



Kvinnors upplevelser av att få en bröstcancerdiagnos
En litteraturbaserad studie

Nathalie Bergh Johnsen

Emelie Rosander

Examensarbete i omvårdnad på grundnivå
Sjuksköterskeprogrammet
Institution för hälsovetenskap/Högskolan Väst
Höstterminen 2015

Abstract

Kvinnors upplevelser av att få en bröstcancerdiagnos Women's experiences of getting a breast cancer diagnosis

Författare	Nathalie Bergh Johnsen Emelie Rosander
Handledare	Maria Rönnerhag
Examinator	Annika Janson Fagring
Institution	Högskolan Väst, Institution för hälsovetenskap
Arbetets art	Examensarbete i omvårdnad, 15 hp
Program/Kurs	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp
Termin/År	Höstterminen 2015
Antal sidor	20

Background: One of nine women will at some point in life be treated for breast cancer. When a woman receive a cancer diagnosis, it can be a trigger of a life crisis, which manifests itself in different phases: shock phase, reaction phase, processing phase and reorientation phase. Breast cancer affects the women's lifeworld and create suffering.

Aim: The aim of this study was to describe women's experiences of receiving a breast cancer diagnosis.

Method: This is a literature-based study of twelve qualitative articles. The articles was analyzed according to a qualitative content analysis of Graneheim and Lundman (2004).

Results: The findings of this study were that women with a newly-diagnosed breast cancer went through a life crisis while diagnosed. Three themes emerged; 1: 'To receive the diagnosis of breast cancer'. Subthemes that emerged in this theme was; 'To be in shock', 'Fear of the disease progress and its consequences', and 'Uncertainty about the future'. 2: 'Strategies to master the new life situation'. Subthemes was; 'Activities to manage everyday life', 'Trust in spirituality' and 'To accept the diagnosis'. 3: 'The inherent meaning of support'. Subthemes was; 'The importance of health professionals supportive and informative role' and 'The significance of family and friend's support'.

Conclusion: Receiving a breast cancer diagnosis is manifested as multifaceted and had a great impact on women's lives. Spirituality had a great significance for women's life-world. How the diagnosis was received, was highly individual.

Keywords: breast cancer, crisis, newly-diagnosed, support, women's experiences

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Bröstcancer – från diagnos till behandling	1
Kris och faser	2
Chockfas	2
Reaktionsfas	2
Försvarsmekanismer i den akuta krisen	2
Upplevelser och symtom i den akuta krisen	3
Bearbetningsfasen	3
Nyorienteringsfasen	3
Livsvärld och lidande	3
Livslidande	4
Tidigare forskning om kvinnors upplevelser vid diagnosbesked och sjuksköterskans ansvar	4
Problemformulering	5
Syfte	5
Metod	5
Litteratursökning	5
Urval	6
Analys	7
Resultat	8
Att få beskedet bröstcancer	8
Att hamna i chock	8
Rädsla för sjukdomsutveckling och dess följder	9
Ovisshet inför framtiden	9
Strategier för att bemästra ny livssituation	10
Aktiviteter för att hantera vardagen	10
Tillit till andlighet	10
Att förlika sig med diagnosen	11
Stödets innebörd	11
Betydelsen av hälso- och sjukvårdspersonalens stödjande och informativa funktion	11
Betydelsen av närstående och omgivningens stöd	12
Diskussion	14

Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	16
Att få beskedet bröstcancer	16
Strategier för att bemästra ny livssituation	16
Stödets betydelse	18
Slutsatser	19
Praktiska implikationer	19
Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde	20
Referenser	21

Bilaga I – Systematisk litteratursökning

Bilaga II – Översikt av analyserad litteratur

Bilaga III – Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Inledning

Bröstcancer har ökat från 2000 till 6962 personer mellan åren 1960-2005. Av de 99,5 % som får bröstcancer är det kvinnor som får diagnosen bröstcancer. Globalt sett uppskattas 1 000 000 kvinnor insjukna varje år och 370 000 kvinnor dör varje år till följd av bröstcancer (Bergh, Ernberg, Frisell, Fürst, & Hall, 2007).

Bröstcancer är en vanligt förekommande diagnos i vårt samhälle och sjuksköterskan möter ofta personer med bröstcancer inom olika vårdkontext, från primärvård, hemsjukvård till slutenvård. Kvinnors upplevelser av att få en bröstcancerdiagnos är individuella och unika. Kunskap om kvinnors upplevelser av att få en bröstcancerdiagnos är därför av betydelse för att tillgodose det stöd som kvinnorna är i behov av i den aktuella livssituationen. Därför kommer denna litteraturstudie att beskriva kvinnors upplevelser av att få en bröstcancerdiagnos.

Bakgrund

Bröstcancer – från diagnos till behandling

Bröstcancer upptäcks vanligtvis av individen själv genom upptäckt av knöl i bröstet. Bröstcancer kan drabba både män och kvinnor, men vanligast är kvinnor. En del söker för eksem på bröstvårtan som inte vill läka, sekretion från bröstvårtan, en upptäckt knöl i armhålan, eller smärta/värk/ömhet i bröstet (-en) som inte hör samman med menstruation. Dock upptäcks allt fler via mammografiscreening, det vill säga genom rutinkontroll (Hunskår, 2007).

Olsson (2009) beskriver att uppskattningsvis var nionde kvinna kommer att drabbas av bröstcancer någon gång under sitt liv samt behandlas för bröstcancer. Antalet personer som insjuknar av bröstcancer fortsätter att öka, trots att mortaliteten har minskat. Sannolikt kan ökningen förklaras genom mammografiscreening och förbättrade adjuvanta behandlingsmetoder. Genom mammografiscreening och en bättre allmän kunskap kring hur personer utför egen bröstundersökning, kan bröstcancer hittas i ett tidigt skede, det vill säga vid millimeterstora tumörer (Olsson, 2009).

Bröstcancer kategoriserar och delas in i stadier utifrån dess lokalisering, yttrande och de maligna cellernas egenskaper. Det gemensamma för de alla är att de utgår ifrån epitelet i tubulo-duktala-lobulära enheter i bröstkörtelvävnaden. Cancer in situ och invasiv bröstcancer är två begrepp som beskriver sannolikheten för eventuell spridning, utifrån de maligna cellernas egenskaper. Cancer in situ kan per definition inte ge fjärrmetastaser medan invasiv bröstcancer har de egenskaperna (Bergh & Emdin, 2008).

Bergh och Emdin (2008) beskriver att orsaken är hittills okänd men att följande faktorer utgör en ökad risk för bröstcancer; tidig menarke och sen menopaus, tidigare generationers p-piller, hormonell substitutionsterapi, föda med högt energiinnehåll, alkohol, övervikt hos postmenopausala kvinnor, ökad kroppslängd, stor bröstvolym, hög mammografisk täthet, tidigare benigna bröstsjukdomar/bröstoperationer och joniserande strålning mot bröstvävnad framför allt hos unga. Vid operabel tumör behandlas det kirurgiskt med mastectomi, lymfkörtelutrymning i axiller, med så kallad sentinel node-teknik, eller en bröstbevarande kirurgimetod. Därefter brukar kombinationsbehandlingar efterfölja så som strålbehandling,

kemoterapi och hormonell behandling. Risken för recidiv är störst två till fem år postoperativt vilket utgör vikten av kombinationsbehandlingar (Hunskår, 2007).

Kris och faser

Att få en cancerdiagnos kan för många personer utlösa en livskris, bestående av olika faser (Sköld Nilsson, 2011). En traumatisk kris kan utlösas av att få en sjukdomsdiagnos som skapar hot mot ens fysiska existens. Denna typ av livskris delas in i chockfas, reaktionsfas, bearbetningsfas och nyorienteringsfas. Vid cancerupptäckt är diagnosbeskedet bara en av flera traumatiska händelser under hela sjukdomsförloppet där de följande traumatiska händelserna så som behandling eller operation, vilket kan intensifiera och förstärka grundtraumat. Krisernas faser är övergående i varandra, och det är individuellt hur länge personer är i de olika faserna (Cullberg, 2006).

Chockfas

En chockfas kan vara från ett kort ögonblick till några dygn, vilket kan göra att patienter ser opåverkade ut trots att allt är kaos inombords. Personer kan också te sig oroliga och börja skrika, uppträda apatiska eller annan yttring. Chockfasen är den fas som troligtvis de flesta går igenom i samband med själva diagnostiseringsstillfället, när de får beskedet att de har bröstcancer (Cullberg, 2006).

Reaktionsfas

Reaktionsfasen utgör tillsammans med chockfasen den akuta krisen. Den akuta krisen pågår mellan fyra till sex veckor. Det är under reaktionsfasen som personen som fått diagnosbeskedet börjar att inse vad det är som har hänt (Cullberg, 2006).

Försvarsmekanismer i den akuta krisen

Under chock- och reaktionsfasen sker omedvetna psykiska reaktionssätt i form av försvarsmekanismer, som har till uppgift att minska upplevelsen av samt medvetandet om hot och fara (Cullberg, 2006).

Regression är ett förhållningssätt som personer kan få på grund av inre eller yttre påfrestningar. Personen antar då ett beteende eller tankemönster som är karaktäristiskt för tidigare utvecklingsskeden. Det kan till exempel yttra sig som ett okontrollerat affektutbrott.

Förnekelse kan innebära att personen förnekar det som är väsentligt och inte accepterar det som har hänt. Denna försvarsmekanism är vanligt när det gäller kroppsliga sjukdomssymtom av hotande innebörd. I samband med att kvinnor sökte läkare vid bröstcancer har ungefär hälften förnekat sina första cancersymtom så att deras läkarbesök fördröjts.

Rationalisering betyder att personen försöker hitta argument för att minska sin upplevelse av det som hotar. Detta innebär att den som har fått en dödlig cancersjukdom kan rationalisera bort innebörden av tydliga symtom.

Isolering innebär att kroppen stänger av känslor och smärtsamma upplevelser. Om känslorna förnekas för länge kan dessa komma till uttryck senare i en symptomutveckling, i form av till exempel ångestreaktioner.

Suppression innebär att personen medvetet trycker undan känslor. Detta kan ske som ett försök till att anpassa sig till sin omgivnings förväntningar och krav. Det kan också handla om att inte visa sin oro och sorg över en svår sjukdom (Cullberg, 2006).

Upplevelser och symtom i den akuta krisen

Sorgereaktion är en reaktion på den akuta krisen. Detta kan yttra sig genom kroppsliga reaktioner, som obehag, sammansnörande känsla i halsen och tomhetskänsla i buken (Cullberg, 2006).

Övergivenheten är en känsla av att vara övergiven och kan ge upplevelse av sorg, förtvivlan och tomhet. Det kan även yttra sig i form av vrede och desperata handlingar.

Självförkastelse beskrivs som att dra sig tillbaka från omgivningen. Detta kan innebära att många blir isolerade, och skyller händelsen på sig själv, vilket skapar ett depressivt självförakt.

Kaos och meningslöshet är upplevelser av kaos och meningslöshet som visar sig i olika grader av oförståelse kring livets mening. Det är vanligt att personer upplever ångest och ett ständigt frågande om "varför?" (Cullberg, 2006).

Bearbetningsfasen

När den akuta krisen har lämnats påbörjas bearbetningsfasen. Denna fas pågår från ungefär ett halvår till ett år efter traumat. Längden på fasen utgörs av den inre och yttre betydelsen av traumat. Under denna fas börjar personen att tänka kring framtiden istället för traumat och det som har varit. För personer med sjukdom eller kroppsskada kan denna bearbetning innebära en prövning att leva med sjukdom. Förnekelsemekanismerna blir mindre påtagliga och med tidens distans till traumat brukar skulden och ansvaret bli lättare att försonas med (Cullberg, 2006).

