



Sektionen för hälsa

Examensarbete, 15 högskolepoäng
Sjuksköterskeprogrammet, Termin 6

LIVSVÄRLDEN HOS MEDELÅLDERS KVINNOR MED BRÖSTCANCER

- Från diagnos till operation

Författare: Emma Blomgren
Emma Stening

Justerat och godkänt

Datum 2007-11-11

Handledare: Ingrid Weiber

Examinator: Mats Lintrup

Mats Lintrup

Ej avsedd för publikation

Blekinge Tekniska Högskola

Sektionen för Hälsa

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng.

Examensarbete 15 högskolepoäng.

Författare: Emma Blomgren och Emma Stening.

Titel: Livsvärlden hos medelålders kvinnor med bröstcancer – Från diagnos till operation.

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Bröstcancer är idag en av de vanligaste cancersjukdomarna och som har ökat konstant de senaste två decennierna. Årligen insjuknar cirka 7000 kvinnor i bröstcancer vilket motsvarar ungefär 15-20 fall per dag. Lidande, välbefinnande, att ingå i en vårdrelation, kommunikation och information är begrepp som ingår i en människas livsvärld. Begreppen beskriver hur en människa upplever sin egen värld och på så sätt även hur unik den kan vara. Med livsvärld menas den värld vi lever i och ständigt är omgivna av. **Syftet** med studien var att belysa livsvärlden hos medelålders kvinnor med bröstcancer, från diagnos till operation.

Metod: En kvalitativ litteraturstudie som analyserade tre skönlitterära självbiografier. De analyserades utifrån Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av en innehållsanalys.

Resultatet visade att insjukna i bröstcancer förknippades med ett långvarigt lidande. Det visade även att lidande uppkom i samband med mötet med sjukvårdspersonalen och det på grund av att kvinnorna varken kände sig sedda, informerades eller bemötta utifrån ett mänskligt helhetsperspektiv. **Slutsats:** Sjukvårdspersonalens brister utgjorde det största hotet mot kvinnan i hennes kamp mot tillfrisknandet av sin bröstcancersjukdom. Vi anser att det behövs mer kompetens inom bemötandet av kvinnor som drabbats av bröstcancer gällande förståelse, lyhördhet, respekt, följsamhet, öppenhet etc., för att kvinnorna ska känna sig så väl omhändertagna som möjligt.

Nyckelord: Bröstcancer, upplevelser, lidande, livsvärld, bemötande.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	3
BAKGRUND	3
Livsvärld.....	3
<i>Lidande</i>	3
<i>Välbefinnande</i>	5
<i>Att ingå i en vårdrelation</i>	5
Bröstcancer.....	7
TEORETISK REFERENSRAM	8
SYFTE.....	9
METOD.....	9
Datainsamlingsmetod	9
Resumé av självbiografierna	9
<i>Bok nr 1: Bara mitt bröst</i>	9
<i>Bok nr 2: Boken jag saknade när jag fick bröstcancer</i>	10
<i>Bok nr 3: När du blir "flintis" kan pappa köra mig till fritids då?</i>	10
Analysmetod.....	10
RESULTAT	12
Känslor och tankar kring sjukdomen	12
Känslor och tankar vid bröstcancerbeskedet.....	12
Tankar kring den förändrade kroppen	13
Att känna sig välinformerad	13
Känslor och tankar kring mötet med sjukvårdspersonalen	14
Beslutsamhet	15
DISKUSSION	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion.....	17
<i>Känslor och tankar kring sjukdomen och den förändrade kroppen</i>	17
<i>Känslor och tankar vid bröstcancerbeskedet</i>	17
<i>Känslor och tankar kring mötet med sjukvårdspersonal</i>	17
<i>Beslutsamhet</i>	18
SLUTSATS	19
REFERENSLISTA.....	20

INLEDNING

Bröstcancer är den sjukdom som har ökat avsevärt de senaste åren och som successivt fortsätter att öka samt att sjukdomsdebuten hos de drabbade kvinnorna sjunker allt lägre ner i åldrarna (Cancerfonden, 2007). För kvinnorna med varierande åldrar och därmed olika behov kan vården kännas otillräcklig. Med detta arbete vill vi söka förståelse för kvinnornas livsvärld vid bröstcancersjukdom. Förstår vi kvinnornas upplevelse av sjukdomen kan vi kanske på så sätt utföra ett bättre omvårdnadsarbete. Ett gott omvårdnadsarbete anser vi ligger till grund för både välbefinnande, lindrande av lidande samt snabbare återhämtning från sjukdom.

BAKGRUND

I föreliggande arbete används benämningen sjukvårdspersonal för såväl läkare som narkosläkare, psykologer, kuratorer, sjuksköterskor, röntgensjuksköterskor samt undersköterskor.

Livsvärld

Ordet livsvärld härstammar från fenomenologiska filosofin, existentiella hermeneutiken (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Filosofen Edmund Husserls mål med att introducera fenomenologin var att klargöra den kunskap som fanns av upplevda erfarenheter (Olsson & Sörensen, 2007). Det är genom kroppen människan upplever både sig själv såväl som världen och alla har ett unikt förhållande till sin egen kropp. Eftersom människan är sin kropp är det genom den hon får ett förhållningssätt till tid och rum i sin livsvärld (Wiklund, 2003). Vår subjektiva levda kropp är vårt allt och varje förändring som sker av kroppen är antingen bra eller dålig (Dahlberg et al., 2003).

Hur människan upplever sin livsvärld beror på faktorer som tidigare upplevelser, erfarenheter och handlingar. Det är genom livsvärlden som vi människor älskar, hatar, arbetar, leker, tycker och tänker. Det är också genom livsvärlden som människan söker ett meningsfullt livsinnehåll och en mening med livet. För att kunna förstå vad meningen med livet är, är det av stor betydelse att först och främst veta hur människans syn på livet ser ut. Därmed kan hennes livsvärld bättre förstås av andra (Dahlberg et al., 2003; Todres, Galvin & Dahlberg, 2007). "Livsvärlden är den verklighet som vi dagligen lever i och ständigt, om än omedveten, tar för given" (Dahlberg et al., 2003, s. 24). Så länge vi lever kan vi aldrig ta oss ur vår livsvärld, den finns jämt och ständigt med oss och betecknas som vår inre värld. Livsvärlden är på det sättet varken omvärlden eller vår personliga föreställning om världen, utan världen som vi lever den (Wiklund, 2003). Varje människas livsvärld är unik, vilket innebär att upplevelser och erfarenheter ser olika ut. Två människor kan vara med om exakt samma upplevelse men ändå uppleva det på olika sätt. Det beror på att miljö, identitet, ursprung och levda erfarenheter inte ser likadana ut (Dahlberg et al., 2003).

I vårdandet av en patient krävs ett professionellt förhållningssätt eftersom varje individ lever i sin egen livsvärld och måste vårdas utifrån den. Det är viktigt som sjukvårdspersonal att inte vara fördomsfull, eftersom vårdarens livsvärld inte är lika med patientens livsvärld. Det krävs stor förståelse, öppenhet och följsamhet för att kunna möta patientens levda livsvärld på bästa sätt (Dahlberg et al., 2003).

Lidande

Alla människor känner mer eller mindre ett ständigt lidande och begreppet är individuellt. För att kunna behandla ett lidande gäller det att först och främst bekräfta att det finns, vad det är samt vad det orsakas av (Dahlberg et al., 2003). Om lidandet förnekas innebär det att

människan förnekar en del av livet och därmed även möjligheten att förbli en hel människa (Eriksson, 2003).

Lidande upplevs när människans helhetsuppfattning hotas eller splittras. Det kan till exempel inträffa då en människa insjuknar i cancer eller får ett oväntat cancerbesked (Bengtsson, 2005). Lidande förknippas med en kamp mellan det onda och det goda, mellan lidande och välbefinnande. Beroende på människans livssituation, livsvärld, möter människan lidandet eller går förbi det (Eriksson, 2003). Genom lidandet tränger känslor som hopplöshet, skuld, skam, saknad, osäkerhet, hopp och förtvivlan igenom. När de här känslorna upplevs känns den egna kroppen inte igen och går inte längre att lita på (Dahlberg et al., 2003).

När människan befinner sig i ett lidande är hon beredd att förändra vad som helst, när som helst, förutsatt att lidandet försvinner ur hennes närhet. Med hjälp av att offra någonting kan människan finna mening i sitt lidande och därmed även bättre förstå vad lidandet egentligen innebär och orsakas av. Lidande kan tränga sig så djupt, och sträcka sig så långt, att det blir till en stor del av ens livsvärld, vilket medför att människans livskraft går förlorad och livsleda uppstår (Eriksson, 2003).

