



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

Kvinnors hälsorelaterade livskvalité från bröstcancerbeskedet till operation

Amanda Bengs

Hanna-Melina Stöckemann

Handledare: Sigrid Johansson

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona Januari 2015

Kvinnors hälsorelaterade livskvalité från bröstcancerbeskedet till operation

Amanda Bengs
Hanna-Melina Stöckemann

Sammanfattning

Bakgrund: bröstcancer är den vanligaste formen av cancersjukdomar hos kvinnor i Sverige. bröstcancerbeskedet kan vara påfrestande och förändra kvinnans liv samt utlösa skrämmande och dåliga upplevelser. Dessa upplevelser kan bidra till lidande och osäkerhet inför framtiden och på så sätt förändra kvinnans hälsorelaterade livskvalité.

Syfte: Syftet med studien var att belysa kvinnors hälsorelaterade livskvalité från bröstcancerbeskedet till operation.

Metod: Litteraturstudie med kvalitativ ansats som utgick ifrån tre patografier. Patografierna analyserades med inspiration från Graneheim och Lundmans tolkning av innehållsanalys för kvalitativa metoder.

Resultat: Resultatet är baserat på fyra kategorier som togs fram genom analysen. Kategorierna belyser kvinnor med bröstcancer och deras upplevelser av den hälsorelaterade livskvalitén från beskedet fram till operation. Beskedet upplevdes som någonting chockartat som övergick i en rädsla för döden. Studiens resultat visar att kvinnor med bröstcancer känner skuldkänslor som är kopplade till maken och barnen. Kvinnorna upplever trots den tuffa situationen en drivande viljekraft med hjälp av familjens stöd. Stödet från omgivningen är viktigt för att kvinnorna skall kunna orka kämpa mot sjukdomen.

Slutsats: bröstcancerdiagnosen orsakade en förändring och påverkan på kvinnornas hälsorelaterade livskvalité. Vid diagnosen upplevdes en mängd existentiella och emotionella tankar. När bröstcancerbeskedet framkommit är stöd från omgivningen det som värdesätts högst. Att bröstcancerbeskedet ges enligt de rekommendationer som finns påverkar hur kvinnan hanterar livssituationen.

Nyckelord: Besked, bröstcancer, hälsorelaterad livskvalité, kvinnor, patografier.

Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund.....	4
Bröstcancer.....	4
Beskedet	5
Hälsorelaterad livskvalité.....	6
Teoretisk referensram	8
Syfte	9
Metod	9
Datainsamling och urval.....	9
Analys.....	11
Resultat	12
Tankar och känslor kring bröstcancerbeskedet	12
Känsloreaktioner kopplade till familjemedlemmar.....	13
Viljan till att leva och en framtidstro	14
Stöd från omgivningen.....	15
Diskussion.....	16
Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion.....	17
Slutsats	20
Självständighet.....	21
Referenser	22
Bilaga 1 Exempel på analysförande.....	22

Inledning

Enligt Landmark, Strandmark och Wahl (2002) drabbar bröstcancer kvinnor världen över och utgör många gånger ett lidande för såväl kvinnan som hennes anhöriga. Doumit, El Saghir, Abu-Saad Huijer, Kelley och Nassar (2010) menar även att bröstcancer generellt uppfattas som en hotfull sjukdom trots dagens relativt höga sannolikhet att botas. Önneby-Eliasson (2008) poängterar att den korta tiden efter bröstcancerbeskedet fram till operation oftast upplevs som en omvälvande tid. Perreault och Fothergill-Bourbonnais (2005) belyser att ett bröstcancerbesked kan innebära en livshändelse som kan vara påfrestande och förändra kvinnans liv på några sekunder. Oavsett hur väl diagnosbeskedet är förberett kan det upplevas som en chock och kvinnorna själva beskriver det ofta som en dödsdom (Lackey, Gates och Brown, 2001). Dessutom påtalar Giese-Davis et al. (2006) att ett bröstcancerbesked inte bara kan medföra ett hot för kvinnans liv utan även utlösa dåliga och skrämmande upplevelser som lämnar osäkerhet inför framtiden. Dessa upplevelser kan även bidra till ett lidande som kan leda till förändring av kvinnans hälsorelaterade livskvalité (ibid.).

Høyer et al. (2011) framhåller att kvinnor med en nyligen diagnostiserad bröstcancer upplever en försämring av sin hälsorelaterade livskvalité. Det finns en del forskning inom området men trots detta är kvinnans hälsorelaterade livskvalité och upplevelser efter bröstcancerbeskedet ett viktigt område att undersöka (Høyer et al. 2011). Med anledning av kvinnornas förändrade hälsorelaterade livskvalité vid bröstcancerbeskedet och den närmsta tiden därefter är det väsentligt att genomföra denna studie. På så sätt kan sjuksköterskor få tillgång till forskningsresultat samtidigt som de kan få en ökad förståelse för kvinnor med bröstcancer. Sjuksköterskorna kan då ge en evidensbaserad omvårdnad med fokus på att öka den hälsorelaterade livskvalitén.

Bakgrund

Bröstcancer

Enligt Drageset, Lindstrøm och Underlid (2010) är bröstcancer den vanligaste formen av cancer och den ledande orsaken till dödsfall bland kvinnor globalt. Larsson, Sandelin och Forsberg (2010) skriver att årligen drabbas 7000 svenska kvinnor av ett bröstcancerbesked. Katapodi och Aouizerat (2005) beskriver att risken för bröstcancer grundas i ett antal faktorer

såsom hormonell påverkan, arvsanlag och livsfaktorer. Nystrand (2014) menar att genom regelbundna hälsokontroller, som mammografi, kan bröstcancersjukdomen upptäckas i ett tidigt skede och behandling komma igång. Odle (2014) påvisar att den vanligaste förekommande behandlingen vid bröstcancer är kirurgi, antingen bröstbevarande eller mastektomi. Odle (2014) beskriver att bröstbevarande kirurgi innebär att den drabbade delen av bröstet opereras bort och denna behandlingsmetod är vanlig vid ett tidigt skede av sjukdomstillståndet. Odle (2014) menar vidare att en radikal mastektomi då hela bröstet opereras bort är den vanligaste metoden vid långt gången bröstcancer. Cytostatikabehandling, strålning och hormonellbehandling är andra vanliga behandlingar som görs för att minimera risken för återfall (ibid). Fallbjörk, Rasmussen, Karlsson och Salander (2012) påtalar att fyrtiofem procent av de svenska kvinnor som drabbas av bröstcancer genomgår mastektomi. Örneby-Eliasson (2008) påpekar att tidsperioden mellan bröstcancerbeskedet och operation är oftast omkring två till tre veckor. Vidare menar Örneby-Eliasson (2008) att denna tid är viktig för bearbetning och för att få en inblick i vad kvinnan kommer behöva genomgå. Enligt Landmark et al. (2002) påverkas kvinnans upplevelse av hela processen omkring sjukdomen men hur beskedet förmedlas kan ha en avgörande betydelse för kvinnans livssituation.

