

Livskvalité hos kvinnor med bröstcancer

Efter avslutad cytostatikabehandling

FÖRFATTARE	Therese Bokling Samah Hassan
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 15 hp/ Examensarbete i omvårdnad VT 2012
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Eva Lidén
EXAMINATOR	Annica Lagström
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa	

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Livskvalité hos kvinnor med bröstcancer: Efter avslutad cytostatikabehandling
Titel (engelsk):	The quality of life in women with breast cancer: After completed chemotherapy.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 15 högskolepoäng/ Examensarbete i omvårdnad/OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	28 sidor
Författare:	Therese Bokling, Samah Hassan.
Handledare:	Eva Lidén
Examinator:	Annica Lagström

SAMMANFATTNING

Bakgrund: I Sverige ställs det omkring 7000 bröstcancerdiagnoser årligen, vilket ger en siffra mellan 15-20 insjuknande kvinnor dagligen. Denna förekomst visar på att detta är ett centralt problemområde inom den svenska vården idag och en angelägen omvårdnadsfråga. Behandlingsformerna som finns idag vad gäller bröstcancer är kirurgi, strålbehandling, hormonbehandling samt cytostatikabehandling. Att behandlas med cytostatika, en behandlingsform som är en relativ vanlig komplettering till kirurgi, innebär en risk att utsättas för en rad olika biverkningar. Biverkningarna kan sätta spår i livet och som därmed även kan ha en kraftig påverkan på livskvalitén även efter avslutad cytostatikabehandling. Sjuksköterskors huvudområde är omvårdnad som syftar till att stärka individens hälsa, samt återställa och bevara den befintliga hälsan, allt utifrån patientens individuella möjligheter och behov ur ett helhetsperspektiv. **Syfte:** Att sammanställa aktuell kunskap om upplevelsen av livskvalité hos kvinnor med bröstcancer, efter avslutad cytostatikabehandling. **Metod:** Vi har valt att göra en litteraturöversikt inom vårt område, -omvårdnad med inriktning mot cancersjukvård. Detta innebär att vi genom granskning, analys och sammanställning av vetenskapliga artiklar skapat oss en översikt över den befintliga forskningen som finns inom vårt valda problemområde. Denna kandidatuppsats baseras på två delvis kvalitativa- och kvantitativa artiklar samt elva kvantitativa artiklar. **Resultat:** Delades in i tre dimensioner: fysiskt-, psykiskt-, och psykosocialt välbefinnande. Besvär som fatigue, alopeci, postmenopausala symtom, viktproblem, depression- och ångest samt minskad social interaktion etcetera identifierades. **Konklusion:** Kvinnorna rapporterade kvarvarande symtom efter avslutad cytostatikabehandling. Detta stärker vår tanke om att kvinnor är i fortsatt behov av stöd från sjuksköterskor även efter avslutad behandling.

Nyckelord: *Bröstcancer, livskvalité, efter cytostatikabehandling.*

ABSTRACT

Background: In Sweden there are about 7,000 breast cancer diagnoses each year, giving a number between 15-20 women falling ill daily. This incidence indicates that this is a significant problem in the Swedish health care today and an urgent care issue. Treatment modalities that are available today in terms of breast cancer are: surgery, radiotherapy, hormone therapy and chemotherapy. To receive chemotherapy, a treatment which is a relatively common addition to surgery, carries a risk of exposure to a variety of side effects. Side effects may leave marks in life and may have a significant impact on quality of life, even after chemotherapy. Nurses main area is care aimed at strengthening the individual's health, it is also to repair and reserve the existing health, all based on the patient's individual capacities and needs from a holistic perspective.

Purpose: To compile the current knowledge on the perception of quality of life in women with breast cancer after chemotherapy. **Method:** We have chosen to do a literature review in our area- nursing, with a specialization in oncology. This means that through assessment, analysis and compilation of scientific papers we have made us an overview of the existing research that is available within our chosen problem area. This bachelor thesis is based on two partly qualitative and quantitative articles and eleven quantitative articles. **Results:** Awarded in three dimensions: physical, mental, and psychosocial well-being. Appeals like fatigue, alopecia, postmenopausal symptoms, weight problems, depression, anxiety and decreased social interaction where identified.

Conclusion: The women reported residual symptoms after completion of chemotherapy. This strengthens our thoughts that women are in continued need for support from nurses, even after treatment.

Keywords: *Breast cancer, quality of life, after chemotherapy.*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	Sid
INLEDNING	1
BAKGRUND	2
BRÖSTCANCER – EN FOLKSJUKDOM	2
Etiologi	2
Riskfaktorer	2
Symtom och tecken	3
Diagnostik	3
Kirurgi-, hormon-, och strålbehandling	3
Cytostatikabehandling	4
Bivekningar av cytostatikabehandling	4
SJUKSKÖTERS KANS PROFESSION	5
BRÖSTCANCER UR ETT PATIENTPERSPEKTIV	6
OMVÅRDNADSBEGREPP RELATERAT TILL PATIENT- OCH SJUKSKÖTERSKEPERSPEKTIV	6
LIVSKVALITÉ	7
PSYKOSOCIALT STÖD	8
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	9
METOD	9
DATAINSAMLING	9
LITTERATURSÖKNING	10
Tabell 2. Översikt över litteratursökning	10
DATAANALYS	11
ETISKA STLÄNNINGSTAGANDEN	12
RESULTAT	12
FYSISKT VÄLBEFINNANDE	12
PSYKISKT VÄLBEFINNANDE	14
PSYKOSOCIALT VÄLBEFINNANDE	15
DISKUSSION	16
METODDISKUSSION	16
RESULTATDISKUSSION	17
Reflektioner kring fysiskt välbefinnande	17
Reflektioner kring psykiskt välbefinnande	18
Reflektioner kring psykosocialt välbefinnande	19
Konklusion	20
REFERENSER	21
BILAGA	

INLEDNING

I Sverige ställs det omkring 7000 bröstcancerdiagnoser årligen, vilket ger en siffra mellan 15-20 insjuknande kvinnor dagligen [1]. Denna förekomst visar på att detta är ett centralt problemområde inom den svenska vården idag och angelägen en omvårdnadsfråga.

I kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor [2005] framgår det att omvårdnadens syfte är att stärka individens hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, samt återställa och bevara den befintliga hälsan, allt utifrån patientens individuella möjligheter och behov ur ett helhetsperspektiv. Sjuksköterskans ansvar är även att minska lidande samt att ge en värdig död [2]. Lidande är ett av många begrepp som inom onkologin är vanligt förekommande, ofta relaterat till symtom av sjukdomen men även biverkningar efter behandling.

Behandlingsformerna som finns idag vad gäller bröstcancer är kirurgi, strålbehandling, hormonbehandling samt cytostatikabehandling. Att behandlas med cytostatika, en behandlingsform som är en relativ vanlig komplettering till kirurgi, innebär en risk att utsättas för en rad olika biverkningar [1]. Biverkningarna kan sätta spår i livet och som därmed även kan ha en kraftig påverkan på livskvalitén även efter avslutad cytostatikabehandling. Vi vill därmed med denna kandidatuppsats belysa kvinnors livskvalité, samt få en uppfattning om dessa kvinnors behov av möjligen fortsatt stöd från olika vårdanstalter efter avslutad cytostatikabehandling. Detta för att vi skall få en större insikt i kvinnornas behov av eftervård som vi sedan kan ha nytta av när vi möter denna grupp av patienter.

BAKGRUND

BRÖSTCANCER – EN FOLKSJUKDOM

I Sverige är kvinnans vanligaste cancersjukdom bröstcancer och utgör minst 1/4 av alla cancertyper. Andelen fall av bröstcancer ökar samtidigt som allt fler människor får diagnosen i ett tidigt skede av sjukdomsförloppet. Dock är det fortfarande vanligt att bröstcancer diagnostiseras i ett senare stadium i sjukdomsförloppet i utvecklingsländer. Bröstcancer fall har ökats i samband med mammografins införande i slutet av 1980-talet men det kan inte förklara tidssambandet av ökningen som skett från 1960-talet till nutid. Däremot kan förändrat barnafödande med kortare amningstider och ökat intag av p-piller (östroger) indicera ökningen av bröstcancer. Antalet individer som drabbas av bröstcancer ökar med åldern, dock avtar antalet bröstcancer drabbade postmenopaus. Antalet bröstcancer fall som sker premenopausal är lika i olika delar av världen, medan det föreligger stora skillnader vad gäller antalet bröstcancer drabbade postmenopausalt [3].

Framstegen i diagnostik och ökad tumörbiologisk kunskap har givit en ökad potential till prevention och behandling. Den nya kunskapen har bidragit till att bröstcancer numera betraktas som en grupp av olika sjukdomar. Varje enskild individ som drabbas av bröstcancer måste därför få sin unikt utformade behandling [3].

Etiologi

I 99 procent av fallen bildas bröstcancer i mjölkkörtlarna eller i mjölkgångarna. Den resterande procenten bildas bröstcancer i bröstets stödjevävnad [4]. Bröstcancer uppstår när en frisk cell transformeras till en tumörcell, genom att mutationer i viktiga gener sker. För att cancer ska kunna uppstå i en cell krävs det i genomsnitt ett tio tal mutationer i en och samma cell. För att det sedan skall utveckla en begynnande cancersjukdom så krävs det ett flertal mutationer så att flera system i cellen slås ut, och inte längre kan kompensera förlusten av vissa funktioner. Följden av mutationerna blir att cellkärnans molekylära beslutsdel påverkas på så sätt att celltillväxt, cellspecialisering och den programmerade celledöden ändras. Cancerutvecklingen påverkar sedan även cellens kommunikation med bindväv och blodkärl, genom att tillväxten av cancertumören tränger sig in i andra omkringliggande vävnader och stimulerar tillväxten av blodkärl i tumören [5].

Riskfaktorer

Bröstcancer kan förekomma hos både män och kvinnor. Bröstcancer är dock hundra gånger vanligare hos kvinnor, och de kvinnliga könshormonerna anses ha en väsentlig betydelse för utveckling av bröstcancer. Lika så har tidig ålder vid menarche, sen ålder vid första fullgångna graviditet, många korta regelbundna menstruationscykler och sen ålder för menopaus visats sig vara riskfaktorer för att drabbas av bröstcancer [3].

