



Kvinnors upplevelser och behov i samband med bröstcancer

En litteraturstudie

**Författare: Pia Aasma & Charlotte Björklund
Handledare: Regina Nobis**

**Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå 1
Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, kurs SSK 00:V**

**Institutionen för omvårdnad
December 2002**

Arbetets titel: Kvinnors upplevelser och behov i samband med bröstcancer
Women's experiences and needs in connection with breast cancer

Författare: Pia Aasma
Charlotte Björklund

Handledare: Regina Nobis

Institution: Institutionen för omvårdnad, Högskolan i Trollhättan/Uddevalla

Arbetets art: Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå 1

Antal sidor: 29 + bilaga

Kurs: Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 00:V

Datum: December 2002

Abstract

Breast cancer is a major cause of death among women. One woman of ten is liable to develop this disease. This paper provides an overview of selected literature on women's experiences of breast cancer. The aim of this study was to elucidate women's experiences and needs in connection with breast cancer and to describe some frequent nursing needs. The findings show that most women diagnosed with breast cancer endure an emotional crisis. Illness and treatment result in fundamental changes in the way of living, on physiological, psychological, social and existential levels. The women experience needs of emotional support, and needs of a satisfying communication between patient and nurse. They also demand extensive information about the disease, its treatment and consequences.

Keywords: breast cancer, experience, needs, nursing, support

Nyckelord: behov, bröstcancer, specifik omvårdnad, stöd, upplevelse

INNEHÅLL

BAKGRUND	1
Sjukdomen bröstcancer	1
Upplevelser och reaktioner	1
Krisreaktion	2
Sjukdomsprocessen vid cancer	3
Kroppsförändring	3
Fatigue	5
Omvårdnadsbehov	5
Mellanmänsklig relation	5
Sjuksköterskans roll	6
Problemformulering	6
SYFTE	6
METOD	7
Litteratursökning	7
Urval	8
Bearbetning och analys	9
Reliabilitet	9
RESULTAT	10
Kvinnors reaktioner och upplevelser av sjukdomen bröstcancer	10
Kris	10
Oro	11
Fatigue	12
Den förändrade kroppen	12
Livets förgänglighet	14
Kvinnors behov av omvårdnad	15
Stöd	15
Kommunikation och information	17
DISKUSSION	18
Metod	18
Resultat	19
Konklusion	24
REFERENSER	25
Bilaga, inkluderade artiklar	

BAKGRUND

Sjukdomen bröstcancer

Bröstcancer har blivit den vanligaste cancersjukdomen bland kvinnor i västvärlden under 1900-talet. Förändrade livsstilsfaktorer sägs vara den huvudsakliga förklaringen till denna utveckling. I Sverige kommer ungefär var tionde kvinna att drabbas av bröstcancer. Risken att insjukna i bröstcancer ökar med stigande ålder. En femtedel av alla bröstcancerfall i Sverige inträffar bland kvinnor under 50 år (Ringborg, Henriksson och Friberg, 1998). Dödligheten i bröstcancer har varit relativt konstant i flera decennier i Sverige. År 1960 avled 1200 kvinnor av bröstcancer, medan under 1990-talet hade denna siffra ökat till 1800. Denna ökning kan förklaras med att medellivslängden bland befolkningen har ökat (Ringborg et al.1998). Behandlingsmetoder för bröstcancer är förberedande kirurgi, följt av eventuell strålning, cytostatika och/eller hormonbehandling. Det kirurgiska ingreppet kan innebära att hela bröstet avlägsnas eller så genomförs bröstbevarande kirurgi där en bit av bröstet tas bort (Ullenius, 1996).

Upplevelser och reaktioner

Cancer skapar rädsla och ångest hos de flesta människor och hör till de sjukdomar som många fruktar allra mest. Det har sin förklaring i att det är en allvarlig sjukdom men också att människor inte riktigt vet hur cancer uppstår (Feigenberg, 1990; Gyllensköld, 1976). Ovissheten är ett karaktäristiskt dilemma hos människor med cancer. Chanserna att överleva upplevs ofta vara lika stora som risken att dö (Drugge, 1988). Bröstcancer anses som farligare än hjärtinfarkt trots att risken att avlida i den förra sjukdomen är större än i den senare (Sydsvenska bröstcancergruppen, 1997). Kvinnor med bröstcancer delar sinsemellan liknande bekymmer och erfarenheter, likväl upplever varje kvinna sjukdomen bröstcancer på ett personligt och individuellt sätt (Sammarco, 2001).

I samband med besked om sjukdomen bröstcancer är dödshotet ofta överskuggande, men även en rädsla för smärta och stympande kirurgi präglar kvinnans reaktioner (State of the Art, 1997). När en kvinna drabbas av sjukdomen bröstcancer är det vanligt att kvinnan inte känner några sjukdomssymtom. Det finns inget illamående ingen smärta eller några andra tecken på att kvinnan skulle vara sjuk. Då kan det vara svårt för kvinnan att förstå att hon plötsligt drabbats av en livshotande sjukdom (Ullenius, 1996). Individer som drabbats av bröstcancer konfronteras med många utmaningar samtidigt. Från att tagit livet som en självklarhet så upplever kvinnan en osäkerhet för sitt liv och inför framtiden (Arman, Rensfeldt, Carlsson och Hamrin, 2001). Misstanken om att vara drabbad av cancer kan i många fall vara upptakten till en psykisk krisreaktion som startar redan innan det egentliga traumat – cancerbeskedet (Drugge, 1988).

Krisreaktion

Cullberg (2000) beskriver ett psykiskt kristillstånd som när en människa råkar in i en livssituation där hans/hennes tidigare erfarenheter och inlärd reaktionssätt inte är tillräckliga för att kunna behärska den aktuella situationen. Förloppet i krisen kan delas in i fyra faser :

Chockfasen varar från ett ögonblick upptill flera dygn. Individen försöker hålla verkligheten ifrån sig, har svårt att ta till sig information och det råder ofta ett kaos inuti kroppen.

Reaktionsfasen kan vara en till flera månader och flyter samman med chockfasen och de bildar tillsammans krisens akuta fas.

Bearbetningsfasen varar ett halvår upptill ett år efter krisens akuta fas. Individen börjar bearbeta sin nya situation.

Nyorienteringsfasen nu hittar individen tillbaka till sig själv och börjar se framåt. Denna fas pågår länge och har ingen egentlig avslutning.

Sjukdomsprocessen vid cancer

Drugge (1988) har i en avhandling tydliggjort sjukdomsprocessen vid cancersjukdom, framförallt i psykologiskt avseende. Hon har delat in denna process i fyra olika faser.

Första fasen innefattar tidpunkten för cancersjukdomens upptäckt. Väntetiden fram till specialistundersökningen är oerhört psykiskt påfrestande för individen. Denna fas präglas av ovisshet.

Den *andra fasen* inleds när individen får cancerbeskedet och sträcker sig fram till inskrivningen på sjukhus. Upplevelserna under denna tid utmärks av ensamhet med ångest och oro.

Tredje fasen startar i samband med inskrivning och operation, vanligtvis upplevs operationen som en lättnad i den psykiska processen. Många upplever en känsla av befrielse över att cancer är borta. Den fysiska återhämtningen tar tid och ger litet utrymme för inre bearbetning, både medvetna och omedvetna försvar är aktiva mot oron och rädslan i denna fas. I samband med utskrivningen får individen information om eventuella planerade efterbehandlingar såsom strålning, cytostatika och/eller hormonbehandling samt kontrollbesök. Före cytostatika och strålbehandling får patienten oftast en månad för återhämtning och blir då lämnad till sin ensamhet.

I *fyjärde fasen* upplevs påfallande ofta hemkomsten som oväntat påfrestande i psykiskt hänseende. Nu börjar tankar omkring huruvida cancer är borta och en stegrad oro inför efterbehandling och kontrollbesök. Ofta upplevs en svårighet att se slutet på sjukdomen och då måste individen inrätta ett liv med insikten om att cancersjukdomen är en realitet (Drugge, 1988). Förutom att kvinnan konfronteras med cancersjukdomen ur ett psykologiskt hänseende innebär sjukdomen även kroppsliga förändringar och obehag.

Kroppsförändring

Att behandlas för bröstcancer innebär en konkret påfrestning för kvinnan av olika slag. Kvinnor som opererar bort hela bröstet (radikal mastektomi) får ofta en förändrad kroppsbild efter operation. Förutom att sjukdomen är ett allvarligt hot mot

hälsan och livet innebär det också ett hot mot en kroppsdel som är av central betydelse för den kvinnliga identiteten (State of the Art, 1997).

Bilden av den egna kroppen benämns med fackuttrycket ”Body Image”. Den klassiska definitionen av ”Body Image” av Schilder (i Price, 1990) fastställs som bilden av vår kropp och är den vi skapar i vårt huvud, det vill säga hur vår kropp framträder för oss själva.

Price (1990) beskriver begreppet ”Body Image” som en subjektiv upplevelse sammansatt av följande tre komponenter:

”Body reality” - hur kroppen är konstruerad och ser ut i verkligheten

”Body presentation” - hur kroppen presenteras utåt i det sociala livet

”Body ideal” - en önskan om hur den egna kroppen skall se ut och hur den skall fungera, ett personligt ideal.

Många kvinnor som genomgår operation i samband med bröstcancer vill skydda sitt yttre och sin inre integritet. Ett faktum är att bröstet är borta, kvinnan måste vänja sig vid sin förändrade kroppsbild (”body reality”). Kvinnan kanske väljer att visa sin kropp som oförändrad utåt i det sociala livet, genom att använda t.ex. en bröstprotes (”body presentation”).