Beskedet

Frank, Gran, Rundqvist och Arman (2008) beskriver beskedet som en konkret och slutgiltig bekräftelse på att diagnosen bröstcancer är på riktigt. Perreault och Fothergill-Bourbonnais (2005) påtalar att ett bröstcancerbesked ställer kvinnan inför ett nytt perspektiv som medför förändring av livssituationen och därmed den hälsorelaterade livskvalitén. Perreault och Fothergill-Bourbonnais (2005) menar att bröstcancerbeskedet många gånger kan upplevas som en överväldigande händelse som kan orsaka lidande, såväl fysiskt, psykiskt, andligt och socialt. Salander (2003) påpekar att det finns riktlinjer och rekommendationer för hur ett cancerbesked ska ges på bästa möjliga sätt. Vid beskedet ska en läkare och helst även en sjuksköterska vara närvarande (ibid.). Landmark, Strandmark och Wahl. (2001) påstår att bröstcancerdiagnosen kan finnas i kvinnans medvetande och utgöra ett osynligt hot som är svårt att hantera. Landmark et al. (2001) menar vidare att livet efter beskedet kanske inte alltid uppfattas som en självklarhet och kvinnan inser att livet inte varar för evigt. Ptacek och Ellison (2000) framhåller att hur kvinnan upplever beskedet kan påverkas av faktorer som att beskedet ges på en plats som känns bekväm, lugn och avskild, att det finns gott om tid för samtalet och att samtalet genomförs ostört med ögonkontakt och närhet. Om möjlighet finns ska anhöriga finnas med under samtalet om beskedet och det kan vara väsentligt vid det

tillfället, att veta vilka kunskaper kvinnan och de anhöriga har sedan tidigare menar Ptacek och Ellison (2000). Enligt Salander (2003) bör kvinnans känsloreaktioner iakttas under beskedet samtidigt som det är viktigt att ingjuta hopp hos kvinnan under samtalsgången. Hela beskedet ska genomsyras av ett enkelt språk, respekt, värme och empati för kvinnan och henne närstående (ibid.). Landmark et al. (2002) menar att kvinnan kan påverkas av beskedet, detta gör även de närstående genom att snabbt anpassa sig till den nya situationen. Landmark et al. (2002) menar vidare att på så sätt utgör de närstående ett värdefullt stöd och kvinnan kan stärkas av vetskapen att de finns där som stöd. Landmark och Wahl (2002) beskriver behovet av socialt stöd från familjen, främst man och barn, i samband med beskedet och tiden framöver som viktig. Att ha någon form av nätverk runt omkring sig kan vara betydelsefullt för att kunna finna en inre kraft och ork till att kämpa vidare mot sjukdomen (ibid.).

Landmark, Bohler, Loberg och Wahl (2008) påvisar att efter beskedet kan kvinnorna uppleva en mängd känsloreaktioner som kan medföra stress. Vid detta stadium kan olika copingstrategier vara till hjälp för att påverka hanteringen av den nya situationen (ibid.). Lazarus och Folkman (1984) beskriver att människan hela tiden värderar sina känslor och hur känslorna påverkar välmåendet. Lazarus och Folkman (1984) menar att utifrån denna värdering väljs sedan vilken copingstrategi som kommer att användas. Lazarus och Folkman (1984) menar vidare att vilken strategi människan använder beror från person till person och hur människan uppfattar situationen avgör hur och vilken copingstrategi hon använder. Vad som framkallar stress är olika beroende på vilken ålder människan har, på så sätt spelar åldern också in påpekar Lazarus och Folkman (1984). Det finns fyra olika copingstrategier att använda sig av för att hantera stressfyllda situationer menar Lazarus och Folkman (1984), såsom ett bröstcancerbesked. Enligt Lazarus och Folkman (1984) är dessa copingstrategier problemfokuserad coping, emotionsfokuserad coping, omdefinierad coping och undvikande copingstrategier. Enligt Arman, Rehnsfeldt, Lindholm, Hamrin och Eriksson (2004) orsakar bröstcancerbeskedet ett lidande hos kvinnor i alla åldrar, som kan vara negativt för den hälsorelaterade livskvalitén

Hälsorelaterad livskvalité

Det finns många olika definitioner av begreppet hälsorelaterad livskvalité enligt Carr, Gibson och Robinson (2001), men det råder för tillfället ingen konsensus. Carr et al. (2001) är kritiska mot att forskningen ofta beskriver hälsorelaterad livskvalité som något oföränderligt och menar istället att den hälsorelaterad livskvalité som upplevs bör utgå ifrån ett holistiskt

synsätt. Carr et al. (2001) definierar den hälsorelaterade livskvalitén som en individuell uppfattning för varje människa som kommer beskrivas olika trots samma kliniska tillstånd. Carr et al. (2001) tar upp att avståndet mellan de förväntningar personen har och den levda erfarenheten kan jämföras med hälsorelaterad livskvalité. Høyer et al. (2011) har uppmärksammat att kvinnor med en bröstcancerdiagnos har en lägre hälsorelaterad livskvalité i jämförelse med övrig befolkning. Enligt Landmark och Wahl (2002) är känslor relaterade till förlusten av kvinnans bröst en bidragande faktor. Detta kan resultera i en förändrad upplevelse av kroppen, den kvinnliga identiteten och därmed relationen till omgivningen. Brösten har en tydlig koppling till kvinnlighet och sexualitet vilket kan påverka relationen till det motsatta könet och därmed också livskvalitén (ibid.).

Carr et al. (2001) har tagit fram en modell för att kunna göra mätningar av den hälsorelaterade livskvalitén. Denna modell fokuserar på förhållandet mellan förväntningar och erfarenheter menar Carr et al. (2001). Modellen fokuserar även på hur effekterna av sjukdom kan lösa upplevelsen i samband med att erfarenhet av hälsa återgår till ursprunglig nivå, hur sjukdom kan kvarstå med fortsatt besvikelse eller hur individen kan bli glatt överraskad av effekter i sin behandling. Vidare menar Carr et al. (2001) att de flesta åtgärder för att kunna främja upplevelse av livskvalitet är beroende av att upptäcka de negativa effekterna i sjukdomstillståndet som påverkar upplevelse av hälsa och då livskvaliten. Modellen visar relationen mellan individens förväntan och erfarenhet av livskvalitet beskriver Carr et al. (2001). När individens erfarenhet av hälsa inte motsvarar de förväntningar som individen har, uppstår ett glapp som påverkar upplevelsen av hälsa negativt. Den negativa upplevelsen av hälsa inverkar då på individens upplevelse av ett försämrat tillstånd av livskvalitet (Carr et al. 2001). Enligt Landmark et al. (2008) kan kvinnor med bröstcancer uppleva starka känslor av oro och ångest i samband med cancerbeskedet men även framöver. Landmark et al. (2008) menar att ångesten efter beskedet kan kopplas till tankar kring operationen. Carr et al. (2001) beskriver att en längre period av oro eller ångest ofta leder till tankar som påverkar individens upplevelse av hälsa och livskvalitet. Uppkomst av ångest och depressioner är inte ovanligt, detta gör att gapet mellan förväntningar och erfarenheter kvarstår och påverkar upplevelsen av hälsa och livskvalitet. Med tiden kan individen anpassa sina erfarenheter och förväntningar i relation till sjukdom eller symtom vilket bidrar till en acceptans. Att individen accepterar sin sjukdom eller symtom gör att erfarenheter och förväntningar revideras och gapet blir då mindre (ibid.).