Nyorienteringsfasen

Detta är den sista fasen i krisen, som inte har något slut. Det är i denna fas som personen lever i framtiden med traumat i bagaget. Den skadade självkänslan har återupprättats och personen har kunna försonat sig med det som hänt. Dock kan fortfarande årsdagar, påminnelser eller händelser göra så att personen blir påmind om händelsen. Personen kan då uppleva en känsla av att ingen läkning har skett (Cullberg, 2006).

Livsvärld och lidande

Livsvärld innebär det sätt vi förstår oss själva, andra och allt annat i världen. Livsvärlden delas med andra samtidigt som den är högst personlig och unik för var och en. Den präglas av både tid och rum, men har trots det ingen egen existens. Med livsvärld som grund kan vi få en fördjupad förståelse av det rumsliga. För att kunna ge optimal vård måste sjuksköterskan ha kunskaper och förmåga att kunna förstå hur personen ser på sig själv med sjukdom (Dahlberg & Segesten, 2010).

Lidandet är en kamp mellan det onda och det goda, lidande och lust, och innefattar ingen mening i sig själv. Däremot kan ett lidande tillskrivas en mening, då en människa har genomgått lidandet (Eriksson, 1994).

Den lidande människan befinner sig i ett lidande universum som bildats genom en mångfald av händelser men som kan sättas i ett sammanhang. Lidandet är något ont som ansätter människan, att lida är att kämpa och att utstå men kan också innebära att försonas (Eriksson, 1994).

Eriksson (1994) beskriver hur lidandet är tillägnat människan. Att leva innebär att lida, liv, död, lidande och lust utgör kärnan i allt mänskligt liv. Lidandet är en kamp för människans värdighet och frihet att vara människa. Eriksson (1994) betonar att lidande saknar ett tydligt språk men som genom olika uttrycksformer kan uppfattas av våra inre egenskaper så som medmänsklighet och medlidande.

I vården möter sjuksköterskor tre olika former av lidande hos personer som är i behov av vård; sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande (Eriksson, 1994). Denna litteraturstudie fokuserar livslidandets spektrum.

Livslidande

När en person upplever sjukdom och ohälsa, så som bröstcancer, blir individen en patient. Hela personens livssituation berörs och det liv som tidigare upplevts självklart sätts ur balans. Ett livslidande uppstår av lidande kring att leva, att vara människa bland människor, då lidandet berör dennes livsvärld (Eriksson, 1994).

Ett livslidande kan yttra sig som hot mot personens totala existens men även genom förlust av möjligheter att genomföra olika sociala uppdrag. Känsla av att dö men inte veta när, att inte känna sig sedd beskrivs som att hotas av förintelse. Hotet av förintelse, rädsla och förtvivlan blandas med viljan till liv och kamplust (Eriksson, 1994).

Det strider mot människans natur att med en gång acceptera en plötslig påtvingad förändring i livssituationen. En person behöver tid för att finna ett nytt meningssammanhang (Eriksson, 1994).

Tidigare forskning om kvinnors upplevelser vid diagnosbesked och sjuksköterskans ansvar

Doumit, Saghir, Huijer, Kelley och Nassar (2009) beskriver att cancer inte bara är ett hot mot livet utan även att det ger mångfacetterade biverkningar på personens livsvärld.

Tidigare forskning visar att kvinnor som upptäcker en knöl i bröstet drabbas av rädsla (Demir, Donmez, Ozsaker, & Diramali, 2008). Tidigare forskning påvisar även en reduktion av känslomässig stress och förbättring av livskvalité genom psykosocialt förebyggande arbete i form av socialt stöd (Gurm, Stephen, MacKenzie, Doll, Barroetavena & Cadell, 2008). Vissa personer som erhållit en bröstcancerdiagnos upplever sig själva som offer som saknar kontroll över sin hälsa. Andra personer hittar styrkan att leta efter information och stöd som de själva upplever att de behöver (Coward & Kahn, 2005).

Upplevelserna från kvinnorna i samband med diagnosen tros påverka behandlingsresultatet när diagnoserna bekräftats. Det har visats sig att om kvinnor får minskat stöd från vårdteamet, ökar kvinnornas känslomässiga stress i den postdiagnostiska perioden (Hardin & McCrone, 2011; Ferrante, Chen & Kim, 2008; Witek-Janusek, Grabam & Mathews, 2007).

I denna litteraturstudie definieras postdiagnos som mindre än ett år efter diagnosbesked.

Svensk sjuksköterskeförening (2014) beskriver att sjuksköterskan skall enligt ICN's etiska kod (International Council of Nurses) främja miljö, mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor och trosuppfattningar hos enskilda individer och familjer. Sjuksköterskan ansvarar för att patienter får tillräcklig och anpassad information, för att ligga till grund för samtycke

till vård och behandling. Ett ansvar som också ingår i sjuksköterskeprofessionen är att främja en vårdkultur som bygger på ett etiskt förhållningssätt och öppna dialoger. Respektfullhet, lyhördhet, medkänsla, trovärdighet och integritet skall visas i mötet med patienten.

Sjuksköterskan bör vara observant på skillnader i beteendet hos personer som fått en bröstcancerdiagnos, för att kunna uppmärksamma negativa upplevelser i samband med beskedet av cancer. Kunskap om vad som gör erfarenheten mer positiv kan hjälpa sjuksköterskor att hjälpa andra (Coward & Kahn, 2005).

Problemformulering

När en kvinna diagnostiseras med bröstcancer kan en livskris utlösas, och kvinnan hamnar i en chockfas. Själva diagnostillfället är oftast bara en av flera traumatiska upplevelser som tillkommer under sjukdomsförloppet, därför är det viktigt att sjuksköterskan besitter kunskap för att kunna stödja personer under hela sjukdomsförloppet. Det finns forskning som visar på att kvinnor upplever mer känslomässig stress om de inte får tillräckligt med stöd under diagnosbeskedet. Sjuksköterskan har ett ansvar att patienter får rätt information som är individuellt anpassad för kvinnan. Detta innebär att sjuksköterskan bör ha kunskap om vad kvinnor upplever för att kunna ge rätt information och stöd vid diagnosbeskedet. Utifrån denna bakgrund formulerades denna litteraturstudies syfte under följande rubrik.

Syfte

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva kvinnors upplevelser av att få en bröstcancerdiagnos.

Metod

En litteraturbaserad studie har gjorts, detta genom att söka kvalitativa artiklar i olika databaser och kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Polit och Beck (2012) beskriver personlig intervju som en av de mest respekterade metoder att samla in data på och betraktas även som en av de lämpligaste metoder för att samla in kvalitativ data. I en litteraturbaserad studie sammanställs och analyseras andra forskares kvalitativa resultat som kan besvara denna litteraturstudies syfte.

Litteratursökning

En litteratursökning kan göras i form av både systematiska och osystematiska sökningar. Det är av betydelse att kombinera båda sökningar, för att få ett så brett urval som möjligt. En systematisk sökning innebär att syftet med sökningen är förutbestämt, medan en osystematisk sökning är en sökning som görs utan en förutbestämd plan (Östlundh, 2012).

Vid en litteratursökning är det viktigt att fundera över relevanta informationskällor. Används AND mellan sökorden ges en kombination av vad som eftersöks, vilket kan vara värdefullt för att avgränsa sökresultat (Östlundh, 2012). Detta tog författarna hänsyn till och därför gjordes alla sökningar med AND mellan sökorden. I en del databaser är ord indelade i ämnesord för

att täcka flera områden (Östlundh, 2012). Därför har författarna även sökt efter ämnesord i kombination med sökord, för få en bredd i sökträffarna.

Den systematiska litteratursökningen begränsades till artiklar som inte var äldre än tio år. Sökorden formades utifrån syftet med denna litteraturbaserade studie. Artiklar söktes fram ur CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature), som är en vetenskaplig databas med inriktning mot omvårdnad. Sökningar i PubMed gjordes men gav inga ytterligare artiklar.

Sökord som använts i olika litteratursökningar: Patients experience, breast neoplasms (MH), diagnosis, qualitative study (MH), womens experience (MH), breast cancer, newly diagnosed, women och newly diagnosed breast cancer. Mer om sökprocessen redovisas i Bilaga I.

Den osystematiska sökningen gjordes genom att söka efter artiklar för denna litteraturstudies syfte i artiklar och referenslistor. En artikel hittades när en osystematisk sökning gjordes i DiVA-portalen (Digitala Vetenskapliga Arkivet), då den artikeln fanns med i ett annat examensarbete.

Urval

Vetenskapligt material är en färskvara, därför kan det vara angeläget att avgränsa tidsperspektivet vid artikelsökning, och genom att begränsa artiklar till peer reviewed visas endast träffar på artiklar som kommer från en vetenskaplig tidskrift (Östlundh, 2012). Begränsningar i sökningarna var att de skulle vara publicerade mellan åren 2005-2015, engelskt språk, peer reviewed och urvalsgruppen skulle vara kvinnor >18 år.

Artiklar som inkluderades i denna litteraturstudie var kvalitativa vetenskapliga artiklar som var skrivna på engelska och inom en tioårsram, samt beskriver kvinnors upplevelser av att få en bröstcancerdiagnos. Det är viktigt att de artiklarna som väljs handlar om det aktuella fenomenet som ska studeras (Friberg, 2012). De artiklar som valdes att exkluderas från sökningarna hade inte fokus på diagnostillfället, var för begränsade inom ett visst område till exempel ett kirurgiskt ingrepp eller fokus på kulturella skillnader. Andra exklusioner gjordes där fokus på erfarenheten av behandlingen var syftet och inte själva diagnostillfället. I denna litteraturstudie valdes endast artiklar där kvinnornas diagnostillfälle inte översteg ett år efter intervjuerna gjordes. Detta valdes för att författarna anser att tidsintervallet mellan diagnostillfället och intervjuerna kan speglas i resultatet i hur kvinnorna ser på diagnostillfället.

De systematiska litteratursökningarna resulterade i 202 artiklar, av dessa var totalt 11 artiklar som var användbara i denna litteraturstudie (Bilaga II). Det inkluderades en osystematisk artikel, som uppfyllde inklusionskriterierna.

