



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

# Hur kvinnor med bröstcancer upplever stödet från hälso- och sjukvårdspersonal

Evelina Andersson

Erika Isaksson

Handledare: Monika Nilsson

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Sektionen för hälsa

Karlskrona Januari 2014

# Hur kvinnor med bröstcancer upplever stödet från hälso- och sjukvårdspersonal

Evelina Andersson  
Erika Isaksson

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Bröstcancer är den vanligaste formen av cancer bland världens kvinnor. Kvinnorna med bröstcancer behöver stöd. Kvinnor med bröstcancer upplever ofta brister i stödet från hälso- och sjukvårdspersonalen. Stöd innefattar emotionellt stöd, informativt stöd och instrumentellt stöd. En professionell sjuksköterska bör hjälpa patienten och dess närstående att klara av upplevelserna av en sjukdom eller ett lidande, och ibland hjälpa de att se en mening med upplevelserna. Som sjuksköterska är det viktigt att förstå kvinnors behov av stöd vid bröstcancer. Det är även viktigt att ta del av kvinnors egna beskrivningar kring upplevelser av stöd, vilket kan ge ett underlag för att kunna lindra lidandet för kvinnor med bröstcancer.

**Syfte:** Syftet var att belysa hur kvinnor med bröstcancer upplevde stöd från hälso- och sjukvårdspersonal.

**Metod:** Studie med kvalitativ ansats som utgår ifrån patografier. Patografierna analyserades utifrån Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av innehållsanalys för kvalitativa metoder. I studien användes fem patografier.

**Resultat:** Resultatet bygger på fyra kategorier som framkom ur analysen. Kategorierna beskriver hur kvinnor med bröstcancer kan uppleva stöd från hälso- och sjukvårdspersonal. Studiens resultat visar att kvinnor med bröstcancer upplever hälso- och sjukvårdspersonalens stöd som tillfredställande i vissa situationer och bristfälligt i andra. Kvinnorna med bröstcancer upplever hälso- och sjukvårdspersonalens stöd som avgörande för deras välmående under sjukdomstiden.

**Slutsats:** Studien kan ge en ökad förståelse om hur kvinnor med bröstcancer upplevde stöd från hälso- och sjukvårdspersonal under sin sjukdomstid. Studien kan även ge en ökad förståelse för hur hälso- och sjukvårdspersonal kan förena stöd på olika sätt för att underlätta den påfrestande situationen som kvinnor med bröstcancer befinner sig i under sin sjukdomstid.

**Nyckelord:** Bröstcancer, hälso- och sjukvårdspersonal, kvinnor, patografier, stöd, upplevelser

# Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	4
Bröstcancer	4
Stöd	5
Hälso- och sjukvårdspersonal	6
Hälso- och sjukvårdspersonalens stöd	7
Teoretisk referensram	7
Syfte	8
Metod	8
Urval	8
Datainsamling	9
När du blir ”flintis” kan pappa köra mig till fritids då?- att leva med bröstcancer av Anneli Andersson (2004)	9
Enbröstad av Maria Grahm (2003)	9
Ovanför molnen är himlen blå av Greta-Lis Krokfors-Lindsjö (2000)	10
Bröstresan av Ulrika Palmcrantz (2011)	10
Mellan köksfönstret och evigheten – Om kärlek, vänskap och arbete av Karin Thunberg (2006)	10
Analysmetod	10
Resultat	11
Bemötande från hälso- och sjukvårdspersonalen	11
Information och besked	12
Betydelsen av att få tala om sjukdomen	14
Brister från hälso- och sjukvårdspersonalen efter avslutad behandling	15
Diskussion	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	18
Slutsats	20
Självständighet	21
Referenser	22
Bilaga 1 Exempel på analysförfarande	25