Teoretisk referensram

Som teoretisk referensram valdes livsvärldsperspektivet och detta val gjordes därför att begreppen livsvärld, lidande och välbefinnande tydliggör patientperspektivet. Enligt Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) är perspektivet inriktat på livsvärlden och uppmärksammar människans dagliga tillvaro och vardagsvärld. Detta görs genom att se, beskriva och förstå men även genom att analysera hur människor upplever världen (ibid.). Enligt Dahlberg et al. (2003) grundar sig vårdvetenskapen i ett holistiskt tänkande vilket innebär att människan ses som en helhet och bildas av kropp, själ, ande och psyke.

Dahlberg et al. (2003) skildrar begreppet lidande med utgångspunkt i ett vetenskapligt förhållningssätt. Dahlberg et al. (2003) menar att utgångspunkten är människans livsvärld och anser att det både finns ett lidande som är kopplat till livet och ett sjukdomslidande som kan orsakas när människor drabbas av sjukdom och ohälsa via hälso- och sjukvården. Dahlberg et al. (2003) påpekar att det även finns ett vårdlidande som innebär att man blir förnekad som en lidande människa, vilket innebär att människan inte blir sedd eller hörd och inte får den uppmärksamhet som behövs av vården. Detta innebär att värdigheten hos människan istället kränks av vården. Dahlberg et al. (2003) menar vidare att människans livsvärld består av både lidande och välbefinnande då dessa båda förekommer i livet. Den livssituation människan lever i och vilken fas denne befinner sig i påverkar livslidandet som är en del av livsvärlden (ibid.).

Enligt Dahlbergs et al. (2003) tolkning innebär livsvärldsteorin att när en människa drabbas av en sjukdom förändras dennes livsvärld. Dahlbergs et al. (2003) framhåller att på så sätt blir det svårare för andra människor att kunna se situationer och händelser ur samma perspektiv som den sjuke. Detta på grund utav att alla människor är unika och har sin egen personliga livshistoria och upplevelse av denna. Dahlberg et al. (2003) menar att kroppsliga förändringar som uppstår kan påverka livet människan lever eftersom denne nu inte längre kan leva som tidigare. När sjukdom uppstår finns det risk att människan kan uppleva en bristande tillit till sin kropp på grund utav att kroppen inte längre känns igen och uppfattas som okontrollerbar, vid dessa tillfällen kan känslor som bland annat hopplöshet, saknad och skuld uppstå (ibid.). Arman och Rehnsfeldt (2002) påpekar att en bröstcancerdiagnos är något som leder till en förändring hos människan och den dagliga tillvaron. Arman och Rehnsfeldt (2002) menar

vidare att hur människan uppfattar förändringen är individuellt och beror bland annat på ålder och livserfarenhet.

Enligt Dahlberg et al. (2003) är livsvärlden den verklighet människan lever i, för en frisk människa ses denna som självklar. Dahlberg et al. (2003) menar att verkligheten inte blir lika självklar när en människa drabbas av en sjukdom, istället försöker denne då ta vara på viktiga stunder och relationer som kan uppfyllas istället. Hur människan tolkar sin livsvärld beror på hur denna upplever sin hälsa, sitt lidande och välbefinnande (ibid.).

Enligt Dahlberg et al. (2003) är trygghet en viktig del i livsvärldsteorin på grund av att en del av tryggheten försvinner när människan har en sjukdom som hotar vardagen. Vanligt är att människan vill återställa sin trygghet till det normala och som det var innan sjukdomstiden menar Dahlberg et al. (2003). Sjukdomen behöver inte botas utan det kan räcka med att få reda på vad det var som orsakade sjukdomen och på så sätt kan en viss kontroll över situationen infinns igen (ibid.).

Syfte

Syftet med studien var att belysa kvinnors hälsorelaterade livskvalité från bröstcancerbeskedet till operation.

Metod

Metoden som användes var litteraturstudie med en kvalitativ ansats baserad på patografier. Hawkins (1999) menar att en patografi är en skriven berättelse som fokuserar på och ger inblickar om hur det är att leva med en sjukdom och har sällan som syfte att beskriva sjukdomen. Dahlborg Lyckhage (2006) beskriver att skrivna berättelser skall ses som en livsbeskrivning, dessa har oftast till syfte att innehålla detaljerade beskrivningar av hur människan upplever hälsa eller ohälsa utifrån ett vårdvetenskapligt perspektiv. Enligt Olsson och Sörensen (2011) strävar en kvalitativ ansats efter att få en helhetsförståelse och en så komplett bild som möjligt av människans levda situation.

Datinsamling och urval

För att få fram patografiska böcker till resultatet användes Libris som sökmotor. Libris, 2014 är en elektronisk katalog och utgör ett gemensamt bibliotek för de svenska

forskningsbiblioteken. Databasen innefattar cirka sju miljoner rubriker och uppdateras dagligen (ibid). En sökning i Libris med sökorden *bröstcancer* och *biografi* gav 39 träffar, *bröstcancer* och *patografi* gav 0 träffar.

Inklusionskriterierna var att böckerna skulle vara skrivna från tvåtusenåttio och framåt. Böckerna skulle vara bedömda som självbiografier och vara skrivna av kvinnan själv. Minst en tredjedel av boken skulle handla om bröstcancerbeskedet och tiden fram till operation för att få tillräckligt textmaterial att utgå ifrån. Svenska skulle vara böckernas originalspråk för att undvika att perspektiv eller skildringar skulle uppfattas felaktigt. När sökningen avgränsades med inklusionskriterierna föll nio böcker bort på grund av att de var skrivna tidigare än tvåtusenåttio. Ytterligare fem böcker föll bort på grund utav att tiden från bröstcancerbeskedet till operation innefattade mindre än en tredjedel av boken. Fyra böcker föll bort på grund utav att böckerna var skrivna av fler än en författare. Ytterligare fyra böcker föll bort på grund utav att de inte var skrivna av kvinnorna själva. Tre böcker föll bort på grund utav att böckerna inte var skrivna på svenska. Tre böcker kom upp i dubbla exemplar och en bok var inte färdigställd av kvinnan själv och tolkningar kan ha skett. Efter inklusionskriterierna återstod tio patografier som granskades genom att översiktligt läsa dessa och därefter valdes tre böcker ut som ansågs svara mot syftet. De tre patografierna som valdes analyserades och kommer att utgöra resultatet.

När du blir "flintis" kan pappa köra mig till fritids då? av Anneli Andersson, 2004

Handlar om snart 40 åriga Anneli som bor tillsammans med sin man och nioåriga son. Skräcken för cancer har varit påtaglig och efter ett läkarbesök visar det sig att hon är drabbad. Boken handlar om livet före och efter cancerbeskedet, om dagar fyllda av både rädsla och gråt.

Mellan köksfönstret och evigheten. av Karin Thunberg, 2006

Handlar om Karin strax över 50 år som bor tillsammans med sin man. Karin får diagnosen bröstcancer och har sju år tidigare kämpat mot samma diagnos. Vikten av arbete, kärlek och vänskap den närmsta tiden efter bröstcancerbeskedet beskrivs tydligt.

