roller även utanför vården, såsom dotter, mamma, fru, vän och kollega. Författarna anser att när hälso- och sjukvårdspersonalen ser patienten som unik blir mötena mellan kvinnorna och sjuksköterskan mer personlig, vilket kan skapa en trygghet hos kvinnorna. Författarna anser även att sjuksköterskans ansvar är att finnas för kvinnorna trots när svaren på kvinnornas frågor och tankar inte alltid finns. Att leva med risken för återfall av cancer eller med en kronisk cancer kan skapa tankar som inte alltid går att få bort.

En bröstcancer kan bli kronisk där kvinnorna genom behandlingar kan hålla en bröstcancer i schack för att undvika spridning (Cancerfonden, 2018). Detta botar inte alltid och är inget svar på allt för kvinnan men kan vara en trygghet att veta att hon inte är ensam i

situationen. Sjuksköterskan bör alltid hjälpa kvinnorna med att finna verktyg och strategier för att på bästa sätt ta tillbaka livet kvinnorna önskar sig ha. Kvinnan är enligt Orem en handlande och kunnig människa, kapabel till att lära och utveckla sig. Genom stödet från sjuksköterskan kan kvinnorna lära sig om sin nya kropp och hur de kan ta hand om den samt förhålla sig till den och sina tankar.

Författarna anser att dessa känslor som kan uppstå hos kvinnorna inte behöver försvinna enbart genom att få prata när sjukdomen i grunden kommer finnas kvar eller risken för den. Genom att kvinnorna får öppna sig och erkänna sina känslor kan möjlighet till bättre välbefinnande uppstå. Det förefaller viktigt att sjukvården prioriterar fortsatt omvårdnad av kvinnor efter avslutad primärbehandling. Sjuksköterskan bör i dessa möten öppna upp för en trygg relation där kvinnorna vågar uttrycka sina behov och känslor. Att hjälpa dessa kvinnor till att utveckla sin förmåga till egenvård för att underlätta vägen tillbaka i livet. Författarna anser även att sjuksköterskan måste se den hela kvinnan och inte enbart en fysisk eller psykisk påverkan. Dessa delar är en helhet som går ihop med varandra och många gånger också påverkar varandra. Det är heller inte alltid man kan svara på vad det i grunden orsakats av utan kan bero på flera faktorer.

Kliniska implikationer

Kvinnor är i behov av stöd och hjälp efter bröstcancerbehandlingar för att kunna gå vidare i livet. Sjuksköterskor kan hitta värdefull information i denna litteraturöversikt som handlar om kvinnors upplevelse som har överlevt bröstcancerbehandlingar. Det framkommer att kvinnan bör försöka utveckla egenvårdsförmågan med hjälp av motivation och stöd av sjuksköterskan. Sjuksköterskan möter dessa kvinnor i olika former av vårdssituationer därför kan det vara värdefullt att ta del av fynden i litteraturöversikten för att kunna förstå kvinnorna på ett bättre sätt.

Sammanfattningsvis önskar författarna att litteraturöversiktens resultat bidrar till att se kvinnor i sin helhet och hjälpa sjuksköterskor att stötta kvinnorna i dess individuella behov av hjälp. När kvinnor behandlats färdigt och ska återgå till vardagslivet behöver sjuksköterskan hjälpa kvinnan finna sina egna verktyg för att på bästa sätt klara vardagen med de förutsättningar som kvinnor har inom sig och runt sig.

Förslag till fortsatt forskning

Som tidigare har författarna nämnt att negativa upplevelser kan uppkomma hos kvinnor efter avslutad primärbehandling. Fortsatt forskning bör göras inom området för att se om det uppkommer flera skiftningar i upplevelser som därefter kan jämföras, dra slutsatser och hitta möjligheter till förbättringar. Författarna har observerat att sjuksköterskors behov av kunskap och stöd bör uppmärksammas i mötet med kvinnor som har drabbats av bröstcancer. Som författarna tidigare skrivit framkom det att många kvinnor i studierna upplevde någon form av rädsla. Denna rädsla kunde finnas och påverka kvinnorna i olika grader. När det var ett vanligt fenomen i litteraturöversikten kan ytterligare forskning behövas göras för att undersöka strategier för att minska denna stress och oro som rädslan skapade. Sådana strategier skulle till exempel kunna vara utökad information och stöd från hälso- och sjukvården i preventivt arbete, vilket kan vara ett område för fortsatt forskning genom att ta reda på vilka kunskap de behöver.