## Inledning

Enligt Coughlin och Ekwueme (2009) är bröstcancer ett världsomfattande problem. Kovero och Tykkä (2002) menar att kvinnor med bröstcancer upplever stor rädsla och ångest. Det kan innebära stor oro inför framtiden med hopplöshet, dödsångest och en känsla av att inte kunna få svar på sina frågor. Hälso- och sjukvårdspersonalens stöd är en central del för kvinnorna i deras hantering av sjukdomen (ibid.). Ödling, Nordberg och Danielson (2002) menar att det främsta behovet kvinnorna med bröstcancer har är att få tala med någon. I en studie av Landmark, Strandmark och Wahl (2002) framkommer att kvinnor med bröstcancer upplever att det är brister i stödet från hälso- och sjukvården. Även Schmid-Büchi, Halfens, Müller, Dassen och van den Borne (2013) menar att kvinnor med bröstcancer upplever brister i stödet från hälso- och sjukvårdspersonal. Kovero och Tykkä (2002) påstår att generella brister i stödet till stor del utgörs av otillräcklig motivering till vidtagna åtgärder samt bristfällig emotionell kommunikation och information från hälso- och sjukvårdspersonalen. Enligt Ödling et al., (2002) är behovet av stöd från hälso- och sjukvårdspersonal en central del hos kvinnor med bröstcancer. Trots att det finns en del forskning inom området kan det fortfarande ses brister i stödet från hälso- och sjukvårdspersonalen till kvinnor med bröstcancer. Därför är det viktigt att fortsätta forska inom området. Denna studie syftar till att öka förståelsen för hur kvinnor upplever hälso- och sjukvårdspersonalens stöd vid bröstcancer. Då förståelsen för kvinnornas behov och upplevelser av stöd från hälso- och sjukvårdspersonalen ökar, kan behoven av stöd hos kvinnor med bröstcancer lättare tillfredsställas.

## Bakgrund

### Bröstcancer

Enligt (WHO) World Health Organization (2013) är bröstcancer den vanligaste cancerformen bland världens kvinnor. I världen rapporterades under 2011 över 508 000 dödsfall till följd av bröstcancer. Coleman et al., (2008) menar att överlevnaden efter bröstcancer varierar över hela världen, i Nordamerika, Sverige och Japan överlever 80 procent eller fler, i medelinkomstländer så som stora delar av Latinamerika och Asien överlever cirka 60 procent och i låginkomstländer som till exempel stora delar av södra Afrika är det under 40 procent

som överlever. Vidare menar Coleman et al., (2008) att den låga överlevnaden i mindre utvecklade länder kunde förklaras främst av bristen på tidig upptäckt, bristen på adekvat diagnos och behandling. Katapodi och Aouizerat (2005) menar att ett samspel mellan flera faktorer så som arvsanlag, hormonell påverkan och livsstilsfaktorer kan påverka utvecklingen av bröstcancer. Enligt Kovero och Tykkä (2002) kan riskfaktorer för bröstcancer vara tidig pubertet, sent klimakterium, hormonersättningsbehandling i och efter klimakteriet, tidigare generationers p-piller, alkoholkonsumtion eller fetma efter klimakteriet. Enligt Pechlivani och Vivilaki (2012) är amning en faktor som minskar risken för bröstcancer. Harmer (2006) nämner att de vanligaste behandlingsmetoderna för bröstcancer är någon form av kirurgi, antingen bröstbevarande kirurgi eller mastektomi. Bröstbevarande kirurgi innebär att endast tumören tas bort medan mastektomi är när hela bröstet tas bort. Det är vanligt att kvinnorna efter operation får genomgå någon typ av tilläggsbehandling i form av hormonell behandling, cytostatikabehandling eller strålbehandling (ibid.).

## Stöd

Enligt Williams, Barclay och Schmied (2004) kan sociala relationer se olika ut och detta avgör hur stödet ser ut. Cohen och Syme (1985) menar att det finns emotionellt, informativt och instrumentellt stöd. Emotionellt stöd innebär att en person har tillgång till förtroliga och nära relationer, som familj, släkt och vänner som personer har ömsesidiga, förtroliga och långvariga relationer till. Informativt stöd innebär att personen har tillgång till personer som kan ge råd, vägledning och information. Instrumentellt stöd innebär att personen har tillgång till personer som kan ge praktisk hjälp (ibid.).

Kovero och Tykkä (2002) och Ödling et al., (2002) anser att stöd är en central del för att kvinnor med bröstcancer ska kunna hantera sin sjukdom. Vidare menar Kovero och Tykkä (2002) att kvinnor med bröstcancer ofta upplever brister i stödet från hälso- och sjukvårdspersonalen. Bristerna i stödet kan vara bristfällig emotionell kommunikation och information samt otillräcklig motivering av beslut från hälso- och sjukvårdspersonalen (ibid.).