Radioaktiv strålning är en känd riskfaktor, men en ovanlig orsak eftersom det idag finns bra strålskyddsteknik. En annan känd riskfaktor är en ärftlig variant som drygt en av tio kvinnor med bröstcancer har [4].

Symtom och tecken

Det vanligaste symtomet vid bröstcancer är en knöl i bröstet, ibland när bröstcanceren är spridd till lymfkörtlarna i armhålan kan detta kännas och ibland även synas som en eller flera knölar. En del cancerformer gör att hela bröstet förstoras och känns hårdare, och ibland sker indragningar i huden eller av bröstvårtan så huden ser ut som en grop och bröstvårtan dras in i bröstet. Vätska eller blod från bröstvårtan kan även vara ett symptom vid bröstcancer. Ett mer ovanligt symptom är hudrodnad, som brukar kallas "apelsinhud" då bröstet är svullet och hudens porer syns tydligare och påminner om ett apelsinskal. Ett annat symptom som inte är så vanligt är smärta eller ömhet i bröstet, och kan förklaras som en helt naturlig hormonell orsak [6].

Diagnostik

Trippeldiagnostik är en grundpelare vid utredning av bröstcancer hos en patient. Det innebär att en klinisk undersökning utförs som sedan kompletteras med bilddiagnostik i form av mammografi- och ultraljud, samt nålbiopsi [5].

Vid den kliniska undersökningen tar läkaren reda på patientens anamnes och ställer följdfrågor angående symtombilden. Vidare sker även en inspektion av bröstet då läkaren noggrant palperar och observerar bröstets form- och färg i liggande och sittande ställning. Läkaren palperar även lymfkörtlar i bland annat armhålan [5].

Mammografi är en typ av röntgen där man tittar på absorptionsskillnaden mellan fett-, körtel-, och tumörvävnad [5]. Detta görs genom att bröstet pressas ihop mellan en digital röntgenplatta och en skiva, samtidigt som bröstet kläms ihop får patienten hålla upp armen och stå helt stilla, under tiden bildernas tas [7].

Ultraljudsundersökning är en viktig metod för att undersöka vävnadernas akustik och mekaniska egenskaper. Oklara fynd vid palpation och/eller mammografi och vid avvikelser mellan det kliniska fyndet och mammografi kan ultraljud av bröstet ge unik information. Andra indikationer då ultraljud är en viktig kompletterings undersökning är när patienten är under 30 år, har körteltäta bröst, axillmetastaser men normal mammografi och då det krävs en närmare kategorisering av solida tumörer, samt då det kan vara en vägledning för nålbiopsi [8].

Nålbiopsi gör en mammografi/ultraljud undersökning fullständig genom vävnadsdiagnostik. Nålbiopsin ökar sensibiliteten för att påvisad bröstcancer och antalet falska positiva fynd minskar [8]. Det finns olika typer av biopsi där de vanligaste är finnålsbiopsi (FNB) och mellan/grovnålsbiopsi (GNB). Att utföra en biopsi innebär att man med en nål av olika grovlekar suger ut celler från knölen för att kunna göra en cytologiskdiagnostik alternativt en patologiskdiagnostik. När det är svårt att palpera knölen så kan det ibland behövas vägledning med hjälp av ultraljud [5].

Kirurgi-, hormon- och strålbehandling

Den äldsta cancerbehandlings metodiken som människor känner till är kirurgi [9]. Det är också den metod som primärt används för behandling av bröstcancer, och som i Sverige står för drygt 90 procent av bröstcancerpatienterna [5]. Bröstkirurgi är även den

mest effektiva metoden vid behandling av solida tumörer [9]. Oftast behandlas patienten först med kirurgi vilket sedan kompletteras med strålbehandling och/eller läkemedel för att få bästa behandlingseffekt. Det finns olika typer av bröstcancerkirurgi där det första är så kallat bröstbevarande kirurgi, och det andra är mastektomi som innebär att hela bröstet avlägsnas. Vid båda ingreppen görs även ett kirurgiskt ingrepp i armhålan för att utreda om cancerceller spridit sig till de närliggande lymfkörtlarna [5].

Hormonbehandling är en viktig tilläggsbehandling efter kirurgi, då ungefär 75 procent av alla patienter med bröstcancer har östrogen- och/eller progesteronreceptorer vilket gör att dessa patienter är tillgängliga för hormonellbehandling [5].

Strålning är en annan viktig tilläggsbehandling och grundades till en början på lågenergistrålning, som gav hög hudtoxicitet och låg behandlingseffektivitet. Idag har det skett stora framsteg inom radiologin, då strålningen kan preciseras mot tumörvävnaden utan att skada närliggande organ genom så kallad konformal strålning. Den konformala strålningen baseras på protoner istället för röntgenstrålning. Protonstrålning skadar inte dem vävnader som passerar utan strålskadan sker vid den planerade slutpunkten för strålningen, vilket är fördelen med denna teknik. Gammastrålning är en annan form av strålning som levererar en hög stråldos till en mindre tumör. Denna metod används då tumören ej är operabel [9].

Cytostatikabehandling

Cytostatika står för ”cellhämmare”. Det är ett samlingsnamn för flera olika läkemedel som dödar och/eller hindrar celler att dela sig. Det kan ges i botande syfte eller som komplement till kirurgi. Cytostatika kan även användas vid icke botbar cancersjukdom, för att lindra symtom [9].

När tumorsjukdomar behandlas med cytostatika kan man ge en eller flera cytostatikum i kombination. Cytostatika påverkar hela kroppen, och de celler som påverkas mest är de celler som delar sig snabbast. Därför drabbas de organ med snabbdelande celler utav biverkningar, som i till exempel slemhinnor [9].

Cytostatika är en heterogrupp av läkemedel, vilket gör att de skiljer sig åt från varandra beträffande kemiska strukturer, stabilitet och verkningsmekanismer. Behandlingsplanerna är därmed även varierande beroende på vilket cytostatikum som används, och bygger på kliniska observationer och empiriska erfarenheter [9].

Biverkningar av cytostatika

Tabell 1. Symtom och tecken.

Benmärgstoxicitet	Innebär att cytostatikan kan ge skador på leukocyterna, samt skador på megakaryocyterna som gör att trombocyt antalet i blodet minskar. Följden blir att patientens immunförsvar försämras. Erytrocyterna påverkas senare i behandlingskuren, vilket leder till låg
--------------------------	---

	hemoglobinkoncentration.
Fatigue (trötthet)	Är en vanlig biverkning som ofta innebär en stor påfrestning för de drabbade. Denna biverkning kan vara relaterad till blodbrist.
Alopeci (håravfall)	På grund av att cytostatikan når hårcellerna via blodkärl.
Illamående och kräkning	Cytostatikan gör så att serotonin läcker ut från mag- tarm slemhinnan vilket sedan leder till att vagusnerven ökar sin stimulans till det så kallade kräkcentrum i förlängda märgen.
Påverkan på mag- tarmkanalens slemhinnor	Som till exempel skador på munslemhinnan, och skador på tarmslemhinnan som leder till diarré.
Njurtoxicitet	Då cytostatika utfälls via urinen kan det leda till njurskador.
Speciella organskador	Känslnedsättningar på grund av skador på perifera nerver, nedsatt tarmmotorik som leder till förstoppning.
Effekter på sexualitet och reproduktion	Äggstockarna är känsliga för cytostatika som i sin tur orsakar förändringar i menstruationscykeln med bland annat upphörd menstruation. Slemhinnor i slidan kan också påverkas och bli torra och sköra.

[10].

SJUKSKÖTERS KANS PROFESSION

Sjuksköterskans huvudområde är omvårdnad och skall enligt ”ICN:s etiska kod för sjuksköterskor” bygga på respekt och inte begränsas utav ålder, hudfärg, trosuppfattning, kultur, handikapp eller sjukdom, kön, sexuell läggning, nationalitet, politisk åsikt, ras eller social status [3]. Sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden är: att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande [3].

”ICN:s etiska kod för sjuksköterskor” betonar sjuksköterskors ansvar för att förmedla information till både patient och närstående, detta för att ge en förutsättning för patienten att ge samtycke för vård och behandling. Sjuksköterskan har även ett eget ansvar över sin yrkesroll, vilket innebär att sjuksköterskan måste se till sin egen hälsa för att inte riskera att utöva bristande vård. Ur ett etiskt perspektiv understryks vidare att sjuksköterskan skall följa de riktlinjer som finns för professionen samt hålla sig uppdaterad med de nya forskningsrön och utbildningstillfällen som finns. Ett gott samarbete med övrig personal ingår också i sjuksköterskeyrket [3].

I de officiella dokument som reglerar sjuksköterskors yrkesansvar i Sverige beskrivs sjuksköterskeprofessionen utifrån följande kompetensområden: omvårdnadens teori och- praktik, forskning, utveckling och- utbildning, samt ledarskap [4].

Omvårdnad skall även baseras på en humanistisk grundsyn, som enligt ”Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete” innebär att människan ses som en unik, aktiv, skapande individ med förmåga att göra val och ta eget ansvar. Därför bör varje enskild individ bemötas individuellt efter sina egna förutsättningar. World Health Organization (WHO, 1986) har gjort att hälsofrämjande insatser har vidareutvecklats och blivit mer inriktat på hälsa och välbefinnande hos hela befolkningen. WHO:s grundläggande beståndsdelar för ett hälsofrämjande arbete är empowerment, jämlikhet, samarbete, delaktighet i samhället, självbestämmande, ömsesidigt hjälpanande och delat ansvar. Begreppet prevention sammankopplas ofta med hälsofrämjande arbete som syfte till att förhindra uppkomsten av sjukdom och ohälsa, och hindra utvecklingen av en redan etablerad sjukdom, samt minska de begränsningar som en funktionshindrad kan ha [2].