Slutsats

Mängden kvinnor som överlever bröstcancer har ökat, men trots detta kan kvinnorna uppleva fysiska, psykiska och sociala problem efter att primärbehandlingen avslutats. Att överleva cancer och uppleva en livshotad sjukdomsupplevelse kan medföra en mängd olika känslor, både positiva och negativa omvandlingar när kvinnan ska ta ansvar över sin egna hälsa.

Med Orems *egenvårdsteori* som utgångspunkt kan sjuksköterskan återskapa hälsa hos kvinnor genom att motivera, förklara, hjälpa kvinnor att ta kontroll över livet och faktorer som påverkar hälsan. I litteraturöversikten framkom det att kvinnorna efter avslutad primärbehandling upplevde en förändring i livet. Eftersom fler kvinnor överlever bröstcancer är det viktigt att kvinnors upplevelser efter avslutad bröstcancerbehandling uppmärksammas. Det är betydelsefullt att sjuksköterskan har kunskap om hur kvinnor upplever livet efter avslutad behandling för att sjuksköterskan ska kunna bemöta och ge kvinnorna information och stöd vid behov.

Referensförteckning

*=Resultatartiklar.

*Allen, J. D., Savadatti, S., & Levy, A. G. (2009). The transition from breast cancer 'patient' to 'survivor'. *Psycho-Oncology*, *18*(1), 71-78. doi:10.1002/pon.1380

Bredenhof Heikensköld, K., Ekstedt, M., & Lindwall, L. (2010). The patient's dignity from the nurse's perspective. *Nursing Ethics*, *17*(3), 313-324. Från <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0969733010361444>

Cancercentrum. (2019). *Bröstcancer*. Hämtad 2 april, 2019, från Cancercentrum, <https://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/brost/>

Cancerfonden. (2018). *Bröstcancer*. Hämtad 2 maj, 2019, från Cancerfonden.se, <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/brostcancer>

*Capiello, M., Cunningham, R. S., Knobf, M. T., & Erdos, D. (2007). Breast cancer survivors: information and support after treatment. *Clinical Nursing Research*, *16*(4), 278–293. doi:10.1177/1054773807306553

Carr, T. L., Groot, G., Cochran, D., Vancoughnett, M., & Holtslander, L. (2019). Exploring women's support needs after breast reconstruction surgery: A qualitative study. *Cancer Nursing*, *42*(2), E1–E9. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000600>

Cooper, J., Loeb, S., & Smith, S. (2010). The primary care nurse practitioner and cancer survivorship care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* *2010*, *22*(8), 39–44. Från <https://read.qxmd.com/read/20670264/the-primary-care-nurse-practitioner-and-cancer-survivorship-care>

*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. Från <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.10.005>

Eide, H., & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar* (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, M., Czene, K., Pawitan, Y., Leifland, K., Darabi, H., & Hall, P. (2017). A clinical model for identifying the short-term risk of breast cancer. *Breast Cancer Research*, *19*, 1-8. Från <https://doi.org/10.1186/s13058-017-0820-y>

Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap: vetenskapen om vårdandet: det tidlösa i tiden*. Stockholm: Liber