Enligt Williams et al., (2004) finns det många aspekter av emotionellt stöd, till exempel att känna sig älskad och att personer bryr sig. Även att känna förtroende, att kunna ty sig och anförtro sig åt någon. Emotionellt stöd kan också inkludera försörjning av självkänsla och trygghet. Det emotionella stödet kan göra att individen känner att någon tror på honom eller henne. Det kan också resultera i att individen känner tillhörighet. Vidare förklarar Williams et

al., (2004) att det instrumentella stödet kan innefatta bland annat tillhandahållande av varor, pengar, verktyg, skicklighet eller arbetskrafts resurser. Även tidsresurser som när sällskap ges räknas till det instrumentella stödet. Coughlin och Ekwueme (2009) menar att det som sjuksköterska är viktigt att förstå kvinnors behov av stöd vid bröstcancer. Även att ta del av kvinnors egna beskrivningar kring upplevelser av stöd och sammanställa beskrivningarna är viktigt. Då detta kan ge ett underlag för att lindra lidandet för kvinnor med bröstcancer och för utveckling av vården och fortsatt forskning inom området (ibid.)

Landmark et al., (2002) menar att kvinnor med bröstcancer kan uppleva brister i stödet från hälso- och sjukvården. Bristen på stöd kan kvinnorna uppleva som en stor belastning och påfrestning i samband med deras behandling vilket hälso- och sjukvårdspersonalen bör vara uppmärksam på då han eller hennes uppgift är att lindra kvinnornas lidande (ibid.). Ussher, Kirsten, Butow och Sandoval (2006) menar att familjen inte bara kan stödja positivt utan kan avvisa känslor och göra att det uppstår känslomässig isolering. Familj, partner eller vänner kan givetvis fungera positivt på det sättet att canceren kan normaliseras jämfört med i en stödgrupp där canceren kan diskuteras annorlunda (ibid.).

Williams et al., (2004) menar vidare att stödjande resurser kan vara avsiktliga eller oavsiktliga och ha en positiv eller negativ effekt på mottagaren och eller på den som ger stödet. Vidare menar Williams et al., (2004) att effekterna av de stödjande resurserna påverkas av vad en individ behöver och i vilken utsträckning stödet uppfattas uppfylla mottagarens behov eller om det leder till ett positivt resultat för mottagaren. Upplevelser av stöd påverkas också av egenskaper hos mottagaren så som vilket land individen kommer ifrån, hur han eller hon bedömer sina behov, de resurser som erbjuds, hur de vidtagna åtgärderna och resultatet blir av deras handlingar och relationen med mottagaren (ibid.). Därför är det enligt Arman, Renhnsfeldt, Lindholm, Hamrin och Eriksson (2004) viktigt att stödja och behandla kvinnor med bröstcancer som en unik medmänniska och som en hel människa för att minska lidande.

## Hälso- och sjukvårdspersonal

Enligt patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) innebär hälso- och sjukvårdspersonal personer som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården. Det innefattar också personal som biträder legitimerad yrkesutövare i hälso- och sjukvården av patienter på sjukhus eller andra vårdinrättningar. Personal som tillverkar och expedierar läkemedel eller lämnar råd och

upplysningar om läkemedel. Till hälso- och sjukvårdspersonal räknas även personal vid larmcentral och sjukvårdsrådgivning som ger råd och upplysningar och förmedlar hjälp till vårdsökande (ibid.).

### *Hälso- och sjukvårdspersonalens stöd*

Enligt Socialstyrelsen (2005) ska en sjuksköterska ha kompetens att ge stöd och vägledning till patienter och närstående för att främja hälsa och förhindra ohälsa. Ha förmåga att kommunicera med patienter, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Enligt Luker, Beaver, Leinster, Owens, Degner och Sloan (1995) kan det informativa stödet utgöras av information till kvinnorna angående behandlingar och omvårdnad samt rådgivning och stöd kring eventuella behandlingsmetoder, såsom strålbehandling och cellgift. Även att bistå kvinnorna med stöd i form av att hålla reda på eventuella tidsbokningar, återbesök eller behandlingsdagar hör till det informativa stödet (ibid.). Kovero och Tykkä menar att hälso- och sjukvårdspersonalens stöd bör utgöras av kvinnans möjlighet av att kunna prata ut och uttrycka sina känslor samt känna trygghet i relationen till hälso- och sjukvårdspersonalen för att öppet kunna ställa frågor.