Behandling med cytostatika ger ofta biverkningar och kan innebära att kvinnan kommer att förlora håret (alopecia), gå upp i vikt och lida av en uttalad trötthet (Ringborg et al. 1998; Wainstock, 1991). Att förlora håret kan innebära en stor tragedi för vissa kvinnor och är ett hårt slag mot självkänslan. Det gör att cancer blir synlig både för kvinnan själv och för omgivningen. Håret är av en så stor psykologisk betydelse att vissa kvinnor kan tänka sig avstå från behandling (Batchelor, 2001; Ullenius, 1996). Kvinnor som genomgår strålbehandling kan få biverkningar som ömhet, smärta och förändringar på huden över det strålbehandlade området (Ringborg et al. 1998).

Fatigue

Upplevelse av fatigue är vanligt hos patienter med cancer och är det mest frekvent rapporterade symtomet (Gallagher & Buchsel, 1998; Magnusson, Ekman, Berthold, Möller och Wallgren, 1998). Fatigue definieras av Ream och Richardson (i Magnusson et al. 1998) som ett subjektivt symtom och upplevs kroppsligt som en känsla av trötthet eller till och med utmattning och stör individens förmåga att kunna fungera med sin normala kapacitet. Uppkomsten och graden av fatigue påverkas av fysiska, psykiska och sociala faktorer. Fatigue beskrivs av patienter, som trötthet, svaghet, energibrist, utmattning, apati, depression, koncentrationssvårigheter, sjukdomskänsla, sömnlighet, motivationsbrist och ett nedsatt mentalt tillstånd (Magnusson et al. 1998; Gallagher & Buchsel, 1998).

Omvårdnadsbehov

Ur de översiktsartiklar som lästs framgår att kvinnor som får diagnosen bröstcancer har ett stort behov av information om sjukdomen och behandling under hela sjukdomsperioden. Informationen kan hjälpa kvinnor att minska deras psykiska reaktioner av oro och rädsla och ger kvinnorna en känsla av kontroll (Rees & Bath 2000; Siobhan, 1998; Smyth, McCaughan & Harrisson, 1995; Wainstock, 1991). Kvinnor med bröstcancer har behov av emotionellt stöd från en sjuksköterska för att bättre kunna hantera sjukdomen. Många kvinnor upplever då en större säkerhet och trygghet och har lättare att planera för framtiden (Pålsson & Norberg, 1995; Siobhan, 1998). Det är av stor betydelse att det finns en fungerande kommunikation mellan patient och sjuksköterska där målet är att uppnå en så bra behandling och rehabilitering som är möjlig (Knobf, 1990).

Mellanmänsklig relation

Omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbees teori är främst inriktad på omvårdnadens mellanmänskliga dimension. Upplevelsen av lidande och förlust har en central roll i omvårdnadssammanhang på grund av att det är en allmänmänsklig erfarenhet som oundvikligt ingår i den mänskliga existensen. I den mellanmänskliga processen av omvårdnad hjälper den professionella sjuksköterskan en individ eller en familj att förebygga eller bemästra erfarenheter av sjukdom och lidande och om behov finns, att

finna mening i dessa erfarenheter. Travelbee hävdar att omvårdnadens mål och syfte kan uppnås endast om en mellanmänsklig relation etableras. Denna relation utvecklas genom olika stadier: det inledande mötet, framväxt av identitet, empati, sympati och slutligen ömsesidig förståelse och kontakt (Kristoffersen, 1998).

Sjuksköterskans roll

Det är viktigt att sjuksköterskan upprättar en fungerande kommunikation för att säkerställa att de åtgärder hon utför motsvarar kvinnans behov. Behov av information och stöd är stort hos kvinnor med bröstcancer. Sjuksköterskan skall kunna informera på ett sätt som gör att kvinnan förstår att hon har flera alternativ och att livet inte behöver ta slut för att man fått cancer. Hon måste uppmuntra kvinnan att våga visa sin sorg samtidigt som hon skall kunna ge tröst och stöd för att lindra lidandet. Sjuksköterskan måste också våga ta emot all den sorg och ilska som kvinnan bär på utan att bli rädd för de känslor och den ångest som kommer fram. Att som kvinna våga öppna sig för sjuksköterskan kräver tillit och trygghet. För att som sjuksköterska kunna erbjuda detta krävs en ärlig och öppen kommunikation som speglar ett äkta intresse för kvinnans välbefinnande och hennes situation. Sjuksköterskan ska se människan i ett helhetsperspektiv där varje situation är unik och omvårdnaden skall utformas individuellt (Kristoffersen, 1998).

Problemformulering

Det är av stor betydelse att sjuksköterskan får insikt i kvinnors upplevelser och reaktioner av att drabbas av sjukdomen bröstcancer för att kunna förstå dessa kvinnors problematik. Det är av stort vikt att belysa kvinnors behov i samband med bröstcancer för att sjuksköterskan skall kunna planera och utföra omvårdnadsåtgärder som vilar på kvinnornas egna erfarenheter.

SYFTE

Syftet med studien var att belysa kvinnors upplevelser och reaktioner av sjukdomen bröstcancer samt beskriva omvårdnadsbehov som kan uppstå i samband med sjukdomen.

METOD

Metod för datainsamlingen var litteraturstudier. Syftet med en litteraturstudie är att sammanställa den vetenskapliga litteratur som finns inom ett område. Litteratursökning kan huvudsakligen ske genom följande sökmetoder: datorbaserad sökning, manuell sökning och konsultation (Backman, 1998). Bibliotek som användes för litteratursökning var Biomedicinska universitetsbiblioteket och Stadsbiblioteket i Göteborg. Innan artikelsökningen startade lästes sex självbiografier med syftet att ta del av kvinnors upplevelser av sjukdomen bröstcancer. Samtliga självbiografier lånades på Stadsbiblioteket. För att kunna uppfylla litteraturstudiens syfte har speciell uppmärksamhet lagts vid artiklar som hade ett patientperspektiv, som belyste kvinnors upplevelser av sjukdomen bröstcancer samt behandlade olika omvårdnadsbehov som uppstod i samband med sjukdomen.

Litteratursökning

Den vetenskapliga litteraturen söktes via databaserna PubMed och PsycInfo på Biomedicinska biblioteket. Det innebar att artiklarnas sammanfattningar lästes för att bedöma artiklarnas relevans i förhållande till arbetets syfte. Sökningen begränsades till dessa databaser då sökningen gav tillräckligt med träffar. Sökord som användes i PubMed var breast neoplasms, patient, nursing, experience, psychology, quality of life, body image, fatigue, personal experience samt needs. Sökorden användes i olika kombinationer med varandra (Tabell 1).

Sökord som användes på PsycInfo var breast neoplasms och det gav 250 träffar. En artikel utsågs och användes för att den hade omvårdnaden i fokus medan resterande artiklar hade annat fokus. För att få fram medicinsk fakta om bröstcancersjukdom gjordes sökning på web-sökmotorn Google med sökordet bröstcancer.

Den manuella sökningen var omfattande och upplägget begränsades till vetenskapliga tidskrifter och referenser i översiktartiklar, som ansågs relevanta och tillförlitliga. Referenser söktes även ur redan utvalda artiklar (Backman, 1998).

Tabell 1. Sökorden (Mech-termer) och träffar vid primär sökning på PubMed.

<i>Sökord (Mech-termer)</i>	<i>Träffar</i>	
	<i>före Limit</i>	<i>efter Limit</i>
Breast neoplasms	1217	240
Breast neoplasms, patient, nursing	536	70
Breast neoplasms, patient, experience	739	11
Cancer of the breast, experience, patient	740	11
Cancer of the breast, experience, patient, nursing	52	10
Breast neoplasms, psychology	3536	79
Breast neoplasms, psychology, quality of life	542	13
Breast neoplasms, body image	259	8
Breast neoplasms, fatigue	269	3
Breast neoplasms, needs	836	26
Breast neoplasms, fatigue, body image	5	0
Breast neoplasms, personal experience	165	3
Breast neoplasms, personal experience, needs	15	2

Limits= Review, nursing journals, human, år 1990-2002.

Urval

Granskning och värdering gjordes av 36 artiklar i förhållande till syftet i studien. Av dessa artiklar gallrades 16 bort. Fem artiklar föll bort för att de inte hade patienten i fokus, åtta artiklar var litteraturstudier och resterande artiklar hade brister i den vetenskapliga strukturen. Artiklarna som var litteraturstudier föll bort för att undvika analys av sekundärdata. I det slutgiltiga urvalet ingick 19 engelska artiklar och en norsk artikel som uppfyllde kriterierna för vetenskaplighet. I tre artiklar ingick även andra typer av cancersjukdomar. De valda och granskade artiklarna var av kvalitativ och kvantitativ design. En artikel var både kvantitativ och kvalitativ design. Vissa bortvalda artiklar som var litteraturstudier användes dock till bakgrund och diskussion.

Språket begränsades till engelska, svenska, norska och danska. Artiklarna skulle vara publicerade mellan åren 1990-2002. Ytterligare inklusionskriterier var att forskningen skulle behandla kvinnor med bröstcancer.

Exklusionskriterier var artiklar som fokuserade på kvinnor från Asien, Afrika och Sydamerika då dessa kulturer skiljer sig från den västerländska kulturen. Artiklar med kvinnor som behandlades i palliativt syfte var också exkluderade.

En sammanfattning av de granskade artiklarna är skrivna i matrisform (se bilaga) och är markerade med asterisk i referenslistan (Backman, 1998).