Enligt Eriksson (2003) finns det tre typer av lidande: livslidande, sjukdomslidande och vårdlidande. Livslidande finns hos alla människor. Ett livslidande har ingen direkt definition utan är unikt för varje enskild individ, beroende på hur hennes livsvärld ser ut. Ett sjukdomslidande känner människan på grund av sjukdom eller ohälsa. Att känna sjukdomslidande präglas av rädsla, ångest eller oro och tillsammans uppkommer en känsla av ensamhet. Ensamhet kan människan känna även om hon befinner sig i fokus, trots sjukdom, vilket i sig åsamkar ett oerhört lidande (Eriksson, 2003). ”Ensamheten är existentiell - ingen kan i djupaste mening dela ens sjukdomslidande” (Dahlberg et al., 2003, s.33). Vårdlidande är det lidande som uppstår på grund av vårdande eller brist på vårdande. Patienten orsakas ett vårdlidande då sjukvårdspersonal varken ser, välkomnar eller lyssnar på henne. För den lidande patienten kan det kännas som en befrielse genom att sjukvårdspersonal ser och bekräftar att lidande finns. Bekräftelsen kan ske på olika sätt till exempel med en blick, en beröring eller bara ett litet ord. Att sjukvårdspersonalen ser patientens lidande innebär en förtröstan för patienten. Förnekar sjukvårdspersonal lidandet genom att endast följa regler, rutiner och inte ser till patientens unika behov, medför detta ett onödigt vårdlidande (Eriksson, 2003).

”Att möta en lidande människa och att försöka dela hennes lidande förutsätter största finkänslighet. En lidande människa måste få bekräftelse på sin värdighet som människa” (Eriksson, 2003, s.43).

Enligt Arman, Rehnsfeldt, Lindholm, Hamrin och Eriksson (2004) upplever kvinnorna ett större lidande på grund av sjukvårdens brister än bröstcancersjukdomen i sig. Patientens lidande skapas oftast av att patienten inte känner att hon blir sedd som en hel och unik människa. Lidande uppkommer också när brist på information och tiden med sjukvårdspersonalen inte räcker till. Från patientens synvinkel kan de inte känna att sjukvården visar något intresse i deras existentiella situation. De känner att sjukvårdspersonalen genomsyras av deras inrutade rutiner, därmed tvingas kvinnorna att lägga stor vikt på deras rätt att få en bra vård (Arman et al., 2004).

Välbefinnande

Hälsa innebär och kan beskrivas som en upplevelse av sundhet, friskhet och välbefinnande och är relaterat till hela människan. Begreppet välbefinnande har sitt ursprung från det fenomenologiska och är en del av människans livsvärld. Välbefinnandet omfattas av människans inre upplevelser och är på så sätt unikt och personligt (Wiklund, 2003). Ett naturligt välbefinnande finns hos alla människor. För att kunna känna bästa möjliga välbefinnande gäller det att först och främst erkänna för sig själv att ett lidande finns. Välbefinnande kan upplevas trots sjukdom eftersom varje människas definition på välbefinnande är individuellt och mycket handlar om vad människan har med sig i bagaget. När det talas om välbefinnande i ett vårdssammanhang, kan det ökas bara genom att människan känner sig sedd, tilltalas med sitt namn, blir erbjuden en kopp kaffe eller genom att någon stannar upp och frågar hur länge hon har väntat. Välbefinnande handlar om att bry sig om ”just mig”, här och nu (Dahlberg et al., 2003).

Att ingå i en vårdrelation

Vårdrelation är ett begrepp som beskriver ett mellanmänniskt samspel mellan sjukvårdspersonal och patient. Det är i samspelet som människan utvecklas och därför är relationen i vården betydelsefull. I den vårdande relationen förutsätter det att båda parterna har ömsesidighet, tillit samt respekt för varandra. Det förutsätter också att sjukvårdspersonalen är tillgänglig för patienten och kan ställa sig till hennes förfogande. I sin tur krävs det att patienten tar emot det som sjukvårdspersonalen föreslår och släpper in vårdaren i sin livsvärld. Detta medför att de får en förbindelse mellan varandra i den vårdande relationen (Wiklund, 2003). Eriksson (2004) poängterar att givandet och tagandet i den vårdande relationen inte får tas förgivet. Att inneha den mottagande rollen i en vårdrelation innebär alltid att bjuda på sig själv och att kunna ta emot information från patienten. Som patient ska hon kunna uttrycka sina begär, behov och problem till sjukvårdspersonalen (Eriksson, 2004).

Det är alltid sjukvårdspersonalens ansvar att se till att en bra relation uppstår. I samarbetet mellan patient och sjukvårdspersonal, räknar vårdaren aldrig med att få något i gengäld. Sjukvårdspersonalen är där för patientens skull och det är genom en bra vårdrelation som lidande kan lindras och patienten kan uppnå bästa möjliga välbefinnande. Rutiner som åsamkar patienten mer lidande än välbefinnande bör undvikas då en bra vårdrelation skall skapas och som vårdare behövs öppenhet och följsamhet för patienten (Dahlberg et al., 2003). I vårdrelationen värnar sjukvårdspersonalen alltid om patientens värdighet (Wiklund, 2003). Cancerbeskedet medför i de flesta fall att patienten hamnar i en krissituation och då behövs tidigt psykosocialt stöd. Stödet är av betydelse, eftersom patienten får möjlighet att bearbeta sin kris och behandlingseffekt kan uppnås på bästa tänkbara sätt (Cancerfonden, 2006).

Enligt Rustøen och Begnum (2000) upplevde över hälften av kvinnorna med bröstcancer, att de behövde ett bättre stöd ifrån vårdpersonalen. Främsta hjälpen och stödet kvinnorna ansåg att de behövde, gällde specifika problem såsom smärta, funderingar kring den förändrade kroppsbilden samt de sexuella svårigheter som medföljer sjukdomen. I studien framkom det att sjuksköterskan ska bemöta kvinnorna utifrån deras individuella behov av hjälp. Att patienten ges möjlighet att ställa frågor, förklara sina känslor och få råd om hur de kan leva ett drägligt liv efter cancerbeskedet, är något kvinnorna upplever saknas från sjukvårdens sida. Adekvat information och god kommunikation, patient och sjukvårdspersonal emellan, ligger på sjukvårdspersonalens ansvar. För att så fort som möjligt och på bästa sätt kunna planera för

patientens individuella vårdbehov, ska sjuksköterskan så långt det är möjligt, aktivt söka information (Rustøen & Begnum, 2000).

Arman, Rehnsfeldt, Lindholm och Hamrin (2002) skildrar i sin studie kvinnor som relaterar sjukvårdspersonalens bemötande med lidande. De upplever att den emotionella vården har stora brister men däremot känner de att den fysiska och kroppsliga vården fungerar. Kvinnornas lidande ökar oerhört då sjukvårdspersonalen enbart ser dem som ett objekt och inte ser till helheten. Det är endast de kroppsliga förändringarna som ses utav sjukvårdspersonalen men inom kvinnorna döljer sig många tankar, känslor och funderingar. För att sjukvården ska bli så bra som möjligt för de bröstcancersjuka behöver sjukvårdspersonalen förståelse för deras tillstånd och utsatthet (Arman et al., 2002).

Landmark, Strandmark och Wahl (2002) beskriver i sin studie kvinnor som upplever att de kämpar mot ett stelt vårdssystem, där kvinnornas unika och individuella identitet kommer i skymundan på grund av bröstcancerdiagnosen. Kvinnornas energi går åt till att hävda att det är kvinnorna med sjukdomen som är i fokus, och inte tvärtom. En kvinna i studien berättar om ett besök, där hon hade med sig massvis av frågor och funderingar till sitt läkarbesök. Hon kände en stor besvikelse när hon trädde in i undersökningsrummet eftersom hon såg ännu ett nytt ansikte framför sig. Att inte ha en fast ståndpunkt var oerhört smärftfullt. Det hjälpte henne definitivt inte att känna ett lugn inför sjukdomen, när hon hela tiden tvingades återupprepa sin sjukdomsberättelse gång efter gång (Landmark et al., 2002).

Upplevelsebegrepp som finns med i studien är förvirring, avvisning, tillbakavisande samt tvivel. Kvinnorna beskriver även att de är missnöjda med sjukvårdspersonalen när det gäller rådgivning och tillräckligt socialt stöd. En annan del som uppmärksammas i studien är hur sjukvårdspersonalen lägger mer vikt på sjukdomen än på kvinnan. Detta visas genom att en läkare utför undersökningen på kvinnan, vänder sig mot sitt skrivbord och säger inte ett knyst. Patienten göms och glöms bort tack vare den tekniska värld vi lever i (Landmark et al., 2002).