Enbröstad. av Maria Grahn, 2003

Maria jobbar som sjuksköterska, har en särbo och två vuxna barn. En dag känner Maria en knöl i höger bröst som senare visar sig att vara bröstcancer. Hon får två alternativ, operera bort hela bröstet eller göra en tårtbitsoperation och i boken beskrivs Marias tankar inför detta.

Analys

Analysmetoden som användes var Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av kvalitativ innehållsanalys. För att materialet ska tolkas så lite som möjligt kommer fokus att ligga på böckernas manifesta innehåll och på så sätt finns det möjlighet till att vara nära texten utan att förvrida kvinnornas egna upplevelser och tankar. Textmaterialet lästes igenom ett antal gånger, var och en för sig. Detta gjordes för att få en helhetsbild samt en ökad förståelse för hela textmaterialet. Därefter valdes meningseinheter ut som svarade mot syftet, även denna del gjordes var för sig. Varje meningseinhet som valdes ut noterades i ett block tillsammans med bokens titel och sidonummer. Därefter gjordes en avstämning om samma meningseinheter hade noterats. Tillsammans kontrollerades de utvalda meningseinheternas relevans gentemot syftet. Därefter kortades meningseinheterna ner, kondenserades för att göra innehållet i texten tydligt. De kondenserade meningseinheterna kodades sedan för att beskriva meningseinheternas innehåll. Enligt Graneheim och Lundman (2004) ses själva kodningen som en etikett som beskriver vad meningseinheterna innehåller. Koder som innehöll liknande information fick bilda olika fack. Innehållet i de olika facken lästes igenom ett antal gånger och därefter bildades kategorier, denna del gjordes gemensamt. Därefter testades de olika kategoriernas innehåll samt kategorinamnet mot meningseinheterna för att kontrollera att inget väsentligt innehåll hade gått förlorat. De kategorier som bildades reflekterar innehållet i meningseinheterna.

Resultat

Resultatet i denna studie kommer att presenteras med hjälp av fyra kategorier som bildades under analysen. De fyra kategorierna var: *Tankar och känslor kring bröstcancerbeskedet, Känsloreaktioner kopplade till familjemedlemmar, Viljan att leva och en framtidstro samt Stöd från omgivningen.*

Tankar och känslor kring bröstcancerbeskedet

Analysen visade att de kvinnor som fick sitt bröstcancerbesked på sjukhuset tillsammans med en läkare och en sjuksköterska beskrev beskedet som en chock som medförde svårigheter att hantera känslorna som uppstod. Kvinnorna reagerade med olika känslor vid beskedet, såsom att skratta, göra ironi av situationen, stänga av och förtränga det som sades (Andersson, 2004., Grahn, 2003). En kvinna som fick bröstcancerbeskedet via telefon beskrev händelsen som överklig. Kvinnan upplevde en känsla av att kroppen stängdes av och att informationen läkaren gav trängdes bort (Thunberg, 2006). Det visade sig att kvinnorna under en längre tid trott sig veta att de hade cancer innan de fick beskedet, detta på grund av att de upplevt att de inte känt igen sin kropp samt att de upplevt någon form av förändring av bröstet. Dessa känslor och tankar bidrog till rädsla inför döden. Trots detta framkallade beskedet en chockreaktion. Cancerbeskedet kopplades direkt till döden och kvinnorna upplevde att sjukdomen hade ett fast grepp om dem och spreds i deras kroppar och på så sätt förändrade deras livssituation negativt. Detta fick dem att inse att situationen var allvarligt och på riktigt. (Andersson, 2004., Grahn, 2006). Det framkom att de som förberett sig på att det värsta kunde hända och på hur framtiden då kunde komma att se ut hanterade beskedet med en mer positiv inställning. Kvinnan visste redan vid beskedet hur operationen skulle gå till och hade förberett sig mentalt inför framtiden (Grahn, 2006).

Detta hemska första dygn kommer jag ihåg nästan minut för minut. En ångest som är svår att beskriva. Hur sjuk var jag? Hur långt hade det spridit sig? Var jag kanske full av metastaser? Skulle jag leva en månad till? Längre? Kortare? (Andersson, 2004, s. 11-12).

Känsloreaktioner kopplade till familjemedlemmar

Kvinnorna med bröstcancer som precis fått diagnosen upplevde en oro som följde dem i vardagen och den var nästintill omöjlig att koppla bort. Den konstanta oroskänslan beskrevs som pendlade tankar mellan hopp och förtvivlan både dag som natt. Kvinnorna beskrev att många existentiella frågor uppstod, varför just de hade drabbats, om cancer hade spridit sig, tankar och funderingar om de skulle överleva bröstcancersjukdomen. Existentiella frågor som dessa medförde ångest och oro hos alla kvinnorna. Kvinnorna med bröstcancer upplevde även skuld-känslor relaterade till sina barn (Andersson, 2004., Thunberg, 2006., Grahn, 2003). Oroskänslor över sina barn upplevdes ofta i form av tankar om hur barnen skulle klara sig utan sin mamma. Kvinnorna ville inte gå miste om sina barns uppväxt och framtid och förklarade även att de som mamma ville vara delaktiga i barnens uppväxt och kunna ge stöd i både med och motgångar. Kvinnorna beskrev tydligt att de inte var redo för döden och att skiljas från sina nära och kära. De beskrev känslorna som en konstant pendling mellan rädsla, kaos, ilska och gråt. Kvinnorna upplevde att den konstanta oron gav en negativ inverkan på det vardagliga livet och att sömnen påverkades mycket. De beskrev att sömnbristen kunde vara en orsak till att känslorreaktionerna förstärktes och att detta påverkade livskvaliteten och livssituationen negativt (Andersson, 2004., Thunberg, 2006., Grahn, 2003). Viljan och förväntningarna om att vara samma glada, roliga mamma som innan sjukdomen var något som skulle hållas kvar. Kvinnornas förväntningar av sin mammaroll blev inte som de hoppats på. Istället beskrevs känslan av att inte kunna vara den mamma som deras barn var i behov av och detta blev en bidragande faktor till att skuld-känslor uppstod. En annan faktor som bidrog till skuld-känslor var tankar om att inget barn är redo att förlora sin mamma oavsett vilken ålder barnen hade. Perioden från bröstcancerbeskedet till operation var en turbulent tid för alla inblandade och mamman tog på sig skulden över att uppväxten för barnen inte blev så harmonisk och bra som det var menat (Andersson, 2004., Thunberg, 2006).

Man önskar varje barn en lugn och harmonisk uppväxt med en bullbakande, rosig mamma som kokar varm choklad och sätter plåster på ens onda knä. En trygg mamma som finns där när man drömmer onda drömmar och som skrämmer bort det farliga. En mamma som alltid kommer att finnas där i bakgrunden som ett stöd och trygghet. Inte en mamma som är sjuk och rädd och kanske snart skall dö. (Andersson, 2004, s.34).

Kvinnorna upplevde även skuld känslor relaterade till sina män då dessa stod dem väldigt nära och alltid var ett stöd. Kvinnorna hade svårt att få grepp om hur deras män upplevde och hanterade situationen, vilket bidrog till skuld känslor. Det beskrevs att kvinnorna upplevde det som att deras män i helhet hade det jobbigare än de själva i den situationen de hade hamnat i. Kvinnorna med bröstcancer beskrev hjälplösheten som en av de bidragande faktorerna till de skuld känslor som uppstod. Känslan av att inte kunna göra något åt situationen som uppstått och den oro som skapades hos deras män fick kvinnorna att ta på skulden (Andersson, 2004., Thunberg, 2006).