### Teoretisk referensram

Travelbees (1971) teori om omvårdnadens mellanmänskliga aspekter, utgår ifrån människans upplevelser. För att förstå vad omvårdnad är och bör vara måste sjuksköterskan förstå hur deras interaktioner kan upplevas och vilka konsekvenser detta kan ha för patienten och hennes tillstånd. Travelbee (1971) menar vidare att en professionell sjuksköterska borde hjälpa kvinnorna och dess närstående att klara av upplevelserna av en sjukdom eller ett lidande, och ibland hjälpa de att se en mening med upplevelserna.

Travelbee (1971) ser lidande som en gemensam erfarenhet för mänskligheten. Lidande är en insikt om innebörden i känslomässig, kroppslig eller psykisk smärta. Delar av livet som hör ihop med lidande kan vara sjukdom, olika typer av förluster eller minskat egenvärde, beroende på vad som upplevs som betydelsefullt i livet av individen. Det är av värde att hälso- och sjukvårdspersonalen ser till kvinnornas upplevelser av sjukdomen och påföljande lidande, istället för att skapa förutfattade meningar utifrån diagnosen. Kvinnorna behöver hjälp att lindra lidandet annars kan det i slutändan leda till en apatisk likgiltighet som kan vara svår att vända. Det är viktigt att finna en mening som ger svar på livsfrågor som kvinnorna ställer. När kvinnorna finner en mening med sjukdomen och dess lidande

uppkommer acceptans och lidandet ses som en stärkande livserfarenhet. Erfarenheterna kan även leda till känslan av att vara behövd, vilket gör livet värt att leva. Det viktigaste syftet med omvårdanden är att hjälpa människor att finna meningen i sina olika livserfarenheter, genom att skapa en mellanmänsklig relation (ibid.).

Travelbee (1971) anser att vårdpersonalen ansvarar för att relationen skapas och upprätthålls, den måste dock vara ömsesidig. Relationen kan inte skapas mellan rollerna som sjuksköterska och patient, utan först när parterna relaterar till varandra som unika individer med individuella behov. Den mellanmänskliga relationen skapas under fyra interaktionsfaser. Den första fasen är det första mötet. Den andra fasen är framväxt av identitet. Efterhand växer identiteter och personligheter fram. Den tredje fasen är empati. Förståelse för en annan individs psykologiska tillstånd uppkommer samt en förmåga att ta del av individens känslor. Den fjärde fasen är sympati. Medkänsla för kvinnornas lidande skapas och vårdpersonalen har en stor önskan att lindra detta lidande. (ibid.).

## Syfte

Syftet med studien var att belysa hur kvinnor med bröstcancer upplevde stödet från hälso- och sjukvårdspersonal.

## Metod

Metoden som använts är en studie med kvalitativ ansats baserad på patografier. Patografier är självbiografier skrivna om livet med en sjukdom. Hawkins (1999) menar att en patografi ger viktiga inblickar om hur det är att leva med en sjukdom men patografier i sig har sällan som syfte att beskriva själva sjukdomen. Henricson och Billhult (2012) menar att en kvalitativ design fokuserar på att studera personers erfarenheter av ett fenomen. Det finns inget som är sant eller falskt gällande levda erfarenheter. En kvalitativ design innebär att personers verklighet beskrivs (ibid.).

## Urval

Inklusionskriterierna var att böckerna skulle vara patografier om bröstcancer. Patografierna skulle vara skrivna på svenska. Kvinnorna skulle själva vara författare till patografierna. Patografierna skulle vara skrivna från och med år 2000 och framåt. Böcker där en redaktör



hade intervjuat kvinnor och sedan skrivit boken exkluderades ur studien. Även biografier som var översatta till svenska exkluderades.