Bearbetning och analys

De vetenskapliga artiklarna lästes. Kodning av artiklarnas resultat gjordes i två steg vilket först innebar att reducera och organisera i textmassan för att finna begrepp som kunde härledas till kvinnors upplevelser samt deras omvårdnadsbehov och för att underlätta arbetet användes en understrykningspenna. Kodningen innebar sedan att kategorisera begrepp, det vill säga att begrepp som handlade om samma sak fördes samman och en klassificering gjordes (Hartman, 1998). Tolkningen innebar att de olika begreppen sattes i relation till varandra. Detta gjordes för att få en uppfattning om kvinnors olika upplevelser samt vilka behov som uppstod i samband med sjukdomen bröstcancer. Artiklarnas olika resultat jämfördes för att visa på likheter och olikheter (a.a.).

Reliabilitet

Undersökningen skall göras på ett tillförlitligt sätt det vill säga ha en god reliabilitet (Hartman, 1998; Pavel & Davidsson, 1994). För att uppnå en god reliabilitet lästes samtliga artiklar av båda författarna och tolkningarna jämfördes och sammanställdes. Under arbetet med att placera in resultatet av de vetenskapliga artiklarna under rätt underrubrik kontrollerades meningarnas innebörd ett flertal gånger med ursprungsmaterialet.

RESULTAT

Efter granskning och analys av samtliga artiklar har vi utifrån de begrepp som framkom ur artiklarna valt att dela in resultatet av kvinnors upplevelser och reaktioner av sjukdomen bröstcancer och behov av omvårdnad under rubriker såsom kris, oro, fatigue, den förändrade kroppen, livets förgänglighet samt kvinnors behov av omvårdnad.

Kvinnors reaktioner och upplevelser av sjukdomen bröstcancer

Att drabbas av sjukdomen bröstcancer och att genomgå en rad olika behandlingar påverkar kvinnan på många olika sätt. Alla kvinnor reagerar utifrån sin egen historia och personlighet. Gemensamt för de flesta kvinnor är att de genomgår en känslomässig kris i någon form.

Kris

Heskestad och Tjemsland (1996), Krause (1991), Ferrell et al. (1996) och Landmark, Strandmark och Wahl (2001) visade på att de flesta kvinnor reagerade med en chock på cancerbeskedet, flera kvinnor upplevde en känsla av överklighet. Från att ha upplevt sig helt frisk till allt plötsligt lida av en livshotande sjukdom var för många kvinnor en fruktansvärd insikt. Några kvinnor redogjorde för att de blivit lättade när deras misstankar på cancer bekräftades. En del kvinnor hade blivit arga eller så hade de inte känt något alls och ett fåtal kvinnor reagerade lugnt på cancerbeskedet. Stressreaktioner av olika slag var vanligt förekommande men varierade beroende på kvinnans sårbarhet, hanteringsförmåga och psykosociala stöd.

I Heskestad och Tjemslands (1996) studie framkom att de kvinnor som reagerade starkast på cancerbeskedet var de som var minst förberedda på att de skulle kunna vara cancer som de drabbats av. När dessa kvinnor hade tagit till sig beskedet om att de hade bröstcancer var de övertygande om att de snart skulle dö. Några av dessa kvinnor hade en negativ erfarenhet av släkt eller vänner som hade drabbats av cancer och som senare avlidit i sjukdomen. Det var få av dessa kvinnor som hade nära relationer att hämta stöd ifrån.

Landmark, Strandmark och Wahl (2001) hävdade att kvinnans psykiska tillstånd före sjukdomen bröstcancer hade en avgörande betydelse för hur efterförloppet kom att utvecklas.

Oro

Oron upplevdes av kvinnor med bröstcancer som ett komplext fenomen såväl psykiskt som fysiskt. Wang et al. (1999) undersökte vad som i första hand oroade kvinnor i samband med nyupptäckt bröstcancer. Samtliga kvinnor upplevde en stark oro för familjen, hälsan, pengar, arbete och för framtiden. Vidare konstaterade författarna att det fanns skillnader mellan kvinnors uttryckta oro beroende på kvinnans ålder och civilstånd. De yngre kvinnorna upplevde en starkare oro över pengar och arbete jämfört med de äldre kvinnorna. De äldre kvinnorna som var gifta visade sig ha en starkare oro för familjen än för pengar och arbete. Även i studien av Richer och Ezer (2002) framkom att många kvinnor var djupt oroade över hur familjen skulle hantera den nya situationen och hur de skulle förmå sig att berätta för barnen att de var sjuka. Samtliga kvinnor gjorde allt för att skydda sina barn från vetskapen om att deras mor var drabbad av en livshotande sjukdom. Ferrel (1996) fann dessutom att många kvinnor kände oro över att bli beroende av andra. Vissa kvinnor kände en stark oro för att kroppen skulle förändras samt hur den sexuella relationen till maken/sambon skulle påverkas efter operation.

I studien av Cimprich (1999) framkom att kvinnorna kände en stark oro inför behandlingen av bröstcancer. De symtom som rapporterades med hög frekvens och var relaterade till en varierande nivå av oro var sömnstörningar, humörsvängningar, uttalad trötthet och koncentrationssvårigheter. Svag oro relaterades till symtom som illamående, aptitlöshet och smärta. De yngre kvinnornas hade starkare symtom på oro än de äldre kvinnorna. Även Ferrell et al. (1996) visade på att kvinnorna upplevde en hög grad av psykisk oro inför det kirurgiska ingreppet och även stark oro inför eventuell spridning av sjukdomen. Cimprich (1999) underströk att kvinnor med bröstcancer upplevde tiden innan behandling som den mest oroliga ur psykologiskt hänseende.

Pasacreta (1997) fann i sin studie att många kvinnor med bröstcancer led av depressiva symtom. De depressiva symtomen var känslor av oro, ångest, hopplöshet, likgiltighet och sorg, dessutom upplevde dessa kvinnor mer kroppsliga obehag. Dessa obehag medförde att kvinnorna fungerade sämre i dagliga livet. Förekomst av depression visade sig hos 25 procent av de kvinnor som deltog i undersökningen. Även i Cimprichs (1999) studie led 25 procent av kvinnor med bröstcancer av depression.

Fatigue

Magnussons, Möllers, Ekmans och Wallgrens (1999), Ferrells (1996), Richers och Ezers (2002) samt Halldórsdóttirs och Hamrins (1996) studier pekade på att fatigue var ett påfallande vanligt symtom hos kvinnor med bröstcancer. I studien av Magnusson et al. (1999) beskrevs deltagarnas upplevelse av fatigue som en förlust av både själslig och kroppslig livskraft, onormal svaghet och psykisk oro. Flera kvinnor upplevde att fatigue hade kommit helt oväntat och utan förvarning. Konsekvenserna av fatigue innebar för många patienter att de drog sig undan det sociala livet, isolerade sig, många hade svårt att känna sig värdiga och deras livskvalitet försämrades. Patienternas sätt att hantera fatigue var t.ex. läsa, lyssna på musik, laga mat och sova mera. De flesta patienter i studien uppgav att cytostatikabehandlingen hade accentuerat deras upplevelse av fatigue. Även Pasacreta (1997) och Cimprich (1999) hävdade att fatigue var det vanligaste symtomet hos patienter och drabbade främst de patienter som genomgått cytostatikabehandling. Ett fåtal kvinnor upplevde fatigue redan i samband med diagnosen.

Den förändrade kroppen

I Cohens, Kahns och Steeves (1998), Mocks (1993), och Krauses (1991) studier framgick att förlusten av en kvinnlig kroppsdel resulterade i en negativ uppfattning av den egna kroppen och en förändrad självkänsla. Hur negativt kvinnan upplevde förändringen berodde emellertid på vilken betydelse bröstet haft för henne innan sjukdomen. Många kvinnor oroade sig för hur relationen till maken/sambon skulle påverka den sexuella samvaron efter operationen.

I Ezers och Richers (2002) studie uttryckte kvinnorna en ambivalent inställning till sin kropp efter det kirurgiska ingreppet. Å ena sidan såg dom kroppen som en vän som de önskade göra vad som helst för att den skulle bli frisk igen, å andra sidan som en fiende eftersom den hade svikit. Ur Cohens, Kahns och Steeves (1998) studie framgick att några kvinnor hade svårt att acceptera förlusten av bröstet och de fula ärr som blev efter operationen.

I McPhails och Wilsons (2000) studie framkom att 80 procent av de kvinnor som genomgick bröstbevarande kirurgi var helt nöjda med kroppens utseende efter operationen, medan 25 procent av de kvinnor som genomgått strålbehandling var missnöjda med bröstets utseende efter strålningen. Kvinnorna beskrev förändringar som form, storlek och färg på bröstet. Ett fåtal upplevde även ömhet över bröstet. Hälften av kvinnorna i studien rapporterade viktökning i samband med behandling och 50 procent av kvinnorna fick problem postoperativt med armen i form av domningar, stickningar, svullnad och smärta. Några av kvinnorna upplevde att de blev mer medvetna om sitt utseende efter att de genomgick bröstbevarande kirurgi. Kvinnorna lade en större vikt vid sin klädsel och hur de presenterade sig för sin omgivning. Kvinnorna upplevde det besvärande att visa sig nakna inför okända människor i offentliga sammanhang såsom badhusinrättningar. Några kvinnor var oroad över hur deras partner skulle komma att reagera på deras nya utseende.

Kraus (1999) studie pekade på att kroppsuppfattningen var mer negativ hos kvinnor med bröstcancer, de var mindre belåtna med sin kropp efter det kirurgiska ingreppet. Det framgick i studien att kvinnor som avlägsnade hela bröstet hade en positivare inställning till sin kropp jämfört med kvinnor som genomgick bröstbevarande kirurgi både före och efter behandling. Mock (1993) däremot gjorde en liknande studie och kom fram till att kvinnor som genomgått bröstbevarande kirurgi var mer tillfredställda med sin kropp jämfört med de kvinnor som avlägsnat hela bröstet.