- Ewing, M., Naredi, P., Nemes, S., Zhang, C., & Månsson, J. (2016). Increased consultation frequency in primary care, a risk marker for cancer: a case–control study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *34*(2), 204–211. Från <http://dx.doi.org/10.1080/02813432.2016.1183692>
- Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D’Onofrio, C., Banks P. J., & Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *15*(7), 579–594. Från, <https://search-ebscohost-com.esh.idm.oclc.org/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=106155069&site=ehost-live>
- Folkhälsomyndigheten. (2018). Dödlighet i bröstcancer. Hämtad 10 december, 2018, från Folkhälsomyndigheten, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/dodlighet-i-cancer/brostcancer-dodlighet/>
- Foy, S., & Blowers, E. (2009). Breast cancer overview: diagnosis and staging. *Practice Nursing*, *20*(6), 276–28. Från <https://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=19ad2ad7-7f78-4b93-86fb-ad5a49fc5d3d%40sessionmgr120>
- Friberg, F. (2017). Att göra litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 141–153). Lund: Studentlitteratur.
- *Gaudine, A., Sturge-Jacobs, M., & Kennedy M. (2003). The experience of waiting and life during breast cancer follow-up. *Research & Theory for Nursing Practice*, *17*(2), 153–168. Från <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=106885654&site=ehost-live>
- Gho, S. A., Steele, J. R., Jones, S. C., & Munro, B. J. (2013). Self-reported side effects of breast cancer treatment: a cross-sectional study of incidence, associations, and the influence of exercise. *Cancer Causes & Control: CCC*, *24*(3), 517–528. Från <https://doi.org/10.1007/s10552-012-0142-4>
- *Goldblatt, H., Cohen, M., & Azaiza, F. (2016). Expression of emotions related to the experience of cancer in younger and older Arab breast cancer survivors. *Ethnicity & Health*, *21*(6), 564–577. Från <https://doi.org/10.1080/13557858.2016.1143089>
- Hongchao Pan, Gray, R., Braybrooke, J., Davies, C., Taylor, C., McGale, P., ... & Pan, H. (2017). 20-Year Risks of Breast-Cancer Recurrence after Stopping Endocrine Therapy at 5 Years. *New England Journal of Medicine*, *377*(19), 1836–1846. Från <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1701830>
- Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 411–419). Lund: Studentlitteratur.

- Ikegwuonu, T., Haddow, G., Tait, J., Murray, A. F., & Kunkler, I. H. (2018). Horizon scanning implanted biosensors in personalising breast cancer management: Fort pilot study of breast cancer patients views. *Health Science Reports*, *1*(4), 1–9. Från <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/hsr2.30>
- *İnan, S. F., & Üstün, B. (2019). Fear of recurrence in turkish breast cancer survivors: A qualitative study. *Journal of Transcultural Nursing*, *30*(2), 146–153. Från <https://doi.org/10.1177/1043659618771142>
- *Jakobsen, K., Magnus, E., Lundgren, S., & Reidunsdatter, R. J. (2018). Everyday life in breast cancer survivors experiencing challenges: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *25*(4), 298–307. Från <http://doi.org/10.1080/11038128.2017.1335777>
- Karlsson, E.K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 81–96). Lund: Studentlitteratur.
- Kinderman, P., Schwannauer, M., Pontin, E., & Tai, S. (2011). The development and validation of a general measure of well-being: The BBC well-being scale. *Quality of Life Research*, *20*(7), 1035–42. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11136-010-9841-z>
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (2 uppl., s. 757–796). Lund: Studentlitteratur.
- Koch, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczeck, B., Schmid, H. S., Waldmann, A., ... & Arndt, V. (2014). Fear of recurrence in long-term breast cancer survivors-still an issue. Results on prevalence, determinants, and the association with quality of life and depression from the Cancer Survivorship-a multi-regional population-based study. *Psycho-Oncology*, *23*(5), 547–554. Från <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1002/pon.3452>
- Lazzara, E. H., Keebler, J. R., Day, S., Granados, D. D., Pan, M., King, M. A., & Shin-Ping Tu. (2016). Understanding teamwork in the provision of cancer care: Highlighting the role of trust. *Journal of Oncology Practice*, *12*(11), 1084–1090. <https://doi.org/10.1200/JOP.2016.013854>
- Lindahl, A. (2018). *Bröstrekonstruktion*. Hämtad 15 april, 2019, från internetmedicin.se, <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=3529>
- Lindman, H. (2018). *Bröstcancer: primärbehandling*. Hämtad 15 april, 2019, från internetmedicin.se, <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=829>
- Orem, D. (1995). *Nursing: Concepts of Practice*. St. Louis: Mosby-Year Book Inc.
- Pellmer Wramner, K., Wramner, B., & Wramner, H. (2012). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. (3., kompletterade uppl.) Stockholm: Liber