*Bakom mig skymtar jag Anders, han är blek och har ögon svarta av oro.
Detta kommer bli värst för honom. Hur ska jag kunna leva med att göra
honom så orolig. (Thunberg, 2006, s.13).*

Viljan till att leva och en framtidstro

Då kvinnorna beskrev allt det jobbiga, framkom det trots allt en känsla av hopp inför framtiden. De upplevde att viljan att överleva ännu fanns kvar hos dem och att sjukdomen inte skulle tillåtas att sätta stopp för framtiden. De beslutade sig för att de nu skulle se sin livssituation som en strid där de skulle ta upp kampen och inte ge upp, utan kämpa och vinna den och på så sätt överleva sjukdomen. Det ingav hopp och förväntningar på att få vara en del av framtiden. De hade olika planer i framtiden att se fram emot, att kämpa för och som höll dem uppe när tankar och känslor var som värst. Läkemedel i olika former upplevdes som positivt och gav en lugnande effekt. Detta ökade tron om att deras liv kunde räddas (Andersson, 2004., Thunberg, 2006). Att få överleva fram till olika familjehögtider eller uppsatta mål upplevdes som en viktig del i kampen om livet. Kvinnorna beskrev att högtider som var viktiga på olika sätt kunde bygga upp en känsla av hopp. Ett hopp om att få överleva till de dagar som sågs framemot och då få möjlighet att samla familj och vänner tillsammans igen. Kvinnorna beskrev även att ett besked om att det fanns möjlighet till att bli frisk igen, upplevdes som en stor seger, en lycka som ingav både hopp inför framtiden och en viljekraft till att orka fortsätta kampen om överlevnad (Andersson, 2004). En av kvinnorna använde bilder tagna på sina bröst som bearbetning för att kunna förstå och tänka vad som skulle ske med hennes kropp. Detta gjordes dels för att i efterhand kunna blicka tillbaka, dels för att

förstå vad som hade skett under sjukdomstiden samt för att kvinnan hade en framtidstro om att klara av den livssituation hon hamnat i (Grahn, 2003).

Någonstans i detta kaos växte en beslutsamhet fram. Jag måste klara mig. Jag ska bara klara mig. Jag måste bara ta tag i hela situationen nu och tänka klart. (Thunberg, 2006, s.15).

Stöd från omgivningen

Kvinnorna beskrev familjen som ett tryggt och viktigt stöd i processen som gav ork att kämpa vidare mot bröstcancern. Familjens stöd hjälpte kvinnorna att klara av att hantera de psykologiska reaktionerna och på så sätt minskade rädslan och hela situationen upplevdes mindre otäck. Kvinnorna förklarade att öppenhet mot familjen gjorde att alla kände sig bekväma och vågade prata med varandra om sjukdomen. Frågor om framtiden var till hjälp för att kunna bearbeta framtiden och situationen de hamnat i. De beskrev även sina vänner och arbetskamrater som viktiga delar i bearbetningen, de gav ett betydande stöd och fick kvinnorna att känna sig sedda och att de inte var bortglömda. En tanke från en vän i form utav ett meddelande på telefonen kunde betyda mycket för kvinnorna. Detta förmedlade en känsla av att de aldrig behövde känna sig ensamma. Den fysiska närheten av nära och kära i form utav en famn eller en hand upplevdes som en svårslagen lugnande effekt. Att nära och kära fanns med under denna period resulterades i att kvinnorna upplevde livssituationen de hamnat i som mer positiv. Kvinnorna beskrev familjen och vännerna som deras skyddsnät och trygghet. De viktigaste ståndpelarna för kvinnorna lyftes fram som kärlek, vänskap och arbete. Männerna fanns alltid vid deras sida, både vid med och motgångar vilket var betydande och den viktigaste delen för kvinnorna (Andersson, 2004., Grahn, 2003., Thunberg, 2006).

På något dygn hade hela familjen slutit upp och stöttat Kjell och mig. Det var såhär i efterhand en stor bidragande orsak till att jag lyckades klara den psykiska biten så bra hela vägen. Jag hade ett alldeles underbart skyddsnät som fångade upp mig när jag rasade (Andersson, 2004, s. 13).

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med studien var att belysa kvinnors hälsorelaterade livskvalité från bröstcancerbeskedet till operation. Studien utgick ifrån patografier och har en kvalitativ ansats. Henricson och Billhult (2012) påvisar att en metod med kvalitativ ansats är relevant för att få en fördjupad förståelse och analys av upplevelser, människors känslor och erfarenheter. Enligt Segesten (2012) ses patografier som utgår ifrån skönlitterära böcker som en lämplig källa för att få fram tillförlitlighet för valt ämne då böckerna baseras på författarens egna upplevelser. Patografierna ger en personlig spegling av hur den hälsorelaterade livskvalitén upplevs från bröstcancerbeskedet till operation. Patografierna är inte sammanställda av någon forskare och på så sätt har inte någon tolkning skett till skillnad från vetenskapliga artiklar. Att utgå ifrån patografier anses därför relevant för denna studie. Segesten (2012) menar att i vetenskapliga artiklar baseras studier på ett antal deltagare vilket gör att fokusering på människans egna upplevelser inte framkommer lika tydligt som i patografier.

Sökningen efter patografier gjordes i Libris bibliotekskatalog. *Bröstcancer* och *biografi* var sökorden som användes. Istället för patografier som sökord användes biografier eftersom patografier är sorterade som biografier. Då dessa sökord var likvärdiga med patografier som sammankopplas med studiens syfte valdes inga övriga sökord. Sökorden ansågs vara bra då de gav relevanta träffar. Studien begränsades till svenska språket och kan därför utesluta patografier med innehåll av värde för studien. Detta på grund av att böckerna som uteslöts kan ha relevant information som kunnat styrka resultatet. Enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) bör språket begränsas till författarnas språk för att undvika att feltolkningar sker vilket kan påverka resultatet. Patografier skrivna före 2000 exkluderades eftersom studien valdes att rikta in sig mot textmaterial som inte skulle vara äldre än 15 år för att kunna få en bild av hur kvinnors hälsorelaterade livskvalité påverkas idag. Detta för att sjuksköterskor ska kunna bemöta dessa kvinnor professionellt. Även böcker där innehållet från bröstcancerbeskedet till operation var mindre än en tredjedel sidor exkluderades eftersom det ansågs vara för lite textmaterial. Detta inklusionskriterie kan vara negativt för studien då även ett fåtal sidor kan innehålla relevant information. Sökningen gav 39 träffar och efter inklusionskriterierna återstod tio patografier som granskades. Efter granskningen

återstod tre böcker som ansågs lämpliga för studiens syfte. De sju böckerna som exkluderades fokuserade mycket på den kommande operationen och gav en känsla som inte kändes relevant för syftet.

