



Cancer förändrar allt!

- Kvinnans upplevelse av bröstcancer

Emelie Aldegren Maria Pettersson

**Examensarbete i omvårdnad på grundnivå 15hp
Sjuksköterskeprogrammet
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur/Högskolan Väst
Vårterminen 2015**

Abstract

Titel: Cancer förändrar allt. Kvinnans upplevelse av bröstcancer.
Cancer changes everything. Woman's experiences of having breast cancer.

Författare: Emelie Aldegren & Maria Pettersson

Handledare: Christina Karlsson

Examinator: Ann-Charlott Wikström

Institution: Högskolan Väst, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Arbetets art: Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Program/kurs: Sjuksköterskeprogrammet 180 hp

Termin/år: VT 2015

Antal sidor: 19 (exklusive titelblad, innehåll, referenser och bilagor)

Background: One of ten women in Sweden will at some point in her life get breast cancer. In today's society, more women than ever before suffer from breast cancer, but the chance of survival increases. As a nurse, it is important to have knowledge about the woman's experiences of breast cancer in order to provide as optimal and individualized care possible. **Aim:** The aim of the study was to elucidate how the woman experience the first time with breast cancer. **Method:** A literature-based method is used to bring out the woman's experiences of getting breast cancer. The results of the studies were analyzed using a qualitative content analysis consists of five steps. The analysis resulted in four themes and twelve subthemes. **Results:** The results showed that the woman are in great need of support, feeling anxiety and fear, experiencing an altered self-image, and that treatment hinders. **Conclusion:** The conclusion showed that regardless of the situation, it was important for the woman that someone always was there for them as support. An important aspect was the need for information to reduce fear and anxiety. Breast cancer affecting the whole of the woman's lives and she strove to reclaim as much as possible of her previous life. This could be difficult because of fatigue and other major changes the woman experienced after the treatments, both physically and mentally. **Keywords:** breast cancer, changes, fatigue, information, patients' experiences

Innehåll

Inledning.....	1
Bakgrund.....	1
Bröstcancer.....	1
Bröstcancer ur ett samhällsperspektiv.....	1
Behandling av bröstcancer.....	2
Kris och stöd.....	3
Lidande	4
Problemformulering.....	4
Syfte.....	5
Metod.....	5
Litteratursökning.....	5
Urval.....	5
Analys.....	6
Resultat.....	7
Behovet av stöd.....	7
Familijs, vänners och vårdpersonals betydelse.....	7
Stödgruppernas betydelse.....	8
Andlighetens betydelse.....	9
Oro och rädsla.....	9
Att uppleva rädsla och oro över att inte överleva.....	9
Att uppleva oro över vardagen.....	9
Att behöva information.....	10
Förändrad självbild.....	11
Att vara ”bröstcancer”.....	11
Att få en ny roll i det dagliga livet.....	11
Att uppleva förändrad identitet.....	12
Behandling hindrar.....	12
Att uppleva kroppsliga förändringar.....	12
Att uppleva trötthet.....	13
Diskussion.....	14
Metoddiskussion.....	14
Resultatdiskussion.....	15
Behovet av stöd.....	15
Oro och rädsla.....	16
Förändrad självbild.....	16
Behandling hindrar.....	17
Slutsats.....	17
Praktiska implikationer.....	18
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde...	19
Referenser.....	20

Bilagor

Bilaga I. Sökhistorik

Bilaga II. Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Bilaga III. Översikt över analyserad litteratur

Inledning

I Sverige drabbas mer än var tionde kvinna av bröstcancer någon gång under sitt liv. Det gör den till den vanligaste cancerformen hos kvinnan. Historiskt sett, enligt socialstyrelsen (2014), har antalet drabbade fördubblats sedan 1960 fram till 2012. Ingen trolig och verklig förklaring finns om varför statistiken över drabbade stiger. Två aspekter är aktuella och den första är att bröstcanceren i dagens samhälle helt enkelt blir vanligare hos kvinnan, och olyckligtvis finns det ingen forskning som svarar på frågan varför fallen ökar. Andra aspekten är screeningens upptäckt av fler bröstcancerfall som annars inte hade påvisats. Trots att fler drabbas i dagens samhälle, ca 8400 kvinnor/år, så ökar överlevnaden betydligt. Av de drabbade överlever cirka 6950 kvinnor av bröstcancer/år och en anledning till detta är att bröstcanceren upptäckts i tidigt skede vid screening. Många kvinnor måste därför leva och handskas med sjukdomen resten av sina liv. Över 20 % av alla drabbade är kvinnor i 45 års ålder. Under denna period i livet är det många som har både jobb och familj att ta hand om. Ur ett samhällsperspektiv kan detta påverka kvinnans jobb och ekonomi, samtidigt som vården får anpassa sig efter kvinnans prioriteringar att ha tid för sin familj och att kunna vara yrkesverksam. Det är en lång sjukdomsprocess med oro, rädsla, operationer, behandlingar och biverkningar. Med kunskap om kvinnans upplevelse den första tiden med bröstcancer, kan omvårdnaden styras till att förbättra kvinnans vård och därmed ge henne en bättre livskvalitet.

Bakgrund

Bröstcancer

Det som sker i bröstet vid bröstcancer beskrivs enligt Linder (2008) vara en mutation i bröstcellerna. Det blir en genetisk förändring i cellerna som leder till förlorad tillväxtkontroll och bildar till slut en tumör. Tumören invaderar omgivande vävnad och kan sprida sig till andra organ i kroppen. Enligt Bergh och Emdin (2008) ökar risken vid tidig menarke, sen menopaus och även täta mensintervaller. Ytterligare en risk är ärftlighet, finns bröstcancer i släkten ökar risken att drabbas, då det kan vara genetiskt betingat att tumörcellerna delar sig. Även alkohol och rökning har visat sig ge ökat risk för bröstcancer, dock finns ingen förklaring utan endast statistiskt samband.

Bröstcancer uppvisar vanligtvis inte några symtom. Enligt Bergh och Emdin (2008) upptäcks bröstcancer på en mammografiscreening eller att kvinnan känner en knöl i bröstet. Vanligtvis uppstår knölna i yttre kvadranten på bröstet där det finns som mest bröstkörtelvävnad. Kvinnsland (2003) beskriver symtom kvinnan ska vara uppmärksamma på vad gäller sina bröst. Inspektera hur huden ser ut om det är några förändringar i färg samt bröstvårtans form om det avviker från det vanliga. Eftersom inga symtom visas vid bröstcancer är risken stor att tumören hinner växa till sig och sprida sig till andra organ i kroppen. Bergh och Emdin (2008) nämner att om tumören spridit sig till de axillära lymfkörtlarna är det tyvärr en indikator på att tumören är aggressiv och ger högre spridningsrisk att ha metastaserat övriga organ.

Bröstcancer ur ett samhällsperspektiv

Socialstyrelsens nationella screeningsprogram (2014) rekommenderar alla kvinnor mellan 40-74 år att göra en screening av bröstet. Detta sker var 18-24 månad och görs för att förebygga bröstcancer. Alla lansting i Sverige följer denna rekommendation och det har visat sig att tack vare undersökningen har dödligheten minskat med 50 %. Vid screening upptäcks tumören innan den känns eller syns och upptäcks den i tid, så är enligt Nome (2003) prognosen god. En förstorad knöl tyder nämligen på elakartad cancer och i flesta fall spridning till övriga vävnader och organ.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröstcancervård (2014) anser att med rätt typ av behandlingar, omvårdnad och rehabilitering kan sjukvården både upptäcka cancer tidigt och ge dem som drabbas av sjukdomen ett bra liv. Rekommendationerna från Regionala Cancercentrum (2014) är att alla bröstcancerpatienter ska ha tillgång till en kontaktsjuksköterska från och med diagnostillfället. Syftet med en kontaktsjuksköterska är att förbättra informationen och kommunikationen mellan patienten och vårdgivaren, men framför allt för att stärka patientens delaktighet i vården. Kontaktsjuksköterskans roll är också att se till att vårdkedjan fungerar som planerat för patienten samt finnas där som ett kontinuerligt stöd.

Behandling av bröstcancer

Enligt Bergh och Emdin (2008) har praktiskt tagit alla kvinnor med nydiagnostiserad bröstcancer vid diagnostillfället en tekniskt operabel sjukdom. För huvuddelen av patienterna med operabel sjukdom är kirurgisk behandling grundläggande och i många fall botande. Kvinnan som ska genomgå kirurgisk behandling får välja mellan mastektomi eller bröstbevarande kirurgi. Enligt Lally (2009) så kan kvinnan med lätthet ta beslut om operation om hon har ett bra stöd av sina kirurger och sjuksköterskor och får tillräckligt med information. Bergh och Emdin (2008) beskriver mastektomi som en operation som innebär att kvinnan förlorar hela bröstet. Bröstbevarande kirurgi, sektorresektion, innebär att tumören avlägsnas och att kvarvarande bröstvävnad rekonstrueras så att det blir ett bra kosmetiskt resultat. Bröstbevarande kirurgi kompletteras oftast med strålbehandling.

Enligt Bergh och Emdin (2008) var det på 1970 talet standard att operera och avlägsna hela bröstet och även utrymma axillen, en s.k. radikal mastektomi. Vid axillarutrymning tas flera av lymfkörtlarna bort och det innebär nästan alltid att kvinnan får omfattande ödembesvär och smärtproblematik. Sedan dess har avsevärd utveckling skett och i dagens vård görs det flest operationer med bröstbevarande kirurgi och i många fall så behövs det inte göras någon axillarutrymning i och med sentinel node tekniken. Då undersöks portvaktskörteln (som är den första körteln) för att avgöra om cancer spridit sig vidare till de andra körtlarna i axillen eller inte. Socialstyrelsen rekommenderar denna teknik för att undvika förstorad operation och fler komplikationer. Således beroende på vad sentinel node tekniken visar så avgörs vilken operationsmetod samt vilken behandling som ska ges till kvinnan efter operationen.