BRÖSTCANCER UR ETT PATIENTPERSPEKTIV

Att få en cancerdiagnos är en påfrestning oavsett om patienten är förberedd eller inte, då detta innebär att patienten måste anpassa sig till en ny främmande situation. I denna situation upplever patienten att behovet av god information är stort, och att informationen bör anpassas efter varje enskild individ. Detta krävs för att individen skall få vägledning i hur hon och hennes närstående skall kunna hantera såväl sjukdom som behandling. Relationen mellan patient och vårdpersonal är mycket väsentligt då detta innebär att vårdpersonalen månar om patienten vilket i sin tur kan överföra hopp och tillit. Patienter kan reagera på olika sätt i samband med diagnos och behandling. Ångest kan vara en reaktion som kan ta uttryck på olika sätt genom till exempel oroande tankar eller hjärtklappning. Ilska över att man drabbats av sjukdomen är vanligt förekommande då en känsla av orättvisa kan uppstå. Känsla av skuld kan även förekomma då patienten skuldsätter sig själv för att till exempel ”ha levt ett stressigt liv”. Detta kan lätt övergå till skam då patienten uppfattar att hon själv orsakat sin sjukdom. Många upplever även att oro för att bli fysisk funktionshindrad till följd av sin sjukdom, och är även rädda för de biverkningar som till exempel behandling med cytostatika kan medföra. Oron kan även kopplas till psykologiska faktorer så som känslan av att aldrig kunna bli sig själv igen samt att inte längre klara av sitt dagliga jobb [5].

OMVÅRDNADSBEGREPP RELATERAT TILL PATIENTPERSPEKTIV OCH SJUKSKÖTERSKEPERSKEKTIV

Vid vård av bröstcancerpatienter kan man koppla en rad olika omvårdnadsbegrepp till deras situation. Lidande är något naturligt som kan uppstå i olika episoder i livet. Lida innebär att patienten inte känner sig trygg och saknar känsla av hopp, delaktighet och välbefinnande. Ett stort lidande kan uppstå i samband med att patienten har en vilja att göra något, men inte kan. När lidandet är stort behövs tröst, vilket en sjuksköterska kan förmedla genom att lugna, stärka, hjälpa och uppmuntra patienten. Tröst gör att nya möjligheter öppnas för att hantera en svår situation. Att drabbas av bröstcancer kan innebära att individens vardagsliv förändras. Vid denna situation handlar tröst om att hjälpa patienten att återfå balansen [11].

När en patient drabbas av bröstcancer kan identiteten upplevas förändrad. Därför är delaktighet viktigt vid olika sammanhang för att känna att man har en viktig plats i tillvaron. Exempel på delaktighet är att patienten bibehåller sina sociala relationer och aktiviteter, samt att patienten i den mån det går ges möjlighet att vara delaktig i sin egenvård [11].

Vid svåra förhållanden såsom vid insjuknande av bröstcancer blir hoppet mer uppmärksammat. Hopp innebär att inte ge upp och kan även vara en önskan, vägran och kampanda hos den drabbade [12]. En positiv inställning hos sjuksköterskan kan förmedla hopp om förändring är möjligt för patienten [13]. Att vara närvarande i mötet med patienten samt att stödja och vägleda under hela vårdtiden är en del av sjuksköterskerollen, som i sin tur kan inviga upplevelser av kontroll, uppskattning, hopp och mening samt ökat välbefinnande hos patienten [12].

De ovan beskrivna begreppen såsom lidande, hopp, tröst, välbefinnande och delaktighet utgör tillsammans en grund för hur livskvalité kan påverkas och upplevas av den enskilda individen. Inom vården handlar det om en samverkan mellan patient och sjuksköterska, där patienten förmedlar sina subjektiva upplevelser vilket gör att sjuksköterskan kan fånga dessa och därmed vara till stöd [12].

LIVSKVALITÉ

Livskvalité är ett komplext begrepp som är ett multidimensionellt och subjektivt fenomen [14]. Komponenter som att känna att man lever, arbetar, älskar och har kontakt med omgivningen ingår i det som vi i vardagen brukar kalla för livskvalité, där var och en har sin uppfattning om vad de anser gör livet värt att leva [15]. Inom vården talar man om hälsorelaterad livskvalité som är direkt relaterad till individens hälsa, vilket innefattar fysiskt-, psykiskt-, psykosocialt- och andlig välbefinnande. Enligt European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) [14] innefattar även de upplevda symtomen relaterat till sjukdom som en dimension av hälsorelaterad livskvalitet. Livskvalitén påverkas inte av själva symtomet direkt utan av den störda funktionen som den medför. WHO:s definition från 1993 ger en övergripande beskrivning av livskvalité, och lyder ”an individual’s perceptions of their position in life in the context of the culture and value system in which they live and in relation to their goals, standards and concerns” [14].

Under de senaste 35 åren har forskningen kring teorier, metoder och tillämpningar av subjektiva mätningar av hälsa och livskvalité utvecklats. Instrumenten skiljer sig i hur de har utvecklats i innehåll, ansvarsområde och kvalitet. Det som särskiljer instrumenten är att vissa kan innefatta en enstaka global fråga medan andra kan innehålla flera enstaka frågor och skalor som omfattar många komponenter av livskvalité. Om man vill summera den totala uppfattningen av livskvalité är det lämpligt att använda en enstaka global fråga som mätmetod för att samtidigt ge individen möjlighet att överväga olika synvinklar som för dem är betydelsefulla. För att mäta olika dimensioner kring livskvalité används ofta flera frågor samt skalor. Instrumenten kan delas in i generiska instrument, sjukdomsspecifika instrument, samt instrument som mäter hälsorelaterad livskvalité. Generiska instrument används vid mätningar för att jämföra skillnader mellan personer med olika sjukdomar, eller en patientgrupp jämfört med allmänheten.

Sjukdomsspecifika instrument har utvecklats för att mäta hälsorelaterad livskvalité hos patienter med en specifik sjukdom, som till exempel cancer. Instrument som mäter hälsorelaterad livskvalité har till syfte att mäta ett specifikt symtom som en dimension av hälsorelaterad livskvalité [14].

PSYKOSOCIALT STÖD

Psykosocialt stöd är en betydelsefull åtgärd vid cancersjukdom, vilket innefattar stöd från professionella yrkesutövare, familj och vänner. Stödåtgärderna som finns kan handla om emotionellt stöd, kommunikation, information, utbildning, kognitiv funktion, social interaktion eller fysisk aktivitet. Dessa åtgärder syftar ofta till att minimera de psykosociala effekterna som bröstcancer och dess behandling kan medföra [16].

Emotionellt stöd som till exempel gruppterapi har visat sig vara lika effektivt som individuell terapi vad gäller att minska ångest och depression bland patienter med en cancerdiagnos. Vad gäller den kognitiva funktionen så finns exempelvis kognitiv beteendeterapi som är speciellt anpassad för patienter med cancer. Denna typ av terapi har visat sig ge en mer positiv effekt på ångest, jämfört med de patienter som endast får stödjande rådgivning och information [16].

Sjuksköterskan bör alltid stödja patientens psykosociala behov, oavsett om det medicinska behovet är större. Det kan handla om att sjuksköterskan tar sig tid att samtala med patienten och kommunicera på ett sådant sätt som dämpar patientens upplevda ångest. Rådgivning och utbildning visade sig ge bäst effekt på cancerpatienter som led av depression, vilket ökar betydelsen av att alla rådgivare, oavsett profession, bör vara väl utbildade inom cancersjukdom och detaljer vad gäller behandling [16].

I dag förekommer det fortfarande fall där sjuksköterskan har svårigheter med att hjälpa patienter med bröstcancer, och deras symtom. Det gäller framförallt symtom som fatigue, sexuella problem, kognitiv funktionsnedsättning och viktnedgång, som alla är relaterade till cytostatikabehandlingen. Orsaken till att sjuksköterskan kan ha svårt med att bemöta och stödja patienter med dessa symtom kan bero på att det är brist på forskning. Den bristande forskningen har bidragit till att psykosociala problem vid bröstcancer ofta missas av sjukvården. Därför pågår forskning inom detta område för att utveckla instrument och på så sätt kunna stödja patienter i ett tidigare skede samt förebygga senare problematik [5].

PROBLEMFÖRMULERING

När en patient med bröstcancer får cytostatikabehandling på sjukhus, så ligger ett stort fokus på dennes helhetstillstånd, och stöd från sjukvårdspersonal finns att tillgå. Men när cytostatika behandlingen är avslutad räknar sjukvården med att patienten är ”utskrivningsklar”, och att hon nu har återgått till sin ”normala” tillvaro. Våra erfarenheter är att sjukvården här tappar omvårdnadsperspektivet och missar kvinnans subjektiva känslor och besvär som finns kvar efter avslutad behandling. Det handlar främst om cytostatika relaterade symtom såsom fatigue, alopeci, sexuella problem, illamående samt de psykiska påfrestningar som uppstår.

Våra tankar är att kvinnor efter avslutad cytostatikabehandling är i fortsatt behov av stöd från sjukvården för att kunna bearbeta sina kvarstående spår av sjukdom och behandling. Eftersom professionen som blivande sjuksköterskor innebär att vi skall ha ett holistiskt förhållningssätt, och vårda hela människan så är det av stor betydelse att vi fullföljer patienten genom hela sjukdomsprocessen, tills det att patienten själv känner sig färdigbehandlad. Denna kandidatuppsats syftar till att belysa bröstcancer drabbade kvinnors upplevelser av livskvalité efter avslutad cytostatikabehandling. Detta för att vi skall få en bild av vilka fortsatta behov patienter kan uppleva, så att bättre eftervård kan erbjudas.

SYFTE

Syftet är att sammanställa aktuell kunskap om upplevelsen av livskvalité hos kvinnor med bröstcancer, efter avslutad cytostatikabehandling.

METOD

DATAINSAMLING

Vi har valt att göra en litteraturoversikt inom vårt område, -omvårdnad. Detta innebär att vi genom granskning av vetenskapliga artiklar skapar oss en översikt över den befintliga forskningen som finns inom vårt valda problemområde. För att få en djupare förståelse för kvinnors upplevda livskvalité efter avslutad cytostatikabehandling så har vi valt att studera både kvalitativa och kvantitativa artiklar [17].

Det första steget i Fribergs [17] modell är att skapa en överblick över det som är mest utmärkande för det studerande området, ett så kallat helikoptersperspektiv. Sedan görs en avgränsning till ett urval av studier, för att kunna motivera valet av artiklar. Därefter är det dags att granska kvaliteten av de valda artiklarna. Innan en sammanställning av studierna görs, så analyseras artiklarna noggrant var för sig och likheter respektive skillnader kan identifieras. Denna sammanställning utgör sedan resultatet [17].