Enligt Rustøen och Begnum (2000) bör en sjuksköterska ringa hem till patienten några dagar efter diagnosbesked givits. På detta sätt kan sjuksköterskan etablera en god kontakt med patienten från allra första början och därav kan patienten känna sig säkrare samt uppleva mindre rädsla.

Kommunikation

Kommunikation härstammar från det latinska ordet "communicare" som betyder gemensamt (Nilsson & Waldemarson, 2007). Det är ett begrepp som består av förbindelsen mellan två eller flera människor och kan även benämnas samspel eller interaktion. I kommunikationen sker en förmedling människorna emellan. För att en människa ska förstå en annan krävs förståelse och en god förmåga att kunna lyssna. Sjukvårdspersonalen ska inte bara lyssna utan även försöka förstå innebörden i det som sägs, försöka tolka och förstå fakta, känslor samt uppfattningar och attityder (Løkensgard, 1997).

När det talas om kommunikation i ett vårdssammanhang är det sjukvårdspersonalen som har makten och ansvaret över resurserna och kunskaperna. Det är patienten som ligger i underläge gentemot sjukvården och det är viktigt att sjukvårdspersonalen förbereder och planerar varje patientmöte för att god kommunikation ska kunna uppstå. Att möta just patientens våglängd är en oerhört viktig del och med det menas att ta hänsyn till patientens situation och hennes personlighet (Birgegård & Glimelius, 1998).

Ett möte tar tid och det är av vikt att det får ta tid och att det avsätts tid. Det krävs av lyssnaren att hon visar intresse för det som sägs för att kommunikationen sinsemellan ska kunna bli så bra och givande som möjligt, både för lyssnarens och patientens del. Det krävs mycket ork för att lyssna till en annan persons bekymmer och svårigheter och därav är det viktigt att den där extra energin och kraften finns hos lyssnaren (Løkensgard, 1997).

Kommunikation kan ske både skriftligt och muntligt samt verbalt och icke-verbalt (Løkensgard, 1997). Det verbala handlar om det talade språket, medan det icke-verbala är det kroppsliga språket. Kropp och rörelser är inte enbart vad det icke-verbala språket uttrycks genom, utan det innefattar även det mänskliga talet. Med mänskligt tal menas andningsrytmer, pauser, betoningar och tonlägen. I det icke-verbala ingår även lukt, smak, färger, former, kläder, frisyrer, sminkning, tatueringar etc. Det är språket och kommunikationen som gör det utförbart för oss människor att möta andra. Genom kommunikationen meddelar vi, och delar med oss till andra människor. Det kan handla om innebörder, upplevelser, känslor, handlingar och värderingar (Nilsson & Waldemarson, 2007).

Information

Att informera är en dynamisk process som kräver både tid och omsorg samt är en av sjukvårdspersonalens viktigaste uppgifter (Cancerfonden, 2006). Sjukvårdspersonalen måste planera inför varje patientmöte för att informationen inte skall ges under tidspress eller när det inte är lämpligt (Birgegård & Glimelius, 1998). Det krävs att det avsätts mycket tid redan från början samt att tiden för att informera disponeras på rätt sätt. Vem patienten är och var i sin sjukdomsperiod hon befinner sig i är faktorer som spelar stor roll i informationsprocessen (Cancerfonden, 2006). När väl informationen ska ges är det viktigt att vara öppen och följsam för patientens önsknings och behov (Birgegård & Glimelius, 1998). Varje patient är unik och genom att individualisera informationen för just henne tillgodoses de behov hon behöver få tillfredställda (Cancerfonden, 2006).

Bröstcancer

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor. Dagligen får mellan 15-20 kvinnor diagnosen bröstcancer och det motsvarar cirka 7000 fall per år (Cancerfonden, 2005). Majoriteten som drabbas är äldre kvinnor och genomsnittsåldern för nydebuterad bröstcancer är ungefär 59 år. År 1960 drabbades 2000 personer av bröstcancer och sedan dess har det skett en kraftig ökning (Reitan & Schölberg, 2003). Antalet cancerfall har ökat konstant de två senaste decennierna. Under år 2005 rapporterades 50944 nya cancerfall i Sverige, vilket svarar mot 500 fler fall än året innan. Bröstcancer är en av de vanligaste cancersjukdomarna i dagens samhälle och motsvarar en större del av de cancerfall som rapporterades. Bröstcancer tillhör de cancersjukdomar som ökar kraftigast. Närmare 30 % av alla cancerfall, utgjordes av bröstcancer hos kvinnor år 2005, vilket motsvarar 6962 fall (Cancerfonden, 2007).

Bröstcancer uppkommer oftast i mjölkkörtlar och mjölkgångar. Det finns olika former av bröstcancer och de två vanligaste är ductal och lobulär. Dessa former skiljer sig dock från varandra, gällande växtsätt, aktivitet och därmed prognos (Järhult & Offenbartl, 2006). Ductal cancer innebär att cancern uppstår i mjölkkörtlarna, medan lobulär cancer bildas i bindvävnaden mellan mjölkkörtlarna (Cancerfonden, 2005).

Det finns ingen direkt känd orsak till varför man får bröstcancer. Däremot påvisas en rad olika riskfaktorer som har ett samband med bröstcancer. Riskfaktorerna kan vara tidig mensdebut, p-piller i unga år, sent klimakterium, inga barn, ingen amning eller långvarig östrogenbehandling. Arvsanlag är också en riskfaktor för uppkomsten av bröstcancer och står för cirka 10 % av fallen. Till en början är bröstcancer symtomlös och knölen upptäckts oftast

av en ren tillfällighet eller vid mammografiundersökning. Vid långt framskriden bröstcancer kan första symtomen komma från skelettet, vilket betyder att canceren har metastaserat sig via blodet eller lymfan. Kvinnan bör vara observant vid sår på bröstet eller bröstvårtan, sekret/blödning från bröstvårtan eller indragning i huden. Detta kan tyda på bröstcancer (Järhult & Offenbartl, 2006).

Första undersökningen vid misstanke om sjukdom är en klinisk undersökning. Det innebär att läkaren noga känner igenom bröstet samt även lymfkörtlarna i armhåla och på halsen. Därefter följer en mammografiundersökning för att särskilja om det rör sig om en godartad eller elakartad tumör. Vid osäkerhet utför läkaren vävnadsprov, biopsi. Med biopsi menas att celler sugts ut med en nål från den misstänkta tumören (Cancerfonden, 2005).

Vid bröstcancer är målet för behandling att avlägsna tumören. Finns det möjlighet att bevara bröstet utförs istället en såkallad sektorresektion. Det innebär att den sjuka delen, tumören, opereras bort. Är tumören stor måste hela bröstet opereras bort för att vara säker på att alla cancerceller eliminerats. Detta ingrepp kallas mastektomi (Järhult & Offenbartl, 2006).

TEORETISK REFERENSRAM

Katie Eriksson har valts som teoretisk referensram. Kärnan i hennes vårdprocess är vårdandet mellan patient och vårdare. Vårdprocessen är en allmän grundmodell som kan tillämpas i olika vårdsammanhang, oberoende av tid och rum. Det är i relationen i vårdandet som utgör grunden i processen gällande hälsa hos patienten. Här får patienten kraft att vara delaktig i sin vård. Det är genom vårdandet som människans existens bekräftas (Eriksson, 2004).

Enligt Eriksson (2002) innebär vårdandet att ansa, leka och lära samtidigt som det handlar om att vårda utifrån tro, hopp och kärlek. Människan är skapt till att vårda sina medmänniskor på ett naturligt samt kärleksfullt sätt. Genom vården får människan kraft till att växa och utvecklas eftersom den både kan ge och ta emot kärlek från andra människor. Kärlek är något som styrker människan som människa. Tron och hoppet hör samman med kärleken. Tron är grunden hos alla människor, den inre förvissningen och hoppet är livsviljan, som är det sista som sviker människan (Eriksson, 2002).

Ansningen handlar om värme, närhet och beröring. Eriksson (2002) menar att det bör finnas mer spontanitet i vården och att sjukvårdspersonalen inte ska vara rädda för att göra bort sig. Vidare menar hon att ansning handlar om att bry sig om och visa att där finns någon för människan (Eriksson, 2002). Leken utgör hälsan och den skapas av människan själv med hjälp av dess naturliga och inre kraft (Eriksson, 2004). Sista processen i Erikssons teori är utveckling av lärandet. Genom inlärning sker en fullständig utveckling av lärandet (Eriksson, 2002).