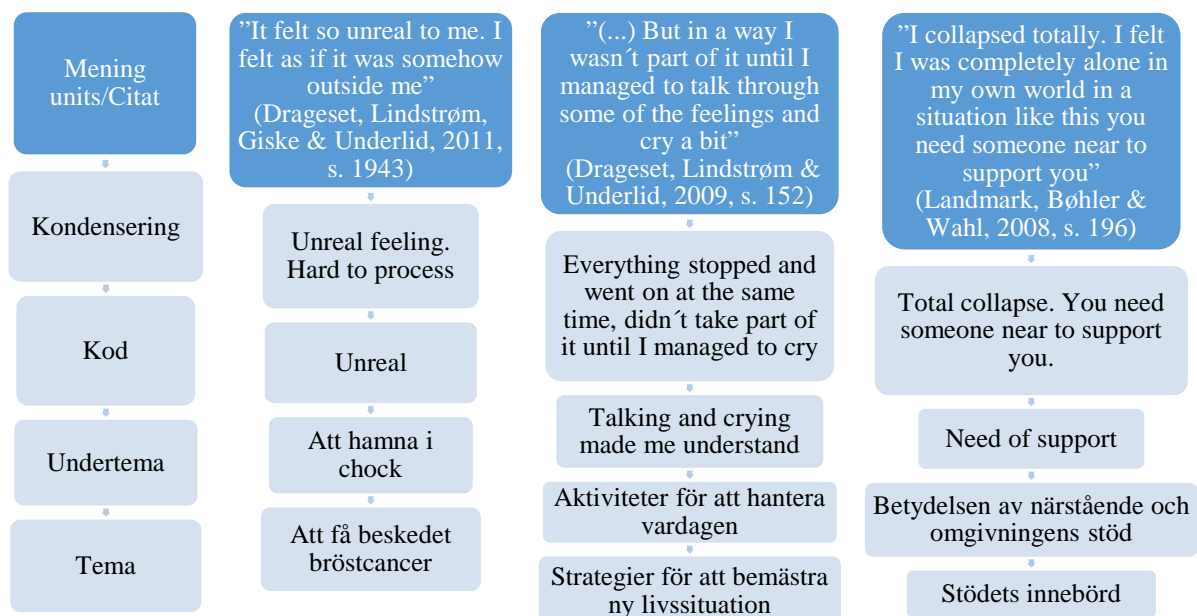
Axelsson (2008) beskriver att om det är höga krav på litteratursökningen underlättar det för läsaren att bedöma trovärdigheten och relevansen i slutsatserna som dras ifrån de analyserade artiklarna. Alla de 12 artiklar som inkluderats i denna litteraturstudie är granskade och kvalitetsbedömda, enligt en kvalitativ metod som är utarbetad av Intuitionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt från William, Stoltz, & Bahtsevani (2011) kvalitetsgranskningsmall (Bilaga III). Att forskare för ett etiskt resonemang i studier anses vara viktigt, speciellt när det är personer som deltar i studierna (Polit & Beck, 2012). Detta har författarna beaktat och enbart valt artiklar som blivit godkända av en etisk kommitté eller där ett etiskt resonemang har förts.

Analys

Innehållet i de 12 inkluderade artiklarnas resultat har analyserats utifrån Granheim och Lundman (2004) manifesta kvalitativa innehållsanalys. I Figur I visas exempel på hur denna analysprocess gått till. Denna innehållsanalys görs för att minska textens volym och göra den förståelig, så att resultatet blir mer överskådligt (Granheim & Lundman, 2004). Författarna i denna litteraturstudie valde att göra analysen manifest, vilket innebär att författarna inte har gjort några egna tolkningar i analysen av datainsamlingen. Då ett manifest innehåll valdes, användes de citat som presenterades i artiklarna, och som svarade på syftet i denna litteraturstudie.

Det första steget i innehållsanalysen som gjordes var att läsa igenom alla 12 utvalda artiklar. Det andra steget var att ta ut meningsenheter ur artiklarnas resultatdelar. En meningsenhet är en meningsbärande del av texten, som är av relevant för det som skall studeras (Graneheim & Lundman, 2004). Alla meningar som svarade för syftet av denna studie inkluderades i resultatet.

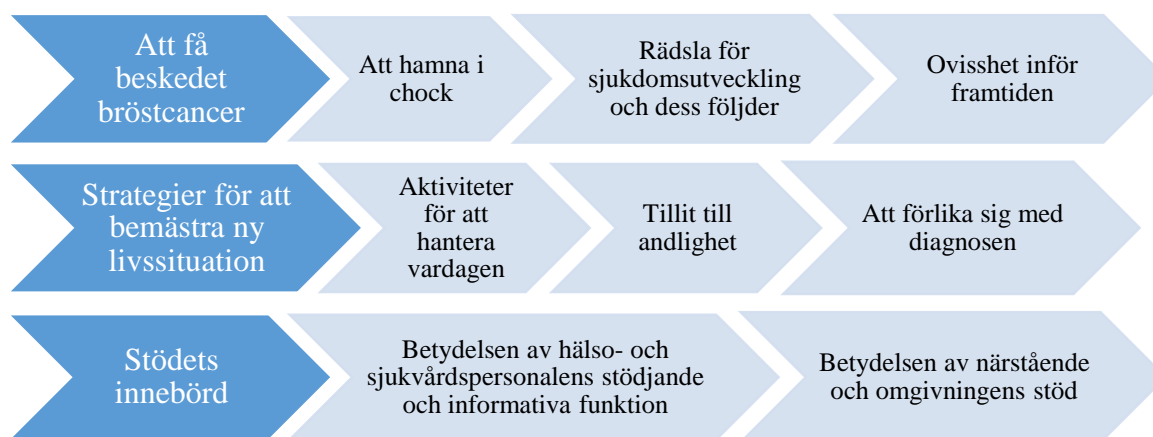
Det tredje steget i innehållsanalysen var att kondensera meningsenheterna, utan att förlora kärnan och viktig information. De kondenserade meningsenheterna bildade i sin tur koder i det fjärde steget i analysen. Koderna beskriver kortfattat innehållet av de kondenserade meningsenheterna. Det femte steget i analysmetoden var att bilda kategorier, utifrån koderna. Koder med gemensamt innehåll sattes samman och underteman kunde växa fram. I det sista steget ska underteman med likheter placeras under ett gemensamt tema (Graneheim & Lundman, 2004). Figur I innehåller citat, kondensering, kod, undertema och tema enligt analysen beskriven av Granheim och Lundman (2004).



Figur I – Exempel på kondensering

Resultat

Resultatet redovisas i tre teman och åtta underteman (Figur II) som beskriver kvinnors upplevelse av att få en bröstcancerdiagnos.



Figur II – Översikt av resultatets teman och underteman

Att få beskedet bröstcancer

Att få en bröstcancerdiagnos innefattar många olika upplevelser. Flera av kvinnorna beskrev upplevelsen av att få bröstcancerdiagnosen som en chock, då många av kvinnorna bara kommit för en rutinkontroll. Att få beskedet bröstcancer resulterade i tre underteman; att hamna i chock, rädsla för sjukdomsutveckling och dess följder samt ovisshet inför framtiden.

Att hamna i chock

Flera av kvinnorna uttryckte att de blivit oerhört chockade av diagnosbeskedet varav en av kvinnorna beskrev det som att bli slagen i huvudet med en slägga. Några andra kvinnor uttryckte snarare att de varken kunde ta in diagnosbeskedet eller sluta gråta (Baker, Beesley, Dinwoodie, Fletcher, Ablett & Salmon., 2013; Drageset, Lindstrøm, Giske, & Underlid 2011; Kwok & White, 2011). En kvinna upplevde att hon var under sådan chock att hon ville fly verkligheten (Beatty, Oxland, Koczwara, & Wade, 2008).

Flera kunde inte förstå sitt diagnosbesked och kände en stor förvirring då det haft en sund livsstil (Boehmke & Dickerson, 2006; Drageset, Lindstrøm, Giske, & Underlid, 2012; Kwok & White, 2011). En kvinna uttryckte att hon fick ångestsymtom i samband med diagnosbeskedet och en kvinna beskrev chocken kring diagnosbeskedet som ett stort kaos. (Drageset et al, 2011). Andra känslor beskrevs som upplevelser i samband med att få en bröstcancerdiagnos var; känsla av att vara oförberedd, att känna hopplöshet samt hur ett kaos etablerades inombords (Beatty et al., 2008; Drageset et al., 2011; Taleghani, Yekta, & Nasrabadi, 2006).

I samband med chockupplevelsen fanns det även kvinnor som projicerade anledningen till att de fått en bröstcancerdiagnos på någon annan människa eller orsak, så som att de varit någon annans fel att de blivit sjuka eller att de fått bröstcancer relaterat till flytt till en stressigare miljö. En kvinna uttryckte att hon aldrig tidigare varit sjuk och beskyllde andra kvinnor med bröstcancer som anledning för att hon själv blivit sjuk. En uppgav att hon satt med i en fokusgrupp och upplevde att kvinnorna där gjorde henne sjukare än vad hon var (Boehmke & Dickerson, 2006). En annan kvinna uppgav att den nyliga flytten till ett stressigare land och kulturella skillnaderna gav henne bröstcancer (Kwok & White, 2011). En kvinna uttryckte

däremot att det var hennes eget fel relaterat till saker hon gjort och inte gjort (Beatty et al., 2008). Några kvinnor blev ställda gällande deras mammografiska bilder vilket de upplevde var chockartat. De kunde inte förstå att de fått cancer då de gått regelbundet på mammografikontroller (Kwok & White, 2011). En kvinna förnekade hennes röntgenbilder då det var svårt för henne att ta in cancerbeskedet (Landmark, Bøhler, Loberg & Wahl, 2008).

Rädsla för sjukdomsutveckling och dess följder

Rädsla i samband med diagnosbeskedet uttrycktes av flertalet kvinnor. Några var säkra på att de var döende samt kände en rädsla kring att de inte skulle överleva sin bröstcancer (Baker et al., 2013; Banning & Tanzeem, 2013; Drageset et al., 2011).

Kvinnorna uttryckte att de upplevde en rädsla över att inte veta vad de skulle göra av alla frågor som uppkom av diagnosbeskedet, samt en rädsla över hur livet skulle bli efter diagnostillfället. Detta var relaterat till att flera var rädda för att inte veta hur det skulle gå till, rädsla för läkemedel och biverkningar, smärta, död, behandling och livet efter behandling (Drageset, Lindstrøm & Underlid, 2009; Drageset et al., 2011; Ching, Martinson & Wong, 2009; Taleghani et al., 2006;). En kvinna beskrev däremot att den största rädslan för henne var att behöva ta bort sitt bröst (Drageset et al., 2009).

Flera kvinnor uttryckte en rädsla över att känna självömkan, då detta antogs vara något som skulle påverka dem negativt. En kvinna i studien beskrev det som att det inte hjälpte att gråta utan att det påverkade bara psyket negativt (Drageset et al., 2009).

Ovisshet inför framtiden

Framtiden var något många kvinnor reflekterade över och kände osäkerhet inför. Det framkom många tankar kring vem som skulle ta hand om barnen om de dog, samtidigt som några såg barnen som deras styrka till att överleva cancer (Banning & Tanzeem, 2013; Boehmke & Dickerson, 2006; Kwok & White, 2011; Taleghani et al., 2006).

Några kvinnor upplevde att de inte kunde se att de hade någon framtid, samtidigt som några beskrev detta som om de hade 'slutade leva'. Detta innebar upplevelsen av att ge upp kampen om att leva som de tidigare gjort, de upplevde att det inte var någon idé (Banning & Tanzeem, 2013). En kvinna kände sig osäker kring framtiden, då hon endast gick på kontroller. Hon hade tackat nej till behandling relaterat till att behandlingarna inte fick plats i hennes dagliga schema (Boehmke & Dickerson, 2006).

Flertalet kvinnor beskrev att de kämpade trots att de kände en ovisshet över att deras egen kropp hade svikit dem. Några kvinnor uppgav en oro för hur kroppen skulle förändras och hur detta skulle påverka deras liv i framtiden. En kvinna beskrev ovissheten kring att bli opropotionerlig postoperativt (Boehmke & Dickerson, 2006). En annan kvinna uttryckte det snarare som något jobbigt att behöva förlora en del av sig själv (Drageset et al., 2009).

Nytt perspektiv på vad som upplevdes viktigt i livet var något som många kvinnor upplevde att de fått utifrån erfarenheten av att bli diagnostiserad med bröstcancer (Drageset et al., 2011; Landmark et al., 2008). En kvinna uppgav att hon inte klarade av att tänka på framtiden, medan en annan kvinna hade en vän som snart skulle dö, vilket gjorde att hon inte tyckte synd om sig själv, utan hade ett annat perspektiv på framtiden (Drageset et al., 2011).