När kvinnan opererat bort hela eller delar av sitt bröst påbörjas behandlingsprocessen. Enligt Boehmke och Dickeson (2005) är det behandlingarnas biverkningar som påverkar kvinnans vardagsliv mest. De behandlingsmetoder som finns idag är strålbehandling, cytostatika behandling samt hormonbehandling. Kvinnsland (2003) nämner att strålbehandling används när det ska vara lokalbehandling, alltså när tumören inte hunnit sprida sig vidare via de axillära lymfkörtlarna. Biverkningarna är få men det kan uppstå lymfödem samt strålningsskador på huden. Men forskningen börjar gå framåt och Bergh och Emdin (2008) nämner att strålbehandling börjar ersättas av cytostatika eller hormonbehandling. Cytostatika är en behandling som användas både som palliativ behandling, genom att med små doser minska tumörbördan och som botande behandling, då större dos ges för att ta död på cancercellerna. Ju lägre dos desto mindre biverkningar blir det. Läkemedlet dödar i första hand cancerceller men skadar eller dödar även kroppens friska celler. Vanliga biverkningar är illamående, hårförlust, påverkad andning, trötthet och viktförlust. Det är en tuff behandlingsmetod för kvinnan, men genom att läkemedlet når hela kroppen är chansen för att bli fri från cancer stor. Den tredje behandlingsmetoden är endokrin behandling, även kallad hormonbehandling. Enligt Bergh och Emdin (2008) går hormonbehandling ut på att rubba hormonerna i kroppen. Bröstcancer är beroende av hormonet östrogen som det finns mycket av i den premenopausala kvinnans kropp. Kvinnan får därför läkemedel som stoppar östrogenproduktionen och på så vis hindras tumören att växa eller orsaka återfall. Följden av denna hormonbehandling är att hon hamnar i klimakteriet och får biverkningar som till exempel svettningar, torra slemhinnor, humörsvängningar och sömnproblem. Så oavsett val av behandling blir det en stor omställning och påverkad livssituation för den drabbade kvinnan.

Kris och Stöd

När det händer något oväntat i livet, som till exempel en skilsmässa eller drabbas av en svår sjukdom menar Cullberg (2006) att det sker en traumatisk kris. Han menar att kvinnan som drabbas av bröstcancer och genomgår en operation får svårt att se och acceptera sin kropp efter operationen. Detta är en av många traumatiska kriser som sker under sjukdomsförloppet hos en kvinna med bröstcancer. Andra traumatiska kriser som sker är när kvinnan får diagnosmeddelandet, före och efter operation, samt under behandlingsperioden. Kössler (2011), som arbetar som patientombud för cancerdrabbade patienter och även själv varit drabbad av cancer, nämner att oavsett om det finns misstanke om bröstcancer eller att en hög äftlighet finns i släkten så är det omöjligt att förbereda sig för att få en cancerdiagnos.

Cullberg (2006) nämner att en chockreaktion är den första av fyra faser i en traumatisk kris, och följande är reaktionsfasen, bearbetningsfasen och nyorienteringsfasen. Chockfasen är kort och kan pågå i ett kort ögonblick upp till några dygn. Här hålls verkligheten och förståelsen för det som hänt på avstånd. För mycket information i en chockfas är därför inte relevant att ge, då kvinnan kan ha svårt att komma ihåg vad som sagts eller gjorts. Enligt Kössler (2011) upplever kvinnan första fasen som påfrestande och nästan outhärdlig. Den ångest och oro som hon känner är förlamande och hon är rädd att sjukdomen sprider sig okontrollerat under väntetiden. Det är bättre att snabbt få ett besked oavsett om det är friande eller fällande.

När chocken lagt sig kommer kvinnan in i reaktionsfasen. Enligt Cullberg (2006) pågår fasen mellan fyra och sex veckor efter att händelsen inträffade. Här startar en reaktion och kvinnan tvingas öppna ögonen för vad som hänt. Tankar och frågor som "varför?" och "vad har jag gjort för att förtjäna det här?" dyker upp. Det är dessa två faser som kvinnan pendlar mellan under processen mot hälsa och innehåller händelser så som förlust av bröst och hår. I Boehmke och Dickersons (2005) studie framgår det att håravfall upplevs av kvinnan som en traumatisk upplevelse. Det smärta att raka av sig sista hårtussarna oavsett hur stor påverkan håret har på kvinnan, och det är upplevelsen att inte känna igen sig själv som är mest traumatiskt.

Vid bröstcancer och chocken det innebär att få sjukdomen, krävs det som sjuksköterska att kunna stödja kvinnan i bästa mån. Enligt Vetlesen (1996) och Kössler (2011) kan kvinnan i chockfasen vara så förvirrade att hon inte förstår någonting och det är då viktigt att sjuksköterskan med sin närvaro visar tillgänglighet och accepterar kvinnans reaktion. Även att lyssna och låta kvinnan dela med sig av sina tankar kan göra att hon känner en känsla av samhörighet och lättnad över att inte behöva bära sorgen ensam. Reitan (2003) trycker även på vikten av att tänka på att de drabbade åtskiljs från familj, släkt och vänner under behandling inne på sjukhus. De kliver in i en främmande miljö utan stöd från sina nära och kära. För att kunna ge rätt stöd gäller det därför att förstå kvinnans upplevelse av bröstcancer.

Lidande

Eriksson (1994) menar att lidandet är tillägnat människan. När kvinnan drabbas av bröstcancer upplever hon lidande, och det beskrivs som en kamp mellan liv och död. Trots den tuffa diagnosen och lidandet så får kvinnan oanade livskrafter, denna livskraft kan få henne att kämpa framåt. Men det fysiska lidandet och smärtan som det innebär att drabbas av bröstcancer kan också leda till en förlamande känsla. Det blir en plötslig påtvingad förändring av hela hennes livssituation som strider mot det naturliga. Hon behöver därför tid att finna ett nytt meningssammanhang. Det viktigaste är att våga möta lidandet, gå rakt emot det eller tvärs igenom det.

Då den lidande kvinnan berättar om sitt lidande gör hon det i förtroende till den andra och önskar att hennes lidande ska bekräftas. Lidandet består av tre faser, bekräftande av lidandet, själva lidandet och försoningen med lidandet. Att försöka lindra och trösta är något vi alltid kan göra. Tröst ger lindring, mod och hopp (Eriksson, 1994). Arman (2003) menar att den drabbade kvinnan söker efter någon som kan hjälpa henne i sitt lidande. Hon söker någon som är stark nog att ta emot hennes lidande och som kan bekräfta det. Får kvinnan bekräftelse och stöd i sitt lidande orkar hon stå ut och komma vidare ut ur lidandet och kan då uppnå hälsa.

Problemformulering

Tidigare forskning som gjorts visar att kvinnans liv förändras drastiskt vid diagnos av bröstcancer. Behandlingens biverkningar så som trötthet, håravfall, rädsla och oro blir en del av vardagen. Förutom fysiska aspekter påverkas även kvinnans relationer och arbete, hela livssituationen förändras. Kvinnan upplever också en traumatisk kris som kan återkomma vid

varje ny händelse eller förändringar under sjukdomsperioden, framför allt i början och under behandlingen. Därför är det av stor vikt att sjuksköterskan som ska vårda och stödja dessa kvinnor har insikt om hur de upplever sin situation med bröstcancer, för att på detta sätt kunna ge en så optimal och individanpassad vård som möjligt

Syfte

Syftet med studien var att belysa hur kvinnan upplever den första tiden med bröstcancer.

Metod

Studien är en kvalitativ litteraturbaserad studie. Enligt Friberg (2012b) används vanligtvis kvalitativ metod när personers erfarenheter och upplevelser vill belysas. Syftet med studien var att belysa kvinnans upplevelser den första tiden med bröstcancer, och genom att sammanställa kvalitativa artiklar kan enligt Friberg syftet besvaras.

Litteratursökning

Systematisk litteratursökning har gjorts enligt Östlund (2012) med fokus på sökstrategier och tekniker för att få en lyckad informationssökning. Under arbetets gång analyserades både tillvägagångssättet och resultatet av sökningarna. Inledningsvis söktes artiklar enligt Friberg (2012a) övergripande för att ta reda på vad som fanns kring ämnet. Den egentliga informationssökningen började efter att den övergripande sökningen sammanfattades samt att syftet bestämdes.

Via Cinahl söktes artiklar till studien. Systematisk sökning med sökord som användes var breast neoplasms (MH), breast cancer, "breast cancer", qualitative studies (MH), life experiences (MH), patients experiences (MH), "patients experiences", "patient* experience*", breast cancer patients, sick role (MM) Begränsningarna var att artiklarna skulle vara publicerade mellan 2005-2015, vara på engelska, handla om kvinnor samt peer-reviewd. Sökningar är gjorda i olika kombinationer med varandra. Titlar och abstrakt lästes för att ytterligare sälla ut artiklar så att de stämde överens med syftet. Varje sökning har var för sig dokumenterats och presenteras i bilaga I (sökhistorik). Osystematisk sökning gav inget användbart resultat.

Urval

Till en början begränsades datasökningen enligt Friberg (2012a), genom att kombinera sökord i Cinahl som var relevanta till syftet. Fjorton artiklar lästes i sin helhet. Fyra artiklar som inte var relevanta till syftet valdes bort och de tio artiklarna som valdes lästes för djupare uppfattning av innehållet. Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle handla om bröstcancer hos kvinnan, deras upplevelser och erfarenhet av att få bröstcancer, belysa första tiden efter diagnos tillfället, patientperspektiv, samt att artiklarna ska vara kvalitativa.

Exklusionskriterierna är att artiklarna inte får handla om endast äldre kvinnor, skrivna ur sjuksköterskans eller anhörigas perspektiv, upplevelser utifrån kulturer, eller upplevelser flera år efter en bröstcancerdiagnos. Enligt Fribergs (2012b) anvisningar lästes och granskades artiklarna för att säkerställa att dem är användbara och trovärdiga. Vi har använt oss av mallen

för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod hämtad från Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011), bilaga II.

Analys

Till analys av artiklarna använde vi Fribergs innehållsanalys av kvalitativ forskning som består av fem steg. Det första steget är att läsa igenom artiklarna och få en känsla för handlingen, i steg två identifieras nyckelfynd i varje studies resultat, sedan i steg tre görs en sammanställning av varje studies resultat. De två sista stegen handlar om att relatera de olika studiernas resultat till varandra och sist formulera en beskrivning med grund i de nya temana (Friberg, 2012b). Vi började första steget med att läsa igenom artiklarna var för sig och sedan diskuterade vi innehållet så de skulle svara mot vårt syfte. 10 av 14 artiklar valdes ut som vi granskade enligt mallen för kvalitetsbedömning (Willman et al., 2011). Anvisningarna för steg två följdes enligt Friberg och artiklarna lästes igen med fokus på resultatet för att identifiera nyckelfynd. I steg tre läste vi studierna igen och samtidigt fördes anteckningar var för sig. För att sedan tillsammans diskutera och föra samman studiens resultat i ett word dokument. Bilaga III (översikt över analyserad litteratur) är en förkortad variant av vår sammanställning. Vi diskuterade våra enskilda anteckningar och sammanställningar för att se så båda tolkat resultatet lika. Enligt Friberg jämförs i steg fyra likheter och skillnader. Fyra teman växte fram som belyste artiklarnas innehåll. Vi kom snabbt fram till dessa fyra teman då vi hade samma uppfattning av innehållet av resultatet i artiklarna. Subteman skrevs utifrån det synliga och textnära. När vi bestämt teman och subteman gav vi varje tema en specifik färg, blå, grön, röd och lila. Vi satte oss och diskuterade sammanställningen som tidigare hade tagits fram ur artiklarnas resultat och började färgmarkera varje artikels innehåll efter våra nya teman. När sammanställningen delats upp och fått en färg/tema sorterades texten ytterligare med hjälp av siffrorna 1, 2 och 3, som symboliserade subtemana i ordningen under temana. När detta var gjort sammanfördes varje färg och siffra så dem hamnade på rätt plats. För att förtydliga detta så gav vi varje stödmening i sammanfattningen rätt temafärg för att sedan dela ut siffrorna beroende på vilket subtema stödmeningen passade bäst under. Varje mening fick även artikelns namn bakom sig för att lättare hitta referens och vidare förståelse. Exempel är första temat "Behovet av stöd" som fick blå färg, sub temat "Familjens, vännernas och vårdpersonalens betydelse" fick numer 1. Så alla artiklar som belyste kvinnans upplevelse av stöd av familj, vänner eller vårdpersonal fick blå färg och numer 1. När vi sedan skrev resultatet gick vi tillbaka till artiklarna för att få ihop relevant text och för att ge innebörd åt de nya temana som är det femte och sista steget i analysmetoden (Friberg, 2012b).