Människan har svårt att uttrycka sina känslor verbalt och använder istället sitt kroppsspråk för att uttrycka vad hon känner. Här är det viktigt ur vårdarens perspektiv att se hela människan, både till kropp och språk. Det är vårdarens ansvar gentemot patienten att vårdrelationen dem emellan blir så speciell som möjligt. Vårdaren är där för patienten och det är patientens önskan, känslor, frågor och funderingar som sätts i fokus (Eriksson, 2003). Enligt Erikssons (2004) omvårdnadsteori går det inte att utöva en och samma omvårdnadsprocess gentemot alla människor. Det beror på att alla människor är olika på sitt sätt samtidigt som de är unika.

Som tidigare nämnts i föreliggande arbete utgör även lidande en grund i Erikssons (2003) omvårdnadsteori.

I vårdandet mellan patient och vårdare kan lidande lätt uppstå. För människan handlar lidande om en kamp mellan det goda och det onda. När människans liv hotas på något sätt upplever hon ett lidande. Lidande har olika innebörd för alla individer och orsakas oftast av människan själv och benämns då som det dolda lidandet (Eriksson, 2003).

SYFTE

Syftet med studien var att belysa livsvärlden hos medelålders kvinnor (35-50 år) med bröstcancer, från diagnos till operation.

METOD

Att skriva utifrån en kvalitativ metod innebär att beskriva samt förstå subjektiva erfarenheter och upplevelser hos människan. I en kvalitativ ansats läggs tonvikten på människans upplevelser ur ett dynamiskt, holistiskt och individuellt perspektiv. På så sätt kan helheten hos människan ses och förstås (Polit & Hungler, 1999). Kvalitativ metod bygger på individens egna verbala och observerbara handlanden. För att komma närmare det unika används en kvalitativ metod (Olsson & Sörensen, 2007).

Vi valde att utforma vårt examensarbete genom en litteraturstudie som byggde på skönlitterära självbiografier, där kvinnornas livsvärld från diagnos till operation belystes.

Datainsamlingsmetod

Våra kriterier för de skönlitterära självbiografiska böckerna var att litteraturen skulle vara skriva av kvinnorna själva, de skulle ha sitt ursprung från Norden samt att de skulle vara i medelåldern när de insjuknade i bröstcancer. De skönlitterära självbiografiska böckerna fann vi genom sökordet ”bröstcancer” i Karlskrona Stadsbiblioteks bibliotekskatalog och Blekinge Tekniska Högskolas bibliotekskatalog. I Karlskronas Stadsbibliotek erhöles tjugo träffar och i Blekinge Tekniska Högskolas bibliotekskatalog fick vi fram tjugoåtta träffar. Därefter sållades enbart de skönlitterära, självbiografiska böckerna ut. På Stadsbiblioteket i Karlskrona var fem av de tjugo träffarna skönlitterära självbiografier och av de tjugoåtta på Blekinge Tekniska Högskolas bibliotek var endast fyra skönlitterära självbiografier. De fyra som vi hittade på Blekinge Tekniska Högskolas bibliotek var av samma exemplar som fanns på Stadsbiblioteket i Karlskrona. Totalt hittades fem skönlitterära självbiografiska böcker som handlade om kvinnor och deras bröstcancer. Genom att granska de fem uppfyllde tre av böckerna våra kriterier. Litteraturen som användes i studien var:

- *Bara mitt bröst* av Agneta Ullenius (1996).
- *Boken jag saknade när jag fick bröstcancer* av Ingegerd Wachtmeister (1997).
- *När du blir ”flintis” kan pappa köra mig till fritids då?* av Anneli Andersson (2004).

Resumé av självbiografierna

Bok nr 1: Bara mitt bröst

En vårdag, 42 år gammal, upptäckte Agneta en knöl, stor som en vindruva, i höger bröst. En knöl som egentligen inte borde vara där. Hennes första tanke och känsla var att det var en svullen mjölkkörtel och inte en början till bröstcancer. Efter det okänsliga besöket på sjukhuset, där läkaren utförde undersökningen för att därefter hasta iväg till nästa patient, gjorde henne inte lugnare. Några dagar senare får Agneta beskedet bröstcancer, per telefon. Känslorna och tankarna som kommer upp till ytan är en blandning mellan rädsla, ångest och ensamhet. – ”CANCER! HJÄLP! INTE JAG!” (s.17).

Bok nr 2: Boken jag saknade när jag fick bröstcancer

Ingegerd, 46 år, vaknade hastigt upp en morgon med sin vänster hand på vänster bröst. Hon kände något främmande, som hon aldrig tidigare hade känt. Dock dröjde det två veckor innan hon sökte sjukvården. På vårdcentralen undersöktes bröstet och det visade sig att det var något som inte stämde. Vidare får Ingegerd en remiss till röntgen. Oron och ångesten flödade inom henne men inte nog med det kände hon att hon blev behandlad som arbetsmaterial. Sjukvårdspersonalen samtalade bakom hennes rygg och hon kunde inte undgå att höra tio millimeter. Ingegerd ville bara skrika för att uppmärksamma sjukvårdspersonalen om att hon befann sig i samma rum samt att hon var medveten om vad de talade om.

Bok nr 3: När du blir "flintis" kan pappa köra mig till fritids då?

Anneli kände sig inte det minsta sjuk utan var hur pigg som helst, förutom en konstig känsla i vänster bröst. Hon upplevde förnekelse för knölen i bröstet eftersom hon inte var mer än 39 år gammal och hade hela livet framför sig. Beskedet bröstcancer gjorde henne därför förlamad. Känslorna som pendlade inom henne, timmarna efter beskedet var gråt, rädsla, kaos och ilska. Det som oroade Anneli mest var hur hennes familj skulle klara vardagen om hon skulle försvinna. Mitt i allt kaos kände hon trots allt ett hopp om att övervinna situationen hon hamnat i.

Analysmetod

Vi inspireras av den metod som Graneheim och Lundman (2004) beskriver. Metoden som beskrivs är en kvalitativ innehållsanalys.

1. Läsningen av de självbiografiska skönlitterära böckerna påbörjades. De tre böckerna lästes igenom av oss båda med syftet i fokus.
2. I nästa steg lästes de självbiografiska skönlitterära böckerna igenom ytterligare en gång, var för sig. Under tiden antecknades de meningsenheter som uppfyllde kriterierna för vårt syfte.
3. Här jämfördes de utvalda meningsenheterna för att se om vi båda verkligen hade valt ut meningsenheter som stämde överens med syftet. Därefter plockades de meningsenheter bort som inte motsvarade syftet helt och hållet.
4. De meningsenheter som motsvarade syftet skrevs in i en tabell.
5. De utvalda meningsenheterna kortades av och preciserades, även kallat kondensering. Meningsenheterna preciserades utan att tappa det betydelsefulla innehållet.
6. Kodning genomfördes i nästa steg, vilket betydde att de avkortade meningsenheterna beskrevs med olika nyckelord.
7. Med hjälp av nyckelorden kategoriserades de ursprungliga meningsenheterna i teman, som användes för att få huvudrubriker till resultatdelen.

Tabell 1.

Meningsenheter	Kondensering av meningsenheterna	Kodning	Kategorisering
Beskedet om bröstcancer väcker så mycket rädsla, så mycket ångest, och den som drabbats är plötsligt den ensamaste	Bröstcancer inkluderar många blandade känslor.	Rädsla, ångest samt ensamhet.	Känslor och tankar kring sjukdomen.

människan i världen (Ullenius, 1996).			
Provsvaret kommer på telefon, en förmiddag på jobbet, en vårdag som alla andra men en som jag aldrig skall glömma. "Primär mammaecancer" lyder beskedet. Det är så överkligt. Det händer inte, tänker jag. Det händer inte mig (Ullenius, 1996).	En vårdag som jag aldrig kommer glömma. Det händer inte mig. Ordet lydde cancer.	Beskedet kändes överkligt.	Känslor och tankar vid bröstcancerbeskedet.
Det kändes som en bisak det här med att tappa håret. Jag kanske skulle få leva, så vad spelar det för roll? (Andersson, 2004).	Att leva är viktigare än om jag tappar håret.	Håret kommer tillbaka.	Tankar kring den förändrade kroppen.
Hon kunde ha sagt att oftast är såna här knölar ofarliga, så jag skulle inte gå och oroa mig (Wachtmeister, 1997).	Brist på information från sjukvårdens sida.	Orolig i onödan.	Att känna sig välinformerad.
Jag ser inte något, hör bara hans röst, men jag kan inte dela hans entusiasm. Det är mig det handlar om. Jag som ligger här. Men de verkar ha glömt mig. De fortsätter sitt samtal och jag hör att han säger 10 mm. Knölen är alltså 10 mm. Jag vill skrika (Wachtmeister, 1997).	Ligger här helt ensam och hör sjukvårdspersonalen diskutera om min knöl.	Pratar över huvudet.	Känslor och tankar kring mötet med sjukvårdspersonalen.
Någonstans där i detta kaos växte en beslutsamhet fram. Jag måste klara mig. Jag ska bara klara mig. Jag måste	Trots kaos, växte en beslutsamhet fram om att klara mig.	Beslutsamhet i kaoset.	Beslutsamhet.

försöka ta tag i hela situationen nu och tänka klart (Andersson, 2004).			
---	--	--	--

RESULTAT

I resultatet framkom det som också påvisats i tidigare studier, att det var på grund av sjukvårdspersonalens brister och inte sjukdomen i sig, som orsakade det största lidandet för kvinnorna med bröstcancer.