## Datansamling

Patografier söktes med hjälp av bibliotekskatalogen Libris på Blekinge Tekniska Högskolas bibliotek (BTH) respektive Stadsbiblioteket i Karlskrona. Libris är de svenska forskningsbibliotekens gemensamma katalog som uppdateras dagligen, och har över sju miljoner titlar i databasen. Sökorden som användes var *bröstcancer* och *biografi*. I bibliotekskatalogen på BTH blev de åtta träffar, varav fyra var skrivna innan år 2000 och en bok var skriven av en redaktör som beskrev tio olika kvinnors cancer. Alltså återstod tre biografier. De biografier som återstod var *När du blir "flintis" kan pappa köra mig till fritids då*, *Mellan köksfönstret och evigheten* och *Bröstresan*. Sökningen på Stadsbiblioteket i Karlskronas bibliotekskatalog gav fjorton träffar där fem var skrivna innan år 2000, tre av de nio biografierna som återstod var ljudböcker, en av de sex biografierna var översatt från engelska och en av återstående fem biografier var skriven utav flera författare. Då återstod fyra biografier som svarade mot studiens syfte, vilka var *När du blir "flintis" kan pappa köra mig till fritids då?*, *Mellan köksfönstret och evigheten*, *Ovanför molnen är himlen blå* och *Enbröstad*. Eftersom att *När du blir "flintis" kan pappa köra mig till fritids då?* och *Mellan köksfönstret och evigheten* blev träffar i båda katalogerna så återstod fem biografier totalt av de båda sökningarna. Vilka var *När du blir "flintis" kan pappa köra mig till fritids då?*, *Enbröstad*, *Ovanför molnen är himlen blå*, *Bröstresan* och *Mellan köksfönstret och evigheten*.

*När du blir "flintis" kan pappa köra mig till fritids då?- att leva med bröstcancer av Anneli Andersson (2004)*

Handlar om en snart 40 årig kvinna som lever med en man och deras nioåriga son. Hon har haft stor skräck för att drabbas av cancer. Efter att ha känt en knöl i sitt bröst ett tag går hon till läkare och det visar sig att hon har en stor tumör i sitt bröst och det har även spridit sig till flera lymfkörtlar. Hon tror att hon kommer att dö. Men märker snart att hon kanske kan bli bättre. Hon blir tillslut bättre men får återfall senare.

*Enbröstad av Maria Grahn (2003)*

Maria är sjuksköterska och frilansar som skådespelerska. Hon har vuxna barn och en särbo. Hon upptäcker en knöl i sitt högra bröst som visar sig vara bröstcancer. Hon får välja om hon bara vill genomgå en tårtbitsoperation eller om hela bröstet ska opereras bort. Maria

bestämmer sig för att ta bort hela bröstet för då slipper hon strålbehandling och för att slippa göra om operationen om det visar sig att cancer har spridit sig i bröstet.

*Ovanför molnen är himlen blå av Greta-Lis Krokfors-Lindsjö (2000)*

Handlar om en kvinna i Finland som en dag upptäcker en knöl i sitt vänstra bröst. Efter behandlingar upptäcks senare metastaser i lymfkörtlarna och skelettet. I boken beskriver hon behandlingarna, rehabiliteringen och alternativa vårdformer. Hon beskriver även reaktioner från människor i hennes närhet, hennes ångestkänslor och överlevnadsstrategier.

*Bröstresan av Ulrika Palmcrantz (2011)*

Ulrika jobbar som journalist på en trädgårdstidning och har man och tre söner. Hennes vardag är fylld av stress och mammografiundersökningen känns inte som något viktigt i hennes välfyllda kalender, så den skjuts fram. När hon väl går på mammografin visar det sig till slut att hon har bröstcancer. Hela hennes bröst opereras bort och hon får en protes inopererad direkt. I samband med cancerbeskedet börjar hon tänka mycket på sin pappa som tidigare gått bort i cancer.

*Mellan köksfönstret och evigheten – Om kärlek, vänskap och arbete av Karin Thunberg (2006)*

Karin har haft bröstcancer sju år tidigare när hon får beskedet att hon har fått det igen. Hon beskriver vikten av kärlek, vänskap och arbete för henne och kvinnorna i hennes föregående generationer.