- Ringborg, U., Henriksson, R., & Dalianis, T. (Red.) (2008). *Onkologi*. (2. uppl.) Stockholm: Liber.
- Riksdagen. (2017). *Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)*. Hämtad 22 oktober, 2018, från Riksdagen, http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763
- Roomaney, R., & Kagee, A. (2018). Salient aspects of quality of life among women diagnosed with endometriosis: A qualitative study. *Journal of Health Psychology*, 23(7), 905–916. Från <https://doi.org/10.1177/1359105316643069>
- *Rosedale, M. (2009). Survivor loneliness of women following breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 36(2), 175–183. Från <https://doi.org/10.1188/09.ONF.175-183>
- Segesten, K. (2017). Att göra en begreppsanalys. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 109–118). Lund: Studentlitteratur AB.
- Singh-Carlson, S., Wong, F., Martin, L., & Nguyen, S. K. A. (2013). Breast cancer survivorship and south asian women: Understanding about the follow-up care plan and perspectives and preferences for information post treatment. *Current Oncology*, 20(2), 63–79. Från <http://www.current-oncology.com/index.php/oncology/article/view/1066/1149>
- Sköld Nilsson, A. (2010). *Bröstcancerboken: från besked till färdigbehandlad*. Stockholm: Norstedt.
- Socialstyrelsen. (2014). *Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård: Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 1 april, 2019, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19383/2014-4-2.pdf>
- Socialstyrelsen. (2018). *Cancer*. Hämtad 1 april, 2019, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/sjukdomar/cancer>
- *Torres, E., Dixon, C., & Richman, A. R. (2016). Understanding the breast cancer experience of survivors: A qualitative study of african american women in rural eastern North Carolina. *American Association for Cancer Education*, 31(1), 198–206. doi:10.1007/s13187-015-0833-0
- WHO (World Health Organization) (2014). *Mental health: A state of well-being Constitution of WHO: principles*. Hämtad 21 oktober, 2018, från <http://www.who.int/about/mission/en/>
- *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. <https://doi.org/10.1111/hex.12372>

- Willman, A. (2014). Hälsa och välbefinnande. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 37–50). Lund: Studentlitteratur.
- Willman, A., & Stoltz, P. (2017). Metasyntes. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2 uppl., s. 399–410). Lund: Studentlitteratur.
- Östlundh. L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 59–83). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Begränsningar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Valda artiklar till resultat, se bilaga 2.
PsychINFO, 190319	Breast neoplasm AND life experience AND survivors.	114	20090101–20191231, engelska, fulltext, female.	54	15	3 Allen, JD., Savadatti, S., & Levy, AG. (2009). Rosedale, M. (2009). Torres, E., Dixon, C., & Richman, AR. (2015).
Pubmed, 190320	Breast neoplasms AND life experience AND survivors.	91	Engelska, Female, Nursing Journals.	38	12	2 Capiello, M., Cunningham, RS., & Knobf, MT. (2007), Gaudine, A., Sturage-Jacobs, M., & Kennedy, M. (2003),
Cinahl Complete, 190326	Breast neoplasm AND life experience.	92	10 år, peer reviewed, engelska, female, Majr (cancer survivors).	41	7	4 Inan, S. F., & Üstün, B. (2018) Goldblatt, H., Cohen, M., & Faisal, A. (2016). Jakobsen, K., Magnus, E., Lundgren, S., & Reidunsdatter, R. J. (2016). Williams, F., & Jeanetta, S. C. (2014).

PsycINFO, 190322	Breast neoplasm AND life experience AND coping behaviour.	81	20090101–20191231, engelska.	30	20	1 Drageset, S., Lindstrøm, TC., & Underlid, K. (2015).
------------------	--	----	---------------------------------	----	----	--