Resultatet presenteras i sex kategorier. Rubriceringarna är Känslor och tankar kring sjukdomen, Känslor och tankar vid bröstcancerbeskedet, Tankar kring den förändrade kroppen, Att känna sig välinformerad, Känslor och tankar kring mötet med sjukvårdspersonalen samt Beslutsamhet.

Känslor och tankar kring sjukdomen

De tre kvinnorna hade gemensamt att den första känslan kring sjukdomen var en ledsamhet över att drabbats av en livshotande sjukdom. Därefter uppkom en kraftig ångest hos dem. Att drabbas av bröstcancer upplevde kvinnorna som ett utdraget lidande. Ullenius (1996) förknippade även sin cancer med ”omänskliga smärtor” samt oundviklig död.

Andersson (2004) och Ullenius (1996) beskrev vilken ilska och förtvivlan de kände över att ha drabbats av bröstcancer. Andersson (2004) berättade också att sjukdomen medförde större lidande för hennes familj än för henne själv. Hon undrade hur familjen skulle klara sig om hon inte längre fanns i livet. Det som tyngde henne mest var hur det skulle gå för hennes son, skulle han klara sig utan henne tänkte hon. Hon kände även att hon inte kunde försvinna ifrån honom nu i tonåren. Den största anledningen till att hon inte ville dö var att hon då inte fick vara med och uppleva sin sons utveckling och kommande framtid (Andersson, 2004).

Ullenius (1996) upplevde att slutet var nära och hon kände på sig att hon skulle dö. Sjukdomen medförde ilska, en ilska över varför just hon skulle drabbas samtidigt som hon tänkte varför just hon skulle klara sig undan denna sjukdom. I samband med sjukdomen var det inte själva döden som skrämde henne. Döden var hon inte rädd för, men att dö på grund av bröstcancer i sin unga ålder var något hon inte ville uppleva. Däremot kände hon sig oroad över operationen och vad den skulle medföra för framtiden. Wachtmeister (1997) upplevde däremot ingen rädsla eller oro inför operationen, tvärtom kände hon en starkare rädsla för sjukdomen i sig.

”Ångesten växte och tårarna trillade sakta ner på kinderna. Varför, varför? Varför just jag?” (Andersson, 2004, s.24).

Känslor och tankar vid bröstcancerbeskedet

Ett bröstcancerbesked kan lämnas på många olika sätt. Att få beskedet genom telefon är något som Ullenius (1996) fick erfaras. Hon berättade om hur hennes mottagningssköterska fick ge det hemska beskedet eftersom hennes gynekolog var bortrest. Beskedet lydde ”Primär mammaecancer”. Hennes första känsla vid bröstcancerbeskedet var en oförklarlig dödsdom vilket resulterade i att hon hade tankar om döden. Beskedet väckte även känslor såsom rädsla, ångest samt ensamhet. När alla hennes känslor hade lagt sig kände hon en oerhörd skräck och förlamning över cancer och vad den innebar (Ullenius, 1996).

Andersson (2004) beskrev sitt besök på mammografien som oerhört jobbigt och hur skräcken förlamade henne. Hon berättade hur rädd och skräckslagen hon var inför undersökningen och hur läkaren började tappa tålamodet för henne. Läkarens ansiktsuttryck sade mer än tusen ord. Hon kände det som om läkaren tog henne för att vara ett barn. Undersökningen genomfördes och efter tre timmars fruktansvärd väntan fick hon träffa den psykiologiska läkaren igen. Läkaren lämnade beskedet bröstcancer och Andersson (2004) upplevde en känsla av ångest som var svår att beskriva. Hon poängterade att ett besked skall lämnas så att patienten fortfarande känner ett välmående. Vidare ansåg hon att det var viktigt att läkaren var rak och ärlig i samband med bröstcancerbeskedet. Hon tyckte även att det var viktigt att läkaren plockade fram positiva delar trots cancer för att inte helt och hållet slå undan benen på den som insjuknat (Andersson, 2004).

Enligt Wachtmeister (1997) uppträdde läkaren oprofessionellt när han gav henne bröstcancerbeskedet. Läkaren pratade i sin egen takt utan att tänka på om hon verkligen förstod vad han sade. Hon kände att rösten som hade meddelat bröstcancer ekade i rummet. Hon uppfattade endast det fasansfulla ordet cancer men det gick inte ända in i hennes medvetande. Hennes huvud var alldeles tomt (Wachtmeister, 1997).

”Beskedet om bröstcancer väcker så mycket rädsla, så mycket ångest, och den som drabbats är plötsligt den ensamaste människan i världen. Cancerbeskedet känns som en överrumplande och helt oförklarlig dödsdom. Men kruxet är att den som har upptäckt en tumör i bröstet och fått diagnosen bröstcancer oftast är precis lika frisk som vilken annan människa som helst” (Ullenius, 1996, s.23).

Tankar kring den förändrade kroppen

I de skönlitterära självbiografierna framkom det att kvinnorna hade olika uppfattningar om vad det gällde synen på den förändrade kroppen. Andersson (2004) beskrev trots att hennes kropp skulle bli förändrad och att det var konstaterat att hon skulle tappa håret var det inte det som var viktigast för henne. All ångest kretsade runt hennes familj och hur de skulle klara sig. Ullenius (1996) syn på den förändrade kroppen var tanken på att förlora bröstet. Hon hade aldrig känt så starkt för sitt lilla bröst som just i denna situation. Ångesten överrumplade henne först när hon började tänka på att sjukdomen inte endast drabbade hennes liv utan även hela hennes identitet. Hon upplevde en stark ångest i samband med tanken på att bli av med ett av sina bröst, som för henne var något mycket kvinnligt.

Att behöva tappa håret var också en rädsla som infann sig när Ullenius (1996) fick förklarat för sig att det kunde bli så. Hennes tjocka, snälla hår, skulle hon behöva tappa det? Andersson (2004) relaterade sitt möte med frisörskan som glatt och peppande. Innan besöket hos frisörskan hade hon fördomar om att behöva bära peruk. Frisörskan fick henne att ändra uppfattning vilket medförde att hon lämnade frisörsalongen nöjt och glatt med sin röda peruk i handen.

”Det kändes som en bisak det här att tappa håret. Jag kanske skulle få leva, så vad spelade det för roll?” (Andersson, 2004, s.20).

Att känna sig välinformerad

Att bli välinformerad om sjukdomen och dess behandling var något som kvinnorna ansåg bristande. Beskedet om att ha en knöl i bröstet väckte mycket oro och ångest hos kvinnorna. Enligt Wachtmeister (1997) skulle det ha känts bättre om läkaren hade tagit sig tid och

berättat att alla knölar inte behövde vara livshotande. Därmed skulle hon slippa gå och oroa sig i onödan.

Brist på information var något som fick erfaras på mammografin. Sjukvårdspersonalen beordrade Ullenius (1996) att medverka i undersökningen utan att egentligen tala om för henne hur den skulle genomföras och varför. Nästa scenario utspelade sig vid finnålspunktionen. Läkaren utförde undersökningen och analyserade cellerna i mikroskopet medan hon satt kvar i rummet. Läkaren gav inte någon som helst antydning om vad han såg och hon tyckte att det skulle ha känts bättre om han sagt någonting.