## Analysmetod

I studien har Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av kvalitativ innehållsanalys använts. Enligt Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av analysen bör forskningsmaterialet läsas igenom för att få en ökad förståelse och se en helhet (ibid.). I denna studie lästes biografierna igenom ett flertal gånger gemensamt. Meningsenheter som svarade mot syftet togs ut i form av ord, meningar och stycken. Meningsenheterna antecknades ner tillsammans med boktitel och sidnummer. Alla de nertecknade meningsenheterna lästes igenom för att kontrollera deras relevans gentemot syftet. Meningsenheterna som passade på studiens syfte kondenserades, alltså kortades ner för att tydliggöra innehållet i texten. Sedan kodades de kondenserade meningsenheterna. Graneheim och Lundman (2004) förklarar att koden är en etikett som beskriver meningsenheternas innehåll (ibid.). Därefter sorterades koderna efter sitt innehåll i olika kategorier, där de koder som hade liknande innehåll hamnade under

samma kategori. Kategorierna som framkom återspeglar det viktigaste budskapet i meningensheter. Efter denna process framkom fyra kategorier. (Se bilaga 1.)

## Resultat

Resultatet presenteras under fyra kategorier som framkom genom analysen. De fyra kategorierna som framkom var bemötande från hälso- och sjukvårdspersonalen, information och besked, betydelsen av att få tala om sjukdomen och brister från hälso- och sjukvårdspersonalen efter avslutad behandling.

### Bemötande från hälso- och sjukvårdspersonalen

Kvinnorna uppgav att en god relation mellan patient och läkare och annan sjukvårdspersonal var oerhört viktigt vad gällde det sociala stödet. En kontinuitet med samma läkare var viktig för kvinnorna så att de byggde upp ett förtroende och som gjorde att de vågade berätta om sina problem för läkaren. Kvinnorna uppgav att de flesta utav sjukvårdspersonalen hade en stor empatisk förmåga och att en del personal som de träffade mycket fick de även en nära relation till. Kvinnorna upplevde att de ofta blev bemötta med vänlighet och respekt på strålningsenheten vilket var stödjande. Kvinnorna upplevde att de sjuksköterskor som bemötte dem med skratt, kramar, peppning och tröst, när de behövde det, hade de rätta egenskaperna för att arbeta med svårt sjuka människor. Vårdpersonal som bemötte kvinnorna med lyhördhet och förståelse och som frågade om de behövde något som till exempel extra läkemedel med mera upplevde kvinnorna som ett positivt stöd. När sjuksköterskorna uppmärksammade och höll koll på kvinnornas behandlingar upplevde kvinnorna som speciellt stöd. När sjuksköterskorna bemötte kvinnorna med lugn och värme upplevde kvinnorna trygghet från stödet som gavs. Även när sjuksköterskorna bemötte kvinnorna genom att hålla om dem upplevde kvinnorna trygghet.

*Han hade vit rock men kör ändå lite kompisstil, som du har ungar va, jag har ju också tre söner, blir faktiskt lite lugn av honom. (Palmerantz, 2011, s.75).*

Kvinnorna med bröstcancer angav att de kunde känna sig stärkta och tacksamma över hälso- och sjukvårdspersonalens vänliga, glada och peppande bemötande detta upplevde de som ett positivt stöd. Kvinnorna nämnde även att sjukvårdspersonalen som bemötte dem med en livlig och vaken blick kunde hjälpa dem i sin krissituation. Kvinnorna tyckte att de läkare

som bemötte dem som medmänniskor fick dem att känna ett stöd som ingav trygghet. Även sköterskorna som behandlade sina patienter som medmänniskor tyckte kvinnorna gjorde att de upplevde ett positivt och lugnande stöd. När hälso- och sjukvårdspersonalen kändes mänsklig kände kvinnorna sig tryggare i den sterila och kalla miljön på sjukhusen. Även att hälso- och sjukvårdspersonalen hade ett fast handslag kunde göra att kvinnorna kände trygghet. De kvinnor som hade fått återfall upplevde trygghet och tacksamhet över att de fick träffa samma hälso- och sjukvårdspersonal som de hade fått träffa tidigare då dessa hade varit ett positivt stöd vid tidigare behandlingar.