Patografierna har analyserats med en kvalitativ innehållsanalys. Analysmetoden är lämplig att använda sig av för att analysera självbiografier och är inspirerad av Graneheim och Lundman (2004). Analysens första steg där böckerna lästes igenom och meningsenheter plockades ut valdes att genomföras på egen hand för att skapa en egen uppfattning av materialet som används utan att påverka varandra. Detta visade sig vara positivt då två olika synvinklar uppstod av patografierna. Analysprocessen gjordes om ett antal gånger på grund av svårigheter att bilda passande kategorier till de utplockade meningsenheterna. Graneheim och Lundman (2004) menar att svårigheter kan uppstå vid kategorisering av meningsenheterna eftersom de kan passa till flera kategorier. Att hitta en gemensam kategori till de olika koderna kan även det vara svårt (ibid.). För att uppnå en högre tillförlitlighet för resultatet användes citat då det är författarens egna ord som illustreras.

Resultatet kan påverkas av att två av författarna till patografierna är journalister och kan därmed ha en förkunskap i att förmedla känslor och påverka andra i skrift. En av kvinnorna skrev om sitt återfall i sin patografin vilket också kan påverka resultatet. I patografier kan författaren förvräda den verkliga upplevelsen och tankarna kring detta vilket kan påverka resultatet. Resultatet kan även påverkas av att kvinnornas upplevelser i vissa fall förfinas för att patografierna ska bli så intressanta och välskrivna som möjligt. Information som framkommer i patografierna kan lämnas osagt i en intervju på grund av att kvinnorna inte vågar öppna sig helt inför en främmande person och att studera patografier kan då ge en djupare förståelse av kvinnornas upplevelser. Vid intervjuer finns fördelar som att frågorna som väljs ut fokuserar på att svara på syftet. Till skillnad från patografier där det även finns mycket information som inte är relevant för studiens syfte. Därför kan resultatets utbud bli smalare än om intervjuer hade valts.

Resultatdiskussion

Kvinnorna i resultatet upplevde oroskänslor inför framtiden som grundade sig i existentiella frågor som om de kommer att överleva sjukdomen eller varför just de hade drabbats.

Oroskänslorna var även relaterade till barnen och familjen då kvinnorna inte kände sig redo för döden och inte ville missa sina barns uppväxt. Enligt Carr et al. (2011) modell är det en

naturlig reaktion och upplevelse då det uppstår ett glapp mellan de förväntningar och erfarenheter kvinnorna har på sin mammaroll. Cancerbeskedet skapar oro och ångest för framtiden och tillståndet de hamnar i gör att de inte klarar av att möta sina förväntningar av sin mamma och hustruroll. Detta skapar i sin tur en negativ upplevelse hos kvinnorna av hälsotillståndet vilket bidrar till att de upplever en sämre livskvalitet. Landmark och Wahl (2002) beskriver att kvinnorna även kan ha svårigheter i att se hur framtiden kommer att utspela sig men påpekar också de existentiella tankarna. Kvinnorna i resultatet hade många tankar kring att inget barn ska behöva mista sin mamma. Kvinnorna upplevde även att barnens uppväxt inte blev som de önskat och tidigare tänkt sig, vilket ledde till att kvinnorna tog på sig skulden för detta. Även Travado och Reis (2013) menar att kvinnor efter bröstcancerbeskedet kan påbörja en period med existentiella tankar som påverkar både kvinnan och hennes anhöriga. Carr et al. (2001) förklarar i sin modell att när människans erfarenheter inte motsvarar de förväntningar som finns uppstår ett glapp som påverkar människans hälsa negativt. Resultatet visade att kvinnorna upplevde att barnens uppväxt inte blev som de önskat. Carr et al. (2001) förklarar att detta beror på att kvinnornas förväntningar inte motsvarade den levda erfarenheten och på så vis upplevs en negativ inverkan på människans hälsa och ett försämrat tillstånd av livskvalitén uppstår.

Resultatet visade att bröstcancerbeskedet inte alltid ges enligt de rekommendationer som ska tillämpas. Salander (2003) beskriver att vid bröstcancerbeskedet ska gärna sjuksköterska vara närvarande för att sedan finnas där som stöd efteråt. Under tiden beskedet ges är det stor risk att kvinnan inte riktigt uppfattar vad det är som sagts under samtalets gång och på så sätt kan sjuksköterskan vara till hjälp efteråt för att svara på frågor och förklara situationen (Salander, 2003). Resultatet visar betydelsen av att sjukvården arbetar enligt Salanders rekommendationer, då kvinnan som fick sitt cancerbesked i telefon reagerade genom att inte vara mottaglig för information som gavs. Dahlberg et al. (2003) menar att det även finns ett vårdlidande det vill säga att människan blir förnekad som en lidande människa, vilket innebär att människan kränks av vården istället för att uppmärksammas. I resultatet framkom det att en av kvinnorna fick sitt bröstcancerbesked via telefon och på så sätt blir kvinnan varken sedd eller hörd och ett vårdlidande kan uppstå och påverka upplevelsen av livskvalité.

Kvinnorna i resultatet beskrev känslan av otrygghet men genom att mannen fanns med då beskedet gavs, ökades deras upplevelse av trygghet. Kvinnorna i resultatet belyste betydelsen av stödet från familjen och den positiva påverkan som medförde trygghet i den nyuppkomna

livssituationen. Kvinnorna upplevde familj och vänners trygghet som ett skyddsnät där kärlek, vänskap och arbete sågs som viktiga delar under processens gång. Det framhölls även att maken hade en avgörande roll och ansågs vara den viktigaste personen för att de skulle kunna uppleva trygghet. Drageset, Lindstrøm och Underlids (2010) studie stödjer detta resultat och menar att familj och vänner är en viktig del för att kvinnan skall kunna hantera tiden mellan bröstcancerbeskedet fram till operation. Detta talar för att stödet från familj och vänner påverkar den största delen av tryggheten (ibid.). Dahlberg et al. (2003) belyser att en viktig del i livsvärldsteorin är tryggheten. En del av tryggheten kan försvinna om en hotande sjukdom tar över vardagen (ibid.). Det tyder på att familj och vänners trygghet är viktigt när en kvinna drabbats av bröstcancer, vilket stöds i resultatet av kvinnornas beskrivning av deras upplevelser.