Andersson (2004) kände brist på information gällande vårdprocessen, från diagnos till behandling. En dag fick hon en oväntad kallelse till lungröntgen. Ingen av sjukvårdspersonalen hade talat om för henne att hon skulle genomgå en röntgen av lungorna, när det var bröstcancer hon hade drabbats av. Hon upplevde även brist på information i samband med påbörjandet av cellgiftsbehandlingen. Hon trodde att hon skulle behöva läggas in och att det krävdes sjukhusvård, vilket inte var fallet. Att endast behöva övernatta två nätter efter operation var något som hon också chockades över. Sjukvårdspersonalen hade inte informerat henne om operationsrutinerna så hon antog att hon skulle få stanna minst en vecka (Andersson, 2004).

Kvinnorna poängterade hur viktigt det var för dem att finna bra litteratur samt information om sjukdomen. Kvinnorna kände sig oerhört ensamma med sin sjukdom och letade febrilt efter likasinnade. Ullenius (1996) berättade om hur hon kastade sig över den magra litteraturen hon hade i sin bokhylla och därav skickade hon ut sin man för att köpa det som fanns skrivet om bröstcancer. Det visade sig att det inte fanns något särskilt bra utbud. Den information som kvinnorna hittade var föråldrande och tungsint att läsa. De kände att de behövde positiv och peppande information, vilket inte fanns att tillgå.

”I mitt fall är den allra första reaktionen en otröstlig hunger efter information”
(Ullenius, 1996, s. 18).

Känslor och tankar kring mötet med sjukvårdspersonalen

I mötet med sjukvården har kvinnorna stött på både negativ och positiv sjukvårdspersonal. Mötet med sin kvinnliga läkare upplevde Andersson (2004) som kallt. Läkaren utstrålade ingen värme, gav henne inget leende, utan ställde endast rutinmässiga frågor som hon förväntades få svar på.

Undersökningen hos läkaren ansåg Wachtmeister (1997) mycket obehaglig. Läkaren undersökte hennes bröst för att därefter med allvarlig stämma, berätta att det fanns någonting som inte skulle vara där. Hon upplevde läkaren som mycket okänslig, både gällande undersökningsrutinerna och bemötandet. När hon därefter skickades vidare till röntgen kände hon sig inte bättre till mods, hon kände sig illa behandlad. Där, liggandes på britsen hörde hon hur sjukvårdspersonalen samtalade över huvudet på henne. Hon kände sig bortglömd samtidigt som hon enbart kände sig som ett objekt. Ett objekt som var full av ångest och oro och som bara ville skrika för att få sjukvårdspersonalen uppmärksam på att hon faktiskt var levande (Wachtmeister, 1997).

Den tredje kvinnan beskrev sitt möte med narkosläkaren som okänsligt. Han inledde mötet med att fråga varför hon såg så nedstämd ut. Tätt därefter kom frågan vad hon skulle opereras för. Hans frågor upplevde hon som ett bevis på hur lite han visste om hennes situation innan

han ropade in henne till mottagningsrummet. Hon ansåg att läkaren hade kunnat lägga lite mer energi på att i alla fall skummat igenom hennes journal innan mötet med henne (Ullenius, 1996).

”Inte nog med oron och ångesten. Jag känner mig dessutom som något slags arbetsmaterial. Varför ska de ha just mitt bröst att öva på? Kan de inte se att bröstet sitter ihop med mig. Att jag är här och att jag är rädd. Så rädd att jag knappt kan andas”
(Wachtmeister, 1997, s.22).

Sjukvårdspersonalens kroppsspråk har kvinnorna beskrivit som mycket betydelsefullt. En glad och positiv sjuksköterska som utstrålade trygghet och lugn medförde en stärkande känsla. Andersson (2004) upplevde att sjukvårdspersonalens goda bemötande gav henne tröst, hopp samt trygghet trots sjukdomen. Hon beskrev första mötet med sjukvården som mycket betydelsefullt, vilket hon upplevde viktigt för den fortsatta behandlingen. Wachtmeister (1997) skildrade mötet med sjukvården som omhändertagande och fridfullt. Hon berättade om en sjuksköterska som uppmärksammade hur rädd och gråtfärdig hon var. Sjuksköterskan lade sin arm om henne och talade om att hon fick gråta vilket medförde att hennes hämningar släppte och hon grät. Äntligen kände hon att det var någon som såg henne som en hel människa och det upplevde hon som mycket omsorgsfullt (Wachtmeister, 1997).

Beslutsamhet

Att få beskedet bröstcancer fick kvinnornas liv att fullständigt rasa samman. Trots detta kaos fanns en stark vilja om att de skulle klara sig igenom detta. Mitt i allt elände, med en livshotande sjukdom som hängde över dem, kände kvinnorna att de såg ett ljus i tunneln. Kvinnorna kände att det nu gällde att tänka klart för att kunna tillfriskna så fort som möjligt. De kände om dem bara blev av med det onda skulle beslutsamheten om att klara sig öka. De tänkte att sjukdomen skulle vara en övergående fas i deras liv som snart skulle vara över. Att träffa sjukvårdspersonal med deras positiva attityder bidrog till att kvinnorna blev hoppfulla inför deras fortsatta framtid.

”Någonstans där i detta kaos växte en beslutsamhet fram. Jag måste klara mig. Jag ska bara klara mig. Jag måste försöka ta tag i hela situationen nu och tänka klart”
(Andersson, 2004, s.15).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vi har i vårt arbete jobbat efter en kvalitativ litteraturstudie. Vi valde mellan intervju- eller litteraturstudie. Att utföra intervjuer hade varit mycket mer tidsmässigt krävande, vilket vi inte hade hunnit genomföra. Intervjuer innebär även ett känsloladdat möte med och för kvinnor som insjuknat i bröstcancer. Det vi även reflekterat över är om det hade varit lätt att finna kvinnor i medelåldern som insjuknat och hade velat medverka i en studie. I sådana fall hade vi fått gå ut med en förfrågan till de tilltänkta kvinnorna redan i ett mycket tidigare skede av utbildningen. De skulle då ha fått en rimlig chans till att tänka igenom frågan och i så fall hunnit förbereda sig på en intervju. Förberedelserna inför en intervju är krävande och dessutom är det mer än en intervju som skulle ha genomförts. Genom intervjustudier hade vi kanske kunnat få fram livsvärldsbegreppet bättre och mer konkret, än att läsa självbiografier. Att utföra intervjustudier hade kanske varit bättre på så sätt genom att kvinnornas kroppsspråk, uttryck samt mimik då kunde ha studerats. Dessa faktorer kan inte upplevas genom att vi läser skönlitterära självbiografier.

Efter att ha bestämt oss för att arbeta utifrån en kvalitativ litteraturstudie valde vi mellan två alternativ, antingen studera vetenskapliga artiklar eller skönlitterära självbiografier. Det senare alternativet valdes eftersom vi upplevde att genom skönlitterära självbiografier fick vi större inblick i hela kvinnans sjukdomsförlopp. Vi ansåg att i en vetenskaplig artikelstudie skulle endast specifika delar av kvinnans erfarenheter kring sjukdomen ha studerats vilket skulle medföra att vi missat stora viktiga delar i kvinnans upplevelser. Vi upptäckte att artiklarna som användes i bakgrunden, mycket väl skulle ha kunnat ha använts som underlag till resultatdelen. Artiklarna presenterades på ett sådant sätt att vi fick en stor inblick i kvinnornas upplevelser gällande bröstcancersjukdom. Orsaken till att vi valde att bygga vårt resultat på skönlitterära självbiografier var för att vi ansåg det vara svårt att finna artiklar med våra specifika kriterier. Det visade sig att våra fördomar inte stämde överens med verkligheten och det fanns många fler artiklar än vad vi hade räknat med. Vi undrar om resultatet skulle ha sett annorlunda ut genom att istället ha studerat artiklar? Genom att studera artiklar hade vi antagligen fått fler synvinklar beroende på att mer en kvinna studeras i en artikelstudie. På så sätt kanske vi hade kunnat få fram fler livsvärldsbetonade begrepp än de vi fick fram i studien av de skönlitterära självbiografierna.

Sökningen av de skönlitterära självbiografierna utfördes på Stadsbiblioteket i Karlskrona och på Blekinge Tekniska Högskolas databaser. Det vi reflekterade över var vad som hade hänt, om vi hade börjat leta efter skönlitterära självbiografier tidigare, genom till exempel bokhandlar och internetbokhandlar. Hade vi då kunnat få ett större utbud att välja mellan? Hade urvalet av böcker sett annorlunda ut då? Eftersom flera bokhandlar har ett större utbud än ett bibliotek när det gäller litteratur hade vi nog funnit fler titlar än de vi hittade. En fråga vi ställde oss är om vi använde oss utav för få kriterier. Vi hade kanske kunnat utöka våra kriterier genom att till exempel utöka åldersintervallet och på så sätt kanske fått fram fler titlar. Fem skönlitterära självbiografier fanns att tillgå varav två stycken valdes bort. Anledningen till att den ena boken valdes bort berodde på att hon behandlats i USA, vilket inte motsvarade våra kriterier. Den andra boken var mer baserad på fakta än på egna upplevelser, därav inte en skönlitterär självbiografi. Orsaken till de tre valda böckerna berodde på att de överensstämde med våra kriterier. Böckerna var skrivna av medelålders kvinnor som insjuknat i bröstcancer samt att de härstammade och behandlades i Norden.