Resultat

Analysen av de tio kvalitativa artiklarna resulterade i fyra teman och 12 subteman (Bild 1). Likheter och skillnader mellan artiklarna har tagits fram, vilket beskrivs i löpande text under respektive tema och subtema.

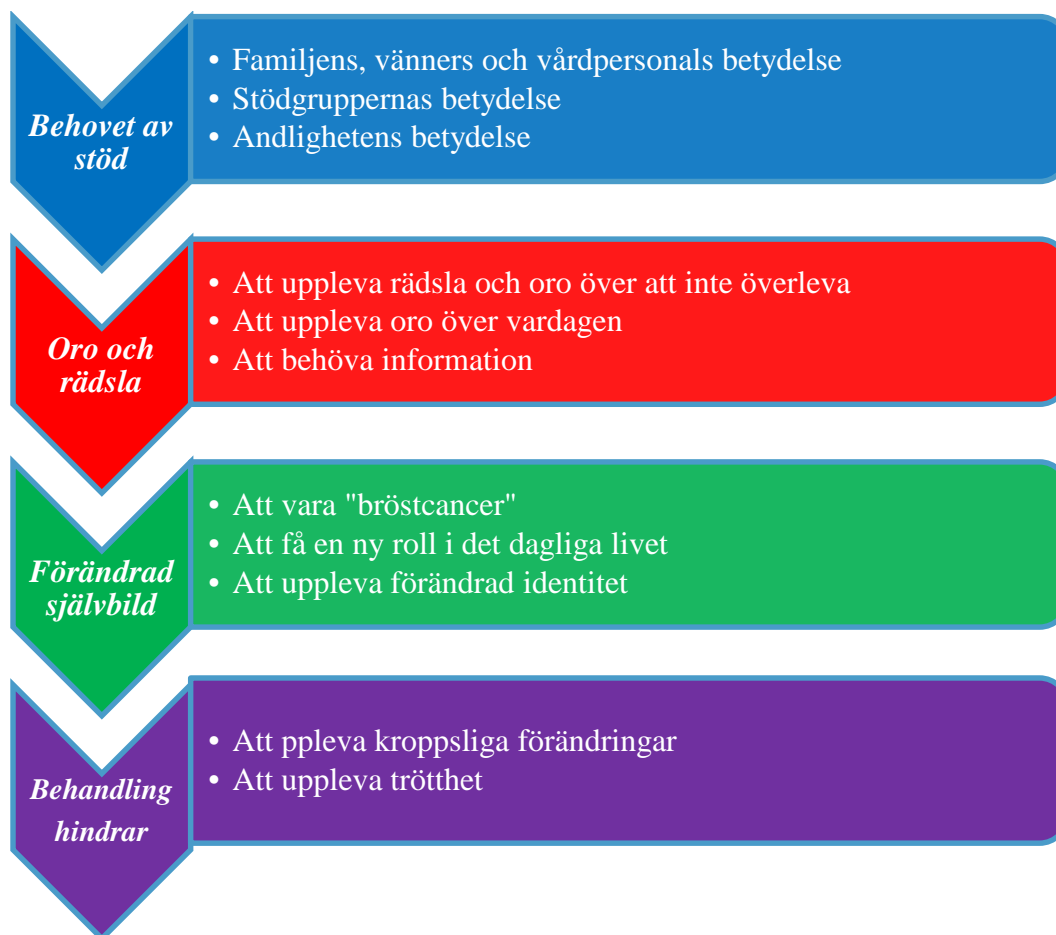


Bild 1. Teman och subteman

Behovet av stöd

Kvinnor som drabbas av bröstcancer behöver mycket stöd av omgivningen under hela vårdtiden. Allt från diagnostillfället då kvinnan hamnar i en kris, till när behandlingen och dess biverkningar startar. Det är en påfrestande tid och huvudsaken är att kvinnan inte behöver gå igenom processen själv utan får stöd av till exempel familjen, sin tro, sjuksköterskan, vänner eller andra kvinnor som drabbats av bröstcancer.

Familjens, vänners och vårdpersonals betydelse

Kvinnan upplevde stödet av sin partner och familj som en av de viktigaste. Att kunna dela sina upplevelser och få fysiskt, emotionellt och socialt stöd gjorde att hon inte behövde kämpa ensam (Cebeci, Yangin & Tekeli., 2012; Coward & Kahn., 2005; Palmadottir., 2010). Första månaderna var som mest påfrestande för kvinnan och hon fick svårt att utföra vardagliga aktiviteter. Den fysiska nedsättningen som kvinnan upplevde på grund av trötthet, illamående samt operationens biverkningar gjorde att hon behövde hjälp och stöd med det mesta. Det

fanns även behov av emotionellt stöd, att ha någon att gråta ut hos och dela sin oro och rädsla med (Cebeci et al. 2012). Oftast var ”någon” kvinnans make eller annan familjemedlem som kvinnan valde att stödjas emotionellt ifrån. Men ibland upplevde kvinnan att vissa upplevelser var svårare att dela med sin make eller familj, på grund av att det var för smärtsamt (Krigel, Myers, Befort, Krebill & Klemp 2014). Istället kunde hon välja att hämta stöd hos vänner, bekanta eller hos det lokala bröstcancercentrumet (Coward & Kahn, 2005).

För trots att behovet av stöd från vänner och bekanta var stort, så nämnde kvinnan att hon upplevde vissa vänners stöd som negativt. De hade inte förståelsen för processen det innebar att ha bröstcancer eftersom de inte hade varit med om det själva. Däremot fann kvinnan stort stöd bland andra bröstcancerdrabbade kvinnor i det lokala bröstcancercentrumet. Alla hade gått igenom liknande processer, förstod stressen över behandlingarna och kunde därför ge stöd på ett annat sätt (Krigel et al., 2014; Palmadottir, 2010;).

Ett centralt stöd som kvinnan upplevde betydelsefullt, förutom familj, vänner och bröstcancerkvinnor, var stödet från vårdpersonal. Kvinnan ägnade mycket tid åt behandlingar tillsammans med vårdpersonalen och sökte svar på frågor och emotionellt stöd av dem. Kvinnan avgjorde snabbt om stödet i mötet med sjukvården var bra genom att känna av miljön. Hon ville känna sig välkommen, att vårdpersonalen hade tid för henne samt gav ett gott bemötande. Ett positivt bemötande upplevdes som stöd om personalen var empatisk, engagerad och lättsam (Lilliehorn, Hamberg, Kero & Salander, 2010).

Stödgruppernas betydelse.

Kvinnans upplevelse av att tillhöra en stödgrupp var positivt ur många synpunkter (Coward & Kahn, 2005; Krigel et al., 2014). Kvinnan var öppen med att dela sina erfarenheter och upplevelser i stödgruppen. Även tankar och funderingar som upplevdes för tunga att diskutera med sin familj, till exempel om döden, kunde hon ventilera i stödgruppen. Att dela erfarenheter och tankar resulterade i stort stöd, men även en betydelsefull aspekt att hjälpa både sig själv och framförallt andra i liknande situation. Kvinnan kände gemenskap och förstod att hon inte var ensam i situationen (Krigel et al., 2014). Tack vare delade upplevelser kunde kvinnan normalisera sina negativa erfarenheter och få tips och råd om lösningar vid liknande situationer (Coward & Kahn, 2005).

Att medverka i en stödgrupp uppskattades således av kvinnan. Hon mötte andra drabbade med liknande besvär och upplevde gemenskap med de andra kvinnorna, där många blev vänner för livet. I hop med andra i liknande situation fick hon hjälp att acceptera sin sjukdom och bearbeta frågan ”varför jag?”. I mötet med andra kvinnor, och framförallt unga och friska kvinnor som drabbats, gjorde det lättare att uppleva acceptans. Kvinnan fick förståelse att trots hälsosamt liv så kunde bröstcancer inte förebyggas. Gruppen delade känslor, erfarenheter och information om sin bröstcancer vilket uppskattades och fick kvinnan att uppleva gemenskap och normalitet (Coward & Kahn, 2005).

Andlighetens betydelse

Att söka tröst i sin tro var för kvinnan betydelsefullt (Cebeci et al. 2012; Coward & Kahn, 2005; Demir, Donmez, Ozsaker & Diramali 2008). Var kvinnan troende ansåg hon att det var hennes öde att drabbas av bröstcancer, ett val som Gud hade gjort (Cebeci et al., 2012). Kvinnan menade att Gud inte skulle gett henne mer än hon kunde hantera (Coward & Kahn, 2005).

Det påvisades att även om kvinnan inte var troende så bad hon till Gud. Hon bad på grund av rädsla och oro över att biopsin skulle visa att hon hade bröstcancer (Demir et al., 2008).

Oro och rädsla

Att drabbas av bröstcancer som är en livshotande sjukdom medförde stor oro och rädsla. Kvinnan hade funderingar över om hon skulle överleva, om canceren spridit sig eller hur hon kommer att klara vardagen. God information om bröstcancer, symtom samt biverkningar kunde minska denna rädsla och oro, och göra kvinnan beredd på vad det innebär att drabbas av bröstcancer.

Att uppleva rädsla och oro över att inte överleva

Kvinnan upplevde störst rädsla och oro i väntan på provsvar, som skulle ge besked ifall knölen var bröstcancer, eller hur väl behandlingen haft effekt och förhindrat spridning. Vid dessa situationer var det vanligt att kvinnan upplevde stress (Demir et al., 2008; Grimsbø, Finset & Ruland., 2011; Krigel et al., 2014). Kvinnan som själv upptäckte en knöl i sitt bröst blev så enormt orolig och rädd över att det skulle vara cancer. Så när provsvaret kom beskrevs upplevelsen och känslan som att världen kollapsade. I början när kvinnan blivit diagnosticerad var förnekelse vanligt. Förnekelse genom att inte röra vid knölen och bara försöka glömma bort den, i hopp om att den då skulle försvinna (Demir et al., 2008).