Lindops och Cannons (2001), Cohens, Kahns och Steeves (1998), Richers och Ezers (2002) studier visade att för vissa kvinnor var håravfall en fruktansvärd upplevelse och personlig tragedi. Håravfallet påminde konstant kvinnorna om att de hade cancer. Många kvinnor kände sig sårbara av att skalligheten blev till en allmän beskådan.

Livets förgänglighet

Landmark, Strandmark och Wahl (2001), Pålsson och Norberg (1994), Halldórsdóttir och Hamrin (1996) och Pelusi (1997) påvisade att flertalet kvinnor kände ovisshet inför framtiden i samband med sjukdomen bröstcancer. Bröstcancer associeras av många kvinnor med lidande, smärta och död. Under sjukdomens olika faser ställdes kvinnan inför frågor som präglades av existentiell karaktär. Ovisshet var ett karakteristiskt dilemma. Ovissheten följdes av frågor såsom, ”är det verkligen cancer”, ”kommer behandlingen att fungera”, ”kommer canceren att komma tillbaka” och ”när kommer jag att dö”. Kvinnorna fick en stark påminnelse om den krassa verkligheten, att inte livet varar för evigt. Kvinnorna hade svårt att se en framtid och levde oftast här och nu. Många kvinnor uttryckte en svårighet att hitta meningen med livet efter sjukdomen.

Landmark, Strandmark och Wahl (2001) studerade kvinnor med nydiagnostiserad bröstcancer. Sjukdomen framhävde kvinnans dödlighet och studien berättade om tiden efter diagnosen som ett existentiellt vakuum. Existentiell medvetenhet var en central angelägenhet hos dessa kvinnor. Författarna satte ett likhetstecken mellan existentiell medvetenhet och erfarenheten av döden som en realitet. Studien visade att kvinnors förmåga att överleva och återhämta sig avgjordes av hur stark deras vilja att leva var. Viljan att leva kännetecknades av hög intensitet, all energi koncentrerades i kampen för överlevnad. Några kvinnor beskrev att när deras existens hotades kom automatiskt kampen för att överleva. I samband med behandling blev viljan att leva intensifierad.

I Pelusis (1997), Pålssons och Norbergs (1994), Mocks (1993) och Halldórsdóttirs och Hamrins (1996) studier framgick att kvinnor med bröstcancer genomgick stora existentiella förändringar. Samtliga kvinnor beskrev upplevelsen av att överleva bröstcancer som ett möte med det okända och ovissa, en stark otrygghetskänsla inför livet och framtiden. Flera kvinnor beskrev att de kände en stark fruktan inför att dö och för att canceren skulle återkomma. Erfarenheterna av bröstcancer fick samtliga kvinnor att inse att de inte längre hade kontroll över sina liv och att döden var en realitet.

I Pålssons och Norbergs (1994) Landmarks, Strandmarks och Wahls (2001) samt Halldórsdóttirs och Hamrins (1996) arbeten framkom att flera kvinnor gav uttryck åt

att sjukdomen inte bara fört med sig negativa erfarenheter, de flesta kvinnorna hade lärt sig att inte ta saker och ting för givet utan se varje dag som en gåva. Kvinnorna upplevde också att familjen kommit närmare varandra. Kvinnorna upplevde att de hade fått ett nytt perspektiv på livet, det omedelbara nuet hade fått en större betydelse än tidigare. Kvinnorna hävdade att de hade blivit bättre på att sätta sig själva i centrum och prioritera det som verkligen intresserade dem. Materiella ting och vardagliga bestyr fick en klart mindre betydelse och kvinnorna prioriterade goda relationer. Kvinnorna var mer lyhörda på sina egna känslor och vilka de egentligen var. Många kvinnor uttryckte att de hade lärt känna sig själv genom sjukdomen, men att rädslan och ovissheten inför livet och framtiden fanns alltid där. Mock (1993) påpekade dessutom att de kvinnor som avlägsnat hela bröstet visade en högre grad av rädsla för döden och för att drabbas av återfall jämfört med kvinnor som genomgick bröstbevarande kirurgi. Medan Landmark, Strandmark och Wahl (2001) hävdade att det inte var någon större skillnad på kvinnors rädsla för döden när de jämförde kvinnor som avlägsnat hela bröstet med kvinnor som genomgick bröstbevarande kirurgi.

Krause (1991), Heskestad och Tjemsland (1996) samt Landmark, Strandmark och Wahl (2001) visade på att många kvinnor sökte tröst och stöd i religionen. Några kvinnor uttryckte att de blivit mer troende och kommit närmare sin religion, genom att be och meditera fick dessa kvinnor en inre styrka för att möta sin sjukdom.

Kvinnors behov av omvårdnad

Wang, Cosby, Harris och Liu (1999) definierade begreppet behov som en brist på något som saknas av individen, tror sig behöva eller är i akut behov av.

Stöd

Boman, Andersson och Björvell (1997), Heskestad och Tjemsland (1996), Krause (1991), Lindop och Cannon (2001), Pelusi (1997), Pålsson och Norberg (1995) och Wang et al. (1999) var eniga om att kvinnor med bröstcancer hade ett stort behov av emotionellt stöd från sjuksköterska, make/sambo och familj och vänner. Det

emotionella stödet gav kvinnorna en känsla av att vara älskade, behövda och accepterade. Sympatier och medkänsla från vänner gav lindring och trygghet och var ett stort stöd för kvinnorna. Sjuksköterskans betydelse belystes och var högst väsentligt för samtliga kvinnor med bröstcancer. I det stödjande samtalet med sjuksköterskan fick kvinnorna tillfälle att öppet diskutera sina tankar kring sjukdomen såväl som att ge uttryck åt sina känslor av rädsla, smärta och oro. Sjuksköterskan medverkade genom att lyssna, trösta och svara på frågor.

Pålsson och Norberg (1995) och Boman, Andersson och Björvell (1997) pekade på att en specialistutbildad sjuksköterska var det optimala för kvinnor med bröstcancer och även att deras anhöriga upplevde ett stort stöd. Sjuksköterskan på kliniken som var lätt att nå, skapade en känsla av säkerhet och trygghet för kvinnorna. Kvinnorna blev individer istället för objekt. När dessa behov blev tillfredställda kunde ett förtroende etableras. Richer och Ezer (2002) påpekade att det ibland var lättare för vissa kvinnor att tala med sjuksköterskan och vänner än den egna familjen.

I Pelusis (1997) studie framgick att kvinnor med bröstcancer efterlyste ett fortsatt stöd från sjuksköterskan efter avslutad behandling. De uttryckte ett behov av stöd inför framtiden för att förhindra känslor av övergivenhet. Kvinnorna uttryckte att de var rädda för att bli lämnade åt sin ensamhet.

I Lindops och Cannons (2001) studie framkom att kvinnor som genomgick bröstbevarande kirurgi hade något större behov av emotionellt stöd jämfört med kvinnor som avlägsnat hela bröstet. Framförallt var det de kvinnor som tvingades genomgå både hormonbehandling, strålbehandling och cytostatika som hade det största behovet av stöd. Dessa kvinnor hade också större behov av stöd relaterat till familj och vänner. Det framkom också att kvinnor med bröstcancer efterlyste en tydligare kommunikation med sjuksköterskan.

I Pelusis (1997) och i Browns, Cochs och Webbs (2000) samt Lindops och Cannons (2001) studier betonades vikten av stödgrupper för social kvalitet och välmående för kvinnor med bröstcancer. Kvinnorna kände ett stort stöd i grupp med andra kvinnor med liknande erfarenheter och de konsekvenser som följde med sjukdomen. I stödgruppen kunde kvinnorna dela med sig av sina erfarenheter, ge uppmuntran,

kramar och tröst. Författarna gjorde gällande att kvinnor som träffades och samspråkades om sina respektive upplevelser och tankar om bröstcancer fick djupare insikt och förståelse för sig själva och sjukdomen. Likaledes McPhail och Wilson (2000) och Landmark, Strandmark och Wahl (2001) visade att många kvinnor uttryckte behov av att försöka integrera sina erfarenheter genom att dela dem med andra kvinnor med liknande upplevelser i olika typer av sammankomster.

Pelusi (1997), Pålsson och Norberg (1994), Mock (1993) samt Halldórsdóttir och Hamrin (1996) kom fram till att flera kvinnor kände sig ensamma och isolerade på grund av sjukdomen bröstcancer. Ensamheten beskrev de dock som mer eller mindre självald. Kvinnorna kände sig sårbara och osäkra i andra människors närvaro. Kvinnorna gav uttryck åt att de inte ville bli utsatta för andra människors frågor och överdrivna sympatier. Kvinnornas isolering kunde även bero på att familjemedlemmar och andra i den nära omgivningen drog sig undan på grund av rädsla för att inte kunna stödja och uppmuntra kvinnan på ett bra sätt.

Kommunikation och information

En rad studier visade på att information oavsett behandlingsmetod var ett av de viktigaste behoven för kvinnor med bröstcancer (Boman, Andersson och Björvell, 1997; Brown, Coch och Webb, 2001; Graydon et al.1997; Heskestad och Tjemsland, 1996; Lindop och Cannon, 2001; McPhail och Wilson, 2000). Medicinsk information om sjukdomen värderades högst och vilka undersökningar och behandlingar som var aktuella var också viktigt. Informationen ledde till att kvinnan kunde förstå och hantera den nya livssituationen bättre. Halldórsdóttir och Hamrin, (1996) och Krause (1991) kom fram till att kvinnor med bröstcancer som fick kontinuerlig information om sjukdomen under hela sjukdomsförloppet upplevde att de lättare kunde bemästra känslor osäkerhet och otrygghet.