Motivet till vald analysmetod (Graneheim & Lundman, 2004) berodde på att stegen i metoden passade bäst överens med sättet vi ville analysera våra skönlitterära självbiografier på. Orsaken till att vi valde att låta oss inspireras och inte använda metoden rakt av, var till exempel på grund av att vi inte ville ha med några subkategorier. En annat skäl till att vi inte använde metoden rakt av, var för att ett steg i metoden handlade om att översätta meningar från engelska till svenska. Eftersom vårt resultat byggde på svenska skönlitterära självbiografier fanns det ingen anledning för oss att använda detta steg.

Valet av analysmetod hade kanske varit annorlunda om vi hade haft mer tid samt lagt mer tid på att leta efter en annan metod. Kanske hade vi hittat en metod som vi kunnat använda rakt av istället för att endast låta oss inspireras utav den. Ett av stegen i vald analysmetod är att plocka ut exakta meningsenheter från de skönlitterära självbiografierna för att kunna kategorisera rubriker till resultatdelen. Genom urvalet av meningsenheterna kom vi fram till att en av böckerna vi valde, passade utmärkt in på vårt syfte. De två andra skönlitterära självbiografierna passade in på syftet men inte lika tydligt som den ena gjorde. Genom analysmetoden och urvalet av meningsenheterna diskuterade vi om ett bättre resultat kunnat erhållas om vi lagt ner mer tid på tillvägagångssättet vid urvalet av de skönlitterära

självbiografierna från början. Detta upptäckte vi på grund av svårigheter vid urvalet av meningsenheter från två av de skönlitterära självbiografierna.

Resultatdiskussion

Känslor och tankar kring sjukdomen och den förändrade kroppen

Att insjukna i bröstcancer innebär inte endast en synlig och kroppslig förändring utan inkluderar även det inre, såsom tankar och känslor. Andersson (2004) beskriver sin bröstcancersjukdom som ett utdraget lidande medan Ullenius (1996) förknippar sin cancer med omänskliga smärtor och oundviklig död. Eriksson (2003) beskriver lidandet som en kamp mellan det goda och det onda. Vidare poängterar hon att sjukdomslidande uppkommer i samband med sjukdom eller ohälsa då rädsla, ångest eller oro kännetecknas (Eriksson, 2003). Vi uppfattar de skönlitterära självbiografierna som att livsvärldsbegreppet lidande inte har samma innebörd för någon av kvinnorna. Andersson (2004) känner att det största lidandet drabbar familjen. En annan upplever att förlora bröstet och håret som det mest jobbiga (Ullenius, 1996). Vi anser att vid nydebuterad bröstcancer hos kvinnor är det viktigt att tänka på att det största lidandet för dem, inte nödvändigtvis behöver handla om de yttre faktorerna som till exempel att förlora bröstet. Oftast tror vi att det är de synbara förändringarna som utgör det största lidandet för kvinnorna, men det har vi kommit fram till och förstår att så är inte fallet. Dahlberg et al. (2003) menar att genom den subjektiva kroppen sker antingen goda eller onda förändringar. Under arbetes gång upptäcker vi att det är det psykiska, dolda lidandet, som är den bidragande orsaken till kvinnornas lidande.

Känslor och tankar vid bröstcancerbeskedet

Resultatet visar att bröstcancerbeskedet kan lämnas på flera olika sätt. Att få beskedet per telefon är något som en av kvinnorna får erfara. Beskedet lämnas dessutom av en mottagningssjuksköterska när det i själva verket är läkarens uppgift (Ullenius, 1996). Vi funderar över om det verkligen är etiskt rätt att lämna ett livshotande besked på detta sätt? Eriksson (2003) poängterar att vid bröstcancer uppkommer känslor som rädsla, ångest och oro. Tillsammans bidrar dessa faktorer till en upplevelse av ensamhet som förorsakar ett lidande (Eriksson, 2003). Vi anser det är bättre att få beskedet på plats, öga mot öga, då inte kvinnan behöver vara helt själv. I en studie beskriver Rustøen och Begnum (2000) att efter besked om bröstcancer, bör en sjuksköterska ringa hem till patienten. Det leder till att det etableras en god kontakt mellan sjuksköterska och patient redan från början. Patienten upplever mindre rädsla och kan känna sig säkrare (Rustøen & Begnum, 2000). Att ha detta som rutin anser vi vara bra eftersom oftast är inte nästa besök hos läkaren förrän efter minst en vecka. Genom samtalet kan kvinnan ställa de frågor som uppkommer efter att beskedet lagt sig. Att gå med frågor och funderingar en längre tid skapar många känslor och tankar som kan orsaka ett onödigt lidande. Dahlberg et al. (2003) menar att människans erfarenheter och upplevelser är olika beroende på att varje människas livsvärld inte är den andra lik. Med detta anser vi att alla reagerar olika på samma sorts besked vilket innebär att livsvärlden påverkas negativt eller positivt. Vidare anser Dahlberg et al. (2003) att det beror på tidigare erfarenheter, upplevelser och handlingar hur människan upplever sin livsvärld.

Känslor och tankar kring mötet med sjukvårdspersonal

I resultatet framkommer det att kvinnorna upplever en negativ attityd i mötet med sjukvården och sjukvårdspersonalen. Andersson (2004) uppfattar ett av sina läkarbesök som kallt. Läkaren ger ingen värme, inget leende och vill enbart ha svar på sina standardfrågor. Arman et al. (2002) skildrar i sin studie om hur sjukvårdspersonalens bemötande frambringat ett oerhört

lidande för patienten. I studien framkommer det även att kvinnorna känner sig som ett objekt och sjukvårdspersonalen ser dem inte som en hel människa. De ser endast de kroppsliga förändringarna hos kvinnorna och missar därmed det emotionella (Arman et al., 2002). Vi anser att kvinnor med bröstcancer är inga objekt utan är lika levande som sjukvårdspersonalen. Det onödiga lidandet är väldigt lätt för sjukvårdspersonalen att undvika, om det så bara är genom ett leende.

Eriksson (2003) betonar lidandet i samband med sjukvården som ett vårdlidande. Detta menar hon orsakas av att sjukvårdspersonalen varken ser eller lyssnar till patientens unika behov (Eriksson, 2003). Enligt Dahlberg et al. (2003) krävs ett professionellt förhållningssätt i vårdandet av patienten eftersom varje individ är sin egen livsvärld och måste därmed vårdas utifrån den. För att kunna möta patientens egna och levda livsvärld på bästa sätt krävs det förståelse, öppenhet och följsamhet från sjukvårdspersonalen. Patientens livsvärld är inte densamma som sjukvårdspersonalens. Vi betraktar att det inte är för mycket begärt från sjukvårdspersonalens sida att bemöta sina patienter med en positiv attityd. Vi anser även att sjukvårdspersonalen måste se patienten som en unik individ och inte endast ställa sina rutinmässiga frågor. Eftersom alla kvinnor inte har samma livsvärld med allt vad det innebär, går det inte att ställa exakt samma frågor till var och en. Sjukvårdspersonalen måste visa hänsyn samt respektera kvinnorna och inte tro att alla ingår i en och samma livsvärld och inte heller utgör en del av deras.

I resultatet blir det uppenbart hur dåligt ett patientmöte kan bli när Ullenius (1996) träffar narkosläkaren. Det är det mest känslolösa möte hon varit med om. Läkaren är helt oförberedd vilket visar sig när han frågar varför hon är där och vad hon ska opereras för. Kvinnan anser mötet som okänsligt och tycker läkaren i alla fall kunde ha skummat igenom hennes journal. Birgegård och Glimelius (1998) skriver om hur viktigt det är att sjukvårdspersonalen förbereder och planerar inför varje patientmöte samt att mötet utformas på ett sådant sätt så det inte blir tidsbegränsat. Vi håller med Birgegård och Glimelius (1998) gällande hur viktigt det är att planera och förbereda inför varje patientmöte. Det är viktigt att mötet får ta den tid som behövs och patienten inte uppfattar mötet som tidsbegränsat. Det vi tänker på, är om såväl läkare som sjuksköterskor behöver mer kunskap i omvårdnad för att bättre kunna bemöta och behandla sjuka människor. Enligt Arman et al. (2004) upplever kvinnorna större lidande på grund av sjukvårdens brister än sjukdomen i sig. Att inte bli sedd som en hel människa skapar ett lidande för kvinnorna.