När behandlingen startade hade kvinnan många tankar över vad för förändringar kroppen klarade av och vilka biverkningar som var normala eller hotande. De fysiska biverkningar och problem kvinnan fick hantera upplevde hon med rädsla och oro (Grimsbø et al., 2011). Rädslan kring de fysiska aspekterna ökade vid planering och genomförande av operationen. Kvinnan upplevde stress och oro över att förlora antingen hela eller en del av bröstet. Centralt var även kvinnans upplevelse av rädsla och oro för att inte överleva. Det blev många sömlösa nätter där tankarna kretsade kring döden (Demir et al., 2008). Men kvinnans oro och rädsla över döden berodde inte enbart på hennes egen rädsla att dö, utan även familjens påverkan. Tankarna var många kring hur hennes familj skulle klara av att leva sina liv utan fru, mamma eller dotter. Hon upplevde det svårt att diskutera och dela tankar och funderingar med familjen angående sin död då det var för smärtsamt. Framförallt funderingar över hur förberedelserna kring sin död skulle ske (Krigel et al., 2014)

Att uppleva oro över vardagen

Kvinnan upplevde att hon ville leva ett så normalt liv som möjligt och återgå till att klara av så många vardagssysslor som möjligt. Detta upplevde hon oro över, att inte återfå sitt vanliga liv hon hade innan bröstcancer. Det var många aspekter i livet kvinnan oroade sig över,

bland annat att inte kunna fortsätta med sitt jobb eller utföra sina gamla sysselsättningar (Grimsbø et al., 2011; Krigel et al., 2014; Player, Mackenzie, Willis & Loh, 2014). Viljan att återgå till sitt jobb var således centralt för kvinnan, men hon upplevde samtidigt oro över när hon skulle ta steget tillbaka till arbetslivet (Palmadottir, 2010). Det fanns flera anledningarna till varför kvinnan ville tillbaka till arbetet. Det var inte endast för att återfå normalitet och sitt vanliga liv, utan även att kvinnan upplevde skuld över att inte kunna jobba. Skuld på grund av oron över att sjukskrivning skulle sätta familjen i en ekonomisk kris. Även personen som stöttade kvinnan förlorade inkomst genom att behöva ta ledigt från jobbet för att medverka som stöd under behandlingarna på sjukhuset (Krigel et al., 2014).

Kvinnans upplevelse av oro och rädsla var ofta relaterat till symtomupplevelsen, risken för återfall och osäkerhet i vardagen. Hon upplevde oro över att göra något som kunde förvärra sjukdomen, som till exempel dricka vin, arbeta i trädgården eller bada och sola (Grimsbø et al., 2011).

Att behöva information

Kvinnan upplever att med kontinuerlig och individanpassad information om sin vård och sjukdom minskade oron och hanteringen av rädslan förbättrades (Demir et al., 2008; Coward & Kahn., 2005; Grimsbø et al., 2011; Liliehorn et al., 2009; Krigel et al., 2014; Palmadottir., 2010). Om informationen var välbalanserad och regelbunden hjälpte det att bringa ordning i kvinnans oroliga liv. Anpassades informationen till kvinnans behov kunde situationen underlättas, lika väl som att fel information kunde försvåra för kvinnan (Coward & Kahn., 2005; Liliehorn et al., 2009).

Kvinnan beskrev att det fanns brister i informationen från sjukvården vad gällde egenvård och undersökning av sina bröst. Hon upplevde besvikelse och frustration över att ha fått bröstcancer och skyllde detta på bristen av information kring egenvård. Hade informationen getts om att regelbundet se över sina bröst skulle bröstcancer upptäckts i tid och konsekvenserna hade blivit lindrigare (Cebeci et al., 2012). Fler upplevelser kring brist på information angick sjukdom och behandling. Biverkningarna var en central punkt som beskrevs kunna skapa oro och rädsla om informationen inte var tillräcklig. Hon ville få svar och bekräftelse på om biverkningarna var normala eller symptom på försämring (Grimsbø et al., 2011; Krigel et al., 2014).

Viss information hade kvinnan svårigheter att förstå på grund av att informationen gavs i stressade situationer och vårdbegrepp användes. Däremot upplevdes information av andra kvinnor som drabbats av bröstcancer positivt, eftersom de delade liknande erfarenheter (Palmadottir, 2010). I kontakt med dessa kvinnor fick kvinnan råd och relevant information om vad som väntades. Informationen som delades var om de biverkningar och konsekvenser som operation och postoperativa behandlingar förde med sig. För att inte andra kvinnor skulle utsättas för liknande informationsbrist kände hon ett kall att dela med sig om sina erfarenheter (Cebeci et al., 2012)

Förändrad självbild

Kvinnan upplevde chock när beskedet kom att hon hade drabbats av bröstcancer. Hon ställde frågor som ”varför just jag?”, oftast nämnt bland unga, friska och hälsosamma kvinnor. Chocken över att oavsett tidigare livsstil så kunde kvinnan inte förhindra att hon blev drabbad. Med en bröstcancerdiagnos förändrades synen på sig själv. Hon upplevde förändrad självbild och att hon får en ny roll i det dagliga livet.

Att vara ”bröstcancer”

Det visade sig att på grund av kvinnans fysiska utseende bemötte samhället kvinnan annorlunda, då utseendet visade tecken på bröstcancer (Harcourt & Frith, 2008; Krigel et al., 2014; McCann, Illingworth, Wengström, Hubbard & Kearney, 2010). Biverkningarna visade tydligt för samhället att en kvinna hade cancer. Hon upplevde förlust av privatliv genom att möta blickar som genomskådade att hon var drabbad av cancer. Att förlora sitt hår som följd av cytostatikabehandling var en av de största orsakerna till att kvinnan blev ett med bröstcancer. För att dölja sitt kala huvud och därmed en symtombild av cancer, använde sig kvinnan av scarfs eller peruk (Harcourt & Frith, 2008). Att förlusten av håret påverkade upplevelserna att ses som en cancerpatient stärker McCann et al. (2010) i sin studie.

Förutom håravfall upplevde kvinnan att förlusten av sitt bröst var påfrestande. Men upplevelsen var inte lika stark som för håravfallet, på grund av att ett bröst var lättare att dölja för samhället. Dock upplevde kvinnan att en del av kvinnligheten försvann och intima förhållanden påverkades genom minskad sexualitet. Varje gång hon såg sig i spegeln blev hon påmind om bröstcancer och det påverkade hennes självkänsla negativt (Harcourt & Frith, 2008)

Att få en ny roll i det dagliga livet

Kvinnan upplevde frustration och oro över att behandlingen förstörde hennes vardagsliv. Förlora sitt aktiva liv och hamna i en passivitet skrämde henne, samt att inte kunna vara aktiv i arbetslivet eller behålla den nuvarande rollen i familjen. (Coward & Kahn., 2005; Krigel et al., 2014; Palmadottir, 2010; Player et al., 2014). Fler studier stärker kvinnans upplevelse av att behöva överge sin roll i vardagen som till exempel fru eller mamma. Detta gjorde att kvinnan upplevde känslor som ilska och frustration (Coward & Kahn., 2005; Krigel et al., 2014). En av många svårigheter som påverkade relationerna relaterat till kvinnans roll, var relationen till sina barn och rollen som mamma. Kvinnan hade negativa upplevelser av omställning när de plötsligt behövde få hjälp av sina barn för att klara vardagen (Krigel et al., 2014).

Att upprätthålla rutiner i vardagen var till god hjälp för att kunna hantera känslorna samt få en känsla av stabilitet. Kvinnan beskrev att hon upplevde mening med livet om det fanns kontinuitet och rutiner i vardagen, hon kunde då lägga tankarna på annat än på bröstcancer och behålla känsla av stabilitet (Palmadottir, 2010).

Att uppleva förändrad identitet

Kvinnan upplevde ett hot mot självidentiteten genom att cancer påverkade flera aspekter av hennes liv (Cebeci et al., 2012; Coward & Kahn, 2005; Krigel et al., 2014). Kvinnans värderingar och graden av uppskattning förändrades. Hon hade tidigare en bild på vad hälsa var, och uppskattade inte alltid värdet av att vara frisk och ha familj och vänner. Bröstcancer blev en del av hennes dagliga liv och hon blev överallt påmind om sjukdomen (Cebeci et al., 2012). Harcourt och Frith (2008) bestyrker kvinnans känsla av förändrad självidentitet genom att beskriva upplevelsen av fysiska förändringar, så som förlust av bröst och hår.

De fysiska förändringarna hade störst påverkan på upplevelsen av självidentiteten. Att förlora bröst och hår gav en ny identitet, som cancerpatient. Även en försämrad självkänsla genom att uppleva förlust av kvinnlighet och sexualitet (Krigel et al., 2014). Trots att det både var psykiska och fysiska aspekter som påverkade självidentiteten på kvinnan, så upplevde hon större värdering av livet och uppskattade varje ny dag som kom. Detta efter att hon genomled upplevelsen av att ha fått en bröstcancerdiagnos (Cebeci et al., 2012; Krigel et al., 2014).

Som avslutande slutsats så påverkade bröstcancer alla aspekter i kvinnans liv. Bland annat genom förändringar i hennes rollfunktion, förhållanden, samt bördan att hantera osäkerheten. Allt detta har i sin tur påverkat hur kvinnan såg på sig själv (Krigel et al., 2014).

Behandling hindrar

Att drabbas av bröstcancer innebär en stor förändring i kvinnans liv, såväl fysiska som psykiska. Det är inte bara förändringar som att kunna leva och handskas med sjukdomen, anpassa sig efter behandlingar eller ändra sina rutiner i vardagen som påverkar kvinnan. Hennes upplevelse kring de permanenta förlusterna av att bli av med ett bröst, få kognitiva svårigheter som påverkar hur vardagen fungerar, eller den stora aspekten trötthet upplevs som ett stort hinder.

Att uppleva kroppsliga förändringar

De kroppsliga förlusterna som blir vid bröstcancer får kvinnan handskas med resten av sitt liv. Ärren kommer alltid finnas kvar och upplevs som ett men för livet (Cebeci et al., 2012; Grimsbø et al., 2011; McCann et al., 2010). Kvinnan reflekterade mycket över de fysiska förändringarna. Det inkluderade förlust av sitt bröst, lymfödem, viktökning, ärr och håravfall. Dessa förändringar och förluster upplevde kvinnan vara mest påfrestande då det blev uppenbart för omgivningen att hon var drabbad av bröstcancer (Krigel et al., 2014).