McPhail och Wilson (2000) pekade på att kvinnorna fick mycket information vid tiden runt diagnosen men allt eftersom behandlingarna fortskred minskade informationen betydligt. Några kvinnor uttryckte behov av att få ett konsultationssamtal efter avslutad behandling, för att underlätta övergången mellan avslutad behandling till efterkontrollbesök. Vidare konstaterades att kvinnor som

färdigbehandlats för bröstcancer uttryckte ett behov av uppföljningssamtal, för att minska oron inför framtiden.

Brown, Koch och Webb (2001) belyste även betydelsen av att informationen gavs vid rätt tidpunkt till kvinnor med bröstcancer för att kvinnorna skulle kunna tillgodogöra sig informationen på ett tillfredställande sätt. Det var därför viktigt att informationen skraddarsyddes efter varje kvinnas individuella behov.

Graydon et al. (1997), Lindop och Cannon (2001) och Pålsson och Norberg (1995) klarlade att det var angeläget att sjuksköterskan hade tillräcklig kunskap om sjukdomen bröstcancer samt och att hon kunde förmedla informationen på ett förståeligt sätt för kvinnorna. En fungerande kommunikation till sjuksköterskan var av största betydelse för att kvinnorna skulle känna en tillfredställelse i samtliga omvårdnadssituationer. Kvinnorna upplyste om hur viktigt det var att sjuksköterskan inbjöd till att prata om känslor. När sjuksköterskan tog sig tid och bemötte kvinnan på ett vänligt och respektfullt vis och tonen i samtalet var tillåtande, vågade kvinnan fråga och visa känslor. Därmed ökade kvinnans känsla av visshet och tillit och förbättrade känslan av kontroll över situationen. Kvinnorna efterlyste en lugn och avskild plats där svåra besked kunde smältas och där det fanns möjlighet att diskutera och fråga om olika symtom och vad dessa i så fall kunde tänkas bero på.

DISKUSSION

Metod

Syftet med studien var att belysa kvinnors upplevelser av sjukdomen bröstcancer samt beskriva omvårdnadsbehov som kan uppstå i samband med sjukdomen. Att göra en litteraturstudie har varit ett lämpligt sätt att få fram relevant och aktuellt forskning inom problemområdet. Eftersom tiden är begränsad kan det vara svårt att genomföra en empirisk studie. De sökord som användes gav rikligt med träffar, men om fler sökord använts hade resultatet kanske innehållit fler aspekter på kvinnors upplevelser och behov vid bröstcancer. Det var svårt att välja bort artiklar eftersom tanken var att få en helhetsbild av kvinnors upplevelser, men artiklarnas mångfald gjorde detta

tvunget. I några artiklar ingick även annan typ av cancer men där den stora enskilda gruppen var kvinnor med bröstcancer. Dessa artiklar valdes eftersom de var personliga intervjuer där kvinnans egna erfarenheter lyftes fram (Halldórsdóttir och Hamrin, 1996; Krause, 1991; Magnusson et al. 1999). En begränsning av artiklar med samma metod och mätinstrument hade underlättat jämförelser och avgränsningar i arbetet. Samtliga artiklar hade ett gott urval av referenser, det hade varit möjligt att använda fler av dessa referenser än vad som har gjorts. I resultatet bör det redovisas såväl likheter som skillnader, det har dock varit svårt att redogöra för skillnader eftersom det inte har funnits så många, de flesta artiklar pekar på liknande resultat. Risken med en litteraturstudie kan vara feltolkningar av olika slag. Det hade kanske kunnat undvikas genom att göra en empirisk studie. Det är därför viktigt att genomgående under litteraturstudien återgå till ursprungsmaterialet för att undvika feltolkningar (Backman, 1998). Av det vetenskapliga materialets resultat som granskats var nästintill allt skrivet på engelska, vilket medförde risker för feltolkningar i översättningen. Detta problem löstes genom att ursprungsmaterialet jämfördes genomgående med det resultat som utlästes därur.

Resultat

Konstateras kan att kvinnor som drabbas av bröstcancer och opereras upplever mycket starka känslor. Kvinnan utsätts för stora psykiska och fysiska påfrestningar vilket framkommer tydligt i studien. Resultatet visar att upplevelserna är subjektiva och varierar i styrka men vissa upplevelser ses genomgående hos de flesta kvinnorna. Bröstcancer väcker starka känslor såsom rädsla och oro hos kvinnan samt ångest för att dö och för eventuellt återfall.

Bekräftelsen på sjukdomen bröstcancer kan orsaka trauma för många kvinnor och reaktionerna är varierande. En möjlig förklaring till detta är att alla människor har olika förutsättningar och erfarenheter. Drugge (1988) menar att kvinnans reaktioner bestäms av två faktorer, dels kvinnans egen jagstyrka före diagnosen samt vilken inställning kvinnan och hennes anhöriga har till sjukdom och ohälsa. Konstateras kan att dessa faktorer har en avgörande betydelse för hur kvinnan kommer att hantera sjukdomen bröstcancer. Det är viktigt att förstå att krisreaktionen är en psykisk process som kvinnan går igenom i samband med besked om bröstcancer. Konstateras

kan att sjuksköterskan har en viktig stödjande funktion för dessa kvinnor i samband med cancerbesked där det måste finnas tid och utrymme för samtal.

Data visar att kvinnor upplever en stark oro i samband med upptäckt och behandling av bröstcancer. Yngre kvinnor upplevde en högre grad av oro än de äldre. En möjlig förklaring till detta kan vara att yngre kvinnor känner sig mer upptagna av det dagliga livet, att skaffa utbildning, arbete samt bilda familj. Tankar på sjukdom och död känns mer avlägset för de yngre kvinnorna jämfört med äldre kvinnor. De äldre kvinnorna har kanske redan konfronterats med sjukdom och död, kanske någon nära anhörig som har avlidit. De äldre kvinnorna har om möjligt mer accepterat att döden är en realitet och att den närmar sig. De yngre kvinnorna känner ett stort ansvar för sina små barn som skulle bli utan mamma under sin uppväxt. Sammarco (2001) konstaterar att yngre kvinnor i högre grad befinner sig i farozonen för att få psykiatriska problem. Därför är det betydelsefullt att sjuksköterskan kan erbjuda alla kvinnor med bröstcancer möjlighet till stödjande samtal kring dessa viktiga frågor och även möjlighet till kurator eller psykologkontakt om nöden så kräver.

Fatigue är vanligt förekommande hos kvinnor med bröstcancer och påverkar kvinnan både fysiskt, psykiskt och socialt. Sjuksköterskan skall i ett tidigt skede informera kvinnan och även familjemedlemmar vilka symtom som följer med fatigue och dess konsekvenser. Det är viktigt att också informera om att fatigue drabbar de allra flesta i samband med behandling. Kvinnan och hennes familjemedlemmar är då bättre förberedda på den totala utmattning som fatigue för med sig. Några kvinnor upplevde fatigue redan innan cytostatikabehandlingen påbörjats. En möjlig förklaring kan vara att kvinnan relaterar fatigue till den psykiska oro som ett besked om bröstcancer kan innebära.

Att genomgå en bröstcanceroperation innebär för det flesta kvinnor att deras kroppsuppfattning blir mer negativ och med detta följer en försämrad självkänsla. Dessutom blir kvinnans psykosociala och sexuella liv påverkat. Kvinnorna som tagit bort hela bröstet upplevde en större tillfredsställelse med sin kropp jämfört med de kvinnor som genomgått bröstbevarande kirurgi. Konstateras kan att när kvinnan plötsligt ställs inför det faktum att hon är drabbad av en livshotande sjukdom, då får utseendet en klart mindre betydelse. Resultatet visade även på att det fanns kvinnor

som genomgått bröstbevarande kirurgi och som då upplevde en större tillfredsställelse med sin kropp jämfört med de kvinnor som avlägsnat hela bröstet. Fastslås kan att bröstet har en stor betydelse för kvinnan och hennes utseende, och om chansen att överleva är lika stor som vid avlägsnande av hela bröstet så vill förmodligen kvinnorna behålla sitt bröst.

Price (1990) anser att upplevelsen av kroppen kan bestämmas utifrån tre grundläggande delar ”Body reality”, ”Body presentation” och ”Body ideal”. Hur betydelsefulla de olika delarna är avgör vilken kroppsuppfattning kvinnan får. Att förlora ett bröst medför helt klart en förändrad kropp med den påföljden att kvinnan kan få en negativ inställning till den egna kroppen. Hon blir helt enkelt främmande inför sin egen kropp. Att kroppen förändras i takt med stigande ålder är en fullt normal företeelse. Att drabbas av en sjukdom som bröstcancer innebär en förändring som inte är normal. Detta kan vara svårt att förlika sig med och acceptera. Det kan ta lång tid innan kvinnan är förtrogen med sitt nya utseende. Kroppsuppfattningen påverkas även av kulturella och sociala normer i samhället. Det är svårare för kvinnan att visa sig offentligt utan att väcka uppmärksamhet eftersom hon faktiskt har en annorlunda kropp i jämförelse med kvinnor som inte har drabbats av bröstcancer. Här är det viktigt att sjuksköterskan ser kvinnan ur ett helhetsperspektiv. En viktig fråga sjuksköterskan måste ta reda på är hur viktig kroppen är för just den här kvinnan. Kvinnans arbete och försörjning kanske innebär att utseendet har en stor betydelse. Konstateras kan att sjuksköterskan har en viktig roll i stödet till dessa kvinnor. Sjuksköterskan kan stödja dessa kvinnor genom att lyssna och vara närvarande i mötet. Sjuksköterskan kan även ge praktiska råd och informera om olika hjälpmedel som finns att tillgå för att kvinnan skall bli mer belåten med sitt yttre. Sjuksköterskans stöd kan bidra till att kvinnan lättare kan acceptera sin förändrade kropp och öka hennes självkänsla.