Trots hälso- och sjukvårdspersonalens stöd genom vänlighet och trevliga bemötande kände kvinnorna som att det skulle hända något hemskt och de kände oro, inget kunde få dem att känna sig trygga. Trots att hälso- och sjukvårdspersonalen försökte stödja genom att trösta så märkte kvinnorna att även sjukvårdspersonalen tyckte att det var jobbigt och ledsamt. Kvinnorna tyckte att vissa läkare var helt olämpliga för sitt yrke då de inte visade någon empati eller förståelse vilket inte gav kvinnorna något stöd alls. Läkarna tycktes bara bry sig om kvinnornas fysiska besvär och inte psykiska. Ibland upplevde kvinnorna även att hälso- och sjukvårdspersonalen gav stöd på rutin.

## Information och besked

Kvinnorna med bröstcancer upplevde stundtals ett bra informativt stöd, då vissa läkare informerade om beskedet om bröstcancer på ett lugnt och harmoniskt sett och såg till att kvinnorna hade förstått och smält beskedet innan de började prata om operation. Kvinnorna berättade också om sympatiska läkare som informerade och förklarade exakt hur behandlingen skulle gå till och vissa läkare ritade till och med upp var tumören satt och hur den såg ut vilket var stödjande för kvinnorna. Kvinnorna upplevde också att de kändes bra med läkare som hade tålamod att lyssna och svara på alla deras frågor om behandlingen detta upplevde kvinnorna som ett positivt stöd. Kvinnorna upplevde även ett informativt stöd från sjuksköterskorna då de förklarade för kvinnorna att det de upplevde var vanliga biverkningar från behandlingarna och inget att oroa sig över. Även när kvinnorna var på väg att ge upp cellgiftbehandlingen så uppmuntrade och stöttade sjuksköterskorna dem till att fortsätta, de informerade dem om att det bara var kort tid kvar och att behandlingarna skulle ges två gånger i veckan istället för fem, vilket gav dem nya krafter att fortsätta sina behandlingar.

Kvinnorna upplevde brister i informationen då de fick svar från mammografin, då de fick ett brev där det stod att de skulle göra om undersökningen. Detta upplevde kvinnorna som luddigt formulerat vilket skrämde dem. Även vid återbesöket på mammografin var det dåligt med information om vad det var de skulle göra. Kvinnorna beskrev att de förstod att något var fel när de fick göra om undersökningen trots att ingen hade informerat dem om vad som pågick. Kvinnorna upplevde detta som ett bristande informativt stöd från hälso- och sjukvårdspersonal.

*Visst är det knäppt hur de uttrycker sig, man blir ju rädd! De håller med och vi pratar om att de skräms när de uttrycker sig så luddigt.*  
(Palmcrantz, 2011, s.11).

Även när kvinnorna fick beskedet om diagnosen bröstcancer upplevde kvinnorna brister i informationen angående vad som skulle hända sen. De menar att sättet att få diagnosen på är avgörande för deras fortsatta inställning till läkaren och den fortsatta vården. Kvinnorna ansåg att det minsta de kunde begära var att få psykiskt stöd i det ögonblicket då diagnosen gavs. De fick beskedet så hastigt att de inte hann smälta det innan de börjades tala om olika operationsmetoder. Kvinnorna berättade att när det hade konstaterats att det var bröstcancer fick de i vissa fall välja om de ville göra en tårtbitsoperation eller ta bort hela bröstet. Kvinnorna beskrev att de knappt visste vad de olika alternativen innebar och att de saknade information angående de olika operationsmetoderna. Många gånger fick kvinnorna en tid tilldelade sig till något nytt ställe för fortsatt behandling utan att veta riktigt vad de skulle göra där. Kvinnorna ansåg att läkarna stundtals gav dem dålig information om vad de skulle undersöka. Läkarna gjorde det de skulle utan att förklara vad de skulle göra och varför. Även sjuksköterskorna hade en tendens till att inte informera om vad de skulle göra för undersökningar, då kände kvinnorna sig som objekt och inte som människor.

Kvinnorna upplevde att information och besked angående resultat dröjde lång tid. De gick och oroade sig långtid innan de fick svar, vilket ibland orsakade onödig rädsla. Då svaren inte alltid var negativa.

*Men jag blev förstås orolig. Var värken i bröstbenet cancer? Hela julen fick jag gå och vänta på besked.* (Krokmors-Lindsjö, 2000, s.30).