(Majr)=Major headings

Bilaga 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Allen, JD., Savadatti, S., & Levy, AG.	The transition from breast cancer 'patient' to 'survivor'.	2009, USA, Psycho-Oncology.	Att undersöka kvinnors rädsla för risken för återkommande cancer, känsla av förlust av medicinsk övervakning och socialt stöd från vårdgivare och andra kvinnor samt de strategier de använder för att hantera dessa problem.	Design: Kvalitativ design med fokusgruppsmetodik med öppna frågor. Urval: Kvinnor som fått diagnostisering bröstcancer i stadie 1 eller 2, genomgått strålning eller cellgiftbehandling hade avslutat behandlingen senaste 12 månaderna samt förstod, talade och läste engelska. 47 kvinnor mellan 35–86 år ingick i undersökningen. Datainsamling: 6 fokusgrupper med i genomsnitt 8 kvinnor i varje grupp. Samtalen ljudbandades. Analys: Kvalitativ innehållsanalys.	Cancerupplevelsen ger känslomässig och fysisk stress som är utbredd även efter avslutad behandling. Tiden efter avslutad behandling för bröstcancer ger många emotionella och fysiska utmaningar. Teman man kom fram till: Positiva livsförändringar som ett resultat av sjukdomen, Rädsla för återfall av cancer, känslomässig nöd, förluster kopplade till behandlingens slut samt svårt att återgå till det "normala" livet.
Capiello, M., Cunningham, RS., Knobf, MT., & Erdos, D.	Breast cancer survivors; information and support after treatment.	2007, USA, Clinical Nursing Research.	Beskriva kvinnors information- och stödbehov efter bröstcancerbehandling.	Design: Semistrukturerad intervju. Urval: Kvinnor med bröstcancer från tidigt stadium (0-IIIa) som diagnostiserats de senaste 5 åren och som hade avslutat primär och/eller adjuvant behandling (utom hormonbehandling), de som kan läsa och tala engelska, de psykiskt behöriga att ge samtycke, och de som hade tillgång till en telefon. 20 kvinnor deltog i studien i åldern 33-80 år.	Teman som kom fram: fysisk nöd, psykisk ohälsa, informationsbehov samt utmaningar året efter behandlingen. Stora fynd tyder på att kvinnor fortsätter att uppleva en mängd olika fysiska och psykiska symptom och har konkreta informations- och supportbehov efter behandling, inklusive behovet av information om långvariga behandlingseffekter, känslomässig nöd och förändringar i livsstil.

				<p>Datainsamling: 8 intervjuer skedde personligen och 12 över telefon. Samtalen transkriberades, analyserades och kategoriserades.</p> <p>Analys: Kvalitativ innehållsanalys.</p>	
Drageset, S., Lindstrøm, TC., & Underlid, K.	” I just have to move on”: Women’s coping experiences and reflections following their first year after primary breast cancer surgery.	2015, Norge, European Journal of Oncology Nursing.	Beskriva kvinnors individuella coping upplevelser och reflektioner efter deras första år efter primär bröstcanceroperation.	<p>Design: Kvalitativ beskrivande design.</p> <p>Urval: 21 kvinnor mellan 48-68 årsåldern som genomgått primär bröstcanceroperation från tidigare studie bjöds in för uppföljning. Av dessa tackade 10 ja.</p> <p>Datainsamling: Individuella intervjuer, 4 frågor ställdes som sedan utvecklades.</p> <p>Analys: Kvalitativ innehållsanalys.</p>	Teman var: existentiella problem och att hitta mening, sätt att tänka och känna sig om sjukdomen, vidta åtgärder och återgå till det normala livet. De flesta kvinnor upplevde ökad uppskattning av livet och större självförtroende och mer och mer om sina livsprioriteringar. Deras familj och nära relationer blev viktigare. De accepterade sin situation och gjorde det bästa av det. Positivt tänkande, fysisk aktivitet, självomsorg, natur, hobbys och arbete hjälpte. Generellt var de optimistiska trots en rädsla för återkommande cancer och osäkerhet om deras framtid. Kvinnorna ville återvända till ett "normalt" och hälsosamt liv genom att avskilja sig från både cancermiljön och information om cancer.
Gaudine, A., Sturge-Jacobs, M., & Kennedy, M.	The experiences of waiting and life during breast cancer follow-up.	2003, Storbritannien, Research and Theory for Nursing Practice.	Undersöka kvinnors upplevelser av väntan och livet under uppföljningsvården.	<p>Design: Kvalitativ, fenomenologiskt studie.</p> <p>Urval: 9 kvinnor mellan 31–54 år som överlevt bröstcancer samt upplevt uppföljning i minst 1 år.</p> <p>Datainsamling: Semistrukturerad intervjuhandbok. Ljudbandande intervjuer, 6 intervjuer var personligt och 3 via telefon.</p>	Fyra olika teman kom fram i resultatet som var: väntan, liv under uppföljningen är en livsförändrande upplevelse, en känsla av tillhörighet, osäkerhet samt behöver veta. För dessa deltagare var livet inte längre säkerheten att det var före diagnosen. Efter diagnosen bröstcancer blev mortaliteten för dessa kvinnor verkliga och personliga. Grunden för