Konstateras kan att det är en högst väsentlig kvinnlig kroppsdel som kvinnan förlorar i samband med operation, och det kan ta lång tid för kvinnan att acceptera detta. Sjuksköterskan har ett stort ansvar att försöka stödja dessa kvinnor. Sjuksköterskan skall finnas till hands och stödja kvinnan genom att lyssna och vara närvarande i samtalen. Hur kvinnan sen väljer att presentera sig i det sociala livet väljer hon själv. Sjuksköterskan kan ge goda råd om klädval samt informera om att det finns

bröstproteser att tillgå vilket kan få kvinnorna att känna sig mer tillfredställda med sitt yttre.

Det kan konstateras att många kvinnor reagerar mycket starkt när de förlorar håret. Det är fullt begripligt eftersom håret kan vara av stor betydelse för kvinnans självkänsla, utseende och välbefinnande. För att underlätta den emotionella påfrestning som håravfall kan föra med sig kan sjuksköterskan genom tidig intervention informera och ge råd om egenvård. Det är också viktigt att informera om att håret så småningom kommer att växa ut igen. Kvinnorna bör också ges möjlighet till att prova ut en peruk innan behandlingen påbörjas. Detta styrks även av Batchelor (2001).

Fastställas kan att cancer väcker känslor som kan härledas till lidande och död. Det är vanligt att existentiella frågor kommer upp till ytan, som t.ex. meningen med livet. Fastslås kan att detta område är något man i vår kultur undviker att samtala om. Inom sjukvården aktualiseras ständigt dessa frågor men det är inte alltid det finns beredskap att öppet diskutera dem. I kontakten med den drabbade kvinnan är det viktigt att kunna tala om dessa sidor av tillvaron. Personal och anhöriga skall inte skrämmas av dessa frågor, utan istället veta att det är av största vikt att de finns tillhands och lyssnar. Sjuksköterskan, både som medmänniska och i sin yrkesutövning skall ha ett bearbetat och medvetet förhållningssätt till döden. Det är en nödvändig förutsättning för att den professionella omvårdnaden skall hålla måttet. Detta styrks av Kristoffersen (1998).

Kvinnors behov av stöd framkommer tydligt i resultatet. Stöd från sjuksköterska och närstående värderas högt. Det fanns kvinnor som uttryckte att det var lättare att anförtro sig till sjuksköterskan vilket kan förklaras utifrån att kvinnan och hennes anhöriga är så intimt känslomässigt involverade i varandra vilket kan medföra att det är svårt att hålla distans. Sjuksköterskan däremot har en naturlig distans vilket gör det lättare att lyssna och förstå kvinnan. Sjuksköterskan kan bäst tillgodose kvinnans behov av stöd och uppmuntran eftersom det är hon som möter kvinnorna under alla faser av sjukdom och behandling. Det är sjuksköterskan tillsammans med kvinnan som fastställer vilka behov som behöver tillfredsställas. Sjuksköterskan måste se den enskilda kvinnan och hennes specifika behov. Omvårdnaden skall vara individuell

och vara utformad för att hjälpa kvinnan på bästa sätt. Sjuksköterskans viktigaste funktion är att stödja och informera, detta kräver ett medvetet förhållningssätt vilket innebär kunskap, självkänedom, empati och förmåga att lyssna aktivt.

Det framkommer i resultatet att mer medicinsk information efterlyses. Kvinnor som får en tillfredställande och tillräcklig information tenderar att vara mer nöjda med den medicinska behandlingen som ges och blir mindre oroliga och deprimerade. Faulkner (2000) bekräftar att många kvinnor har bekymmer som beror på bristande kunskaper om såväl diagnos som prognos och framtidsutsikter. Självklart skall inte informationen innehålla mer än vad kvinnan kan klara att ta emot. Detta innebär att informationen kanske måste delas upp på flera tillfällen. Konstateras kan att det är viktigt att höja sjuksköterskans kompetensnivå inför omvårdnaden av kvinnor med bröstcancer. Det är av stor vikt att hon har kunskap om sjukdom och behandling samt förmåga att förmedla den på ett sätt som gör att kvinnorna känner att de förstår. Specialistutbildade sjuksköterskor är önskvärt och kanske en förutsättning för att tillgodose dessa kvinnor.

Det är viktigt att sjuksköterskan är medveten om att efterkontrollerna väcker minnen av insjuknandet och behandlingen, som ofta är förknippade med lidande för kvinnan. Det är också viktigt att kvinnan får möta en och samma sjuksköterska vid varje efterkontroll. Sjuksköterskan bör vara uppmärksam på kvinnans känslotämningar som oftast präglas av oro, ängslan och/eller till och med ångest.

Travelbees omvårdnadsteori kan vara en av hörnstenarna för omvårdnadens mål och syfte och kan endast uppnås om en mellanmännisklig relation etableras. Sjuksköterskan har en central roll för kvinnor med bröstcancer genom att hjälpa kvinnorna att bemästra, bära och finna mening i de erfarenheter som följer i samband med sjukdom och lidande. Det är tydligt att kvinnorna har ett stort behov av att ha en bra och fungerande relation till en sjuksköterska, förutsättningen för detta är ett gott bemötande, empati och sympati, vilket är fundamentalt i den mellanmänniskliga relationen.

Konklusion

Kvinnor som får diagnosen bröstcancer och som behandlas för sjukdomen upplever såväl fysiska som psykiska symtom under lång tid. Kvinnorna är sårbara och utsatta och har därför ett stort behov av ett varligt bemötande, mycket information och god omvårdnad från kompetenta sjuksköterskor. Sjuksköterskor kommer att möta dessa kvinnor överallt i vården eftersom var tionde kvinna kommer att drabbas.

Det kan konstateras att det är oerhört väsentligt att existentiella frågeställningar blir ett naturligt samtalsämne mellan sjuksköterska och patient inom omvårdnaden av kvinnor med bröstcancer. Sjuksköterskan behöver mycket kunskap och erfarenhet kring att samtala om sjukdom, lidande och död. Därför är det av stor vikt att satsa på forskning och ökad kunskap inom detta område. Att möta kvinnor med existentiell ångest kan vara svårt om inte sjuksköterskan själv har konfronterats med dessa frågor i sitt eget liv. Förslag till vidare forskning är att ta fram metoder och redskap för hur sjuksköterskan skall hantera frågor av existentiell karaktär.

REFERENSER

Arman, M., Rehnsfeldt, A., Carlsson, M. & Hamrin, E. (2001). Indications of change in life perspective among women with breast cancer admitted to complementary care. *European Journal of Cancer Care*, 10, 192-200.

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Batchelor, D. (2001). Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care a literature study. *European Journal of Cancer Care*, 10, 147-163.

*Boman, L., Andersson, JU. & Björvell, H. (1997). Needs as expressed by women after breast cancer surgery in the setting of a short hospital stay. *Scandinavian Journal Caring Sciences*, 11, 25-32.

*Brown, M., Koch, T. & Webb, C. (2000). Information needs of women with non-invasive breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 713-722.

*Cimprich, B. (1999). Pretreatment symptom distress in women newly diagnosed with breast cancer. *Cancer Nursing*, 22, (3), 185-194.

*Cohen, Mz., Kahn, DL. & Steeves, RH. (1998). Beyond Body Image: The experience of breast cancer. *Oncological Nursing Forum*, 25, (5), 835-840.

Cullberg, J. (1999). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.

Drugge, G. (1988). *Som en liten vit ros och så där*. Institutionen för socialt arbete. Umeå: Umeå universitet.

Faulkner, A. (2000). *Det professionella samtalet*. Stockholm: Liber AB.

Feigenberg, L. (1990). *Psykosociala aspekter på cancer och cancervård*. Stockholm: Cancerfonden.

*Ferrel, BR., Grant, M., Funk, B., Garcia, N., Otis-Green, S., & Scaffner, M. (1996). Quality of life in Breast Cancer. *Cancer Practice*, 6, (4), 331-340.

Gallagher, EM. & Buchsel, PC. (1998). Breast cancer and fatigue. *American Journal of Nursing, Supplement April*, 17-20.

*Graydon, J., Galloway, S., Palmer-Wickham, S., Harrison, D., Rich-van der, L., West, P., Burlein-Hall, S. & Evans-Boyden, B. (1997). Information needs of women during early treatment for breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 59-64.

Gyllensköld, K. (1976). *Visst blir man rädd*. Lund: Forum.

*Halldórsdóttir, S. & Hamrin, E. (1996). Experiencing existential changes: the lived experience of having cancer. *Cancer Nursing*, 19, (1), 29-36.

Hartman, J. (1998). *Vetenskapligt tänkande. Från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.

*Heskestad, S. & Tjemsland, L. (1996). Du har kreft. *Tidskrift for Den norske laegerforening*, 9, 1067-1071.

Knobf, MT. (1990). Symptoms and rehabilitation needs of patients with early stage breast cancer during primary therapy. *Cancer*, 66, (6), 1392-1401.

*Kraus, PL. (1999). Body image, decision making, and breast cancer treatment. *Cancer Nursing*, 2,2 (6), 421-427.

*Krause, K. (1991). Contracting cancer and coping with it. Patients experiences. *Cancer Nursing*, 19, (1), 240-245.

Kristoffersen, N, J.(red). (1998) *Allmän omvårdnad Del 1*. Stockholm: Liber.

Krisoffersen, N, J. (red). (1998) *Allmän omvårdnad Del 2*. Stockholm: Liber.

*Landmark, BT., Strandmark, M. & Wahl, AK. (2001). Living with newly diagnosed breast cancer: The meaning of existential issues. *Cancer Nursing*, 24, (3), 220-226.

*Lindop, E., & Cannon, S. (2001). Evaluating the self-assessed support needs of women with breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 34, (6), 760-771.