Resultatet visar att bröstcancerbeskedet utlöste ett chockartat tillstånd som kvinnorna hanterade olika. Enligt Dickerson-Coward och Kahn (2005) är det den reaktionen som flest kvinnor upplever i samband med bröstcancerbeskedet. Carr et al. (2011) menar att även om individer har samma kliniska tillstånd är reaktionerna ofta väldigt individuella. Cullberg (2003) förklarar att en människa som är i chocktillstånd befinner sig i ett psykiskt kristillstånd. Kristillståndet innebär att tidigare erfarenheter och reaktioner som människan har inte räcker till för att kunna klara av situationen som uppstått (Cullberg, 2003). Kovero och Tykkä (2002) påvisar att beskedet av en livshotande diagnos kan ge en traumatisk upplevelse. Kovero och Tykkä (2002) styrker även att beskedet kan komma som en fullständig överraskning och medföra chockliknande symtom. Kvinnorna i resultatet beskrev att de var förberedda på ett cancerbesked då de känt detta på sig. Även att de i samband med bröstcancerbeskedet fick en rädsla för döden, att sjukdomen ska sprida sig och ta över. Kvinnorna förstod allvaret i sjukdomen och förberedde sig på det värsta. Dahlberg et al. (2003) menar att människans livsvärld innefattar både lidande och välbefinnande, vilken livssituation och fas människan befinner sig i påverkar livslidandet. Dickerson-Coward och Kahn (2004) menar att kvinnorna vid beskedet upplever en rädsla för döden som är en stark emotionell upplevelse för kvinnorna att hantera. I resultatet framkom det att kvinnorna redan innan bröstcancerbeskedet haft en känsla av att de var drabbade av bröstcancer på grund av att de upplevt att de inte känt igen sina kroppar. Redan då framkom en rädsla för framtidens ovisshet och för att dö. Enligt Landmark et al. (2001) kan kvinnor redan innan diagnosen uppleva en rädsla för döden. Rädslan som kvinnorna känner orsakar ett hot för framtiden

(ibid.). Arora, Finney-Rutten, Gustafson, Moser och Hawkins (2007) stärker att en osäkerhet inför framtiden framkallas efter bröstcancerbeskedet.

I resultatet framkommer det att kvinnorna trots det tuffa beskedet upplevde en viljekraft och beslutsamhet att ta kampen mot sjukdomen, för att få hopp om framtiden. I processen kring sjukdomen beskrevs familjen som ett viktigt stöd och en trygghet. Kvinnorna beskrev det som att familjen var bidragande till att minska rädslor och vidrigheter kring situationen de hamnat i. Arbetskamrater och vänner beskrevs även de som en viktig del i bearbetningen av bröstcancerdiagnosen. Enligt Landmark och Wahl (2002) är upplevelser som berör nära relationer, framtiden, viktiga frågor i livet, tro och tvivel och förändringar relaterade till viljan att leva. Landmark et al. (2001) styrker att efter bröstcancerdiagnosen infinner sig en vilja att leva. Dahlberg et al. (2003) beskriver livsvärlden som en självklarhet för en frisk människa vilket innefattar den verklighet människan lever i. Dahlberg et al. (2003) menar att människor som drabbats av en sjukdom inte längre ser verkligheten som lika självklar på grund av att framtiden är mer oförutsägbar än hos en frisk människa. Detta kan tolkas genom att kvinnorna väljer att ta vara på viktiga relationer och stunder i livet. Dahlberg (2003) menar att även om en människa som drabbats av en sjukdom känner ett lidande kan denne också uppleva en glädje och ett välbefinnande i detta (ibid.). Landmark et al. (2008); Landmark et al. (2002); Landmark och Wahl (2002) och Taleghani, Parsa-Yekta, och Nikbakht-Nasrabadi (2006) belyser att nära anhöriga och övrigt socialt stöd är viktigt för att kvinnorna ska kunna hantera den nya situationen. Resultatet visar på vilken betydelse anhöriga, vänner och arbetskamraters stöd varit och betydelsen av att det sociala nätverket funnits kvar har bidragit till en bättre livskvalité hos dem alla.

Slutsats

Bröstcancerdiagnosen orsakade en förändring och påverkan på kvinnornas hälsorelaterade livskvalité. Vid diagnosen upplevdes en mängd existentiella och emotionella tankar som orsakar lidande för kvinnorna. Trots den jobbiga och förändrade livssituationen växte en vilja och ett hopp om att överleva fram hos kvinnorna. Tiden från beskedet och framöver är stöd från omgivningen det som värdesätts högst för att kunna hantera den nya livssituationen som uppstått. Att bröstcancerbeskedet ges enligt de rekommendationer som finns är avgörande och har förmågan att påverka hur kvinnan hanterar sin livssituation. Den föreliggande studiens resultat bidrar till en ökad förståelse för kvinnor med bröstcancer och deras

hälsorelaterade livskvalité i samband med bröstcancerbeskedet och den närmsta tiden därefter. Resultatet kan användas som ett underlag för kritisk reflektion bland vårdpersonal angående vård och bemötande av kvinnor med bröstcancer vid besked av diagnos och den korta tiden fram till operation. För att omvårdnaden och bemötandet av kvinnor som drabbats av bröstcancer ska kunna utvecklas är vidare studier av intresse för att förbättra den hälsorelaterade livskvalitén.

Självständighet

Hanna-Melina och Amanda sökte tillsammans patografier till studien. Artiklar till bakgrunden sökte båda på varsitt håll för att sedan gå igenom dessa tillsammans och plocka ut de väsentliga. Metoden skrev Hanna-Melina och Amanda tillsammans och alla patografier lästes ett flertal gånger av båda. Meningsenheterna plockades ut var för sig och jämfördes sedan. Resultat, metoddiskussion och resultatdiskussion skrevs tillsammans och Hanna-Melina hade det skriftliga huvudansvaret och Amanda hade huvudansvaret för att hitta relevanta artiklar och bra fakta. Amanda hade det skriftliga huvudansvaret för den teoretiska referensramen. Huvudansvar innebär inte att personen har haft hela ansvaret för sig själv utan vi har hjälpts åt även i detta. Både Hanna-Melina och Amanda har aktivt deltagit i arbetets alla delar.

Referenser

- Andersson, A. (2004). *När du blir "flintis" kan papa köra mig till fritids då? – att leva med bröstcancer*. Eskilstuna: Anelia.
- Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2002). Living with breastcancer – a challenge to expansive and creative forces. *European Journal of cancer care, 11*, 290-296.
- Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., Hamrin, E., & Eriksson, K. (2004). Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences. *International Journal of Nursing Practice 10*, 248–256.
- Arora, N.A., Finney-Rutten, L.J., Gustafson, D.H., Moser, R., & Hawkins, R.P. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology, 16*, 474-486.
- Carr, A., Gibson, B., & Robinson, P. (2001). Is quality of life determined by expectations or experience? *British Medical Journal 322*, 1240-1243.
- Cullberg, J. (2003). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dahlberg, K., Segersten, K., Nyström, M., Suserud B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlborg Lyckhage, E. (2006). Att analysera berättelser (narativer). F. Friberg (Red). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (139-151). Studentlitteratur AB: Lund.
- Dickerson Coward, D. & Kahn D.L. (2005). Transcending breast cancer: making meaning from diagnosis and treatment. *Journal of Holistic Nursing, 23*, 264-283.
- Doumit, M., El Saghir, N., Abu-Saad Huijjer, H., Kelley, J., & Nassar, N. (2010). Living with breast cancer, a Lebanese experience. *European Journal of Oncology Nursing, 14*, 42-48.
- Drageset, S., Lindstrøm, T.C. & Underlid, K. (2010). Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *Journal of Advanced Nursing 66*, 149–158.
- Fallbjörk, U., Rasmussen, B, Karlsson, S., & Sallander, P. (2012). Aspects of body image after mastectomy due to breast cancer e A two-year follow-up study. *European Journal of Oncology Nursing 17*, 340-345.
- Frank, Å., Gran, A., Rundqvist, E., & Arman, M. (2008). *Bröstcancer - levd erfarenhet och fakta*.
- Giese-Davis, J., Bliss-Isberg, C., Carson, K., Star, P., Donaghy, J., Cordovad, M., Stevnes, N., Wittenberg, L., Batten, C., & Spiegel, D. (2006). The effect of peer counseling on quality

of life following diagnosis of breast cancer: An observational study. *Psycho-Oncology*, 15, 1014-1022.