Inklusionskriterier för denna litteraturoversikt var följande: artiklarna skulle vara publicerade någon gång mellan åren 2005 till 2012, de skulle vara vetenskapliga grundade med tillgängligt abstrakt samt granskade enligt peer reviewed. Artiklarna skulle även vara skrivna på engelska och endast inkludera vuxna kvinnor. Eftersom syftet med litteraturoversikten lades på bröstcancer drabbade kvinnors upplevelse av livskvalité så har artiklarna valts ur ett patientperspektiv. Artiklarna som valdes var även genomförda i Europa samt Amerika. Ett flertal av de valda artiklarna innehöll resultat som berörde livskvalitén hos kvinnor både under och efter avslutad cytostatikabehandling. Artiklarna inkluderade även vissa gynekologiska cancer diagnoser, samt radioterapi och kirurgi som komplement till cytostatika, då det fanns ett fåtal artiklar som endast studerade det valda problemområdet.

Exklusionskriterier till syfte att begränsa artikelurvalet genomfördes på följande grunder: patienterna var inte i fokus, hade inte avslutat sin cytostatikabehandling, tjejer under arton år, män, livskvalité endast under cytostatikabehandling. Vid sökning av artiklarna lästes abstrakten för att få en överblick över innehållet och för att sedan kunna

avgöra om artiklarna var relevanta för syftet. Resultatet baseras på elva kvantitativa artiklar och två både kvalitativa och kvantitativa artiklar.

För att få ett smalare sökresultat använde vi oss utav en specifik söklogik som innebar att sökorden AND och NOT brukades som hjälp för att hitta relevanta artiklar. Ordet AND var användningsbart för att se till att de ord vi ville inkludera fanns med i artiklarna så som till exempel *quality of life*, och NOT för att utesluta vissa sökord eller begrepp såsom *undergoing chemotherapy*.

LITTERATORSÖKNING

Tabell 2. Översikt över litteratursökning

Databas	Datum	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Artikel Ref. nr:
Cinahl	30/4-12	Breast cancer AND After Chemotherapy AND Quality of life	Peer Reviewed. Research Article. Abstract Available. Pub. Date 2007-2011. Female.	19	[19,24,26,27,29]
Cinahl	30/4-12	Breast cancer AND Quality of life AND Chemotherapy	Peer Reviewed. Research Article. Pub. Date: 2005-2012. Female. Adult: 19-44 years.	121	[20,31]
Cinahl	25/4-12	Adjuvant chemoterapy AND quality of life AND breast cancer	Peer Reviewed. Researche article. Pub. Date 2005-2012. Female.	48	[21]
Cinahl	25/4-12	Breast cancer AND chemotherapy AND quality of life NOT during chemotherapy NOT undergoing chemotherapy NOT	PeerReviewed. Research Article. Pub. Date 2005-2011. Abstract Available. English Language. Female. All Adult.	22	[22]

		undergoing therapy			
Cinahl	2/5-12	Breast cancer AND after chemotherapy AND quality of life.	Peer Reviewed. Research Article. Abstract Available. Pub. Date 2005-2012. Female. All adult.	30	[23]
Cinahl	25/4-12	Breast cancer AND after chemotherapy AND quality of life	Peer Reviewed. Abstract available. Pub. Date: 2007-2012. English language. Female. All adult.	18	[25]
Scopus	25/4-12	Breast cancer AND quality of life AND after chemotherapy.	Pub. Date. 2007. English language.	97	[28]
Cinahl	2/5-12	Cognitive function AND breast cancer AND after chemotherapy	Peer Reviewed. Abstract available. Pub. Date: 2007-2012. English language. Female. All adult.	6	[30]

DATAANALYS

En analys av artiklarna gjordes genom att följa Fribergs [17] modell. Först skapades en resumé över de utvalda artiklarna genom att noggrant läsa igenom dem. En artikel valdes bort då perspektivet inte var relevant för syftet. Därefter granskades de kvarvarande artiklarna för att bedöma deras kvalitet och relevans i relation till problemområdet. Nästa steg var att studera skillnader och likheter mellan artiklarna för att kunna skapa ett samband i resultat delen. Ett särskilt dokument öppnades där information från respektive artikel fördes in. Vidare valdes att kategorisera de olika symtomen relaterat till livskvalité under tre rubriker. Detta för att göra sammanställningen av resultatet mer begriplig. Syntesen av resultatet presenterades

genom tre dimensioner relaterat till livskvalité: *fysiskt välbefinnande, psykiskt välbefinnande samt psykosocialt välbefinnande*.

Med hjälp av Fribergs [17] frågeställningar för kvalitetsgranskning, så värderades artiklarnas innehåll och studerades närmres på bakgrund, syftebeskrivning, metod, urval, analysmetod, etiska ställningstagande, resultat, diskussion och konklusion. (Bilaga 1).

ETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN

Vid all typ av forskning är respekt en grundläggande utgångspunkt för alla individer som deltar. Den enskilda individens fysiska- och psykiska integritet skall tas hänsyn till och tystnadsplikt måste följas enligt de regler som föreligger. Det måste även vara deltagarna själva som tar ställning till om de verkligen vill delta i forskningen, och inte bli bedragna på falska villkor. Forskare skall även vara medvetna om att det alltid föreligger en risk att deltagarna under forskningsprocessen påverkas på ett eller annat sätt [18]. Några av våra valda studier har blivit granskade av en etisk kommitté, och andra har blivit granskade av en annan form av forskningsnämnd. Endast en studie nämner ingenting om ett godkännande från någon etisk kommitté eller annan forskningsnämnd.

RESULTAT

Resultatet är indelat i tre kategorier: *fysiskt-, psykiskt- och psykosocialt välbefinnande* som alla ingår i begreppet livskvalité. Fysiskt välbefinnande tar upp symtom- och tecken som fatigue, sömnstörningar, klimakterieliknande besvär, minskat sexuellt intresse, muskelsmärta och svettningar med mera. Psykiskt välbefinnande beskriver symtom som ångest, oro, depression samt kognitiva funktionshinder, medan det psykosociala välbefinnandet tar upp på vilket sätt symtomen påverkar det sociala umgänget.

Fysiskt välbefinnande

I en studie där 112 kvinnor med bröstcancer deltog noterades det lindriga nivåer av symtom på smärta, fatigue och sömnstörningar, som vid slutet av cytostatikabehandlingen eskalerats till mer måttlig eller svåra symtom. Vid en mätning sex månader efter avslutad behandling framgick det att patienterna befann sig i en återhämtningsfas och hade därmed mer lindriga symtom kvar [19]. I en annan studie framgick det även att patienterna hade ett bättre fysisk välbefinnande vid sex månader efter avslutad cytostatikabehandling, vilket gynnade att ett lägre antal kvinnor självrappporterade fatigue. Tolv månader efter avslutad cytostatika behandling visade forskningen på att de kvinnor som tvekade till att söka socialt stöd rapporterade sämre välbefinnande, samt att fatigue var starkt förknippat med det fysiska välbefinnandet som patienten befann sig i [20]. I en finsk studie där livskvalité i relation till fysisk aktivitet och prestation strax efter avslutad cytostatikabehandling undersöktes så framgick det att kvinnor kunde uppleva en ihållande fatigue upp till två år efter avslutad behandling. Fatigue beskrevs som en av de viktigaste faktorerna som påverkar livskvalitén [21]. Ytterligare en studie betonar att fatigue är ett av de vanligaste ihållande symtomen efter avslutad cytostatikabehandling. Studien beskrev vidare att orsaken till tröttheten bör

utredas för att utesluta blodbrist eller depression som är två kända biverkningar av cytostatikabehandling. Vikten av att utreda faktorn till tröttheten är betydelsefull då stabilisering av blodvärde leder till positiva förbättringar i det fysiska samt det emotionella välbefinnandet. Forskarna i den aktuella studien beskriver att det negativa sambandet mellan fatigue och livskvalité gör det betydelsefullt att behandla kvinnors primära orsak till fatigue [22].

Enligt Downie et al. [23] framgick det att alla kvinnor i studien upplevde fatigue samt att de flesta av patienterna upplevde klimakterieliknande besvär. Klimakterieliknande symtom som uppstod efter avslutad cytostatikabehandling, såsom värmevallningar och kalla svettningar, drabbade drygt hälften av kvinnorna i studien. Dessa kvinnor uppgav att de hade väckts under nattetid utav besvären, vilket i sin tur hade bidragit till att de under dagtid varit trötta och därmed upplevt påverkan på livskvalitén. För några få kvinnor i studien var dessa symtom tecken på att cytostatikabehandlingen gav effekt [23]. I en annan studie framgår det att klimakterieliknande symtom som värmevallningar har visat sig vara vanligt förekommande hos kvinnor upp till ett par månader efter avslutad cytostatikabehandling. Kvinnor som besvärades av dessa symtom visade sig även ha betydligt sämre sömnkvalité. Detta beskrevs i en studie som studerade värmevallningar i förhållande till sömnlöshet på 58 kvinnor som genomgått adjuvant behandling med cytostatika och/eller strålning. I resultatet framställdes alltså att förändringar i vasomotoriska symtom är starkt förknippade med förändringar i sömnkvalitén, särskilt de första månaderna efter avslutad behandling [24].

I en studie där förändrad sömnkvalitet relaterat till olika behandlingsformer såsom hormonell-, kirurgisk-, strål-, samt cytostatikabehandling studerats, framgick det att kvinnor som behandlats med cytostatika upplevde mer problem med sömnkvaliten efter avslutad behandling, jämfört med de övriga behandlingsformerna. Dessa kvinnor hade minskad förmåga att kunna hantera sitt dagliga arbete och utföra andra fysiska aktiviteter [22].

Andra vanliga faktorer som påverkade livskvalitén var viktproblematik och låg fysisk aktivitet. Vidare beskriver Penttinen et al. [21] att fysiskt aktiva kvinnor hade högre livskvalité än kvinnor som inte utövar något alls, och att fysisk aktivitet var den enda faktor som förknippades med bättre livskvalité [21].