				<p>Analys: Samtalen transkriberades. Innehållsanalys och kategorisering till teman och mönster.</p>	<p>ångest var den inte vetande osäkerheten. Kvinnorna hade redan tagit hand om diagnosen och behandlingen, men var fortfarande oroliga inför en mycket lång tidsperiod under vilken det inte fanns någon garanti för att sjukdomen inte kommer att återfå. För majoriteten av kvinnorna minskade ångest- vanligtvis vid det tredje året.</p>
Goldblatt, H., Cohen, M., & Faisal, A.	Expression of emotions related to the experience of cancer in younger and older Arab breast cancer survivors.	2016, Israel, Ethnicity & Health.	Att utforska typer och intensitet av negativt och positivt känslomässigt uttryck relaterat till bröstcancerupplevelsen av yngre och äldre arabiska bröstcanceröverlevande.	<p>Design: Mixad metod, fenomenologisk kvalitativ design med kvantitativ design.</p> <p>Urval: Kvinnor med primär bröstcancer (fas I-III), behandlingsavslutade och fria från cancer vid intervju.</p> <p>Datainsamling: 40 kvinnor, två grupper av kvinnor (i åldern 32–50 år samt 51–75 år). Uppgifterna samlades in genom djupa halvstrukturerade intervjuer.</p> <p>Analys: Tematisk innehållsanalys.</p>	<p>I resultatet uppkom negativa och positiva känslomässiga och emotionella teman uppkom. Negativa känslor såsom rädsla, ilska, ångest, hjälplöshet, förödmjukelse och förräderi uttrycktes av kvinnorna. De positiva känslorna var själslighet, lugn, optimism, andlighet och religiösa känslor såsom uttrycksanvändning som hänför sig till Gud (som "med Guds hjälp" och "tack Gud").</p>
Inan, S. F., & Üstün, B.	Fear of recurrence in turkish breast cancer survivors: a qualitative study.	2018, Turkiet, Journal of Transcultural Nursing.	Undersöka turkiska bröstcancer överlevandes erfarenheter relaterade till rädsla för återfall (FOR).	<p>Design: Kvalitativ, fenomenologisk studie.</p> <p>Urval: Inkluderingskriterier: 18 år eller äldre, fullföljt primär behandling av bröstcancer som varade minst 3 månader samt avslutat behandlingen minst 2 år före studien.</p> <p>Exkluderingskriterier: Kvinnor med återkommande eller metastastisk cancer uteslöts.</p>	<p>Fyra teman uppstod: kvaliteten av rädsla, utlösare, effekter på livet och hantering som har påverkat kvinnornas liv. Kvinnorna upplevde rädsla för döden, rädsla för sjukdomsåterfall och rädsla att dö och lämna sina barn / anhöriga och känsla av ensamhet. Kvinnorna upplevde känslomässigt kaos, olycka och oro efter behandlingens slut. Kvinnorna diskuterade olika strategier att hantera deras känslor såsom aktivitet, umgås</p>