Strategier för att bemästra ny livssituation

Hur kvinnor hanterade sin bröstcancerdiagnos varierade mellan existentiella tankar, accepterande av sjukdom och olika copingstrategier. Flera kvinnor kände att de behövde visa känslor för att bemästra sin livssituation medan några litade på sin tro, vilket gav dessa tre underteman; Aktiviteter för att hantera vardagen, tillit till andlighet samt att förlika sig med diagnosen.

Aktiviteter för att hantera vardagen

Flertalet beskrev det som betydelsefullt att få prata om sina känslor och tillåta sig att vara känsllosamma. Att tala om sina känslor och att få vara känslös beskrevs som något underlättande för många i hanteringen av diagnosen (Baker et al., 2012; Drageset et al., 2009; Drageset et al., 2011; Drageset et al., 2012).

Strategier för att hantera den förändrade livssituationen beskrevs bland annat som följande; terapi, läsning, lägga om kosten, skriva av sin tankar och känslor, fysisk aktivitet så som promenader och att träna på gym. Det var några som kände att det ville få tillbaka kontrollen genom att börja arbeta som vanligt, medan några kvinnor inte ville gå tillbaka till jobbet, utan få mer tid att hitta tillbaka till sig själva (Baker et al., 2012; Ching et al., 2009; Drageset et al., 2009; Drageset et al., 2011; Drageset et al., 2012).

Att inte låta cancern ta över livet, oroa eller stressa upp dem ansågs vara en viktig strategi. Att behålla ett lugn, gjorde att de stärktes som individer. Några beskrev att om de tryckte undan sina tankar och känslor kunde de hålla sig lugna och leva som tidigare. Flera beskrev hur de kämpat med att tränga undan negativa tankar men att tankarna på något vis ändå kom tillbaka. Det kunde yttra sig som fysiska reaktioner så som till exempelvis kallsvett och krävde att kvinnorna fokuserade på något annat (Banning & Tanzeem, 2013; Ching et al., 2009; Drageset et al., 2009; Taleghani et al., 2006).

Ett positivt tänkande och en optimistisk syn på livet ansågs för flera kvinnor som en strategi för att hantera situationen och bibehålla hoppet. Kvinnorna beskrev att det finns lösningar på varje problem och att det hängde på vilken attityd kvinnan valde att applicera i sitt liv (Ching et al., 2009; Drageset et al., 2009; Taleghani et al., 2006).

Att komma ur denna erfarenhet som en visare person och med en större uppskattning för bra dagar uttrycktes. Det positiva med situationen beskrevs vara att kvinnorna började leva mer intensivt, här och nu (Drageset et al., 2011).

Två kvinnor uttryckte deras tidigare erfarenheter av att gå igenom svåra situationer som något stärkande och som var till hjälp vid deras hantering av bröstcancerdiagnosen. De ansåg sig själva vara mentalt förberedda och erfarna nog för att ta sig igenom påfrestande perioder samt lade stort värde på logiskt tänkande (Ching et al., 2009; Drageset et al., 2009).

Tiden före operation beskrev en kvinna som väldigt viktigt. Hon uttryckte att en kvinna som fått en bröstcancerdiagnos behöver minst en vecka för att samla tankar, stärka sig och vila. Först efter den tiden var hon redo för operation (Drageset et al., 2009).

Tillit till andlighet

Flera kvinnor upplevde ingen rädsla kring döden, för att de kände en tillit för Guds beslut. Några uttryckte en tacksamhet till Gud, då det beskrevs att bröstcancer har en god prognos

(Baker et al., 2012; Ching et al., 2009; Taleghani et al., 2006). En kvinna beskrev att Gud inte ger en mer än vad du kan hantera (Baker et al., 2012).

Livet beskrevs som en prövning, där de fått en möjlighet att visa Gud deras positiva sidor och egenskaper. Det fanns en mening med att de fick bröstcancer och att det i sin tur har lett till en form av lärdom, då de börjat uppskatta andra saker i livet (Drageset et al., 2011; Taleghani et al., 2006).

En kvinna menade på att Gud är den enda supportern hon har i livet. Hon kände ett lugn och kunde skingra tankar om hon tillbad Gud före hon åkte till sjukhuset (Taleghani et al., 2006). Medan en annan kvinna var övertygad om att hon skulle överleva cancer. Detta för att hon ansåg sig vara en god människa varken slug eller elak (Ching et al., 2009).

Att förlika sig med diagnosen

Acceptans för sjukdomen beskrevs av flera kvinnor eftersom de inte var ensamma om att ha fått bröstcancer. De hade mött andra kvinnor med bröstcancer i väntrummen som varit mer fysiskt sjuka men ändå tillfreds och friska i övrigt (Baker et al., 2012; Ching et al., 2009; Drageset et al., 2011; Taleghani et al., 2006).

En kvinna beskrev att hon hade svårt att acceptera sin sjukdom, då hon själv inte kände sig sjuk (Drageset et al., 2011). En annan kvinna hade svårt att acceptera behandlingen och önskade bara att få sin behandling så fort som möjligt, för att kunna gå vidare med sitt liv (Baker et al., 2012).

Flera beskrev en slags acceptans genom att trots en hälsosam livsstil, ingen alkoholkonsumtion, icke-rökande, hälsosam kost och träning ofta, kan kvinnor få bröstcancer. Det beskrevs att det inte går att komma undan sjukdomen (Baker., 2012; Drageset et al., 2011; Kwok & White, 2011). En kvinna ansåg det som en god lärdom att ta sig igenom bröstcancer och upplevde att familjebanden stärktes (Drageset et al., 2011).

De kvinnor som hade fått positiva besked från deras läkare upplevde att de kunde acceptera cancer utan rädsla. En kvinna var nöjd med att ha fått diagnosen tidigt och en annan kvinna kände sig lugn för att läkaren sagt att hon skulle bli frisk efter operation (Ching et al., 2009; Taleghani et al., 2006).

En kvinna berättade att hon fått bestämma själv vilken behandlingsmetod hon önskade och hon fick då känslan av att få mer kontroll. En annan uttryckte att hon inte kopplade ihop sin identitet med bröstet och tyckte därför inte det skulle bli jobbigt att operera bort sina bröst (Drageset et al., 2011).

Stödets innebörd

Upplevelsen av hur och av vem kvinnorna fått stöd av varierade. Detta resulterade i två underteman; Betydelsen av hälso- och sjukvårdspersonalens stödjande och informativa funktion samt betydelse av närstående och omgivningens stöd. I temat gällande närstående och omgivning innefattades; anhöriga, kollegor, släkt, familj, vänner och grannar.

Betydelsen av hälso- och sjukvårdspersonalens stödjande och informativa funktion

Det uttrycktes av flera kvinnor att de kände ett stöd från hälso- och sjukvårdspersonalen samt en känsla av trygghet då de upplevde att de fick den information de behövde (Drageset et al.,

2012; Landmark et al., 2008). En kvinna påpekade att det var positivt att hon hade fått ha med sig både sin man och sina barn vid läkarbesöken (Landmark et al., 2008). Vissa upplevde att de var erbjudna stöd om de ville ha det men kvinnorna var inte intresserade (Drageset et al., 2012).

En kvinna i en studie av Landmark et al. (2008) fick kontakt med en fokusgrupp via hälso- och sjukvården, där hon medverkade för att dela med sig av sina erfarenheter. Hon ansåg att fokusgruppen var något mycket positivt för henne och något som gav henne stöd. En annan kvinna uttryckte att ett bra team av läkare och sjuksköterskor som mycket värdefullt gällande stöd då hon inte fick någon stöttning hemifrån (Banning & Tanzeem, 2013).

Det framkom att det var flera kvinnor som upplevde brister gällande stöd från hälso- och sjukvården. Några tyckte inte att det hade fått tillräckligt med personligt stöd, och saknade en personlig kontakt med någon inom hälso- och sjukvårdspersonalen samt att de inte vågade störa hälso- och sjukvårdspersonalen med sina frågor (Drageset et al., 2012). En kvinna upplevde däremot att om hon hade fått ytterligare stöd, hade det blivit för mycket. Hon beskrev en rädsla över att få för mycket omvårdnad (Drageset et al., 2009).

Information kring bröstcancer och behandling var något flera beskrev som önskvärt då de upplevde ovisshet och önskade svar på frågor. Kvinnorna uttryckte att ett lugn infann sig då de fått svar på sina frågor (Ching et al., & 2009; Drageset et al., 2011). Det framkom hur de påverkades av bristande stöd från hälso- och sjukvårdspersonalen. En kvinna uttryckte att hon tyckte det fanns för många behandlingsalternativ samt att det var svårt att förstå hur framtiden skulle bli (Beatty et al., 2008; Drageset et al., 2011). En annan kvinna upplevde det svårt att förstå och hon kände sig inte osäker på sin sjukdom, eftersom att hon kände sig både sjuk och frisk på samma gång (Drageset et al., 2011).

Några ville ha information steg för steg, inte all information på samma gång samtidigt som vissa snarare ville vara mentalt förberedda på värsta tänkbara. Kvinnorna som önskade mycket information beskrev det som ett försök att återfå viss kontroll men vilket istället resulterade i att de upplevde som om att allting var bortom deras kontroll (Ching et al., 2009; Drageset et al., 2009).

Det var en kvinna som upplevde att hälso- och sjukvårdspersonalen inte lyssnade på henne, då hon kände sig tvingad att gå tillbaka till arbete (Landmark et al., 2008). En annan upplevelse var bristande information kring dödligheten i bröstcancer (Ching et al., 2009). En kvinna kände att personalen i receptionen inte kunde svara på hennes frågor, vilket gjorde att hon tappade både tillit och motivation (Landmark et al., 2008).

Något som framkom var att en kvinna med nydiagnostiserad bröstcancer upplevde att hennes man inte fått det stöd av hälso- och sjukvården som han behövde. Om han hade fått det upplevde kvinnan att deras äktenskap kunde ha räddats, det slutade i skilsmässa på grund av hennes bröstcancer (Landmark et al., 2008).

Betydelsen av närstående och omgivningens stöd

Det framkom att flera kvinnor upplevde ett betydelsefullt stöd från sina närstående och sin omgivning. Flera kvinnor kände stöd från närstående, så som från familj, anhöriga, vänner, grannar och kollegor. De beskrev hur de blivit uppmärksammade genom brev, telefonsamtal och blommor samt hur de ska ha uppskattat detta. De kände även att de kunde få samtalsstöd när det behövdes (Drageset et al., 2009; Drageset et al., 2012; Taleghani et al., 2006).

En kvinna klarade inte av att vara ensam, utan var tvungen att ha andra människor omkring sig. Det fanns även kvinnor som ville välja själva när de ville ha personer i sin närhet. En berättade att hon i efterhand önskat att hon inte varit själv vid diagnostillfället (Drageset et al., 2012). En upplevde att hon blivit hånad och fått medlidande när hon sökte kontakt med närstående, och det var inget hon önskade (Taleghani et al., 2006). Det var en kvinna som kollapsade totalt, och uttryckte att hon behövde stöd från anhöriga. Att vara stark och öppen för stöd beskrevs som något viktigt för att människor i omgivningen skulle våga söka kontakt (Landmark et al., 2008).

En kvinna upplevde att hennes man dolde sin stress över hennes bröstcancerdiagnos, för att inte belasta henne och gjorde allt han kunde för att stödja henne (Coyne et al., 2012). I Drageset et al. (2012) beskrev en kvinna att det var bra att ha med en god vän eller anhörig vid läkarbesöken, då hon själv inte kunde ta in all information.