Magnusson, K., Ekman, T., Berthold, H., Möller, A. & Wallgren, A. (1998). Fatigue in Cancer Patients. A review of the literature. *Vård i Norden*, 3, (18), 37-40.

*Magnusson, K., Möller, A., Ekman, T. & Wallgren, A. (1999). A qualitative study to explore the experience of fatigue in cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 8, 224-232.

*McPhail, G., & Wilson, S. (2000). Women's experience of breast conserving treatment for breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, (9), 144-150.

*Mock, V. (1993). Body image in women treated for breast cancer. *Nursing Research*, 42, (3), 153-157.

*Pasacreta, JV. (1997). Depressive phenomena, physical symptom distress and functional status among women with breast cancer. *Nursing Research*, 46, (4), 214-221.

Patel, R. & Davidsson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder*. Lund: Studentlitteratur.

*Pelusi, J. (1997). The lived experience of surviving breast cancer. *Oncological Nursing Forum*, 24, (8), 1343-1353.

Price, B. (1990). *Body Image nursing concepts and care*. Hertfordshire: T.J. Press, Padstow, Cornwall.

*Pålsson, MB. & Norberg, A. (1995). Breast cancer patients' experiences of nursing care with the focus on emotional support: The implementation of nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 277-285.

Rees, CE. & Bath, PA. (2000). The information needs and source preferences of women with breast cancer and their family members: a review of the literature published between 1988 and 1998. *Journal of Advanced Nursing*, 31, (4), 833-841.

*Richer, MC. & Ezer, H. (2002). Living in it, Living with it, and moving on: Dimensions of meaning during chemotherapy.

Ringborg, U., Henriksson, R. & Friberg, S. (1998). *Onkologi*. Stockholm: Liber.

Sammarco, A (2001). Psychosocial Stages and Quality of Life of Women with Breast Cancer. *Cancer Nursing*, 4, (24), 272-277.

Siobhan, C. (1998). Breast cancer Part 3: Psychosocial care. *Professional Nurse*, 12, (13), 877-883.

Smyth, MM., McCaughan, E. & Harrisson, S. (1995). Women's perceptions of their experiences with breast cancer: are their needs being addressed? *European Journal of Cancer Care*, 4, 86-92.

State of the Art. Medicinsk faktabas. (1997). Stockholm: Socialstyrelsen. Internet, fil: [http:// www. sos.se/mars](http://www.sos.se/mars)

Sydsvenska bröstcancergruppen. Vårdprogram. (1999). Internet, fil: <http://www.ocsyd.lu.se>

Ullenius, A. (1996) *Bara mitt bröst*. Nordstedts Förlag AB: Stockholm.

Wachtmeister, I. (1997). *Boken jag saknade när jag fick bröstcancer*. WSOY: Helsingfors. Finland.

Wainstock, J. (1991). Breast cancer: Psychosocial consequences for the patient. *Oncology Nursing*, 3, (7), 207-215.

*Wang, X., Cosby, LG., Harris, MG. & Liu, T. (1999). Major concerns and needs of breast cancer patients. *Cancer Nursing*, 22, (2), 157-163.

Bilaga, inkluderade artiklar

Författare/Titel	Syfte	Metod	Resultat
Boman, L, Andersson, JU, & Björvell, H. (1997). Needs as Expressed by Women after Breast Cancer Sugery in the setting of a Short Hospital Stay.	Att beskriva och analysera bröstcancer-opererade kvinnors upplevelser av vad det var nöjda med, vilka svårigheter de upplevde och vilka behov de hade under en kort sjukhusvistelse.	Kvalitativ studie. En öppen fråga med relevanta följdfrågor. 97 kvinnor 32-85 år. (m=58 år)	Det framkom fem kategorier när det gällde behov. Förtroende, information, hjälp med praktiska saker, personligt bemötande och känslomässigt stöd.
Brown, M. Koch, T. Webb, C. (2000). Information needs of women with non-invasive breast cancer.	Att klarlägga kvinnors informationsbehov i samband med kirurgiskt ingrepp vid icke-invasiv bröstcancer.	Kvalitativ studie. Frågor ställdes utifrån syftet. Intervjuer som varade i 40 min-2h. 6 kvinnor	Det framkom att kvinnorna önskade en skraddarsydd information utifrån deras behov.
Cimprich, B. (1999). Pretreatment Symtom Distress in Women Newley Diagnosed With Breast Cancer.	Att undersöka fysiska, kognitiva och känslomässiga faktorer relaterat till psykisk stress innan kirurgiskt ingrepp eller annan behandling påbörjats hos kvinnor som nyligen fått diagnosen bröstcancer	Kvantitativ studie Instrument som användes var: Symtom Distress Scale, SDS mäter fysiska tillstånd. Attentional Function Index, AFI mäter kognitiva funktioner. The Profile of Mode States, POMS mäter känslomässiga tillstånd. 74 kvinnor 25- 79 år Kvinnorna delades in i två grupper över och under 50 år samt vilken behandlingsmetod de skulle genomgå.	SDS som framkom hos båda grupperna var sömnproblem, humörsvängingar, fatigue, och koncentrations-svårigheter relaterat till en hög nivå av psykisk oro och ångest. AFI där framkom mindre aktivitet i det dagliga livet, svårt att Splittrade tankebanor. POMS där framkom att depressioner, ångest, ilska, fatigue och förvirring var vanliga tillstånd.
Cohen, Mz, Kahn, DL & Steeves, RH (1998). Beyond Body Image: The Experience of Breast Cancer.	Att beskriva den mentala och känslomässiga inverkan som bröstcancerbehandlingen har, med fokus på hur kvinnorna upplever sin kropp.	Kvalitativ studie. En omfattande fråga ställdes som följdes upp med följdfrågor av generell karaktär. 20 kvinnor, 20-68år (m=50 år)	Det framkom tre aspekter på kroppen. 1. Kroppen som bärare av sociala budskap (kroppsspråk) 2. Kroppen som bärare av kroppssensationer (illamående, fatigue, smärta). 3. Medvetenheten om kroppen som förutsättning för existens (i motsats till död).

<p>Ferrel, B, Grant, M m.fl (1996).</p> <p>Quality of life in Breast Cancer.</p>	<p>Att genom en specifik QOL-modell beskriva kvinnors välmående inom fysiska, psykologiska, sociala och spirituella domäner.</p>	<p>Kvantitativ studie. 3 mätinstrument användes för att mäta QOL 21 kvinnor indelade i yngre än 40år, 40 till 60år och äldre än 60 år.</p>	<p>Det fysiska välmåendet påverkades negativt genom menstruella besvär, fertilitet, fatigue och smärta. Det psykologiska välmåendet påverkades negativt genom rädsla för spridning av cancer, påverkan på självuppfattning, rädsla för framtida provtagningar. Det sociala välmående påverkades negativt genom oro inom familjen. Det spirituella välmåendet påverkades negativt av den osäkerhet som kvinnorna tvingades leva med. Det positiva inom den spirituella domänen var betydelsen av religiösa aktiviteter.</p>
<p>Graydon, J, m fl. (1997).</p> <p>Information needs of women during early treatment for breast cancer.</p>	<p>Att fastställa informationsbehovet hos kvinnor under behandling vid tidigt skede av sjukdomen bröstcancer.</p>	<p>Kvantitativ studie Frågeformulär, mätinstrument med Lickert-scale 70 kvinnor 21-91 år (m=49,7) 25 kvinnor med cytostatikabehandling 23 kvinnor strålbehandlas 22 kvinnor behandlades med kirurgi, 13 med bröstbevarande kirurgi, 9 med mastectomi.</p>	<p>Samtliga kvinnor hade stort behov av information oavsett behandlingsmetod. Huvudsakligen ville kvinnorna ha information om sjukdom, behandling och undersökningar. Alla kvinnorna hade behov att veta om cancer skulle återkomma.</p>
<p>Halldórsdóttir, S & Hamrin, E (1996).</p> <p>Experiencing existential changes: the lived experience of having cancer.</p>	<p>Att utforska erfarenheter och upplevelser hos människor som behandlats för cancer, för att bidra med ytterligare kunskap av detta komplexa fenomen.</p>	<p>Kvalitativ studie. 1-3 djupintervjuer som varade mellan 1-3 timmar. Det var minst två veckor mellan intervjuerna. Nio deltagare 31-58 år</p>	<p>Ett huvudtema framkom: patienternas upplevelser av existentiella förändringar. Fem underteman kategoriserades: osäkerhet, sårbarhet, isolering, obehag samt omvärdering av vad som är väsentligt.</p>
<p>Heskestad, S & Tjemsland, L (1996).</p> <p>Du har kreft.</p>	<p>Att undersöka kvinnors omedelbara psykiska reaktioner och hantering i samband med diagnosen bröstcancer.</p>	<p>Kvalitativ studie. Intervjuerna bandinspelades och genomfördes dagen före operation. Kvinnorna fick prata fritt under fem minuter 92 kvinnor under 71 år med bröstcancer i stadium 1 eller 2.</p>	<p>Stor variationsbredd i stressreaktioner beroende på kvinnans sårbarhet, hanteringsförmåga och sociala stöd. Kvinnors informationsbehov underströks.</p>