Kvinnans upplevelse av fysiska förluster påverkades mest av en bröstoperation samt håravfall. Hon upplevde starka känslor vid förlust av bröstet. Kvinnan vågade inte se sig själv i spegel, kände att kvinnligheten försvann samt skam och rädsla över att inte vilja visa upp sin kropp. Kvinnans reaktion kring håravfall upplevdes inte lika starkt, på grund av vetskapen att håret någon gång skulle växa ut igen. Upplevelsen var dock fortfarande jobbig när håret började lossna. Kvinnan föraktade sitt utseende och skämdes för att visa upp sitt kala huvud även för sin man och familj (Cebeci et al., 2012).

För att minska risken för återfall av bröstcancer kan kvinnan behandlas med hormonbehandling. Hon hamnar då, med hjälp av hormoner, i klimakteriet tidigare än väntat. Symtom som kvinnan då måste handskas med är viktuppgång, svettningar, illamående och vaginal torrhet. Hormonbehandlingen upplevdes som negativ, på grund av att känslan av normalitet förvärrades. Önskan var att kunna få återgå till det fysiska normala, men detta förhindrades av att dagligen behöva ta dessa tabletter med dess biverkningar och bli påmind om bröstcancer. Hon upplevde således att kroppen åldrades i förtid vilket blev både en fysisk och psykisk negativ påverkan (McCann et al., 2010).

Att uppleva trötthet

Ett centralt tema för kvinnan var trötthet och hon upplevde detta som en stor brist av energi. Känslan av trötthet pågick under lång tid och kvinnan upplevde osäkerhet av hur mycket påfrestning hennes kropp kunde utsättas för. Hon försökte lyssna på sin kropp och känna av mängden av ork som fanns. Önskan var att kunna ha kvar sitt tidigare liv inkluderat arbete och sin roll i familjen. Men tröttheten och brist på energin gjorde att dagarna fick tillbringas med att växelvis vila och jobba för att orka med dagen. Tröttheten påverkade även kvinnans minne och hon fick en känsla av att glömma saker samt lätt tappa koncentrationen (Grimsbø et al., 2011). Fler kognitiva förändringar kvinnan upplevde som följd av behandlingarna var, förutom koncentrations- och minnessvårigheter, även förändringar i temperamentet och problem med språket. Hon upplevde även ångest och försämrad förmåga att hantera stressiga situationer (Player et al. 2014).

Cytostatikabehandling var den vanligaste orsaken till trötthet och kognitiva förändringar (Cebeci et al., 2012; Player et al. 2014). De första dagarna efter behandlingen upplevde kvinnan att hon var i stort behov av stöd på grund av den fysiska tröttheten. Enkla rörelser som att föra skeden till munnen var krävande och handen skakade. Att röra sig och gå på toaletten tog mycket kraft och kvinnan behövde mycket stöd av sin familj (Cebeci et al., 2012). Frustrationen var stor över att inte kunna utföra vanliga enkla vardagssysslor utan att problem skulle uppstå. Vanligt förekommande var att kvinnan fick be om hjälp att slutföra uppgifter som hon tidigare hade klarat av helt självständigt. Inte bara utförandet upplevdes med ökad svårighet utan även förmågan att planera, prioritera och ta beslut i vardagen (Player et al. 2014).

Den enorma tröttheten som kvinnan upplevde var en oväntad upptäckt på grund av bristande information om trötthet vid kontakt med vården (Grimsbø et al., 2011). Likväl information om kognitiva förändringar som kvinnan ansåg att det var brist på. Hon fick därför utforska problemet på egen hand eller få råd och tips från andra kvinnor med liknande problem. Strategier som kvinnan lärde sig använda och upplevdes hjälpande var anteckningar, kalendrar samt smartPhone. På grund av denna bristande information ville kvinnan därför att sjukvårdspersonalen skulle ta sig tid att prata och informera henne om dessa kognitiva förändringar, både som förberedande och stödjande samtal (Player et al. 2014).

Diskussion

Metoddiskussion

Friberg (2012b) nämner att en kvalitativ litteraturbaserad metod föredras att använda när upplevelser, erfarenheter, förväntningar och behov vill belysas. Det finns mycket forskning om kvinnans upplevelser vid bröstcancer och det kan vara svårt att fånga alla upplevelser på grund av detta. Det kan också vara så att en del upplevelser inte belyses på grund av att forskare kondenserat texterna och då valt bort viktig fakta. Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) innebär det vid kondensering att forskarna kortar ner texterna för att få fram det manifesta och latent budskapet. Risken finns då att texten kan tolkas fel av forskarna och viktiga upplevelser inte kommer med. Denna studie innebär således samma risk. För att minimera denna risk diskuterades texternas nyckelfynd tills enighet uppstod.

En inledande informationssökning gjordes enligt Östlund (2012), för att skapa en översikt över forskningsområdet om bröstcancer. Sedan påbörjades den egentliga informationssökningen. Östlund (2012) menar att den egentliga informationssökningen är mer målanpassad och precis, så att det slutgiltiga urvalet av litteraturen tas fram. Under denna fas fanns hela tiden syftet i åtanke. För att minimera risken att missa relevanta artiklar utfördes informationssökning och urval med stor noggrannhet.

Enligt Lundman och Hällgren Graneheim (2012) ska urvalet i en kvalitativ studie väljas strategiskt. Då en ny teori eller fördjupning vill skapas är det viktigt med relevant material. Denna studies inklusionskriterier är valda för att de är relevanta till syftet och metoden. När artiklarna lästes växte exklusionskriterier fram. Artiklarna om äldre kvinnor valdes bort för att behandlingen skiljer sig vid yngre och äldre kvinnor. Den palliativa vården är inte relevant till studiens syfte. Artiklar utifrån från andras perspektiv hittades också, men de är inte relevanta då det var bröstcancerkvinnornas perspektiv på upplevelsen som söktes. Studien skulle inte heller särskilja kvinnans upplevelser oavsett vilken kultur hon tillhörde, men kriteriet var att de inte ska utgå från ett kulturperspektiv. Sista kriteriet var att endast belysa första tiden efter diagnos och artiklar skrivna flera år efter behandlingarna valdes då bort.

För att säkerställa att de valda artiklarna är av god kvalitet användes en mall för kvalitetsgranskning hämtat från William, Stoltz och Bahtsevani (2011). De valda artiklarna granskas utifrån mallen (bilaga II) för att bestämma om kvalitén är hög, medel eller låg. Detta är beskrivet i bilaga III. Åtta artiklar är av hög kvalitet, samt två av medelhög kvalitet. Artiklarna användes trots att kvalitén bedömdes vara medel, på grund av att artiklarnas brister inte påverkade resultatet i helhet. Ena artikeln ansågs resonerat fel kring datainsamlingen där de tagit kort på deltagarna, men då artikeln är granskad av etisk kommitté valdes den med i studien ändå. Andra artikeln har kort resultat, risken finns därför att vid sådan grov kondensering kan relevant fakta gå till spillo, och resultatet speglar sig inte till verkligheten (Friberg, 2012a).

Under processens gång följs noggrant analysens alla fem steg (Friberg, 2012b). Under punkt tre och fyra började processen till att utveckla teman. Detta står inte beskrivet hur det skulle

ske, men i studien användes färger och siffror. Vilket är ett bra sätt för att belysa likheter i artiklarna samt för att hålla isär texten beroende av det valda temat och subtemat. Styrkan med metoden är att sammanfattningen finns i ett word dokument, vilket minskar risken att tappa bort innehåll. Men en risk med metoden är att resultatet kan tolkats fel och att fel färg använts. Tolkningen av resultatet kan också ha påverkats av att översättningen från engelska till svenska misstolkats på grund av att engelska inte är vårt förstaspråk. För att förebygga riskerna användes engelska ordböcker samt att översättningarna och färgvalen diskuterades fortlöpande.

För att styrka trovärdigheten i studien har vi varit två som arbetat och diskuterat åsikterna och tolkningarna angående resultatet. Ingen av oss har egna erfarenheter av bröstcancer i vår närmsta omkrets. Vilket har en positiv påverkan på tolkningen av artiklarnas resultat, genom att vi själva inte utgått från egna värderingar kring kvinnans upplevelser. Processen granskades fortlöpande av vår handledare som gav oss både positiv och negativ kritik. Examensarbetets anvisningar och Fribergs analysmetod följdes noggrant för att få en vetenskaplig grund i arbetet. Överförbarheten av resultatet till andra situationer bestäms enligt Lundman och Hällgren Granheim (2012) av läsaren själv.

För att uppsatsen skulle vara etiskt korrekt fördes etiska resonemang under hela processen och artiklarnas etiska resonemang granskades. Vilka etiska godkännanden artiklarna hade söktes fram samt att deltagarna gett skriftligt samtycke och fått information om att kunna avbryta studien när de ville. Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU] (2014) ska deltagarna få information och ge sitt samtycke samt att studien ska bli godkänd av en etisk kommitté eller universitet. Ur vårt egna etiska perspektiv var vi två personer som jämfört våra enskilda resultat genom diskussion. Enligt SBU (2014) är etik det samma som moralfilosofi, det vill säga forskarens egen vetenskap om tankesättet kring sitt arbete. För att det egna tankesättet och tolkningarna inte skulle påverka resultatet så diskuterades tillvägagångssättet under arbetets gång. På så vis kunde resultatet säkerställas att bli så textnära som möjligt.

Resultat diskussion

Behovet av stöd

Studiens resultat visar att kvinnan behöver mycket stöd för att inte behöva gå igenom de fysiska och psykiska påfrestringarna ensam. Stödet från familj och vänner upplevs betydelsefullt, men ibland anser kvinnan att vissa delar är för tunga för att dela med sig av. Arman (2003) nämner att kvinnan söker någon som är stark nog att ta emot hennes lidande. Hon vill inte belasta sina närmaste på grund av oron att sorgen blir för tung att hantera. Därför är sjuksköterskans roll viktig för att kunna uppfylla kvinnans behov av stöd samt att ge bekräftelse i deras lidande. För att kunna ge rätt stöd till kvinnan bör sjuksköterskan ge vård ur ett personcentrerat perspektiv. Alharbi, Carlström, Ekman, Jarnebo och Olsson (2014) menar att personcentrerad vård gör att patienten känner sig sedd och att sjuksköterskan ser på honom/henne som människa och inte enbart fokuserar på sjukdomen. Möjligheten att få uttrycka sina tankar och känslor och att bli lyssnad till var för de flesta patienter i studien den viktigaste synpunkten. Vi anser att behovet av stöd då kan uppfyllas från vården istället och sjuksköterskan blir den person som är stark nog att ta emot kvinnans lidande. Arman och

Rehnfeldt (2007) menar att om vårdaren kan ge sin patient ”det lilla extra”, det vill säga bemöter patienten på rätt sätt, kan lidandet minska. Det behöver inte vara stora saker utan små betydelsefulla ögonblick räcker.