Flera studier noterar viktproblematik som ett vanligt problem med stor påverkan på kvinnors upplevda kroppsuppfattning under och efter behandling med cytostatika [21, 25, 26]. Steinbach et al. [26] beskrev nedsatt lukt- och smaksinne som två övervägande orsaker bakom detta problem. Dessa förändringar av lukt- och smaksinnet rapporterades som vanliga symtom både under och efter cytostatikabehandling. Kvinnor som upplevde dessa symtom beskrev även svårigheter med matlagning, nedsatt aptit och humörförändringar. Därmed ökade risken för viktnedgång och undernäring, samt en sämre livskvalité. Det nedsatta lukt- och smaksinnet uppskattades dock vara övergående och nästan försvinna helt tre månader efter avslutad behandling [26].

Minskat sexuellt intresse, muskelvärk och svettningar är ytterligare besvär som rapporterats efter avslutad cytostatikabehandling. Buijs et al. [27] betonar dock att dessa symtom är svåra att tolka eftersom de kan förväxlas med friska postmenopausala kvinnors symtom [27].

Förmågan att jobba heltid var ett problem för en del av kvinnorna som deltog i en studie angående kognitiv funktion, trötthet och klimakterieliknande symtom efter cytostatika behandling. Eftersom trötthet tillsammans med andra biverkningar såsom illamående och kräkningar störde den normala tillvaron, kunde drygt 30 % av kvinnorna endast arbeta deltid. De som drabbades mest var de som var egenföretagare eller ensamstående mammor, eftersom de var ensam ansvariga för sin ekonomiska situation. I en del familjer skedde det en omorganisation i hemmet vad gäller hushållsarbeten etcetera. För vissa kvinnor gav detta en större möjlighet till egenvård, medan det för andra påverkades negativt genom förändrad identitet och självkänsla. Artikeln redovisade en kvinnas upplevelse av att inte kunna bidra tillräcklig i hemmet och vara beroende av andra [23].

"I feel I'm not giving enough of myself to my family and especially my baby. I want to do things for my family and right now I can't. It's sad; I can't even wash my baby's clothes or iron them. I am dependent on my mother and I hate being dependent on other people" [23] s. 926.

Psykiskt välbefinnande

Costanzo et al. [28] beskrev att livskvalitén förbättrades med tiden i samtliga fall i samband med att stressen minskade. De största källorna till stress efter cytostatikabehandling var biverkningar eller fysiska problem samt rädsla för återfall i sjukdomen. En annan anmärkningsvärd källa till den stress som uppstod efter avslutad behandling var att komma tillbaka till det normala eller försöka skapa en ny normal tillvaro i livet. Det framgick även att kvinnornas stress var relaterat till deras utbildningsnivå. De kvinnor som hade avslutat en universitet- eller högskoleutbildning visade sig lida av mer stress, än de kvinnor som endast avslutat en gymnasieutbildning [28].

Rädsla och ångest vid bröstcancer är starkt relaterade till de biverkningar som uppstår i samband med cytostatikabehandling. Alopeci är en sådan biverkning som genom forskning har visat sig orsaka kraftig oro och ångest, och som även kvarstår efter avslutad cytostatikabehandling. Rädslan över alopeci har mätts vara nästintill lika stor som rädslan av att drabbas av metastaser eller total mastektomi. Kylning av hårbotten under pågående behandling är vanligt i syfte att minska håravfall. Det har visat sig att denna metod ökar välbefinnandet både under och efter behandling då kroppsuppfattningen och den upplevda livskvalitén blir bättre [29].

Flera studier beskriver depression som en viktig faktor i kvinnors upplevda livskvalité [19, 21, 28]. Tidigare psykiatrisk historia såsom ångest, depression samt föreskriven antidepressiv medicin har visat sig vara prediktorer för depression under och efter cytostatikabehandling. Kvinnor som specifikt har en historia med ångest har visat sig ha lindrigare symtom på depression under behandling för att sedan öka kraftigt från 3 veckor till 3 månader efter behandling [28].

Svårigheter med närminnet rapporterades av majoriteten av deltagarna i Downie´s et al. [23] studie [23].

"It will strike at the most inopportune time. I could be doing all right and this fog will just descend on my brain and then I'm gone (snaps fingers). And two hours later it could clear up for two hours or two minutes" [23] s. 927.

Dessa kvinnor blev allt mer beroende av externa hjälpmedel som till exempel almanacker, listor och anteckningar. Många kvinnor noterade även negativa förändringar kognitivt, speciellt vad gäller koncentrationen, som hade betydande effekter på det dagliga livet och livskvalitén [23]. Negativa förändringar på minne och allmänna kognitiva nedsättningar relaterat till cytostatikabehandling bekräftas även som en påverkande faktor på livskvalitén efter behandling [30].

Förändringar i koncentration, verbal förmåga och svårt att hitta ord var även de kognitiva problem som var oförutsägbara. Vad gäller språket var det två största störningarna att finna ord eller- namn, och artikulation. Kvinnorna upplevde att de bearbetade information på ett långsamt sätt, och att detta påverkade deras verbalflyt [23].

"I might start a sentence and the thought is there but the next phrase might not fall into place quite as easily. It's almost like a thought stutters. . . . like my mind slows down a bit and my mouth is still moving at the rate I am familiar with but the mind is a little slower so they get out of synch with each other's and there is a bit of a stumble" [23] s. 927.

I Richardson's et al. [31] studie där hälsorelaterad livskvalité (HRQOL) hos 464 kvinnor med bröstcancer studerades, noterades det att dem kvinnor med god livskvalité innan påbörjad cytostatikabehandling återgick till samma nivå av upplevd livskvalité efter avslutad cytostatikabehandling [31].

Psykosocial välbefinnande

Vad gäller det psykosociala välbefinnandet så kunde många kvinnor uppleva att umgänge med familj och vänner blev anknutet till den energinivå som fanns. Många kvinnor planerade in möten med vänner tidigare på kvällarna, allt detta bidrog till att kvinnorna upplevde känslor som irritation och värdelöshet eftersom tröttheten tog över deras liv [23]. En kvinna beskrev sin trötthet på följande vis:

"I find the fatigue completely shattering. I have so little energy to do stuff and then I lie down and I can't imagine ever moving again. I literally don't move a muscle. It's a different kind of fatigue than just being tired" [23] s. 925.

Vid sex och tolv månader efter avslutad cytostatikabehandling hade en liten del av kvinnorna som deltog i Reid-Arndt's et al. [20] studie, en kvarvarande påverkan på minnet, nedsatt verbal förmåga och fatigue. Regressionerna bidrog till att kvinnorna var tveksamma på att söka socialt stöd, och tröttheten påverkade livskvalitén på ett negativt sätt. En vidare granskning visade att fatigue var signifikant associerad med en sämre fungerande välfärd [20]. Fatigue innebar för kvinnorna att alla aspekter av livet,

inklusive emotionell och fysiskt välbefinnande, familjerelationer samt sysselsättningar blev drabbade [23].

Flera kvinnor upplevde känslor av farhågor om andra människor skulle märka deras psykiska förändringar. Därmed undvek vissa kvinnor umgänge och aktiviteter där det skulle vara uppenbart att de hade minnesproblematik [23].

I Ganz's et al. [25] studie undersöktes den psykosociala återhämtningen hos kvinnor med bröstcancer under ett år efter avslutad cytostatikabehandling. Symtom som rapporterades under detta år klassificerades som måttliga till svåra symtom. Bland dessa räknades bland annat vaginala symtom, muskeloskeletal smärta och viktproblem. Forskarna av studien beskriver att om liknande symtom förblir okontrollerade från sjukvården så löper dessa kvinnor större risk för sämre psykosocial hälsa [25].

Kvinnor med dålig prognos efter avslutad cytostatikabehandling tenderar att engagera och anpassa sig väl till sin sjukdomssituation, jämfört med kvinnor med god bröstcancer prognos. Detta engagemang och integration förstärks om kvinnan upplever och får emotionellt stöd från släktingar, vänner och professionell sjukvårdspersonal [27].

DISKUSSION

METODDISKUSSION

I kandidatuppsatsen valdes en litteraturoversikt då denna metod ansågs vara den mest lämpliga till syftet. Vid planeringen inför uppsatsskrivningen diskuterades att både kvantitativa och kvalitativa studier skulle ingå i resultatet för att på så sätt få en djupare grund kring kvinnors upplevda livskvalité efter avslutad cytostatikabehandling. Under litteratursökningen så märktes dock att utbudet av kvalitativa studier var begränsat då endast två artiklar som delvis var kvalitativa hittades. Vi är medvetna om att generaliserbarheten i resultatet kan ha blivit påverkat av denna begränsning. Det var även svårt att hitta studier som enbart berörde problemområdet, därför inkluderades studier där andra cancerformer än bröstcancer ingick, såsom gynekologiskcancer. Liknande problem upplevdes vad gäller behandlingsmetod, då flera av de valda studierna även innefattade strål-, hormon- och kirurgiskbehandling. Dock har resultatet grundat på data som endast berörde cytostatikabehandling. Detta genom att artiklarna studerades noggrant och data som inte var aktuellt för syftet sållades bort. På så sätt påverkades inte resultatdelen i kandidatuppsatsen. Många utav de granskade artiklarna hade även undersökt kvinnors upplevda livskvalité under pågående cytostatikabehandling. Denna information var inte relevant för syftet, därför valdes dessa data bort från resultatet. Informationen som bortsågs var däremot värdefullt på så vis att en större bild skapades om hur livskvalitén förändrades över tid hos dessa kvinnor.

Från planeringsstarten av kandidatuppsatsen tänkte vi att endast studier som var genomförda i Europa skulle inkluderas. När sökningen efter vetenskapligt grundade artiklar påbörjades, upptäcktes det att kvantiteten av europeiska vetenskapliga studier var få. Därför inkluderades USA och Kanada som två geografiska komplement till Europa. USA och Kanada har en annorlunda vård jämfört med den europeiska

sjukvården varför detta kan ha påverkat generaliseringen vad gäller kvinnors upplevda livskvalité efter avslutad cytostatikabehandling.

Efter analysen av de utvalda artiklarna var nästa steg att urskilja likheter och skillnader av de sammanställda artiklarna, för att få en tydligare överblick och sedan lättare kunna kategorisera data. Kategorierna bestod av tre centrala element i begreppet livskvalité: *fysiskt-, psykiskt- och psykosocialt välbefinnande*. Valet av kategorier beslöts genom att hänsyn till Östlunds [14] teori togs, där hälsorelaterad livskvalité beskrevs utifrån dessa dimensioner. Dock skall det poängteras att de studier som granskades saknade resultat som berörde den andliga dimensionen, varför denna rubrik uteslöts i resultatet.