Det framgick att en kvinna kände av vilka i sin omgivning som kunde hantera det som hon berättade och utifrån deras reaktion valde hon vad hon ville berätta och för vem (Coyne et al., 2012). Upplevelsen av bristande stöd var att omgivningen ignorerade dem, för att de inte visste hur de skulle förhålla sig och hantera kvinnans sjukdom var något som framkom (Coyne et al., 2012; Drageset et al., 2012). En upplevelse som beskrevs var att en kvinna kände att hon inte kunde hantera när omgivningen tyckte synd om henne (Drageset et al., 2012). En kvinna upplevde det påfrestande då det var flera i hennes omgivning som gav henne information om cancer, något som hon inte var intresserad av att få av lekmän (Drageset et al., 2012).

Flera kvinnor uttryckte att de behövde få omtanke, höra positiva komplimanger och att det var det bästa sättet att få stöd på (Drageset et al., 2012). Det framkom även motsatsen då en beskrev att hon ville bli behandlad precis som tidigare (Drageset et al., 2009).

Flertalet kvinnor uttryckte att omgivningens stöd även kunde upplevas överväldigande. En kvinna blev bortbjuden på middag de två första veckorna vilket hon beskrev som relativt positivt. Samtidigt önskade kvinnan egentid och tyckte att det blev för mycket. Två andra kvinnor kände att det blev för mycket fokus på dem från familjen. Att få möjlighet att hantera det själva var något flera upplevde som viktigt (Drageset et al., 2012). En kvinna beskrev att det var svårt att konfrontera andra med bröstcancer vilket gjorde henne obekväma (Drageset et al., 2009). Detta uppfattade kvinnorna som bristande stöd, då det blev för överväldigande och inte kände sig bekväma.

Stödet från familjen beskrevs av flera som komplicerat (Banning & Tanzeem, 2013; Drageset et al., 2012). En kvinna upplevde att de bråkade mer i relationen nu än förut och att äktenskapet hade förändrats (Banning & Tanzeem, 2013). Upplevelser av att inte ha någon i familjen eller släkten som kunde ta initiativ till stöd beskrevs av två kvinnor. De uppgav att de själva inte hade förmågan eller energin till att ta initiativ till att be om hjälp (Banning & Tanzeem, 2013; Drageset et al., 2012).

Diskussion

Metoddiskussion

Författarna valde därför att göra en litteraturbaserad studie, baserat på kvalitativa artiklar. Då denna studie syftar till att beskriva upplevelser av att få en bröstcancerdiagnos, krävdes det att studierna som skulle granskas var kvalitativa. Litteratursökningen gjordes i olika databaser, för att få en så bred sökning som möjligt. Alla systematiska artiklar hittades i databasen CINAHL. Östlundh (2012) anger att vetenskap är en färskvara och genom tidsavgränsning i artiklar sorteras oaktuellt material bort. Författarna exkluderade därför artiklar som var äldre än 10 år och där intervjuerna gjorts > 1 år från diagnostillfället. Dessa exklusioner användes eftersom författarna till denna litteraturstudie anser att det kan påverka resultatet att använda sig av oaktuell forskning. Om intervjuer gjorts >1 år från själva diagnostillfället finns det en risk att tiden möjligtvis kan påverka resultatet, eftersom personerna hunnit bearbeta diagnosbeskedet under en längre tidsperiod.

Artiklar där resultatet inte överensstämde med denna litteraturstudies syfte exkluderades. Artiklarna som valdes baserades på personliga intervjuer, för att få den unika upplevelsen beskriven. Dessa artiklar granskades utifrån en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Alla 12 artiklar, 11 systematiska och 1 osystematisk lästes var för sig, av båda författarna för att få en heltäckande granskning, en samsyn gällande artiklarnas innehåll och vad som svarade på studiens syfte samt för att minimera risken att missa relevant data. Analysprocessen färgkodades för att struktureras upp och sedan bearbetades data enligt analysmetoden.

I kvalitativ forskning är följande begrepp avgörande för studiens kvalitet; pålitlighet, överförbarhet och trovärdighet. Pålitlighet och trovärdighet innebär en avvägning av vilken data som är relevant och skall inkluderas i studien. Detta har bland annat med att göra hur data förändras över tid och hur aktuell forskningen är (Polit & Beck, 2012). Författarna i denna studie anser att liknande känslor och tankar kommer att framkomma om en liknande studie utförs men uppmanar att alltid beakta att personernas upplevelser alltid är unika. Trovärdighet kan uppnås genom valda forskningsmetoder och hur tillvägagångssättet beskrivs. Detta ger förtroende för forskarnas tolkningar och resultat samt framkallar förtroende för sanningen av data (Polit & Beck, 2012). Genom att tydligt beskriva tillvägagångssättet i studien, motivera val av metod samt att ge läsaren möjlighet att se hur analysprocessen har bildat ett resultat, anser författarna i studien att det kan ge ökad trovärdighet.

Överförbarhet innebär att forskaren ger tydlig information om hur undersökningen gått till, så att läsaren kan tolka om det går att överföra resultatet till andra grupper av personer som till exempel fått ett diagnosbesked och situationer (Polit & Beck, 2012). Artiklarna som granskats och inkluderats i resultatet påvisade hur kvinnorna hamnade i chock, att funderingar kring framtiden väcktes och att kvinnorna var i stort behov av stöd. Författarna till denna studie anser att detta även kan uppkomma vid andra sjukdomsdiagnoser och därmed kan denna studies resultat vara överförbara till andra grupper av personer och situationer. Trovärdighet innebär hur sanna resultaten framstår och om tillvägagångssättet är noggrant beskrivet (Polit & Beck, 2012). Författarna har följt en analysmetod enligt Graneheim och Lundman (2004) beskrivit tillvägagångssättet i metoden samt refererat på ett utförligt sätt. Detta ger andra

forskare möjlighet att finna inspiration samt göra om en liknande studie då tillvägagångssättet är noggrant beskrivet i metodavsnittet.

Författarna i denna studie har valt att endast referera till primärkällor för att öka studiens trovärdighet, med undantag för en referens som är evidensbaserad och används i bakgrunden. Enligt Polit och Beck (2012) är primärkällor de mest tillförlitliga då de är skrivna av forskarna själva samt att andrahandskällor inte är jämförbara med primärkällor då de ofta fallerar med att beskriva hur själva studien utförts, vilket minskar trovärdigheten.

Författarna till de olika artiklarna hade sammanställt deltagarnas upplevelser vilket kan innebära att när författarna till denna studie då utför ytterligare en sammanställning, kan resultatet uttryckas och tolkas annorlunda och utgör därför en risk för att förlora kärnan från artiklarna som granskats. Författarna till denna litteraturbaserade studie har försökt att bortse från den egna förförståelsen så som värderingar och föreställningar i resultatet samt enbart tolkat det manifesta innehållet som yttrats i de granskade artiklarna. De artiklar som granskats var enligt urval på engelska. Då denna litteraturbaserade studie skrivits på svenska samt att författarnas modersmål är svenska, har det tagits hänsyn till de ursprungliga citaten från artiklarna för att bibehålla citatets ursprungliga mening. Författarna påvisar i figur I de ursprungliga citaten på engelska samt att kondensering och koder även behållits på det engelska språket för att inte förlora bort citatets bärande mening. När koderna därefter skulle bilda tema och undertema har författarna valt att övergå till svenska språket. Detta har författarna utfört konsekvent med alla de citat som valts och som resulterats i teman och underteman.

Överförbarhet kan bedömas utifrån både forskaren och läsaren, det är forskarens uppgift att ge detaljerad och tillräckligt beskrivande information som kan tillgodoses av läsaren. Läsaren ges möjlighet att ta egen ställning till den information som givits, det huvudsakliga överföringsarbetet ligger på läsarens tolkningsnivå (Polit & Beck, 2012). De artiklar som använts i denna litteraturbaserade studie har ursprung från flera olika länder, varpå tre artiklar var gjorda i Australien, en var gjord i Iran, en i Kina, fyra i Norge, en i Pakistan samt att en artikel var gjord i Storbritannien. Författarna till denna studie vill poängtera att resultatet inte bygger på några svenska artiklar utan är en helhet av upplevelser från kvinnor i flera olika världsdelar. Det bör förtydligas att kvinnors upplevelser av att få en bröstcancerdiagnos är högst individuell. Därför är det viktigt att oavsett vilket land och kontext upplevelserna grundats i, tänka utifrån ett mångkulturellt samhälle, vilket kräver att sjuksköterskan är kulturkompetent.

Alla artiklar i denna litteraturstudie är godkända av en etisk kommitté. Forskning på människor måste överensstämja med vedertagna vetenskapliga principer och baseras på kunskap från vetenskapliga källor. Vid en studie som inkluderar människor måste försiktighetsåtgärder vidtas för att skydda personernas integritet samt sekretess för deras personuppgifter. Deltagarna måste frivilligt ge sitt samtycke för att delta i forskning och måste informeras om studies syfte, metod och varför studien skall utföras (Declaration of Helsinki, 2013).

Resultatdiskussion

Att få beskedet bröstcancer

I resultatet framgår det att flera kvinnor uttrycker en rädsla och en slags oro. Några kvinnor är säkra på att de är döende medan några känner en rädsla kring om de skulle överleva sin sjukdom. Flera kvinnor beskriver även en rädsla för vad som skulle ske efter diagnostillfället, rädsla för läkemedel och biverkningar, smärta, död, behandling och livet efter behandling (Baker et al., 2013; Beatty et al., 2008; Ching et al., 2009; Drageset et al., 2009; Drageset et al., 2011; Kwok & White, 2011; Taleghani et al., 2006). Oro och rädsla kan uppstå i chockfasen som uppkommer i samband med att kvinnan får en bröstcancerdiagnos vilket innebär ett hot mot den egna existensen (Cullberg, 2006). Därför är det viktigt att sjuksköterskan innehar kunskap om hur kvinnor upplever diagnosbeskedet, för att kunna individanpassa det stöd som behövs. Känslor kring döden beskrivs av Eriksson (1994) som att hotas av förintelse, rädsla och förtvivlan, vilket bland annat innefattar viljan till liv och kamplust.

Flera kvinnor i resultatet beskriver diagnostillfället som att hamna i ett chocktillstånd med känslor som förvirring, ångestsymtom, känsla av hopplöshet och kaos (Baker et al., 2013; Drageset et al., 2011; Kwok & White, 2011). Dessa känslomässiga reaktioner kan liknas vid chockfasen då kvinnan inte kan förstå eller kan bearbeta vad som sker (Cullberg, 2006). Ångestsymtom kan beskrivas som en del av sorgereaktionen i den akuta krisen, som kan yttra sig i kroppsliga symtom (Cullberg, 2006). Det framkommer även i studien att några beskyller sig själva eller miljön. Att beskylla sig själv för vad som hänt är enligt Cullberg (2006) tecken på självförkastelse. En annan kvinna förnekar sina mammografibilder och uppger att det måste vara någon annans. (Landmark, Bøhler, Loberg & Wahl, 2008). Förnekelse är en försvarsmekanism, som är vanligt förekommande när det gäller kroppsliga sjukdomssymtom av hotande innebörd (Cullberg, 2006).