Oro och rädsla

Det framkom i resultatet att om kvinnan fick kontinuerlig och individanpassad information om sin vård och sjukdom minskas oron och hanteringen av rädslan förbättras. Det upplevs brist på information och vi har diskuterat varför kvinnan upplever detta. Enligt Cullberg (2006) och Kössler (2011) får kvinnan, när hon går igenom en chockfas, svårt att ta in och bearbeta information om bröstcancer. Det är därför viktigt att vid möte med bröstcancerdrabbade kvinnor tänka på när och hur informationen ges, till exempel undvika ge information vid stressade situationer. Enligt Moumjid et al.(2003) bör informationen upprepas samt kompletteras skriftligt. Patienterna upplever att den skriftliga informationen är lättare att förstå och kan läsas under lugna förhållanden i hemmet, samt att den alltid finns till hands när funderingar dyker upp.

För att minska oro och rädsla är det viktigt att göra kvinnan delaktig i planeringen av hennes vård. Delaktighet innebär att informationen som ges ska vara anpassad och relevant till patienten utifrån dennes möjlighet att förstå och tolka information (Larsson, 2008). Kopplar vi tillbaka till resultatet beskrev kvinnan att med anpassad och rätt information lindras oron och rädslan, samt gjorde det lättare att hantera biverkningar och förändringar. Den plötsliga förändringen som sker gör att kvinnan behöver tid för att finna en ny mening och våga möta lidandet och ta sig igenom det. Sjuksköterskan kan hjälpa kvinnan att ta sig igenom lidandet genom bekräftelse och förtroende (Eriksson, 1994)

Vid personcentrerad vård är samspelet mellan patienten och vårdgivaren den viktigaste delen av vården och patienten är en aktiv partner i utformningen av målen (Olsson, Jakobsson Ung, Swedberg & Ekman, 2013). Införandet av personcentrerad vård kan därför leda till en betydande förbättring av patientens vård samt minska lidandet. Får kvinnan förtroende för sjuksköterskan kan hon få både lindring och tröst, vilket ger mod och hopp enligt Eriksson (1994). Upplever patienten att vården har bristande information beror det på att vårdgivaren inte har någon relation eller samspel med patienten, och vårdlidande uppstår (Arman & Rehnfeldt, 2011). För att förhindra detta är det viktigt att en gemensam värld byggs upp. Kvinnan kan då känna sig trygg i att överlämna sig i sjuksköterskans händer och sjuksköterskan känner ansvar för kvinnan. I den gemensamma världen skyddar sjuksköterskan patientens värdighet genom sitt uppträdande och sitt engagemang (Rudolfsson, 2010).

Förändrad självbild

I resultatet kom vi fram till att kvinnan upplever en förändrad självbild, både vad gäller den egna synen på sig själv samt andras syn på kvinnan. Det är synliga förändringar som påverkar självbilden, så som förändringar i utseendet med håravfall och förlust av bröst. Lilliehorn (2013) beskriver i sin studie att kvinnan som genomgått bröstcancer med operation och behandlingar offrar mycket för att överleva. Att dölja kroppsliga förändringar upplevs då som underlättande för att kunna behålla sin självbild och ibland även nödvändigt för att stå ut. I

Fallbjörks studie (2012) handlar det initialt om att kvinnan vill överleva cancer och inte om att kvinnan blir av med ett bröst. Men att sedan efter operation leva med ett förlorat bröst innebär mer än bara en kroppslig förändring. Hon upplever även mentala påfrestningar och känslan av att inte passa in. Samhällets normer styr hur människan ska vara och media styr hur den normala kroppen ska se ut. Vi är formade av genus och makt och gör vi inte det som förväntas av oss i olika situationer anses vi som avvikande (Johansson, 2002).

I Salander, Lilliehorn, Hamberg och Kero (2011) beskriver kvinnan att bröstcancer långsiktigt påverkar hur hon ser på livet. Har kvinnan gått igenom svåra omständigheter innan sin bröstcancerdiagnos påverkas hon inte lika mycket av biverkningarna som de kvinnor som inte genomgått något lidande. Fler aspekter i vårt resultat är att kvinnan får nya värderingar och omvärderar livet. Enligt Ericsson (1994) går människan ut ur lidandet med en förändrad självbild, på grund av många existentiella frågor. För att skydda sig själv ges lidandet en mening och på så vis försonas hon med sitt lidande.

Behandling hindrar

Vi kom fram till i resultatet att det inte bara är de fysiska förändringar som påverkar kvinnan utan även hennes vardag som ska anpassas efter behandlingarna och dess biverkningar. En biverkan som påverkar kvinnan mycket är fatigue. Hon upplever att den stora tröttheten och bristen på energi styr hennes liv. Enligt Tsai, Lin, Chao och Lin (2010) är fatigue den mest påfrestande och intensiva biverkan. Kvinnan får omprioritera sin livsstil genom att jobba mindre och inte kunna utföra vardagssysslor på grund av att behöva vila mera. Hon upplever känslomässig stress över både kroppsliga och mentala förändringarna, samt att inte kunna bibehålla sitt tidigare liv. Arman och Rehnsfeldt (2011) nämner att fatigue inte endast är en biverkan av behandlingar kvinnan går igenom utan kan även uppstå vid lidande. Det krävs hög emotionell energi för att genomgå lidande och samtidigt ha kraft över till bearbetning och hantering av situationen för att ta sig vidare i livet. Vi anser därför att sjuksköterskan bör anpassa vården utefter kvinnans vardag och prioriteringar, så livet kan behålla normalitet trots fatigue. Enligt Bohemke och Dickerson (2005) föredrar en del kvinnor att ha behandling i slutet på veckan för att kunna återhämta sig under helgen och återgå till jobb och dagliga rutiner på måndagen. Enligt Socialstyrelsen (2012) har hälso- och sjukvårdspersonal skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Patienten har rätt till självbestämmande och delaktighet i all sin vård och därmed rätt att påverka sin behandling. Enligt patientlagen (SFS 2014:821) ska vården utformas och genomföras i samråd med patienten. På så vis anser vi att bröstcancer inte behöver påverka kvinnans liv lika mycket som det nu framgår i resultatet att den gör.

Slutsats

Resultatet visar att kvinnan är i stort behov av stöd, och upplever att med rätt stöd är det lättare att ta sig igenom sjukdomen. Hon belyser att partnern ger det viktigaste stödet, men huvudsaken är att någon alltid finns där och kan stödja upp oavsett situation.

Att känna oro och rädsla är en central upplevelse hos kvinnan. För att minska oro och rädsla kom resultatet fram till att informationen har stor betydelse. Med rätt information om bland annat symtom och biverkningar upplever kvinnan att det är lättare att ta sig igenom vardagen och sitt sjukdomstillstånd. Detta för att informationen gör henne beredd på vad som väntar henne och minskar oron och rädslan i relation till bröstcancers symtom.

Bröstcancer påverkar alla aspekter i kvinnans liv. Bland annat genom förändringar i rollfunktionen, förhållanden och identiteten. Allt detta påverkar i sin tur hur kvinnan ser på sig själv och upplever sin vardag. Hon vill återgå till det normala vad gäller vardagen, roller och utseendet. Att inte behöva dölja delar av sig själv för samhället samt att återfå sina funktioner är något alla kvinnor strävar efter.

Kvinnan går igenom många fysiska och mentala förändringar under behandling för bröstcancer. Det är inte alla kvinnor som behöver operera bort hela bröstet, men oavsett operation upplever de tuffa kroppsliga förändringar med bland annat känsla av minskad kvinnlighet och sexualitet. Efterföljande behandlingar påverkar kvinnan både kroppsligt med håravfall och klimakteriet, samt mentalt med kognitiva förändringar. Hon upplever även förändringar kring hela livssituationen på grund av fatigue. Den stora tröttheten och utmattningen gör att kvinnan inte klarar av att återuppta sin tidigare funktion.

Praktiska implikationer

Studien visar att bröstcancer påverkar hela kvinnans liv. Vet sjuksköterskan vad kvinnan genomgår kan lidandet minskas och omvårdnaden kan anpassas. För att kunna ge kvinnan det stöd hon behöver är det viktigt som sjuksköterska att ge ett positivt bemötande och skapa en relation med kvinnan. Men även ha förståelse om att sjuksköterskan inte kan ge stöd i alla situationer utan att kvinnan ibland behöver stöd från sin man, familj eller andra kvinnor som drabbats av bröstcancer. Viktigt är då att bjuda in familjen i vården så även dem kan få stöd och samtidigt se vad kvinnan går igenom för att ha förståelse på varför bröstcancer påverkar hennes liv. Att förmedla information om stödgrupper till kvinnan visade sig positivt då andra kvinnor som drabbats av bröstcancer kan dela upplevelser och ge varandra stöd och förståelse. Ett stöd som anhöriga och vården inte kan ge då de inte upplevt sjukdomen själva.

Informationen har en stor betydelse på hur kvinnan upplever sin sjukdomssituation. Som sjuksköterska är det viktigt att ge kontinuerlig och individanpassad information, både muntligt och skriftligt. Detta förbereder kvinnan på vad det innebär att ha bröstcancer och förebygger hennes oro och rädsla om bland annat symtom och biverkningar. När sjuksköterskan ger information till kvinnan är det viktigt att tänka på vilken situation hon är i. I en chockreaktion har kvinnan svårt att ta in och bearbeta information, lika väl som vid stressade situationer. Därför måste informationen anpassas utefter den situation och fas hon befinner sig i.

Vid planering av kvinnans vård bör sjuksköterskan även ta hänsyn till hennes prioriteringar i vardagen. Så att vården inte styrs av sjuksköterskan utan av kvinnan själv. Detta för att hon ska kunna behålla samma roll i livet som innan bröstcancer och minska förändringarna i

vardagen. Att ha förståelse för kvinnans förändringar gäller inte bara i vardagen utan även de fysiska förändringarna som påverkar hennes utseende. Kvinnan blir överallt påmind om att hon är drabbad av bröstcancer, när hon tittar sig i spegeln eller möter blickar ute i samhället. Därför är det viktigt som sjuksköterska att bekräfta upplevelsen och därmed försöka minska hennes lidande. Men även att se henne och bemöta henne som kvinna och inte en bröstcancerpatient är av stor betydelse.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde.

Vi skulle vilja ha djupare kunskap om anhörigas situation vid cancerdiagnos för att kunna stödja på bästa sätt. Eftersom en cancerdiagnos inte bara påverkar den drabbade. Partnern får ta ett stort ansvar i vardagen och har en viktig roll i att bland annat stödja kvinnan.