I resultatet framkommer det att kroppsspråket är betydelsefullt för kvinnorna. Glad och positiv sjukvårdspersonal anser kvinnorna är lugnade och stärkande. Att sjuksköterskan dessutom lägger sin arm om patienten, upplever Wachtmeister (1997) som omsorgsfullt. Bli kvinnan uppmärksam, känner hon sig som en hel människa och vågar släppa sina hämningar. I enlighet med Dahlberg et al. (2003) är det sjukvårdspersonalens ansvar och se till att en bra relation uppstår mellan sjukvårdare och patient. Eriksson (2004) framhåller hur viktigt det är att sjuksköterskan bjuder på sig själv i vårdrelationen. Hon menar även att det skall vara ett givande och tagande samt att relationen inte får tas för given. Patienten ska kunna uttrycka sina behov och problem i relationen (Eriksson, 2004).

Beslutsamhet

I resultatet visar det sig om hur sjukvårdspersonalens positiva förhållningssätt till kvinnorna och deras sjukdom gör att kvinnorna känner sig positiva och hoppfulla inför framtiden. Genom sjukvårdspersonalen får kvinnorna starkare vilja och större beslutsamhet om huruvida de ska klara sig igenom sin kaotiska situation. Enligt Dahlberg et al. (2003) kan ett

välbefinnande uppnås trots sjukdom. Genom att tänka utifrån ett vårdsammanhang kan välbefinnandet ökas genom att patienten blir sedd utav sjukvårdspersonalen. Vi anser att kvinnorna känner större hopp inför framtiden om sjukvårdspersonalen sätter kvinnan i fokus och inte sjukdomen. Sjukvårdspersonalen vet att kvinnorna lider av en livshotande sjukdom men det de inte vet, är hur de upplever sjukdomen. Vi håller med Dahlberg et al. (2003) om hur välbefinnande kan uppnås bara genom att personalen inom sjukvården ser kvinnan med sjukdomen samt förvissas om huruvida kvinnan känner att någon bryr sig om henne. Vi känner att det krävs så lite från sjukvårdspersonalens sida för att göra någon bättre till mods, så varför lägger vi inte ner mer tid och kraft på att öka våra patienters välbefinnande.

SLUTSATS

I resultatet framkommer det hur viktigt och betydelsefullt kvinnorna anser det vara att sjukvårdspersonalen tar sig tid och utstrålar ett positivt samt ett professionellt förhållningssätt. Sjukvårdspersonalen blir till en del av kvinnornas livsvärld i och med deras sjukdomstillstånd och måste därmed finna sig i samt vårda utifrån deras unika livsvärld. I de olika livsvärldarna ingår många olika begrepp som i sig inte har samma innebörd för varje enskild individ. Därmed är det viktigt att se till just patientens individuella samt unika behov och känslor. Eftersom fler och fler drabbas av bröstcancer anser vi att det kanske behövs regelbundenhet när det gäller uppdatering av olika kompetensområden. Resultatet visar att det är kanske speciellt i mötet med kvinnorna som kompetensen brister och resulterar därmed en bristande vårdrelation. Brister relationen mellan sjukvårdspersonal och patient redan i ett tidigt skede, påverkas den under hela sjukdomsförloppet och i och med det påverkas patientens livsvärld negativt. Sjukvårdspersonalen behöver lära sig mer om hur de ska bemöta de kvinnor som insjuknar i bröstcancer samt på ett djupare plan försöka förstå hur de känner sig och upplever sin sjukdom. Det kanske inte alltid är sjukvårdspersonalens fel att kompetensen brister hos dem utan det kanske är så att det ligger på ett högre plan. Vi menar att det hela tiden dras ner på personal för att organisationen ska spara in vilket resulterar i ett lidande för patienterna. Vi är medvetna om att personal och utbildning är kostsamt men vi tror ändå på en rejäl satsning inom det området kan löna sig i längden för alla parter, både för organisation, personal och inte minst för patienterna.

Vi förstår och utifrån erfarenhet vet vi hur svårt det kan vara att bemöta en patients livsvärld som innehåller mycket inre lidande. Det är inte lätt att behandla och bearbeta det som med blotta ögat inte är synbart och det är det som vi måste arbeta mycket med i framtiden. Vi anser också det är viktigt att det inte är tiden som får vara det avgörande gällande kvinnornas öde. Vi menar att det är patienten och hennes situation som får avgöra informationens omfattning. Vi måste hela tiden tänka på att det är nya patienter som vi har framför oss och inte dra alla över samma kant eftersom alla inte har samma livsvärld. Vi är olika både i vårt sjukdomstillstånd och som människor. Det finns ingen möjlighet till att vårda alla likadant eftersom vi är unika och olika på alla sätt, även när det gäller sjukdom. Vi ska tänka på att inte endast arbeta utifrån rutiner utan istället arbeta med just den patienten vi har framför oss. Gör detta har vi kommit en bra bit på vägen när det gäller bemötandet av kvinnornas livsvärld i samband med bröstcancer.

Vi anser att ytterligare forskning och att ett större arbete behövs inom området när det gäller förståelsen av människors livsvärld i deras sjukdomstillstånd. Vi tycker det är viktigt eftersom det anses vara så betydelsefullt, speciellt för de kvinnor som vi studerat.

REFERENSLISTA

Andersson, A. (2004). *När du blir "flintis" kan pappa köra mig till fritids då? – att leva med bröstcancer*. Eskilstuna: Anelia.

Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., och Hamrin, E. (2002). "The Face of Suffering Among Women With Breast Cancer – Being in a Field of Forces". *Cancer Nursing*, 25, (2), 96-103.

Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., Hamrin, E., och Eriksson, K. (2004). "Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences". *International Journal of Nursing Practice*, 10, (6), 248-256.

Bengtsson, J. (2005) *Med livsvärlden som grund*. Lund: Studentlitteratur.

Birgegård, G., och Glimelius, B. (1998). *Vård av cancersjuka*. Lund: Studentlitteratur.

Cancerfonden. (2005). *Om bröstcancer*. Stockholm: Cancerfonden.

Cancerfonden. (2006). *Rosa boken om bröstcancer – fysiska, psykiska, sociala och existentiella aspekter*. Stockholm: Cancerfonden.

Cancerfonden. (2007). *Cancerfondsrapporten 2007*. Stockholm: Cancerfonden.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B.O., och Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (2002). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber.

Eriksson, K. (2003). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.

Eriksson, K. (2004). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber.

Graneheim, U.H., och Lundman, B. (2004). "Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness". *Nurse Education Today*, 24, (2), 105-112.

Järhult, J., och Offenbartl, K. (2006). *Kirurgiboken – Vård av patienter, med kirurgiska, urologiska och ortopediska sjukdomar*. Stockholm: Liber.

Landmark, B.T., Strandmark, M., och Wahl, A. (2002). "Breast cancer and experiences of social support – In-depth interviews of 10 women with newly diagnosed breast cancer". *Scandinavian Journal Caring Science*, 16, (3), 216-223.

Løkensgård, I. (1997). *Psykiatrisk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Nilsson, B., och Waldemarson, A.K. (2007). *Kommunikation - Samspel mellan människor*. Lund: Studentlitteratur.

Olsson, H., och Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen – Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

- Polit, D.F., och Hungler, B.P. (1999). *Nursing Research – Principles and Methods*, 6th Edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reitan, A-M., och Schölberg, T. Kr. (Red.). (2003). *Onkologisk omvårdnad – Patient – problem – åtgärd*. Stockholm: Liber.
- Rustøen, T., och Begnum, S. (2000). "Quality of Life in Women With Breast Cancer". *Cancer Nursing*, 23, (6), 416-421.
- Todres, L., Galvin, K., och Dahlberg, K. (2007). Lifeworld-led healthcare: revisiting a humanising philosophy that integrates emerging trends. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 10: 53-63.
- Ullenius, A. (1996). *Bara mitt bröst – en överlevnadsbok för cancerdrabbade*. Stockholm: Nordstedts Förlag.
- Wachtmeister, I. (1997). *Boken jag saknade när jag fick bröstcancer – tankar, känslor, fakta, behandling och alternativa metoder*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.