De studier som har applicerats i kandidatuppsatsen undersökte livskvalité med hjälp av olika skalor och frågeformulär. Ett av de två vanligaste frågeformulären som förekom var "European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire" (EORTC QLQ-C30), som syftade till att bedöma livskvalitén hos cancerpatienter [32]. Det andra instrumentet är ett förenklat frågeformulär (SF-36), som innehåller 36 frågor och tillsammans utgör 8 skalor som beskriver funktionell hälsa och välbefinnande samt fysisk- och psykisk hälsa [33]. Dessa instrument anses vara relevanta vid forskning av livskvalité då de har använts vid ett flertal forskningsstudier med akademisk grund. Rehabiliteringen och validiteten i samtliga studier anses vara höga, därför att de olika mätinstrumenten som användes var sammanhängande och motsvarade det studerna ville undersöka

Peer Reviewed användes som en sökkriterie i databaserna, för att säkerställa att artiklarna varit förhandsgranskade och som på så sätt ökar deras trovärdighet. Dock föreligger en medvetenhet om att denna förhandsgranskningsmetod ej garanterar att artiklarna är vetenskapligt accepterade. För att kunna öka artiklarnas trovärdighet, har vi utgått från att artiklarna innehöll följande rubriker med relevant innehåll: *"abstrakt, introduktion, bakgrund, metod, resultat, diskussion, eventuellt en konklusion samt en komplett tillhörande referenslista"*.

RESULTATDISKUSSION

Reflektioner kring fysiskt välbefinnande

I två av studierna framgick det att det kunde ta upp till flera månader för att hamna i återhämtningsfasen efter avslutad cytostatikabehandling [19, 20]. Detta innebär alltså att kvinnor lider av fortsatta besvär, varför vi anser att dessa kvinnor är i behov av fortsatt stöd i olika former efter avslutad behandling. I Penttinen´s et al. [21] studie beskrevs det att kvinnor som var fysiskt aktiva efter avslutad cytostatikabehandling rapporterade bättre livskvalité och hade större tendens att söka efter stöd om de var i behov av det, jämfört med kvinnor som var fysiskt inaktiva [21]. Sjuksköterskans roll i det här sammanhanget skulle kunna vara att informera och ge tips om fysiska aktiviteter samt rekommendera kontakt med sjukgymnast i syfte till att stärka patientens fysiska välbefinnande. Av egna erfarenheter så blir patienter utskrivningsklara efter avslutad cytostatikabehandling om det inte påvisas regression eller metastasering av sjukdomen. Patienterna får sedan årligen besöka läkare för endast en medicinsk kontroll. Här menar vi att omvårdnadsperspektivet missas genom att inga återbesök görs hos sjuksköterskor efter avslutad cytostatikabehandling. Vi tycker att det vore bra att patienterna efter

avslutad behandling skulle kunna få möjlighet till att träffa en sjuksköterska, för att på så sätt kunna följa upp patienterna och ge fortsatt stöd.

Illamående och kräkningar beskrevs i litteraturerna som de två vanligaste biverkningar av cytostatikabehandling. Dock var det bara en artikel [23] utav de granskade som nämnde dessa biverkningar. Vi tror att en kombination av god antiemetikabehandling samt att studierna som granskades är gjorda från tre månader efter avslutad cytostatikabehandling har påverkat resultatet, då dessa biverkningar hunnit lindras och avta.

Fatigue var det mest frekventa symtomet som förekom i de granskade artiklarna [19-23, 25] och som visade sig ha stor påverkan på det dagliga livet. Benmärgsintoxitet i form av blodbrist, samt depression var två kända men skilda orsaker till fatigue. Dessa orsaker var viktiga att behandla innan hemgång då ett medicinskt behov kunde föreligga [22]. Det är av stor betydelse att vårdpersonal är medvetna om de orsaker som kan ligga till grund för fatigue, och inte tänka att det ”hör till” cancersjukdomen. En sjuksköterska kan i det här läget ge tips om hur patienten kan minska den cancerrelaterade tröttheten. Förslagen kan handla om att vara fysisk aktiv, spara på krafterna genom att till exempel ta pauser ofta, hitta bra balans i vilo- och sömnvanor, samt informera både patient och närstående om fatigue då kunskapen i sig kan göra patienten mer avslappnad och därmed även uppleva mindre fatigue.

Minskat sexuellt intresse och lust visade sig förekomma efter avslutad cytostatikabehandling hos en del kvinnor [27]. Vi tror att stress kan vara en faktor till dessa problem. Cytostatikabehandling är också en känd faktor då den är mest effektiv mot de snabbdelande cellerna i bland annat slemhinnor och kan medföra en torr och skör slida. Begreppet sexualitet anser vi vara något som inte tas upp i den utstäckning som behövs inom sjukvården från både patienter och personal. Därför att båda parterna kan uppleva detta begrepp som ”laddat” och personligt. Men följden hos patienten kan bli att hon känner ett lidande dels då hennes kropp kan upplevas främmande samtidigt som hon inte vågar prata om det. Sjuksköterskor har därmed en viktig roll i att ”öppna upp” detta samtalsämne, för att på så sätt minska den spänning som eventuellt kan finnas hos patienten. Även kvinnans partner kan påverkas utav den situation som uppstår, och kan behöva lika mycket information och stöd som patienten själv. Parrådgivning kan därmed bli aktuell, då detta kan skapa större förståelse hos båda.

Reflektioner kring psykiskt välbefinnande

Stress har visat sig ha en stor påverkan på det psykiska välbefinnandet, då kvinnorna har en ständig rädsla över att få ett återfall i sjukdomen, samt över de biverkningar som medföljer av behandlingen. En annan anmärkningsvärd källa till stress som har rapporterats, är att komma tillbaka till den normala tillvaron eller försöka skapa en ny normal vardag i livet [28]. Vi tror att detta kan bero på att kvinnorna känner att samhället förväntar sig att de kan återgå till samma vardag som innan sjukdomsdebuten, eftersom de förväntas vara friska efter behandlingens slut. Med samhället så syftar vi till bland annat arbetsgivare som kräver ett intyg som försäkrar att kvinnan är sjuk. Vi anser att myndigheterna har en allt för stor roll i denna situation, då det bör vara patientens val att avgöra när hon känner sig redo att återgå till sitt arbete.

I samma studie framgick det även att kvinnor som hade avslutat en universitet- eller högskoleutbildning kände mer lidande och stress, än de kvinnor som endast avslutat en gymnasieutbildning [28]. Varför detta skulle vara en påverkande faktor, tycker vi är underligt eftersom det inte föreligger någon logisk förklaring. Däremot tror vi att exempelvis universitets- och högskoleutbildade inom medicin, vård- och hälsa kan påverka den psykiska stressen både negativt och positivt, då kunskapen inom detta område är stort för dessa individer.

Rädsla var ännu en psykisk faktor som rapporterats efter avslutad cytostatikabehandling. Alopeci är en av många biverkningar som var starkt förknippat med rädsla, och kunde skapa kraftig oro och ångest. Denna rädsla visade sig vara lika stor som rädslan för att drabbas av metastaser [29]. Rapporten har givit oss en ökad förståelse för hur viktigt det är att ta hänsyn till patientens upplevelser och hur det kan ha påverkan på livskvalitén.

Vissa kvinnor rapporterade svårigheter med minne, verbal flyt, artikulation [23]. Detta anser vi medför ett stort funktionshinder hos patienten då behov av hjälpmedel föreligger. Som sjuksköterska i en sådan situation är det av stor vikt att ta kontakt med andra professioner som kan bidra till extra stöd. Exempelvis kan logopederna träna upp talet samt hjälpa patienten att utveckla olika metoder för att kommunicera.

Sjuksköterskor bör alltid vara väl inlästa på patientens tidigare anamnes, för att inte missa viktiga prediktorer som kan ha en allvarlig påverkan på livskvalitén. I Constanzo's et al. [28] studie framgick det att kvinnor som hade tidigare psykiatrisk historia med till exempel ångest och depression löpte större risk att drabbas av det igen under pågående- och efter avslutad cytostatikabehandling [28]. Därför är det av stor betydelse att sjuksköterskor är uppmärksammade på tidigare sjukdomshistoria, eftersom det kan ha en inverkan på den aktuella sjukdomssituationen.

Reflektioner kring psykosocialt välbefinnande

Kvinnors psykosociala välbefinnande blev under- och efter avslutad cytostatikabehandling sämre. Energinivå, vaginala symtom, muskeloskeletal smärta och viktproblematik kunde vara faktorer som styrde umgänget med familj och vänner [23, 25]. När man befinner sig i en livskris, som till exempel bröstcancer kan innebära för många kvinnor, så är det sociala nätverket en viktig dimension för att hålla en god livskvalité. Att mista denna sociala integration som ibland kan vara den enda livsglöden hos individen kan alltså innebära en förlust om hopp för framtiden. Ganz et al. [25] kom fram till att om symtom och biverkningar från behandling förblev okontrollerade från sjukvården så riskerar dessa kvinnor att drabbas av en ännu sämre psykosocial hälsa [25]. Detta stärker vår tanke bakom denna kandidatuppsats; om att kvinnor är i ett fortsatt behov av stöd efter behandling.

Kvinnor som fått en dålig cancerprognos kunde anpassa sig bättre till sin sjukdomssituation jämfört med kvinnor som hade en bättre cancerprognos. Denna anpassningsbarhet var relaterad till emotionellt stöd från familj, vänner och professionell sjukvårdspersonal [27]. Omgivningens (som i det här fallet kan vara familj och vänner) engagemang, som vi anser vara relaterad till svårighetsgraden av bröstcancer, stärks av en sämre cancerprognos. Informationen från vårdgivare till

omgivningen blir vid det här läget omedvetet mer konkret och en tillitsfull relation skapas. Att inkludera familj och vänner i patientens sjukdomssituation tycker vi bör vara oberoende av svårighetsgraden i sjukdomen. I alla lägen bör vi som sjuksköterskor ge den information och engagemang som kan bidra till att både familj och vänner visar stöd och empati till den berörda patienten.