Kvinnan nämner i flera studier att bröstcancer påverkar hela hennes vardag. I diskussionen tog vi upp detta och kom fram till att sjuksköterskan bör göra kvinnan delaktig i sin vård. Vi fick inte fram något resultat ifall kvinnan är delaktig i vården, endast att bröstcancer påverkar hennes liv. Därför skulle vi vilja ha mer kunskap angående delaktighet, hur kvinnan upplever delaktighet kring sin vård och vad hon vill bli delaktig i.

Få artiklar belyser hur sjuksköterskan utför personcentrerad omvårdnad för just bröstcancerkvinnor. Då denna studie visar att detta är en viktig faktor hur kvinnan upplever sin vård, behövs mer forskning kring ämnet.

Referenser

* = Studier inkluderade i resultatet

Alharbi, T. S. J., Carlström, E., Ekman, I., Jarneborn, A., & Olsson, L.-E. (2014). Experiences of person-centred care - patients' perceptions: qualitative study. *BMC Nursing*, 13, 28. doi:10.1186/1472-6955-13-28

Arman, M. (2003). *Lidande och existens i patientens värld: kvinnors upplevelser av att leva med bröstcancer*. Diss. Åbo : Åbo akademi, 2003. Åbo.

Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2007). The 'little extra' that alleviates suffering. *Nursing Ethics*, 14(3), 372-386. doi:10.1177/0969733007075877

Arman, M., & Rehnfeldt, A. (2011). *Vårdande som lindrar lidande: etik i vårdandet* (2 uppl.). Stockholm: Liber AB.

Bergh, J., & Emdin, S. (2008). Bröstcancer. I U. Ringborg, T. Dalianis, & R. Henriksson (Red.), *Onkologi* (2 uppl., ss. 265-292). Stockholm: Liber AB.

Boehmke, M., & Dickerson, S. (2005). Symptom, symptom experiences, and symptom distress encountered by women with breast cancer undergoing current treatment modalities. *Cancer Nursing*, 28(5), 382-389.

* Cebeci, F., Yangın, H. B., & Tekeli, A. (2012). Life experiences of women with breast cancer in south western Turkey: A qualitative study. *European Journal Of Oncology Nursing*, 16(4), 406-412. doi:10.1016/j.ejon.2011.09.003

* Coward, D., & Kahn, D. (2005). Transcending breast cancer: making meaning from diagnosis and treatment. *Journal Of Holistic Nursing*, 23(3), 264-283.

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

* Demir, F., Donmez, Y., Ozsaker, E., & Dıramali, A. (2008). Patients' lived experiences of excisional breast biopsy: a phenomenological study. *Journal Of Clinical Nursing*, 17(6), 744-751. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02116.x

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

Fallbjörk, U. (2012). *I spåren av bröstcancer [Elektronisk resurs] : att leva med eller utan ett rekonstruerat bröst efter mastektomi*. Diss. (sammanfattning) Umeå : Umeå universitet, 2012. Umeå.

Friberg, F. (2012a). Tankeprocessen under examensarbetet. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2 uppl., ss. 37-46). Lund: Studentlitteratur AB.

Friberg, F. (2012b). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (2 uppl., ss. 121-132). Lund: Studentlitteratur AB.

* Grimsbø, G. H., Finset, A., & Ruland, C. M. (2011). Left hanging in the air: experiences of living with cancer as expressed through e-mail communications with oncology nurses. *Cancer Nursing*, 34(2), 107-116. doi:10.1097/NCC.0b013e3181eff008

* Harcourt, D., & Frith, H. (2008). Women's experiences of an altered appearance during chemotherapy: an indication of cancer status. *Journal Of Health Psychology*, 13(5), 597-606.

Johansson, T. (2002). *Bilder av självet: vardagslivets förändring i det senmoderna samhället*. Stockholm: Natur och Kultur.

* Krigel, S., Myers, J., Befort, C., Krebill, H., & Klemp, J. (2014). 'Cancer changes everything!' Exploring the lived experiences of women with metastatic breast cancer. *International Journal Of Palliative Nursing*, 20(7), 334-342.

Kvinnslund, S. (2003). Bröstcancer. I A. M. Reitan, & T. K. Schölberg (Red.), *Onkologisk omvårdnad* (ss. 310-317). Stockholm: Liber AB.

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

Lally, R. (2009). In the moment: women speak about surgical treatment decision making days after a breast cancer diagnosis. *Oncology Nursing Forum*, 36(5), E257-65. doi:10.1188/09.ONF.E257-E265

Larsson, I. (2008). *Patient och medaktör: studier av patientdelaktighet och hur sådan stimuleras och hindras*. Diss. (sammanfattning) Göteborg : Göteborgs universitet, 2008. Göteborg.

* Lilliehorn, S., Hamberg, K., Kero, A., & Salander, P. (2010). 'Admission into a helping plan': a watershed between positive and negative experiences in breast cancer. *Psycho-Oncology*, 19(8), 806-813. doi:10.1002/pon.1619

Lilliehorn, S., Kero, A., Hamberg, K. & Salander, P. (2013). Breast Cancer Experience Through the Body: A Consecutive, Six-Year Longitudinal Study of 24 Women. *Psycho-Oncology*, 22(Special issue SI 3), 334-334.

Linder, S. (2008). Invasion och metastasering. I U. Ringborg, T. Dalianis, & R. Henriksson (Red.), *Onkologi* (2 uppl., ss. 72-76). Stockholm: Liber AB.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2 uppl., ss. 187-201). Lund: Studentlitteratur AB.

* McCann, L., Illingworth, N., Wengström, Y., Hubbard, G., & Kearney, N. (2010). Transitional experiences of women with breast cancer within the first year following diagnosis. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(13/14), 1969-1976. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03134.x

Moumjid, N., Carrère, M., Charavel, M., & Brémond, A. (2003). Clinical issues in shared decision-making applied to breast cancer. *Health Expectations*, 6(3), 222-227.

Nome, O. (2003). Allmän onkologi. I A. M. Reitan, & T. K. Schölberg (Red.), *Onkologisk omvårdnad* (ss. 267-292). Stockholm: LiberAB.

Olsson, L., Jakobsson Ung, E., Swedberg, K., & Ekman, I. (2013). Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials - a systematic review. *Journal Of Clinical Nursing*, 22(3/4), 456-465. doi:10.1111/jocn.12039

* Palmadottir, G. (2010). The role of occupational participation and environment among Icelandic women with breast cancer: A qualitative study. *Scandinavian Journal Of Occupational Therapy*, 17(4), 299-307. doi:10.3109/11038120903302874

* Player, L., Mackenzie, L., Willis, K., & Loh, S. Y. (2014). Women's experiences of cognitive changes or 'chemobrain' following treatment for breast cancer: A role for occupational therapy?. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61(4), 230-240. doi:10.1111/1440-1630.12113

RegionalaCancercentrum. (2014). *Regionala cancercentrum i samverkan*. Hämtad den 15 april 2015, från <http://www.cancercentrum.se/sv/vast/Patientprocesser/brostcancer/Brostcancer111/>

Reitan, A. M. (2003). Kris och coping. I A. M. Reitan, & T. K. Schölberg (Red.), *Onkologisk omvårdnad* (ss. 45-56). Stockholm: Liber AB.

Rudolfsson, G. (2010). The common world—A model of the perioperative dialog, its ethos, and characteristic structural caring principles. *International Journal For Human Caring*, 14(1), 27-35.

Salander, P., Lilliehorn, S., Hamberg, K., & Kero, A. (2011). The impact of breast cancer on living an everyday life 4.5--5 years post-diagnosis -- a qualitative prospective study of 39 women. *Acta Oncologica*, 50(3), 399-407. doi:10.3109/0284186X.2010.547216

SBU. (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok* (2 uppl.). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU).

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. (2012). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Hämtad 29 april 2015, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-1-5>.

Socialstyrelsen. (2014). *Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmsvård*. Hämtad 7 april 2015, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-4-2>

Socialstyrelsen. (2014). *Nationella screeningsprogram*. Hämtad 1 april 2015, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-2-16>

Tsai, S., Lin, H., Chao, T., & Lin, P. (2010). The fatigue experiences of older Taiwanese women with breast cancer. *Journal Of Clinical Nursing*, 19(5-6), 867-875. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03064.x

Vetlesen, A. J. (1996). *Naerhetsetikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet* (3 uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (2 uppl., ss. 57-79). Lund: Studentlitteratur AB.

Bilaga I (sid 1)

Databas/datum Cinahl/20150318	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	Qualitative study (MH)	53,198				
#2	Breast neoplasms (MH)	36,388				
#3	Patients experience (MH)	27,150				
#4	#1 AND #2 AND #3	103				
Begränsningar	Engelska, peer-reviewed, kvinnor, 2005	59	59	10	2	1

Databas/datum Cinahl/20150327	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	”breast cancer”	25,103				
#2	Breast Neoplasms (MH)	36, 388				
#3	#1 OR #2	39,431				
#4	”Patient* experience*”	6,599				
#5	Qualitative studies (MH)	53,198				
#6	#3 AND #4 AND #5	18				
Begränsningar	peer-reviewed, engelska, kvinnor, 2005	13	13	6	1	1

Databas/datum Cinahl/20150327	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	Breast cancer	31,526				
#2	breast cancer patients	27,150				
#3	patients experience	27,593				
#4	#1 AND #2 AND #3	53,198				
Begränsningar	Engelska, peer-reviewed, kvinnor, 2005	462				
#6	Qualitative Study (MH) AND #4	34	34	12	2	1

Bilaga I (sid 2)

Databas/datum Cinahl/20150327	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	Breast Neoplasms (MH)	36,428				
#2	Life experiences (MH)	3.126				
#3	Qualitative study (MH)	53,198				
#4	#1 AND #2 AND #3	45				
Begränsningar	engelska, peer-reviewed, kvinnor, 2005	45	45	10	7	4

Databas/datum Cinahl/20150327	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	Breast neoplasm (MH)	36428	0			
#2	Sick role (MM)	471	0			
#3	#1 and #2	32	0			
Begränsningar	Engelska, peer-reviewed, kvinnor, 2005	23	23	11	2	2

Databas/datum Cinahl/20150327	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
#1	Breast neoplasm (MH)	36428	0			
#2	”Patient experiences”	441	0			
#3	#1 and #2	28	0			
Begränsningar	Engelska, peer-reviewed, kvinnor, 2005	18	18	9	2	1

Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Exempel på protokoll för **kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod** hämtad från Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur. Smärre förändringar har gjorts.

Beskrivning av studien

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej Vet ej

Patient- (informant-) karaktäristika

Antal

.....
Ålder

.....
Man/kvinna

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Finns etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

- Relevant? Ja Nej Vet ej

- Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Metod för

- Är urvalsförfarandet tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

- Är datainsamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

- Är analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

- Är resultatet logiskt och begripligt? Ja Nej Vet ej

- Råder datamätnad? Ja Nej Vet ej

- Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

- Är resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej

- Redovisas resultatet i förhållande till teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej

Genereras teori? Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....
.....
.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Hög

Medel

Låg

Kommentarer

.....