I resultatet framkommer det av flera kvinnor att de känner en osäkerhet kring framtiden och tänker mycket på den. En del hittar styrkan i deras barn för att överleva bröstcancer medan några gav upp och ser inte någon mening med livet. Att känna sig sviken av sin kropp, känna oro inför att förlora ett bröst var några känslor som beskrivs i resultatet. Dessa känslor beskrivs påverka kvinnor som fått en bröstcancerdiagnos genom att de fått ett nytt perspektiv på livet samt över framtiden (Banning & Tanzeem, 2013; Boehmke & Dickerson, 2006; Drageset et al., 2009; Drageset et al., 2011; Kwok & White, 2011; Taleghani et al., 2006). Livsvärld beskrivs som sättet att förstå sig själv, andra och allt annat i världen, kvinnorna upplever att de får ett nytt perspektiv på livet och att livsvärlden påverkas (Dahlberg & Segersten, 2010). Hur kvinnor upplever sig själva och hur livsvärlden påverkar och uttrycker sig efter dem har diagnostiserats med bröstcancer, är något som vårdpersonal måste uppmärksamma. Detta för att förstå om det är något som är övergående efter genomgången kris eller om det är en bestående förändring i deras upplevelse av sig själva och livsvärlden.

Strategier för att bemästra ny livssituation

När den akuta fasen går mot sitt slut, övergår den i en bearbetningsfas. För personer med kroppsskada eller sjukdom kan denna bearbetning innebära en prövning av att leva med sjukdom (Cullberg, 2006). I resultatet framgår det att flera kvinnor hanterar sin sjukdom genom att vända sig till sin tro på Gud varpå de beskriver sig genomgå en prövning som är given av Gud. De uppger att Gud har givit dem denna prövning då de var kapabla att hantera det (Baker et al., 2012; Drageset et al., 2011; Taleghani et al., 2006). Eriksson beskriver att lidande är en kamp mellan det onda och det goda, lidande och lust och innefattar ingen

mening i sig själv. Dock kan lidandet tillskrivas en mening då en människa väl genomgått lidandet (Eriksson, 1994). I resultatet framgår det att flera kvinnor vänder sig till sin Gudstro och överlämnar sitt öde i Guds händer, men det innebär inte att kvinnorna inte genomgår ett lidande. Då de ser diagnosen som en prövning från Gud, har de tillskrivit lidandet en mening och vissa beskriver sig även vara tacksamma för att de var bröstcancer de fått, som har en relativt god prognos (Baker et al., 2012; Ching et al., 2009; Taleghani et al., 2006) Det är av betydelse att sjuksköterskan lyssnar på den unika individens egen tolkning och hur de tillskrivit en mening till sitt lidande oavsett religion, kön och sexualitet.

I resultatet uppger flertalet kvinnor att de inte är ensamma om att få bröstcancer och vid mötet med andra bröstcancersjuka kvinnor, som var mer fysiskt sjuka än de själva, upplever de sig vara tillfreds med sin situation (Baker et al., 2012; Ching et al., 2009; Drageset et al., 2011; Taleghani et al., 2006). Omedvetna psykiska reaktioner i form av försvarsmekanismer uppkommer under chock- och reaktionsfasen för att minska upplevelse av hot och fara. Försvarsmekanismen rationalisering innebär att personen försöker hitta argument för att minska sin upplevelse av det som hotar (Cullberg, 2006). När en individ upplever sjukdom och ohälsa blir individen en patient, hela personens livssituation berörs samt det liv som tidigare upplevts som självklart sätt ur balans. Det strider mot människans natur, att med en gång acceptera en plötsligt påtvingad förändring i livssituationen då det krävs tid för att finna ett nytt meningssammanhang (Eriksson, 1994). Kvinnorna i resultatet, har intervjuats under det första året efter deras bröstcancerdiagnos och alla kvinnor har inte hunnit acceptera sin nya livssituation. Detta bör beaktas då kvinnorna kommit olika långt i sina nya livssituationer och sin bearbetning av att leva med bröstcancer.

Försvarsmekanismen förnekelse innebär att personen förnekar det som är väsentligt och inte accepterar det som har hänt, vilket är vanligt när det kommer till somatiska sjukdomssymtom av hotande innebörd (Cullberg, 2006). I resultatet uttrycker kvinnorna svårigheter att acceptera sjukdom då kvinnorna upplever att de alltid har levt hälsosamt, ätit rätt och tränat mycket, aldrig rökt och drack alkohol sällan eller aldrig. Kvinnorna beskriver även att kaos och meningslöshet är upplevelser som yttrar sig olika mycket och en oförståelse för livets mening. Det är vanligt att frågan om 'varför just jag?' uppkommer gång på gång. Detta kan knytas samman med kvinnorna i resultatet som upplever att de levt hälsosamt men ändå blivit drabbade. Dessa kvinnor ställde sig frågan 'varför just jag?' (Cullberg, 2006).

Doumit et al. (2009) beskriver cancer som något som både hotar livet men som även ger mångfacetterade biverkningar på personens livsvärld. Suppression är en försvarsmekanism som kan yttra sig inom den akuta krisen. Det innebär att en person medvetet trycker undan känslor vilket kan vara ett försök till att anpassa sig i sin omgivnings förväntningar och krav. Det kan också yttra sig som att inte visa sin oro och sorg över en svår sjukdom (Cullberg, 2006). I denna studies resultat framkommer det att många kvinnor väljer att tränga undan negativa tankar för att kunna fortsätta med sina liv (Banning & Tanzeem, 2013; Ching et al., 2009; Drageset et al., 2009; Taleghani et al., 2006). Cullberg (2006) beskriver även begreppet isolering som innebär att kroppen stänger av känslor och smärtsamma upplevelser vilket med tiden kan leda till fysiska uttryck. Det framgår även i resultatet att kvinnorna upplever att tankar de försökt tränga undan, alltid lyckades komma tillbaka och för några kvinnor yttrar det sig i fysiska reaktioner som ångest och kallsvett.

Stödets betydelse

I resultatet framkommer det att många kvinnor upplever att de fått det stöd och information av hälso- och sjukvården som de behövde (Drageset et al., 2012; Landmark et al., 2008). Dock fanns det kvinnor som upplever att de inte fått tillräckligt med stöd (Drageset et al., 2012). Några beskriver att de saknade en personlig kontakt och några kvinnor berättar att de inte vågade störa sjukvården med de frågor som uppkom efter diagnosen (Drageset et al., 2012). Det framkommer att en kvinna inte upplever att hennes man inte fått tillräckligt med stöd från hälso- och sjukvården, vilket hon upplever var orsaken till deras skilsmässa (Landmark et al., 2008). Enligt Zahlis och Lewis (2010) är bröstcancer inte bara en medicinsk diagnos för kvinnan, utan en sjukdom som drabbar hela hennes livsvärld men så väl kvinnans partner och dennes livsvärld. Zahlis och Lewis (2010) fokuserar på partnerns reaktioner och upplevelser på att deras fru har fått en bröstcancerdiagnos och beskriver hur deras studie resulterat i att varje aspekt av partnerns livsvärld påverkas och hur ett lidande uppstår. Tighe, Molassiotis, Morris & Richardson (2011) beskriver att narrativa berättelser från kvinnor med bröstcancer är en användbar resurs för hälso- och sjukvårdspersonalens utveckling av dess stödjande funktion samt belyser kvinnornas behov av vad som måste åtgärdas.

Det framkommer även att många kvinnor upplever att de inte fått tillräckligt med information (Beatty et al., 2008; Ching et al., & 2009; Drageset et al., 2011). En kvinna beskriver att hon tycker att det finns för många behandlingsalternativ samt att det var svårt att förstå hur framtiden skulle bli (Beatty et al., 2008; Drageset et al., 2011). Det finns även några kvinnor som uttrycker att de inte önskade för mycket omvårdnad (Drageset et al., 2009). Eriksson beskriver att sjuksköterskan möter tre former av lidande hos patienter inom våden; sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. När en kvinna får diagnosen bröstcancer skapas livslidande kring att leva, vara människa bland andra människor och personens livsvärld sätts ur balans (Eriksson, 1994). Tidigare forskning styrker denna litteraturbaserade studies resultat genom att ha påvisat att kvinnors känslomässiga stress i den postdiagnostiska perioden kan relateras till kvinnor som får minskat stöd från sjukvården, samt att kvinnors upplevelser i samband med diagnosen tros påverka behandlingens resultat (Hardin & McCone, 2011; Ferrante, Chen, & Kim, 2008; Witek-Janusek, Grabam, & Mathews, 2007). Det är därmed av stor betydelse att sjuksköterskan finns där för kvinnorna som får diagnosen bröstcancer och ger det individuella stöd och information som behövs.

Kvinnor som uppger att de känner ett positivt stöd från deras närstående och omgivning, framkommer även i resultatet. En del uppger att det är viktigt att få omtanke och stöd från de närstående, så som anhöriga, vänner, grannar och kollegor (Drageset et al., 2012; Drageset et al., 2009, Taleghani et al., 2006). Några känner sig ignorerade då de upplever att bekanta inte vet hur de skall hantera situationen, när kvinnorna blivit sjuka (Coyne et al., 2012; Drageset et al., 2012). Det framkommer även att stödet från familjen anses komplicerat (Banning & Tanzeem, 2013; Drageset et al., 2012). Resultatet beskriver hur kvinnorna upplever att deras relationer förändrats och att en kvinna anser att det blivit mer bråk sedan hon fick diagnosen (Banning & Tanzeem, 2013).

Några av kvinnorna beskriver att de inte ville vara ensamma, medan flera kvinnor ville leva som förut (Drageset et al., 2012). Närstående påvisar sig ha en stor betydelse för den sociala situationen och för personens individuella upplevelser av stöd. Den som lever med någon som genomgår en kris, delar krisen med den nydiagnostiserade kvinnan. Det innebär en gemensam angelägenhet som påverkar fler personer än kvinnan som fått bröstcancer (Cullberg, 2006).

Detta styrker även Eriksson (1994) som beskriver att livslidande uppstå när lidande kring personens livsvärld uppstår och att detta berör alla personer i kvinnan med bröstcancers umgängeskrets.

Slutsatser

Att få en bröstcancerdiagnos visar sig ha påverkan på kvinnornas liv. Det framkommer att känslomässiga reaktioner, så som chock och rädsla, uppkommer relaterat till diagnosbeskedet. Många tankar kring psykiska och fysiska förändringar av livsvärlden förekommer som en reaktion på bröstcancerdiagnosen, vilket leder till att kvinnornas livsvärld påverkas. Känslor som uttrycktes var bland annat oro, rädsla och ångest. Det framgår att upplevelsen av bröstcancerdiagnosen är mångfacetterad och att hanteringen av att få en bröstcancerdiagnos är ytterst individuell, dock påvisar resultatet vikten av att få fortsätta leva så normalt som möjligt. Andlighet och tro påvisas ha betydelse för kvinnornas livsvärld.

Stöd påpekas vara viktigt för kvinnans hälsa samtidigt som det även kunde upplevas som en börda. Denna litteraturbaserade studies resultat styrker även det individuella behovet och betydelsen av stöd genom hela sjukdomsförloppet, från både närstående och hälso- och sjukvårdspersonal.

Praktiska implikationer

Denna litteraturstudie kan vara ett kunskapsunderlag för hälso- och sjukvårdspersonal i vårdandet av kvinnor som fått bröstcancer och som beskriver några erfarenheter av hur kvinnor upplever det att få en bröstcancerdiagnos. Studien bör inte ses som någon kunskapskälla i sig, utan bör snarare ses som en kunskap om individuella och unika upplevelser från kvinnor som fått en bröstcancerdiagnos.