				<p>Datainsamling: 12 kvinnor ingick i semistrukturerade intervjuer som ljudbandades.</p> <p>Analys: Innehållsanalys.</p>	och dela känslor med familjen samt flera kvinnor började att ändra arbete och arbetstider.
Jakobsen, K., Magnus, E., Lundgren, S., & Reidunsdatter, R. J.	Everyday life in breast cancer survivors experiencing challenges: a qualitative study.	2016, Norge, Scandinavian Journal of Occupational Therapy.	Beskriva vardagen hos bröstcanceröverlevande som upplever utmaningar i vardagen.	<p>Design: Kvalitativ design, del av större studie.</p> <p>Urval: Kvinnor valdes ut ur en större pågående studie.</p> <p>Datainsamling: 11 kvinnor mellan 48–74 årsålder djupintervjuades, semi-strukturerad.</p> <p>Intervjuhandledning.</p> <p>Analys: Innehållsanalys.</p>	Två huvudteman uppkom i resultatet Kroppslig och mental ensamhet och tyngdkraften i vardagen. Kroppsliga och mentala utmaningar var att kvinnorna upplevde fysiska symtom såsom svullnad, minskad muskelstyrka, trötthet, fatigue och smärta vilket förhindrade dem att utföra hushållsarbete och arbeta. De psykiska symtomen såsom koncentrationssvårigheter, rädsla och minnesförlust. Kvinnorna upplevde ensamhet efter behandlingens slut, förändrad sociala livet och relationssvårigheter med deras partner. Dessa på grund av att kvinnorna ogillade sin kropp, kände sig oattraktiva efter bröstkirurgi.
Rosedale, M.	Survivor loneliness of women following breast cancer.	2009, USA, Oncol Nurs Forum.	Att beskriva upplevelsen av ensamhet hos kvinnor efter mer än ett år efter avslutad bröstcancerbehandling.	<p>Design: Kvalitativ, fenomenologiskt studie.</p> <p>Urval: Kvinnorna var 18 år eller äldre, avslutad aktiv behandling sedan 1 år eller mer före studien samt talade och förstod engelska.</p> <p>Datainsamling: Öppna intervjuer med 13 kvinnor som ljudbandades och transkriberades.</p> <p>Analys: Innehållsanalys</p>	Kvinnor förmedlade en unik beskrivning av ensamhet som betecknades överlevande ensamhet. De beskrev hur de kände sig ensamma i medvetenheten om dödligheten och blev ogiltiga i upplevelsen av pågående symptombörda, en förändrad känsla av identitet och samband och en förändrad tröskel för nöd som genomträngde deras långsiktiga erfarenheter. När de sökte sätt att leda mer autentiska liv, behöll kvinnorna ibland sanning eller projicerade bilder som de uppfattade som otrogna, vilket bidrog till deras ensamhet. Paradoxalt sett kände de

					som överlevande förbindelser med andra som mer ömtåliga, de kände också en starkare anslutningsförbindelse, särskilt med sina barn, och en fördjupad känsla av empati och samband med andras lidande.
Torres, E., Dixon, C., & Richman, AR.	Understanding the breast cancer experience of survivors: a qualitative study of african american women i rural eastern North Carolina.	2015, USA, Journal of Cncer Education.	Få en fördjupad förståelse för afroamerikanska bröstcanceröverlevandes erfarenheter, hinder och hjälpmedel för att få tillgång till behandling av bröstcancer och utmaningar i samband med uppföljning.	Design: Mixad metod Urval: Kvinnor som identifierar sig som afroamerikansk, 18 år eller äldre och som avslutat bröstcancerbehandling under de senaste 10 åren. Datainsamling: Pappersundersökningar och intervjuer. 32 afroamerikanska kvinnor fördelades och intervjuades i 7 fokusgrupper. Analys: Tematisk analys.	Att tro på Gud var en viktig hanteringsmekanism som är väsentlig för alla kvinnor överlevnad i studien. Stödnätverk bestod av familj, kyrkofamilj, vänner och medarbetare var viktiga för kvinnorna som har överlevt bröstcancer. Rädsla för sjukdomsåterfall, rädsla för döden, behandlingens biverkningar av behandling och social stigmatisering påverkade kvinnornas livsstil.
Williams, F., & Jeanetta, S. C.	Lived experiences of breast cancer survivors after diagnosis, treatment and beyond: qualitative study	2014, USA, Health Expectations.	Att förstå de levande erfarenheter hos kvinnor som är överlevande av bröstcancer.	Design: Fenomenologisk kvalitativ design. Urval: 15 kvinnor äldre än 18 år, engelsktalande, diagnostiserade med bröstcancer och behandlingsklara. Datainsamling: Semistrukturerade djupgående intervjuer. Analys: Tematisk innehållsanalys.	I resultatet beskrevs kvinnornas livsförmåga. Bröstcancer påverkade deras överlevnad, relation och stödsystem och konsekvenser av överlevnad. kvinnorna upplevde att hantera diagnosen och behandlingen var en stressfull resa och krävde mycket anpassning och förändringar. Några utvecklade olika strategier att hantera sina känslor såsom fysiska aktiviteter och inta berättelser om sjukdomen. Stöd från familjen var en nyckel som gav dem styrka och mod genom de olika behandlingsfaserna.