Konklusion

Att drabbas av bröstcancer innebär en stor förändring för den enskilda individen. Denna förändring är starkt förknippad cytostatikabehandlingens bieffekter. Sjuksköterskor har en viktig roll vad gäller omvårdnaden, som innebär att stödja, informera, och utbilda patienten samt hantera medicinsk tekniska åtgärder, allt utifrån ett individuellt behov. Kvalitén i omvårdnaden tenderar att brista då patienter avslutar sin behandling och räknas som "utskrivningsklar".

Kvinnor som avslutat cytostatikabehandling rapporterade att fatigue var det mest frekventa symtomet som påverkade alla dimensioner av livskvalité, det vill säga det "fysiska-, psykiska- och psykosociala välbefinnandet". Många kvinnor besvärades även av klimakterier liknande symtom såsom värmevallningar och kalla svettningar. Sömnstörningar förekom även hos en del kvinnor, som påverkade det dagliga livet med fatigue som följd. Andra symtom som påverkade livskvalitén var stress, oro- och ångest, kognitiva förändringar, samt viktnedgång som kunde vara relaterat till den förändrade lukt- och smaksinnet som ibland uppstod.

Resultatet stärker vår tanke om att kvinnor är i ett fortsatt behov omvårdnad efter avslutad cytostatikabehandling. Behovet handlar främst om stöd vad gäller de symtom som påverkar livskvalitén i det vardagliga livet. Vi menar att det borde finnas en möjlighet för återbesök hos en sjuksköterska där kvinnan skulle kunna tala allmänt om sin situation efter behandlingens slut, samt ta upp eventuella frågor- och funderingar. Sjuksköterskan skulle då även kunna ge professionellt stöd och rådgivning, och därmed hjälpa patienten att uppnå ett ökat välbefinnande.

REFERENSER

1. Nystrand A. Bröstcancer. Cancerfonden; 2012 [2012-04-16]; Available from: <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Cancersjukdomar/Brostcancer/>.
2. Nordström Torpenberg I. Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening; 2008.
3. Olsson H. Epidemiologi och kliniska riskfaktorer. In: Jönsson P-E, editor. Bröstcancer. Södertälje: AstraZeneca Sverige; 2004. p. 19-34.
4. Svärd D. Nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancer : politikerversion av beslutsstödsdokument. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
5. Bergh J. Bröstcancer. Stockholm: Karolinska Institutet University Press; 2007.
6. Sylwan L. Lär känna dina bröst.: Cancerfonden; 2010 [2012-04-17]; Available from: <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Forebygga-och-risker/Tidig-upptackt/Lar-kanna-dina-brost/#symtom>.
7. Wallskär H. Mammografi. Cancerfonden; 2012 [2012-04-17]; Available from: <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Forebygga-och-risker/Tidig-upptackt/Mammografi/>
8. Andersson I. Bröstdiagnostik. In: Jönsson P-E, editor. Bröstcancer. Södertälje: AstraZeneca Sverige; 2004. p. 105-32.
9. Zuzana H, Moustapha H. Cancer och cancerbehandling igår och idag. In: Hassan M, Ljungman P, editors. Cytostatika. Stockholm: Liber; 2003. p. 9-27.
10. Sigurd V, Hassan M. Läkemedelsinteraktioner. In: Hassan M, Ljungman P, editors. Cytostatika. Stockholm: Liber; 2003. p. 57-70.
11. Margareta A, Mirjam E. Trötthet, vila och sömn. In: Edberg A-K, Wijk H, editors. Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 417-87.
12. Ania W. Hälsa och välbefinnande. In: Edberg A-K, Wijk H, editors. Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 27-43.
13. Ingela S. Psykisk ohälsa. In: Edberg A-K, Wijk H, editors. Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 711-46.
14. Östlund U. Livskvalitets- och hälsoaspekter i onkologisk omvårdnad : patientperspektiv och familjeperspektiv. Stockholm2008.
15. Gun L. Efter cancerbeskedet. Cancerfonden; 2009 [2012-04-20]; Available from: <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/for-patienter/Vardagen-forandras/Efter-cancerbeskedet/>.
16. Arving C. Individual psychosocial support for breast cancer patients : quality of life, psychological effects, patient satisfaction, health care utilization and costs. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis ;; 2007.
17. Friberg F. Att göra en litteraturoversikt. In: Friberg F, editor. Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2006. p. 115-24.
18. Holme IM, Solvang BK, Nilsson B. Forskningsmetodik : om kvalitativa och kvantitativa metoder. Lund: Studentlitteratur; 1997.
19. Dodd MJ, Cho MH, Cooper BA, Miaskowski C. The effect of symptom clusters on functional status and quality of life in women with breast cancer. European Journal of Oncology Nursing. 2010;14(2):101-10.

20. Reid-Arndt SA, Hsieh C, Perry MC. Neuropsychological functioning and quality of life during the first year after completing chemotherapy for breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2010;19(5):535-44.
21. Penttinen HM, Saarto T, Kellokumpu-Lehtinen P, Blomqvist C, Huovinen R, Kautiainen H, et al. Quality of life and physical performance and activity of breast cancer patients after adjuvant treatments. *Psycho-Oncology*. 2011;20(11):1211-20.
22. Janz NK, Mujahid M, Chung LK, Lantz PM, Hawley ST, Morrow M, et al. Symptom experience and quality of life of women following breast cancer treatment. *Journal of Women's Health (15409996)*. 2007;16(9):1348-61.
23. Downie FP, Mar Fan HG, Houédé-Tchen N, Yi Q, Tannock IF. Cognitive function, fatigue, and menopausal symptoms in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy: evaluation with patient interview after formal assessment. *Psycho-Oncology*. 2006;15(10):921-30.
24. Savard MH, Savard J, Trudel-Fitzgerald C, Ivers H, Quesnel C. Changes in self-reported hot flashes and their association with concurrent changes in insomnia symptoms among women with breast cancer. *Menopause (10723714)*. 2011;18(9):985-93.
25. Ganz PA, Kwan L, Stanton AL, Bower JE, Belin TR. Physical and psychosocial recovery in the year after primary treatment of breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2011;29(9):1101-9.
26. Steinbach S, Hummel T, Böhner C, Berkold S, Hundt W, Kriner M, et al. Qualitative and quantitative assessment of taste and smell changes in patients undergoing chemotherapy for breast cancer or gynecologic malignancies. *Journal of Clinical Oncology*. 2009;27(11):1899-905.
27. Buijs C, Rodenhuis S, Seynaeve CM, van Hoesel QG, Smit WJ, Nooij MA, et al. Prospective study of long-term impact of adjuvant high-dose and conventional-dose chemotherapy on health-related quality of life. *Journal of Clinical Oncology*. 2007;25(34):5403-9.
28. Costanzo ES, Lutgendorf SK, Mattes ML, Trehan S, Robinson CB, Tewfik F, et al. Adjusting to life after treatment: Distress and quality of life following treatment for breast cancer. *British Journal of Cancer*. 2007;97(12):1625-31.
29. Cj, Mols F, Vingerhoets AJ, Breed WP. Impact of alopecia and scalp cooling on the well-being of breast cancer patients. *Psycho-Oncology*. 2010;19(7):701-9.
30. Ferguson RJ, Ahles TA, Saykin AJ, McDonald BC, Furstenberg CT, Cole BF, et al. Cognitive-behavioral management of chemotherapy-related cognitive change. *Psycho-Oncology*. 2007;16(8):772-7.
31. Richardson LC, Wang W, Hartzema AG, Wagner S. The role of health-related quality of life in early discontinuation of chemotherapy for breast cancer. *Breast Journal*. 2007;13(6):581-7.
32. Life EgfriQo. EORTC QLQ-C30. EORTC group for research into Quality of Life; [2012-05-10]; Available from: http://groups.eortc.be/qol/questionnaires_qlqc30.htm.
33. John E. Ware J, Ph.D. Instruments. Medical Outcomes Trust 2006 [2012-05-10]; Available from: <http://www.outcomes-trust.org/instruments.htm>.

BILAGA 1.

Artikelöversikt.

Ref. nr.	Titel	Författare	Land, år	Syfte	Metod	Urval
19	The effect of symptom clusters on functional status and quality of life in women with breast cancer.	Dodd MJ, Cho MH, Cooper BA, Miaskowski C.	USA, 2009	Att fastställa undergrupper med specifika symtom hos kvinnor med bröstcancer som får cytostatikabehandling och erhåller/ inte erhåller strålbehandling, samt om dessa undergrupper skiljer sig åt i resultatet samt om det sker en förändring över tiden.	Kvantitativ studie, som är en sekundär analys, med data från 112 kvinnor från första cytostatikabehandlingen. Grupperanalysen bygger på tre tidpunkter för insamlad data. D.v.s. T1 en vecka före cykeln två, T2 slutet av studien samt T3 cirka ett år efter avslutad cytostatikabehandling.	112 kvinnor med bröstcancer med majoriten medelålder. Som kunde läsa, skriva och förstå engelska, och kunde ge ett skriftligt samtycke, samt förväntas >12år.
20	Neuropsychological functioning and quality of life during the first year after completing chemotherapy for breast cancer	Reid-Arnt SA, Hsieh C, Perry MC	USA, 2009	Att utvärdera effekten av kognitiva förändringar på livskvaliten efter behandling.	Kvantitativ studie, där data presenterades från kvinnor med bröstcancer. Tester och enkäter om livskvalité gjordes vid 6 och 12 månader efter avslutad cytostatikabehandling. Neuropsykologiska provresultat undersöktes för att upptäcka tecken på kognitiva svårigheter. Mätningar med ANOVA användes.	Äldre än 18år, genomgick cytostatikabehandling, kaukasier, engelsk talande, hade ingen känd psykisk sjukdom.
21	Quality of life and physical performance and activity of breast cancer patients	Penttinen HM, Saarto T, Kellokumpu-Lehtinen P,	Finland, 2010	Att undersöka livskvaliten och fysisk aktivitet, bland finska kvinnliga	Kvantitativ studie, med 537 sjukdomsfria kvinnor som överlevt bröstcancer	Kvinnor mellan 35-68 år. Nyligen diagnoserad invasiv