För att kunna möta dessa kvinnor som sjuksköterska, på ett professionellt sätt samt tillgodose kvinnornas behov i samband med bröstcancerdiagnos, anser författarna till denna studie att forskningen om detta ämne bör lyftas fram till vårdpersonal i större utsträckning. För att kvinnor ska känna kontroll över sin situation är det viktigt att sjuksköterskan ger individuellt anpassat stöd och information. I samband med diagnosbeskedet upplever flera kvinnor en rädsla, ett chocktillstånd, samt uttrycker uppkomst av tankar om framtiden. Som sjuksköterska är det viktigt att våga tala om svåra saker så som existentiella frågor, framtid, rädsla samt ångest, allt utifrån individens behov och genom detta försöka på bästa sätt att stödja och hjälpa dessa kvinnor.

Vid diagnostillfället kan kvinnor hamna i chock, vilket leder till att kvinnorna inte alltid kan ta in all information som ges vid diagnosbeskedet. Därför är det bra om hälso- och sjukvården lämnar ut någon form av broschyr gällande vanligt förekommande frågor. Detta ger kvinnorna en möjlighet att ta del av informationen när de upplever en mindre kaotisk period och inte vid det omedelbara diagnostillfället.

Förslag till fortsatt kunskapsutveckling inom sjuksköterskans kompetensområde

Författarna till denna litteraturstudie skulle vidare poängtera vikten av djupare kunskap om anhörigas upplevelser när någon nära drabbas av bröstcancer. Detta för att också kunna ge närstående stöd på bästa sätt. I resultatet framkommer det av flera kvinnor att deras anhöriga och närstående inte fått tillräckligt med stöd under kvinnans sjukdomsförlopp. Det framkommer även att det var många kvinnor som önskade stöd men få uttrycker vilken typ av stöd de önskade. Detta är något som författarna anser behövs forskas om ytterligare, för att hälso- och sjukvårdspersonalen skall kunna ge det individuella stöd som behövs och förväntas av dem.

Författarna till denna litteraturstudie önskar även mer kunskap genom forskning, om hur sjuksköterskor kan stödja kvinnor som inte önskar aktivt stöd eller uppmärksamhet från hälso- och sjukvården. Det framkommer i resultatet att det var flera kvinnor som uttrycker att de inte önskade något aktivt stöd från hälso- och sjukvården och ville heller inte ha någon uppmärksamhet. Därför är det betydelsefullt att mer kunskap framkommer om hur hälso- och sjukvårdspersonal kan stödja någon utan att gå emot deras vilja.

Eftersom denna studie har inkluderat artiklar från olika delar av världen, bör man beakta att kvinnors upplevelser av att få en bröstcancerdiagnos kan skilja sig bland annat för att sjukvården är organiserad på olika sätt i olika länder. Detta är något som bör beaktas då olika vårdkontexter skulle kunna påverka upplevelsen av att få en bröstcancerdiagnos.

Referenser

- Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. I M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen, *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss. 173-188). Lund: Studentlitteratur.
- Baker, P., Beesley, H., Dinwoodie, R., Fletcher, I., Ablett, J., C, H., & Salmon, P. (2013). 'You're putting thoughts into my head': a qualitative study of the readiness of patients with breast, lung or prostate cancer to address emotional needs through the first 18 months after diagnosis. *Psycho-Oncology*, 22, 1402-1410. doi:10.1002/pon.3156
- Banning, M., & Tanzeem, T. (2013). Managing the illness experience of women with advanced breast cancer: hopes and fears of cancer-related insecurity. *European Journal of Cancer Care*, 22, 253-260. doi:10.1111/ecc.12026
- Beatty, J. L., Oxland, M., Koczwara, B., & Wade, T. (2008). The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: a qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives. *Health Expectations*, 11, 331-342. doi:10.1111/j.1369-7625.2008.00512.x
- Bergh, J., & Emdin, S. (2008). *Bröstcancer*. I I. Ringborg, T. Dalianis, & R. Henriksson, *Onkologi* (ss. 265-292). Stockholm: Liber.
- Bergh, J., Ernberg, Y., Frisell, J., Fürst, C.-J., & Hall, P. (2007). *Bröstcancer*. Karolinska Institutet University Press.
- Boehmke, M., & Dickerson, S. (2006). The Diagnosis of Breast Cancer: Transition From Health to Illness. *Oncology Nursing Forum*, 33(6), 1121-1127. doi:10.1188/06.ONF.1121-1127
- Ching, S., Martinson, I., & Wong, T. (2009). Reframing: Psychological Adjustment of Chinese Women at the Beginning of the Breast Cancer Experience. *Qualitative Health Research*, 19(3), 339-351. doi:10.1177/1049732309331867
- Coward, & Kahn. (2005). Transcending Breast Cancer - Making Meaning From Diagnosis and Treatment. *Journal Of Holistic Nursing*, 23(3), 264-283. doi:10.1177/0898010105277649
- Coyne, W., Wollin, J., & Creedy, D. (2012). Exploration of the family's role and strengths after a young woman is diagnosed with breast cancer: Views of women and their families. *European Journal of Oncology Nursing*, 16, 124-130. doi:10.1016/j.ejon.2011.04.013
- Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa & Vårdande - I teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Demir, F., Donmez, Y., Ozsaker, E., & Diramali, A. (2008). Patients' lived experiences of excisional breast biopsy: A phenomenological study. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17, 744-751. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02116.x
- Doumit, M. A., Saghir, N. E., Huijter, H. A.-S., Kelley, J. H., & Nassar, N. (2009). Living with breast cancer, a Lebanese experience. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 42-48. doi:10.1016/j.jeon.2009.08.003

- Drageset, S., Lindstrøm, T., & Underlid, K. (2009). Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *Journal of Advanced Nursing*, *66*(1), 149-158. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05210.x
- Drageset, S., Lindstrøm, T., Giske, T., & Underlid, K. (2011). Being in suspense: women's experiences awaiting breast cancer surgery. *Journal of Advanced Nursing*, *67*(9), 1941-1951. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05638.x
- Drageset, S., Lindstrøm, T., Giske, T., & Underlid, K. (2012). "The Support I Need" - Women's Experiences of Social Support After Having Received Breast Cancer Diagnosis and Awaiting Surgery. *Cancer Nursing*, *35*(6), 39-47. doi:10.1097/NCC.0b013e31823634aa
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande patienten*. Stockholm: Liber.
- Ferrante, J., Chen, P., & Kim, S. (2008). The effect of patient navigation on time to diagnosis, anxiety, and satisfaction in urban minority women with abnormal mammograms: A randomized controlled trial. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, *85*, 114-124.
- Friberg, F. (2012). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. i F. Friberg, *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss. 121-132). Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*, 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Gurm, B., Stephen, J., MacKenzie, G., Doll, R., Barroetavena, M., & Cadell, S. (2008). Understanding Canadian Punjabi-speaking South Asian women's experience of breast cancer: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, *45*, 266-276. doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.08.023
- Harding, M., & McCrone, S. (2011). Psychological distress associated with diagnostic phase for suspected breast cancer: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *66*, 2372-2390. doi:10.1016/S0022-3999(03)00512-9
- Hunskår, S. (2007). *Allmänmedicin*. Lund: Studentlitteratur.
- Kwok, C., & White, K. (2011). Cultural and linguistic isolation: The breast cancer experience of Chinese-Australian women - A qualitative study. *Contemporary Nurse*, *39*(1), 85-94.
- Landmark, B., Bøhler, A., Loberg, K., & Wahl, A. (2008). Women with newly diagnosed breast cancer and their perception of need in a health-care context. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(7b), 192-200. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02340.x
- Olsson, H. (2009). Epidemiologi och kliniska riskfaktorer. I P.-E. Jönsson, *Bröstcancer* (ss. 19-34). Södertälje: Astra Zeneca.
- Polit, D., & Beck, C. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9 uppl.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

- Sköld Nilsson, A. (2011). *BRÖSTCANCERBOKEN - Från besked till färdigbehandlad*. Stockholm: Norstedts.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 25 november, 2015, från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- Taleghani, F., Yekta, Z., & Nasrabadi, A. (2006). Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *Journal of Advanced Nursing*, *54*(3), 265-273.
- Tighe, M., Molassiotis, A., Morris, J., & Richardson, J. (2011). Coping, meaning and symptom experience: A narrative approach to the overwhelming impacts of breast cancer in the first year following diagnosis. *European Journal of Oncology Nursing*, *15*, 226-232. doi:10.1016/j.ejon.2011.03.004
- Witek-Janusek, L., Gabram, S., & Mathews, H. (2007). Psychologic stress, reduced NK cell activity and cytokine dysregulation in women experiencing diagnostic breast biopsy. *Psychoneuroendocrinology*, *32*, 22-35. doi:10.1016/j.psyneuen.2006.09.011
- World Medical Association. (2013). *WMA declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- Zahlis, E., & Lewis, F. (2010). Coming to Grips with Breast Cancer: The spouse's Experience with His Wife's First Six Months. *Journal of Psychosocial Oncology*, *28*(1), 79-97. doi:10.1080/07347330903438974
- Östlundh, L. (2012). Informationsökning. I F. Friberg, *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbete* (ss. 57-79). Lund: Studentlitteratur.

Tabellöversikt litteratursökning

	Sökord	Begränsningar	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
CINAHL2015-10-28							
#1	(MH "Womens experience")	Inga	20 206				
#2	"Breast cancer"	Inga	34 319				
#3	"Diagnosis"	Inga	350 768				
#4	(MH "Qualitative study")	Inga	71 875				
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	Inga	196				
#6	#1 AND #2 AND #3 AND #4	Publicerade 2005-2015, Engelska, Peer-reviewed, Kvinnor, Vuxna	96	96	6	3	1
CIINAHL 2015-11-09							
#1	"Newly diagnosed breast cancer"	Inga	490				
#2	(MH "Qualitative study")	Inga	71 875				
#3	#1 AND #2	Inga	47				
#4	#1 AND #2	Publicerade 2005-2015, Engelska, Peer-reviewed, Kvinnor, Vuxna	19	19	2	2	2
CINAHL 2015-11-18							
#1	"Patients experience"	Inga	61 838				
#2	(MH "Breast neoplasms")	Inga	41 239				
#3	"Diagnosis"	Inga	353 520				
#4	(MH "Qualitative study")	Inga	72 108				
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	Inga	142				
#6	#1 AND #2 AND #3 AND #4	Publicerade 2005-2015, Engelska, Peer-reviewed, Kvinnor, Vuxna	71	71	28	15	7
CINAHL 2015-11-18							
1#	"Newly diagnosed"	Inga	4 570				
2#	"Breast cancer"	Inga	34 792				
3#	"Women"	Inga	182 301				
4#	(MH "Qualitative study")	Inga	72 108				
5#	#1 AND #2 AND #3 AND #4	Inga	36				
6#	#1 AND #2 AND #3 AND #4	Publicerade 2005-2015, Engelska, Peer-reviewed, Kvinnor, Vuxna	16	16	7	2	1