Grahn, M. (2003). *Enbröstad*. Göteborg: Tre Böcker.

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

Hawkins, A. (1999). Pathography: patient narratives of illness. *Western Journal of Medicine*, 171, 127-129

Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. 129-138. Lund: Studentlitteratur.

Høyer, M., Johansson, B., Nordin, K., Bergkvist, L., Ahlgren, J., Lidin-Lindqvist, A., Lambe, M., & Lampic, C. (2011). Health-related quality of life among women with breast cancer – a population - based study. *Informa Healthcare* 50, 1015-1026.

Katapodi, M.C., & Aouizerat, B.E. (2005) Do women in the community recognize hereditary and sporadic breast cancer risk factors? *Oncology nursing forum*, 32, 617-623.

Kovero, C. & Tykkä, E. (2002). Att insjukna i bröstcancer. *Vård i Norden*, 22, 15-20.

Lackey, N., Gates, M., & Brown, G. (2001). African American women's experiences with the initial discovery, diagnosis and treatment of breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28, 519-27.

Landmark, B.T., Bohler, A., Loberg, K. & Wahl, A.K. (2008). Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing*, 17, 192-200.

Landmark, B.T., Strandmark, M., & Wahl, A. (2001). Living with newly diagnosed breast cancer-the meaning of existential issues. *Cancer Nursing*, 24, 220-226.

Landmark, B.T., Strandmark, M., & Wahl, A. (2002). Breast cancer and experiences of social support. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 16, 216-223.

Landmark, B-T., & Wahl, A. (2002). Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Advanced Nursing* 40,112–121.

Larsson, J., Sandelin, K., & Forsberg, C. (2010). Health-Related Quality of Life and Healthcare Experiences in Breast Cancer Patients in a Study of Swedish Women. *Cancer Nursing*, 33, 164-170.

Lazarus R-S., Folkman, D. (1984) *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Co: New York.

Libris - Nationella bibliotekssystem. (2014). *Om Libris*. Hämtad 2014-10-19 från:
http://librishelp.libris.kb.se/help/about_libris_swe.jsp?redirected=true&pref_is_set=&textsize=&contrast=&language=se

Nystrand, A. (2014). *Bröstcancer*. Hämtad 2014-10-19 från:
<http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Cancersjukdomar/Brostcancer/>

Odle, T. (2014). Adverse Effects of Breast Cancer Treatment. *Radiologic Technology*, 85, 297-323.

Olsson, H & Sörensen, S. (2011) *Forskningsprocessen – Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB

Perreault, A., & Fothergill-Bourbonnais, F. (2005). The experience off suffering as lived by women with breast cancer. *International Journal of Palliative Nursing*, 11, 510-519.

Ptacek, J-T., & Ellison, N-M. (2000). Health care providers' perspectives on breaking bad news to patients. *Critical Care Nursing Quarterly*, 23, s. 51-59

Salander, P. (2003). Cancerbeskedet – mer en fråga om relation än om information. *Läkartidningen*, 100, 510-516.

Segesten, K. (2012). Användbara texter. F. Friberg (Red). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (37-44). Studentlitteratur AB: Lund

Taleghani, F., Parsa-Yekta, Z., & Nikbakht-Nasrabadi, A. (2006). Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *Journal of Advanced Nursing*, 54, 265-273.

Thunberg, K. (2006) *Mellan köksfönstret och evigheten – om kärlek, vänskap och arbete*. Stockholm: Bromberg.

Travado, L., & Reis, J-C. (2013). Breast cancer meanings: a cognitive-developmental study. *Psycho-Oncology*, 22, 2016-2023.

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

Önneby- Eliasson, M. (2008). *Chock vid beskedet*. Hämtad 2015-01-09 från:
<http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Artikelarkiv/Ovrigt/Chock-vid-beskedet/>

Bilaga 1 Exempel på analysförande

Meningsenheter	Kondenserade meningsenheter	Kod	Kategori
”Jag är ingen sådan människa som påstår att jag har levt ett liv och därför inte är rädd för att dö. Jag är omoget och omodernt skräckslagen.” (Thunberg, 2006, s. 13)	Har inte levt ett liv och därför inte rädd för döden. Jag är skräckslagen.	Rädsla för döden.	Tankar och känslor kring bröstcancerbeskedet
”Så var dagen kommen. Återigen en dag i skräck och ångest. Det hade hunnit bli några sådana dagar och fler skulle det tyvärr bli. Tillfällen som inte liknade något annat jag tidigare upplevt. Ett lotteri med livet som insatts.” (Andersson, 2004, s.34)	Dagar i skräck och ångest och fler skulle det bli. Liknar ingen tidigare upplevelse, nu är livet insatsen.	Skräck och ångest	
Min bror Peter var med som ett peppande stöd. Naturligvis var Kjell med, men jag visst hur otroligt dåligt han mådde av att vara med vid alla dessa tillfället och det smittar av sig. (Andersson, 2004, s.34)	Jag visste hur dåligt Kjell mådde av att vara med vid alla tillfällen, vilket smittade av sig	Skuld känslor	Känsloreaktioner kopplade till familjemedlemmar
Bakom mig skymtar jag Anders, han är blek och har ögon svarta av oro. Detta kommer bli värst för honom. Hur ska jag kunna leva med att göra honom så orolig? (Thunberg, 2006, s.13)	Detta kommer att blir värst för Anders, hur ska jag leva med att göra honom så orolig?	Oro och ångest	
”Vetskapen om att nu jobbar medicinen mot cancer var lugnande och läkande. Detta hemska orangea gift var något underbart för mig. Varje droppe var guld värd och skulle hjälpa mig att överleva.” (Andersson, 2004, s.31)	Medicinen jobbar mot cancer vilket är lugnande och läkande. Medicinen är guld värd och en hjälp till överlevnad.	Hopp om överlevnad	Viljan till att leva och en framtidstro
”Förbannade död, håll dig borta. Jag ska måla mina naglar knallröda och slåss mot dig med mina bara händer. Bara så du vet.” (Thunberg, 2006, s.11)	Jag ska slåss mot döden med mina bara händer.	Viljan att leva	

<p>”Jag är glad att jag har valt att inte på något sätt dölja vad det är som ska hända med mig. Tack vare de får jag mycket stöd av min omgivning och de känner att inga frågor är farliga eller förbjudna.” (Grahm, 2003, s. 20)</p>	<p>Döljer inte vad som ska hända och får därför mycket stöd från omgivningen. Inga frågor är förbjudna.</p>	<p>Öppenhet och stöd</p>	<p>Stöd från omgivningen</p>
<p>”Vad får oss att orka? Det kan vara kärlek, att någon sträcker ut sin hand när natten är som svartast. Att någon hittar din hand mellan trassliga lakan och trycker till helt lätt. Inga mediciner i världen lugnar lika effektivt som en älskad människas hud och famn.” (Thunberg, 2006, s.11)</p>	<p>Inga mediciner kan lugna lika effektivt som en älskad människas hud och famn.</p>	<p>Trygghet</p>	