	after adjuvant treatments.	Blomqvist C, Huovinen R, Kautiainen H, et al.		bröstcancerpatienter strax efter adjuvant behandling.	i åldern 35-68år. Alla intervjuades med EORTC QLQ-C30, FACIT-F, RBDI och WHQ (för vasomotoriska symtom) frågeformulär, och fysiskt aktivitet mättes även med ett frågeformulär och dagbok.	bröstcancer och behandlades med adjuvant cytostatika eller strålbehandling inom 4 månader (eller började endokrin terapi, inte mer än 4 månader tidigare).
22	Symptom experience and quality of life of women following breast cancer treatment.	Janz NK, Mujahid M, Chung LK, Lantz PM, Hawley ST, Morrow M, et al.	USA, 2007	Att undersöka korrelationen för bröstcancer relaterade symtom som kvarstår efter behandling och förhållandet mellan symtom och livskvalité.	Kvantitativ studie, där frågeformulären "European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire" (EORTC QLQ-C30) och "Breast Cancer-Specific Quality of Life Questionnaire" (QLQBR23).	Kvinnor med diagnoserad ductal cancer in situ, invasiv, icke-metastaserad bröstcancer från Detroit, Michigan, Los Angeles och Kalifornien. Förmåga att genomgå ett skriftligt eller telefon undersökning på engelska eller spanska krävdes.
23	Cognitive function, fatigue, and menopausal symptoms in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy: evaluation with patient interview after formal assessment.	Downie, F. P. Mar Fan, H. G. Houédé-Tchen, N. Yi, Q. Tannock, I. F.	Canada, 2006	Att undersöka förhållandet mellan upplevd trötthet, klimakteriebesvär och kognitiv förmåga hos kvinnor med bröstcancer som behandlats med adjuvant kemoterapi.	Kvantitativ och kvalitativ studie, med 21 kvinnor. Ett självrapporterande frågeformulär, Functional Assessment of Cancer Treatment-General (FACT-G) (FACT-G), delskalor för fatigue (FACT-F) samt för endokrina symtom (FACT-ES) fick fyllas i. Dessa utvärderades med High Sensitivity Cognitive Screen (HSCS). Deltagarna	Patient i åldrarna ≤60 år, talar flytande engelska, med primär bröstcancer där canceren är opererad och ingen tecken på metastaser finns. De ska ha erhållit mellan tre och sex cykler av kemoterapi.

					fick fullborda en semistrukturerad intervju som undersökte svårighetsgraden av dessa symtom och deras inverkan på den dagliga funktionen.	
24	Changes in self-reported hot flashes and their association with concurrent changes in insomnia symptoms among women with breast cancer.	Savard MH, Savard J, Trudel-Fitzgerald C, Ivers H, Quesnel C.	USA, 2011	Att utvärdera longitudinellt förhållandet mellan värmevallningar och sömnlöshet symtomen hos kvinnor som får adjuvant behandling mot bröstcancer.	Kvantitativ studie som inkluderat 58 deltagare, som använt sig utav en 7-dagars dagbok för att bedöma värmevallningar. Frågeformuläret Menopause-Specific Quality of Life och Insomnia Severity Index användes före och efter cytostatika eller strålbehandling under en 3-månaders uppföljning.	Att ha genomgått kirurgisk behandling, ha icke-metastaterad bröstcancer, planeras få standard adjuvant behandling med cytostatika, strålbehandling eller båda, samt i kombination eller inte med t.ex. Tamoxifen och Anastrozol. Deltagarna skulle även vara mellan 30 och 70 år.
25	Physical and psychosocial recovery in the year after primary treatment of breast cancer.	Ganz, P. A. Kwan, L. Stanton, A. L. Bower, J. E. Belin, T. R.	USA, 2011	Att karakterisera fysisk och psykosocial återhämtning som en följd av kemoterapi ett år efter avslutat behandling.	Kvantitativ studie, med prospektiva longitudinella enkäter som samlats in från 558 kvinnor med bröstcancer inskrivna på Moving Beyond Cancer (MBC), där psykologiska insatser jämfördes relaterat till mottagandet av kemoterapi. Studieregistreringen skedde inom fyra veckor efter avslutat primärbehandling.	Kvinnor som skrevs in i studien MBC mellan första juli 1999 och 30 juni 2002, med stadium I eller II av bröstcancer. Deltagarna antogs från områdena: Los Angeles, Kansas City och Washington DC.

					Ett självrapporterande frågeformulär fylldes i vid studiens start, två, sex och tolv månader senare.	
26	Qualitative and quantitative assessment of taste and smell changes in patients undergoing chemotherapy for breast cancer or gynecologic malignancies.	Steinbach S, Hummel T, Böhner C, Berktold S, Hundt W, Kriner M, et al.	USA, 2009	Att genom en prospekt studie undersöka lukt och smakförändringar i en kohort av 87 patienter som genomgick cytostatika behandling mot bröstcancer eller gynekologiska maligniteter.	Kvantitativ och kvalitativ studie, där 87 patienter testade lukt- och smakfunktioner 4 gånger: före, under, efter 18 veckor samt 3 månader efter cytostatika behandling. Patienterna svarade även på ett frågeformulär för att bedöma sina symtom före och efter cytostatika behandling.	Genomgick cytostatika behandling för bröstcancer eller gynekologisk malignitet, alla gav skriftligt samtycke.
27	Prospective study of long-term impact of adjuvant high-dose and conventional-dose chemotherapy on health-related quality of life.	Buijs C, Rodenhuis S, Seynaeve CM, van Hoesel QG, Smit WJ, Nooij MA, et al.	USA, 2007	Att utvärdera och jämföra hälsorelaterad livskvalitet (HRQOL) efter konventionell-och hög dos adjuvant kemoterapi hos patienter med hög risk bröstcancer.	Kvantitativ studie, där patienterna randomiserades till antingen en konventionell eller hög dos cytostatika behandling. Båda grupperna erhöll strålbehandling och tamoxifen. HRQOL utvärderades med hjälp av det förenklade formuläret- 36 (SF-36), visuell analog skala samt Rotterdam Symptom Checklist varje 6 månader under en 5 års period.	Patienter med stadium II eller III bröstcancer och hade fyra positiva lymfkörtlar samt en Eastern Cooperative Oncology Grupp-Zubrod performance status på 0 eller 1. Patienterna skulle även vara yngre än 56 år.
28	Adjusting to life after treatment: Distress and quality of life following treatment for	Costanzo, E. S. Lutgendorf, S. K. Mattes, M. L.	USA, 2007	Att empiriskt undersöka i vilken utsträckning den förändrade livskvalitén	Kvantitativ studie, där 89 kvinnor med bröstcancer genomförde olika typer av skalor och frågeformulär för	Kvinnor som behandlats med adjuvant kemoterapi, strålbehandling eller båda.

	breast cancer.	Trehan, S. Robinson, C. B. Tewfik, F. Roman, S.L		förbättrades några månader efter avslutad behandling, och att bedöma grunden för upplevelsen av lidande hos dessa deltagare, samt att identifiera demografisk, psykisk, sjukdom- och behandlingsrelaterade prediktorer för lidande vid efterbehandling	bedömning av depression (CES-D), cancerrelaterad ångest (IES), oro, cancerrelaterade symtom (MSAS) och livskvalitet (SF-36v2) vid tre tidpunkter: under behandling, tre veckor efter slutet av behandlingen, och tre månader efter behandling. En självrapport som innehöll information om demografisk data, hälso- samt psykologisk historia utfördes av alla deltagare.	Bröstcancer med stadium 0-III.
29	Impact of alopecia and scalp cooling on the well-being of breast cancer patients.	Cj, Mols F, Vingerhoets AJ, Breed WP.	Nederländerna, 2009	Att utvärdera hur effekten av hårbotten kylning påverkar välbefinnandet.	Kvantitativ studie som utfördes på 13 sjukhus, där deltagarna fick svara på frågeformulär EORTC QLQ-C30, EORTC-QLQ-BR23, BIS, MBA, och HADS.	Deltagarna skulle ha en invasiv bröstcancer utan fjärrmetastaser, och skriva under ett samtycke. Dessutom skulle deltagarna behandlas med några speciellt utvalda cytostatikum.
30	Cognitive-behavioral management of chemotherapy-related cognitive change. Psycho-Oncology.	Ferguson RJ, Ahles TA, Saykin AJ, McDonald BC, Furstenberg CT, Cole BF, et al.	USA, 2007.	Att presentera data från en pilotstudie om kognitiv beteendeterapi för att hjälpa patienter med bröstcancer att hantera kognitiv dysfunktion i samband med adjuvant cytostatika behandling	Kvantitativ studie med 29 kvinnor. Interventionen skedde via en deltagararbetsbok, 4 individuella besök per månad samt med telefon kontakter mellan besöken. Deltagarna bedömdes vid 4 tidpunkter: baslinjen, omedelbart efter behandling, och vid 2- och 6-	Kvinnor äldre än 18 år som fick adjuvant cytostatika behandling för steg I eller II bröstcancer, och som besvärades av minnesproblem. Ska ha genomgått 3 års behandling efter cancerdiagnosen (exklusive

					<p>månaders uppföljningsperiod. Den viktigaste mätmetoden var de självrapporterade skalorna: The Multiple Ability Self-Report Questionnaire; MASQ och Quality of Life Cancer Survivors scale.</p>	<p>postkemoterapi hormonella-behandling som selektivt östrogen receptor modulatorer). Kunde tala engelska, och medge skriftligt samtycke.</p>
31	<p>The role of health-related quality of life in early discontinuation of chemotherapy for breast cancer.</p>	<p>Richardson, L. C. Wang, W. Hartzema, A. G. Wagner, S.</p>	<p>USA, 2007</p>	<p>Att undersöka betydelsen av hälsorelaterad livskvalité i början av avslutad behandling bland kvinnor som ingått i en bröstcancer klinisk prövning.</p>	<p>Kvantitativ studie, med 164 kvinnor, som även inkluderade i Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) randomiserad kontrollerad studie, deltog i Health Related Quality of Life (HRQL) substudien. Frågeformuläret "Breast Chemotherapy Questionnaire" som var utformat för att mäta HRQL hos kvinnor som behandlades med kemoterapi besvarades av alla deltagare.</p>	<p>Kvinnor som kunde läsa och förstå engelska, samt som skrevs in i studien ECOG från och med januari 1991 och juli 1992 för studien Southwest Oncology Group (SWOG).</p>