Översikt av analyserad litteratur

	Problem Syfte	Ansats Metod	Urval Studiegrupp	Huvudsakligt resultat	Kvalitetsgranskning
Titel: You're putting thoughts into my head': a qualitative study of the readiness of patients with breast, lung or prostate cancer to address emotional needs through the first 18 months after diagnosis					
Författare Barker, Beesley, Dinwoodie ,Fletcher, Ablett, Holcombe, & Salmon Årtal 2012 Land Storbritannien	Problem: Känslomässig stress är vanligt förekommande efter en cancerdiagnos. En av tre patienter upplever symtom som försämrar deras livskvalité. Syfte: Att kartlägga känslomässiga behov <18 månader efter en diagnos av; bröst-, lung- eller prostatacancer.	Kvalitativ ansats. Metoden är semistrukturerade intervjuer.	Totalt 42 deltagare, varav 5 bröstcancerpatienter. Bröstcancerpatienterna var mellan 51-69 år, varav medianålder 60 år. Alla hade genomgått kirurgi <3 månader efter diagnos.	Huvudsakliga fynd kring bröstcancerdiagnosen; upplevelsen av känslomässig stress, attityder kring att prata om stressen, attityd kring informationsbroshyrer, känslomässighet och sårbarhet kring döden.	Grad II
Titel: Managing the illness experience of women with advanced breast cancer: hopes and fears of cancer-related insecurity					
Författare Banning & Tanzeem Årtal 2013 Land Pakistan	Problem: Pga. begränsade bröstcancerscreeningar, hälso- och sjukvårdsresurser och onkologiutbildningar i Pakistan, upptäcks bröstcancer ofta i ett avancerat stadiet vilket kräver att större kunskap om den psykologiska effekten av att få bröstcancer. Syfte: undersöker de psykologiska effekterna av avancerad bröstcancer hos pakistanska kvinnor.	En kvalitativ studie innefattande semi-strukturerade intervjuer och tematisk analys.	21 deltagare, med avancerad bröstcancer, pakistanska medborgare mellan 35-83 år.	4 teman: osäkerhet för hälsan, cancerresistens, äktenskapliga relationer och inverkan på det fysiska och emotionella välbefinnandet med ett undertema: känslor relaterade till kulturell diskriminering.	Grad I

Titel: The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: a qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives					
Författare Beatty, Oxland, Koczwara & Wade Årtal 2008 Land Australien	<p>Problem: Att få en bröstcancer diagnos påverkar det psykosociala välbefinnandet. Det finns inte så mycket forskning kring vad dessa kvinnor behöver för psykosocialt stöd.</p> <p>Syftet: Att kartlägga vad kvinnor som blivit nydiagnostiserade med bröstcancer behöver för stöd.</p>	En kvalitativ innehållsanalys.	7 fokusgrupper bestående av kvinnor med nydiagnostiserad bröstcancer, onkologi-sjuksköterskor och volontärer.	Det framkom i fokusgruppen 'kvinnor med nydiagnostiserad bröstcancer' att de använde sig av olika strategier för att hantera situationen.	Grad II
Titel: The Diagnosis of Breast Cancer: Transition From Health to Illness					
Författare Boehmke & Dickerson Årtal 2006 Land USA	<p>Problem: Att få en bröstcancerdiagnos utgör stress hos de drabbade och så väl saknas forskning inom området.</p> <p>Syfte: Att skapa en större förståelse för gemensamma och delade upplevelser för kvinnor som fått en bröstcancerdiagnos.</p>	<p>Har använt sig av en hermeneutisk sju-steps process med en fenomenologisk ansats.</p> <p>Individuella intervjuer.</p>	30 kvinnor i åldrar mellan 33-68år. Medelåldern i urvalet var 47 år. Alla hade fått en bröstcancerdiagnos, inga andra kroniska sjukdomar/tillstånd. Exklusion om kandidaterna nyligen genomgått större livsförändringar; skilsmässa, arbetslöshet eller dödsfall inom familjen.	Huvudfynden delades in i fyra teman, som beskrev upplevelsen av livsförändringen efter en diagnos. "Changing health overnight", "erasing of a former self", "praising of illness" och "approaching the future – now what?"	Grad I

Titel: Reframing: Psychological Adjustment of Chinese Women at the Beginning of the Breast Cancer Experience					
Författare Ching, Martinson & Wong, Årtal 2009 Land Kina	<p>Problem: Patienterna som drabbas av bröstcancer har många ställningstagandet att göra gällande behandling men diagnosen kräver även metoder för att hantera förändring i av livsperspektiv.</p> <p>Syfte: Att förklara den psykologiska processens förändringar för kinesiska kvinnor med bröstcancer. Identifiera kontextuella faktorer och beskriva deras påverkan på copingstrategier i början av sjukdomsprocessen.</p>	Kvalitativ ansats. Data samlades in genom intervjuer med en Grounded theory metod.	24 kvinnor mellan åldrarna 20-79 år. Alla deltagare var kineser, hade fått en bröstcancerdiagnos, ingen tidigare cancerdiagnos, ingen bekräftad metastasering samt att alla inkluderade kvinnor var medvetna om sin cancerdiagnos.	Fyra teman kom fram ur resultatet. "Orienting to reality", "subjective positive interpretation", "Estimating the impact of cancer" och "assessing the ability to cope"	Grad I
Titel: Exploration of the family's role and strengths after a young woman is diagnosed with breast cancer: Views of women and their families.					
Författare Coyne, Wollin & Creedy Årtal 2012 Land Australien	<p>Problem: Livscyckelfaktorer och sociala roller för unga cancerdrabbade kan förvärra hantering av sjukdomen.</p> <p>Syfte: Beskriva familjens roll av stödet av den yngre kvinnan (<50 år) som fått en bröstcancerdiagnos.</p>	Semistrukturerade intervjuer och analys utfördes genom induktiv kvalitativ metod som bestod av en tematisk analys.	14 kvinnor med bröstcancer, 11 stödpersoner. Kvinnorna (med bröstcancer) 35-46 år (<50 år) Stödpersoner 18-65 år; 3 män, 8 kvinnor	Tema: "Bara vara där", "hjälpens paradox", "buffert från samhället" och "stöd för familjemedlemmar".	Grad II
Titel: Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery					
Författare Drageset, Lindstrøm, & Underlid Årtal 2009 Land Norge	<p>Problem: Påtaglig stress i väntan på att få en diagnos, att få diagnosen samt även väntan på operation.</p> <p>Syfte: Att kartlägga kvinnors copingstrategier från diagnos av bröstcancer och kirurgi.</p>	Kvalitativ ansats, holistiskt synsätt. Datainsamling genom individuella intervjuer som analyserades utifrån en kvalitativ innehållsanalys.	21 kvinnor i åldrarna 41-73 år. Medelåldern var 54 år. Alla var från Norge och hade fått en bröstcancerdiagnos. Perioden mellan diagnos till operation var mellan 1-3 veckor.	Teman som framkom var; "step-by-step", "pushing away", "business as usual", "enjoying life", "dealing with emotions", "preparing for the worst" och "positive focus"	Grad I

Titel: Being in suspense: women's experiences awaiting breast cancer surgery					
Författare Drageset, Lindstrøm, Giske & Underlid	Problem: Bröstcancer upplevs som en stor stressfaktor och utmaning. Det saknar forskning kring hur kvinnor uppfattar diagnosens påverkan efter operation. Syfte: Att utreda hur kvinnor ser på sitt liv efter en bröstcanceroperation.	En kvalitativ beskrivande design användes som metod.	21 stycken kvinnor i åldrarna 41-73 år, medelålder var 54 år.	5 teman identifierades; "feeling healthy but having to adapt to disease", "waiting", "uncertainty", "having to tell" och "existential awareness"	Grad I
Titel: "The Support I Need" - Women's Experiences of Social Support After Having Received Breast Cancer Diagnosis and Awaiting Surgery					
Författare Drageset, Lindstrøm, Giske & Underlid	Problem: Socialt stöd anses inte vara tillräckligt för kvinnor som fått en bröstcancerdiagnos. Syfte: Att beskriva kvinnors individuella upplevelse av socialt stöd efter att ha fått en bröstcancerdiagnos och i väntan på operation.	Semistrukturerade intervjuer, baserade på tidigare studier. Kvalitativ innehållsanalys.	Kvinnorna var mellan 41-73 år. Sammanlagt var det 21 stycken kvinnor med, som alla hade fått en bröstcancerdiagnos. Kriterierna var att alla var över 18 år, bokade för kirurgi och kapabla att skriva och tala norska.	Huvudfynden kategoriserades in i fem teman, som alla berörde socialt stöd. "Available support", "information and advice", "care", "having confidence" och "balancing distance and closeness"	Grad I
Titel: Cultural and linguistic isolation: The breast cancer experience of Chinese-Australian women – A qualitative study					
Författare Kwok & White	Problem: Kinesiska kvinnor får en ökad risk för bröstcancer när de flyttar till Australien. Forskningen är begränsad kring detta område. Syfte: Att utforska kinesisk-australiensiska kvinnors perceptioner om betydelse och upplevelse av att få en bröstcancerdiagnos, behandling och copingstrategier.	Kvalitativ ansats. Metod som används är en strukturerad innehållsanalys.	23 kvinnor mellan 40-69 år som hade fått en bröstcancerdiagnos, fördelades i 3 olika fokusgrupper. De hade varit bosatta i Australien mellan 6-20 år.	Cancers påverkan från stunden då de upptäckte en förändring i bröstet, hur diagnos och behandling konfronterades, samt hur cancer upplevdes påverka deras känslor under återhämtningen.	Grad I

Titel: Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context					
Författare Landmark, Bøhler, Loberg & Wahl Årtal 2008 Land Norge	<p>Problem: Hälso- och sjukvården som skall tillgodose patienters rehabilitering. Patienterna är nöjda med behandlingen, men vad händer när den är slut och patienterna skall fortsätta återhämta sig?</p> <p>Syfte: Att undersöka hur kvinnor med nydiagnostiserad bröstcancer upplever behov inom hälso- och sjukvården.</p>	En kvalitativ beskrivande ansats med fokusgrupper som datainsamlings metod.	7 kvinnor som fått en bröstcancerdiagnos. Alla var mellan 39-63 år, (medelålder 49,4år), bodde i Norge och var >20 år. Ingen hade metastaser och det skulle ha gått minst fyra veckor efter operation, men max ett år.	Två huvudfynd gjordes; behovet av kunskap och behovet av psykosocialt stöd.	Grad I
Titel: Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women					
Författare Taleghani, Yekta & Nasrabadi Årtal 2005 Land Iran	<p>Problem: Det finns ingen tidigare forskning om hur iranska kvinnor hanterar bröstcancer jämfört med kvinnor inom andra kulturer.</p> <p>Syfte: undersöka hur iranska kvinnor hanterade nydiagnostiserad bröstcancer.</p>	En kvalitativ innehållsanalys och uppnådd datamättnad	19 iranska kvinnor, 31-53 år	5 teman: Möta sjukdom med hjälp av en religiös metod, reflektera över sjukdom, acceptera sjukdom, sociala och kulturella faktorer påverkan på copingstrategier och stöd från närstående.	Grad I

Mall för kvalitetsbedömning av studie med kvalitativ metod

Följande mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ metod är utarbetad av Institutionen för hälsovetenskap Högskolan Väst med utgångspunkt från mall presenterad i Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Finns det ett tydligt syfte? Ja Nej Vet ej

Informantkaraktäristika

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

- Datasamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

- Analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

- Är resultatet logiskt och begripligt? Ja Nej Vet ej

- Råder datamättnad? Ja Nej Vet ej

- Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

- Är resultatet klart och tydligt? - Redovisas resultatet i förhållande till teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej

Genereras teori? Ja Nej Vet ej

Huvudfynd

Beskrivs vilket/-n fenomen, upplevelse/mening? Ja Nej Vet ej

Är beskrivning/analys adekvat? Ja Nej Vet ej

Kvalitetsberäkning

Varje ja ger ett (1) poäng, varje nej eller vet ej ger noll (0). Totalsumman räknas i procent

Granskningspoäng; grad I (80-100%) grad II (70-79%) grad III (60-69%)

Tidskriftens bedömningssystem Double Single Ej
Peer review blinded blinded angivet

Högskolan Väst
Institutionen för hälsovetenskap
461 86 Trollhättan
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99
www.hv.se