<p>Kraus, P. (1999).</p> <p>Body Image, Decision Making, and Breast Cancer.</p>	<p>Att beskriva kvinnors belåtenhet med kroppsuppfattning före och åtta veckor efter kirurgiskt ingrepp vid bröstcancer och jämföra dessa med kvinnor utan bröstcancer.</p>	<p>Kvantitativ studie. En sluten fråga om kvinnorna deltagit i beslutsfattande gällande bröstcancerbehandlingen. Instrument som användes: BIS mäter belåtenhet av kroppsuppfattning. BIVAS mäter tillfredsställelsen med sin kropp. BII mäter tillfredsställelse med kroppen och aspekter på kroppsuppfattningen i nuläget. Likert-type scale= en skala från mycket missbelåten till mycket belåten 257 kvinnor</p>	<p>Kvinnorna i bröstcancergruppen beskrev att deltaga i beslut angående behandling var något som var högst väsentligt. Kvinnor med bröstcancer upplevde en signifikant minskad belåtenhet med kroppsuppfattning. Kvinnor utan bröstcancer upplevde en konstant känsla av belåtenhet för sin kropp över tid.</p>
<p>Krause, K. (1991).</p> <p>Contracting cancer and coping with it. Patients' experience.</p>	<p>Att underlätta och förse sjuksköterskor med information för att de ska uppnå en bättre förståelse och för att kunna förbättra omvårdnaden för cancerpatienter.</p>	<p>Kvantitativ och kvalitativ studie. Öppna frågor med relevanta följdfrågor i ett frågeformulär. 123 patienter med olika typer av cancer. 43 kvinnor (35 %) med bröstcancer.</p>	<p>Cancer symtomen bland kvinnorna väckte känslor som skräck, chock, fruktan, förvåning, ilska, tiden stod stilla, tomhet, utanförskap, en känsla av överklighet, straff eller helt enkelt ödet.</p>
<p>Landmark, BT. Strandmark, M. Wahl, AK. (2001).</p> <p>Living With Newly Diagnosed Breast Cancer. The Meaning of Existential Issues.</p>	<p>Att beskriva kvinnors upplevelsen av att leva med sjukdomen bröstcancer.</p>	<p>Kvalitativ studie. Strukturerade djupintervjuer utifrån sex frågeställningar. 10 kvinnor 39-69 år (m=50,7 år)</p>	<p>En existentiell medvetenhet var det centrala hos kvinnorna, som vidare utkrisstaliserade sig i sex underkategorier: Viljan att leva, olika nivåer på livsförväntningar, döds kampen, framtidstro, religiösa tvivel och ökad medvetenhet inför livets väsentligheter.</p>
<p>Lindop, E & Cannon, S. (2001).</p> <p>Evaluating the self-assessed support needs of women with breast cancer.</p>	<p>Att identifiera individuella behov av stöd hos kvinnor med bröstcancer vid olika tidpunkter under sjukdomsperioden.</p>	<p>Kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer med 12 kvinnor. Data analyserades som resulterade i ett antal påståenden utifrån behov som framkom. 971 kvinnor fick dessa påståenden hemskickat i ett formulär som de besvarade i Lickert scale format. 489 kvinnor besvarade formulären. Kvinnor 26-58 år</p>	<p>Kategoriserade behov: diagnos, behandling, stöd, kvinnlighet/kroppsuppfattning, familj/vänner, information och eftervård. Kvinnorna ansåg alla behov som viktiga med tre undantag: professionell hjälp med problem inom familjen, hantera känslor av ilska och att hantera frågan "varför jag".</p>

<p>Magnusson, K. Möller, A. Ekman, T. & Wallgren, A. (1999).</p> <p>A Quality Study to Explore the Experience of Fatigue in Cancer Patients.</p>	<p>Att utforska upplevelsen av fatigue hos cancer patienter och beskriva dess kategorier och omfång.</p>	<p>Kvalitativ studie Öppna frågor. Intervjuerna varade mellan 20min -2h10min. 15 patienter (m=49,6 år). Inklusionskriteriet var att patienten själv upplevde fatigue under cytostatika/strålbehandling.</p>	<p>Alla patienter beskrev fatigue i olika dimensioner: Känsla av att ha förlorat kontrollen över sin kropp, behov av att få vara ensamma, sjukdomskänsla, psykologisk stress, emotionell påverkan, onormal svaghet, svårt att ta initiativ, morgontrötthet, tomhetskänsla och en osäkerhet inför framtiden.</p>
<p>McPhail, G & Wilson, S (2000).</p> <p>Women's experience of breast conserving treatment for breast cancer.</p>	<p>Att beskriva kvinnors upplevelser av bröstbevarande kirurgi vid tidig bröstcancer .</p>	<p>Kvalitativ studie. 3-12 månader efter det kirurgiska ingreppet fick kvinnorna besvara ett frågeformulär 76 kvinnor</p>	<p>De flesta kvinnorna var nöjda med den bröstbevarande behandlingen. Det framkom även brister i omvårdnaden runt dessa kvinnor.</p>
<p>Mock, V. (1993).</p> <p>Body Image in Women Treated for Breast Cancer.</p>	<p>Att jämföra kroppsuppfattningen hos kvinnor som genomgått en av följande behandlingsmetod: mastektomi, mastektomi med fördröjd rekonstruktion, mastektomi med omedelbar bröstrekonstruktion, eller bröstbevarande kirurgi + strålbehandling.</p>	<p>Kvantitativ studie Kvinnorna delades in i fyra grupper efter behandlingmetod de genomgått och jämfördes sedan. De jämfördes med en kontrollgrupp som bestod av friska kvinnor. Tre olika mätinstrument användes. BIS- mäter belåtenhet med kroppsuppfattning BIVAS- mäter tillfredsställelsen med kroppen BII- mäter tillfredsställelse med kroppen och aspekter på kroppsuppfattning i nuläget.</p>	<p>Resultaten visar signifikanta olikheter i kroppsuppfattning beroende av vilken behandlingsmetod som kvinnorna genomgått. Kvinnor som genomgått bröstbevarande kirurgi upplevde en större tillfredsställelse med sin kropp än kvinnor som genomgått MRM eller MRM med omedelbar rekonstruktion. Alla fyra grupperna hade sämre självbild och kroppsuppfattning än kontrollgruppen.</p>
<p>Pasacreta, JV. (1997).</p> <p>Depressive Phenomena, Physical Symptom Distress, and Functional Status Among Women With Breast Cancer.</p>	<p>Att beskriva depressiva syndrom, fysiska symtom på oro och funktionell status hos kvinnor med bröstcancer.</p>	<p>Kvalitativ studie. En strukturerad intervju. Tid från diagnos till intervju var tre till sju månader. Instrument som användes: DIS=depressiva störningar CES-D= Symtom på depression Physical Symtom Distress= Fysiska symtom som sekundärt kan härledas till cancersjukdomen. ESDS= Funktionell status. 79 kvinnor (m=54,9 år).</p>	<p>Symtom Distress Scale visade på att fatigue var det vanligaste och allvarligaste symtomet hos kvinnorna. Andra symtom som följde var smärta, sömnsvårigheter och koncentrations-svårigheter. ESDS visade på att de som hade depressiva symtom hade sämre funktionsstatus.</p>

<p>Pelusi, J.(1997).</p> <p>The Lived Experience of Surviving Breast Cancer.</p>	<p>Att utforska kvinnors perspektiv på upplevelsen av att överleva bröstcancer.</p>	<p>Kvalitativ studie Öppna frågor. 8 kvinnor intervjuades som fullföljt behandling. 34-70 år (m=54,6 år)</p>	<p>Nio kategorier identifierades: En osäker framtid, övergivenhet, söka en fristad under sjukdomstiden, söker sig innåt, söka lösningar till den ekonomiska situationen, förväntningar från anhöriga/vänner, överlevnads livlinor, studiecirklar och resan genom sjukdomsperioden</p>
<p>Pålsson, MB & Norberg, A (1995).</p> <p>Breast cancer patients' experiences of nursing care with the focus on emotional support: the implementation of nursing intervention.</p>	<p>Att beskriva hur nydiagnostiserade bröstcancerpatienter upplever sin sjukdom och sjuksköterskans omvårdnad med fokus på emotionellt stöd.</p>	<p>Kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer sex månader efter den primära behandlingen 26 kvinnor 36-69 år</p>	<p>Det framkom att emotionellt stöd från sjuksköterska var betydelsefullt för kvinnorna och resulterade i känslor av säkerhet och trygghet. Genom stödet kunde de flesta kvinnor även planera för framtiden trots sin svåra situation.</p>
<p>Richer, M-C. & Ezer, H. (2002).</p> <p>Living in It, Living With It, and Moving on: Dimensions of Meaning During Chemotherapy.</p>	<p>Att utforska meningen med och upplevelsen av att behandlas med cytostatika hos kvinnor som nyligen fått diagnosen bröstcancer.</p>	<p>Kvalitativ studie. Semistrukturerade intervjuer som varade i 25-75 min. 10 kvinnor 44-69 år (m=55,9 år)</p>	<p>Existentiell mening var centralt under behandling i varierande grad av intensitet.</p>
<p>Wang, X. Cosby, LG. Harris, Mg. & Liu, T. (1999).</p> <p>Major Concerns and Needs of Breast Cancer Patient.</p>	<p>Att kartlägga oro och behov hos kvinnor med bröstcancer.</p>	<p>Kvantitativ studie Ett frågeformulär med slutna frågor. 102 kvinnor 27-78 år (m=49 år) Patienterna delades in i två grupper >50 år och <50 år, gifta/ogifta.</p>	<p>Patienterna oroade sig främst över sin: hälsa, familjen, framtiden, ekonomin, arbete, och sin självaktning, De mest frekventa behoven var rådgivning och stöd till dem själva samt till deras familj. Gifta kvinnor under 50 år var mer oroliga för familjen och sin egen självaktning. Äldre kvinnor som var gifta var mindre oroliga för ekonomin och arbetet än de yngre kvinnorna. De äldre kvinnorna uttryckte ett större behov av familjerådgivning och stöd.</p>

Högskolan i Trollhättan/Uddevalla
Institutionen för omvårdnad
Box 1236
462 28 Vänersborg
Tel 0521-26 42 00 Fax 0521-26 42 99
www.htu.se