.....

Granskare (sign).....

Bilaga III (sid 1)

Kvalitets bedömning: Hög	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat
<p>Författare: Liliehorn, S., Hamberg, K., & Kero, A., & Salander, P.</p> <p>Årtal: 2009</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Att utifrån ett patientperspektiv intensifiera bröstcancerpatientens psykosociala behov i mötet med sjukvården samt sammanfoga dem i en modell som reflekterar essensen av behoven.</p>	<p>Kvalitativ artikel med intervjuer.</p> <p>Individuella, inspelade intervjuer som är tema strukturerade. 3-4 gånger över en 18-24 månaders period.</p> <p>Händelser identifierades med CIT, vilka analyserades med GT.</p> <p>Patientens perspektiv.</p>	<p>71 st kvinnor.</p> <p>Nyligen diagnosticerade</p> <p>Yngre än 60 år.</p>	<p>Fyra kategorier av psykosociala behov som tillsammans utgör kärnkategorin ”att vara upptagen i en hjälpande plan”. Kärnkategorin innebär att det, i mötet med sjukvården, är väsentligt för patienter med bröstcancer att bli upptagna i ett hjälpande system som förmedlar en väl genomtänkt plan för behandling och bemötande.</p>

Kvalitets bedömning: Hög	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat
<p>Författare: Susan Krigel, Jamie Myers, Christie Befort, Hope Krebill, Jennifer Klemp.</p> <p>Årtal: 2014</p> <p>Land: USA</p>	<p>att utforska kvinnors upplevelser av att leva med metastaserad bröstcancer</p>	<p>Kvalitativ artikel med intervjuer.</p> <p>Semi-strukturerade gruppintervjuer, varade i 90 minuter.</p> <p>Analys med Fenomenologi.</p> <p>Patientens perspektiv.</p>	<p>15 st deltagare uppdelade i 4 studiegrupper.</p> <p>Diagnosticerade med metastaserad bröstcancer.</p> <p>Mellan 32-75 år. Över 18 år.</p>	<p>Metastaserad bröstcancer har påverkat alla aspekter av kvinnans liv, bland annat genom förändringar i deras rollfunktion (beror till stor del av trötthet), förändringar i förhållandet och bördan av att hantera sin osäkerhet. Allt detta påverkade hur kvinnorna såg på sig själva.</p>

Bilaga III (sid 2)

Kvalitets bedömning: Hög	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat
Författare: Gro Hjelmeland Grimsbø, Arnstein Finset och Cornelia M. Ruland Årtal: 2011 Land: Norge	Syftet med denna studie var att undersöka användningen av och innehållet i patienternas e-postmeddelanden som skickas till onkologi sjuksköterskor och därmed få en "ögonblicksbild" av patienternas upplevelser av att leva med cancer som uttrycks genom dessa meddelanden.	Kvalitativ artikel. Tolkat 276 mail. Texten har analyserad med kvalitativ innehållsanalys. Fria frågor till onkolog-sjuksköterska Patientens perspektiv. Denna studie är en del av en större randomiserad studie.	Bröstcancer och prostatacancer patienter. Äldre än 18 år. Skriva och förstå norska. 38 kvinnor med bröstcancer och 22 män med prostatacancer har skickat totalt 276 mail. Mailen valdes ut slumpmässigt.	Studien visade att online kommunikation kan ge patienter ett utrymme för att få svar på övriga otillfredsställda frågor och bekymmer och att de tycker det är bra att söka stöd från sjuksköterskor på nätet när de får den möjligheten. Mail kan vara ett viktigt sätt och komplettera den traditionella sjukvården, i arbetet med att stödja patienter att bättre kunna hantera sin sjukdom.

Bilaga III (sid 3)

Kvalitets bedömning:	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat
Hög	Att undersöka kvinnors upplevelser att leva med bröstcancer.	Kvalitativ artikel. Semistrukturerade och individuella intervjuer, med öppna frågor. Analyserades med en kvalitativ innehållsanalys. Intervjuerna antecknades i ett Word dokument samt spelades in.	8 kvinnor. Bröstcancer diagnos som håller på med cytostatika behandling. 30-47 år. Förstå Turkiska.	3 teman: Behov, Leva med försluter samt Förändringar. Kvinnorna behöver stöd av make och familj, samt söker stöd i sin tro. De uttrycker även förlusten av att förlora sitt hår och sitt bröst. Förändringar i vardagslivet, att hela tiden bli påmind om bröstcancer och de sysslor kvinnorna inte hade ork till längre.
Författare: Fatima Cebeci, Hatice Balci Yangin, Aysel Tekeli Årtal: 2011 Land: Turkiet				

Kvalitets bedömning:	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat
Medel	Att undersöka patienters levda erfarenheter av att genomgå bröstbiopsi	Kvalitativ artikel. Intervjuade en vecka efter biopsin. 60 minuter. Inspelades och antecknades Öppen och ostrukturerad intervju. Dem fick prata öppet om sina erfarenheter kring biopsin. Fenomenologisk ansats med hermeneutiskt perspektiv Patientperspektiv.	20 kvinnor. Diagnosticerade med bröstcancer. Ska ha genomgått en bröstbiopsi. Över 18 år.	Resultatet var tre teman: Behov av information, Rädsla samt Andliga behov. Patienter som genomgår biopsi har stort behov av information, har behov av andlighet och en stor rädsla för att förlora sitt bröst och för att dö i cancer.
Författare: Demir F, Donmez YC, Ozsaker E och Diramali A Årtal: 2008 Land: Turkiet				

Bilaga III (sid 4)

Kvalitets bedömning : Hög	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat
<p>Författare: Doris Dickerson Coward och David L. Kahn</p> <p>Årtal: 2005</p> <p>Land: USA</p>	<p>Beskriva upplevelsen av att överträffa sig själv hos kvinnor som nyligen diagnostiserats med bröstcancer.</p>	<p>Kvalitativ artikel.</p> <p>Totalt 3 intervjuer. Ville ta reda på vad som hjälpt dem att må bättre, öppna frågor.</p> <p>Träffades i grupp och intervjuades. Inspelade.</p> <p>Delstudie av en större studie.</p> <p>Fenomenologisk analys.</p> <p>Patienternas perspektiv.</p>	<p>Kvinnor med diagnosticerad bröstcancer de senaste 6 månaderna.</p> <p>31-63 år.</p> <p>Medverkat i en stödgrupp med bröstcancerpatienter under 8 veckor.</p>	<p>Resultatet beskrev de 3 intervjuerna.</p> <p>Huvudtemat i alla intervjuerna var stödet av andra bröstcancerpatienter har hjälp mycket i sjukdomen.</p>

Kvalitets bedömning: Hög	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat
<p>Författare: Gudrun Palmadottir</p> <p>Årtal: 2010</p> <p>Land: Island</p>	<p>Syftet med denna studie var att undersöka vilken roll yrkesdelaktighet och miljö har på isländska kvinnors upplevelse av hälsa och välbefinnande som lever med bröstcancer.</p>	<p>Kvalitativ artikel.</p> <p>Individuella intervjuer, 30-90 minuter.</p> <p>OPHI - II. En modell med strukturerade frågor.</p> <p>Induktiv deskriptiv analys</p> <p>Patientens perspektiv</p>	<p>Bröstcancer</p> <p>18 kvinnor.</p> <p>37-66 år</p>	<p>Yrkesrollen har en betydande roll i tillfrisknandet.</p> <p>Resultaten stödjer att yrkes deltagande i en trygg och stödjande miljö har kraftfulla reparativa egenskaper. När man arbetar med kvinnor som har bröstcancer bör man fokusera på deras behov av att vara yrkesverksamma.</p>

Bilaga III (sid 5)

Kvalitets bedömning:	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat
Hög	Att ta reda på kvinnornas upplevelse det första året efter att ha fått en bröstcancer-diagnos. Genom deras resa mellan hälsa och sjukdom	Kvalitativ artikel. Grounded theory med deskriptiv och temabaserad analys. Del av en större studie. Intervju guide med cancerrelaterade frågor. 60-90 minuter. Patientens perspektiv.	Diagnostiseras med bröstcancer, under det första året. 12 kvinnor. 31-85 år	Denna studie visade att den långsgående utforskningen av erfarenheterna av cancer inom det första året efter diagnos och ger en viktig förståelse för hur cancerpåverkan kan ha på ens identitet från tidpunkten för diagnos och framåt

Kvalitets bedömning:	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat
Medel	att undersöka bröstcancer-patienters upplevelser av cytostatika-behandling, med fokus på effekterna av ett förändrat utseende under denna tid	Kvalitativ artikel. Semistrukturerade individuella intervjuer och visual (foto) metod. Tematisk analys Totalt 2 intervjuer. Tagit foto på patienterna vid start av behandling samt vid andra intervjun efter behandling, för att fånga deras kroppsliga förändring.	Bröstcancer och genomgår sin första cytostatika-behandling. 19 kvinnor. 35-68 år.	patienters förändrade utseende vid behandlingen gör att deras sjukdom blir synlig och det har en negativ inverkan på dem. Detta gör också att de har svårt att interageras med andra människor. Att vara synlig som en person med cancer → går inte att dölja för någon Att hantera omgivningen (andra personer)

Bilaga III (sid 6)

Kvalitets bedömning: Hög	Problem och syfte	Ansats och metod	Urval och studiegrupp	Huvudsakligt resultat
<p>Författare: Lucy Player, Lynette Mackenzie, Karen Willis och Siew Yim Loh</p> <p>Årtal: 2014</p> <p>Land: Australien</p>	<p>Att beskriva hur förändringar i kognitiv funktion upplevs av kvinnor som hade genomgått kemoterapi och de strategier som används för att övervinna tillhörande utmaningar.</p>	<p>Kvalitativ artikel.</p> <p>Individuella semi-strukturerade intervjuer.</p> <p>Via telefon eller vid personligt möte.</p> <p>40-90 minuter.</p> <p>Analys med fenomenologi.</p>	<p>Bröstcancer.</p> <p>Genomgår cytostatika-behandling.</p> <p>9 kvinnor.</p> <p>40-70 år.</p>	<p>6 teman: Osäkerhet om ursprung av "chemobrain" upplevelsen, ihållande men inkonsekventa effekter på sina funktioner, Lätt funktionsnedsättning, Förlorade sin oberoende ställning i familjen, Strategier för att upprätthålla funktionerna, samt behöver av erkännande av subjektiva erfarenheter av cancerbehandling.</p> <p>symtomen är individuella och det behövs terapi för att hitta strategier</p>

Högskolan Väst
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99
www.hv.se