Kvinnorna med bröstcancer upplevde även att de inte fick svar på sina frågor angående sjukdomen och behandling från hälso- och sjukvårdspersonalen, utan de blev hänvisade till broschyrer istället. Broschyerna svarade inte alltid på kvinnornas frågor utan de fick försöka ta reda på svaren på annat vis. Detta upplevde kvinnorna som brister i det informativa stödet.

### Betydelsen av att få tala om sjukdomen

Kvinnorna med bröstcancer berättade att det var viktigt att få tala ut om sjukdomen. Kvinnorna menade att det var ett viktigt stöd att få ventilera känslor och tankar med andra kvinnor som hade eller hade haft bröstcancer. Kvinnorna upplevde att de kunde vara svårt att prata med sina närmsta anhöriga och att det kunde vara bra att gå i samtalsterapi eller få prata med en stödperson, som de fick höra talas om genom sjuksköterskorna på de olika sjukhusen. Stödpersoner fanns bland annat att tillgå genom cancerföreningen. Även sjuksköterskorna och annan vårdpersonal på sjukhusen fick kommunicera med och lyssna på kvinnorna när de behövde någon att tala med. Hälso- och sjukvårdspersonalen gav också rådet om att tala med någon som gick eller har gått igenom samma sak som kvinnorna själva. Kvinnorna med bröstcancer menade att det kunde underlätta att höra om och tala med andra kvinnor som hade haft samma upplevelser. Det var viktigt för kvinnorna att märka att de inte var ensamma med sina tankar, känslor och upplevelser utan att andra också hade de som dem. Känslan av att veta att kvinnorna inte var ensamma om sina upplevelser ingav trygghet.

*Det ger så otroligt mycket att ventilera känslor med likasinnade.*

(Andersson, 2004, s.79).

Kvinnorna upplevde trygghet genom att de kunde få prata med en sjuksköterska över telefon alla tider på dygnet trots att de inte befann sig på något sjukhus. Även personal på bröstcancerföreningen fanns tillgänglig att tala med dygnet runt vilket var ett oerhört stöd för kvinnorna då de kände sig som mest sårbara när de var hemma i sina hem med alla sina känslor, tankar och funderingar. Kvinnorna upplevde att jobbiga känslor kunde uppstå när de minst anade det, om de inte hade någon att tala med. Genom att tala med någon om sin skräck inför behandlingar, undersökningar och besked kunde kvinnorna känna sig lugnare. Kvinnorna upplevde att det var viktigt att kunna tala med sin läkare om allt de undrade över angående sjukdomen. För att detta skulle kunna ske behövde de stöd från läkaren.

## Brister från hälso- och sjukvårdspersonalen efter avslutad behandling

Efter kvinnornas avslutade behandling upplevdes en bristande trygghet, då de endast hade ett återbesök om flera veckor. Kvinnorna blev oroliga om vad som skulle kunna hända på dessa veckor. Innan hade kvinnorna haft en kontinuerlig kontakt med hälso- och sjukvårdspersonalen vilket hade upplevts som ett stöd och sen skulle kvinnorna klara sig utan det stödet. Det fanns ingen sjuksköterska som skulle fråga hur det var med dem eller annan hälso- och sjukvårdspersonal som skulle höra av sig. Under denna tid upplevde kvinnorna en bristande trygghet från vården då de upplevde brister i stödet från hälso- och sjukvårdspersonal. Kvinnorna med bröstcancer kände sig bortglömda och ensamma.

*Fast man längtar tills allt det här är över är det också här otryggheten börjar, jag inser det. När ingen sköterska längre ringer och säger hej vännen, hur mår du? och när det inte finns några läkarbesök inbokade i almanackan. När man bara ska må bra och leva på som vanligt.*  
(Palmerantz, 2011, s.106).

Den trygghet kvinnorna hade känt över stödet från vården försvann, då de inte kände att de hade något stöd från vården längre. Både patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen hoppades att de inte skulle behöva se varandra igen efter avslutad behandling men dock var, enligt kvinnorna med bröstcancer, båda parter oroliga för att detta skulle ske i alla fall. Kvinnorna tyckte att de borde fått tillgång till fler återbesök och kontroller efter den avslutade behandlingen. Kvinnorna tyckte även att hälso- och sjukvården borde ordna så att det fanns större möjligheter till det. En del av kvinnorna bestämde med sig själva att de skulle gå och kolla sig så fort de kände oro, men det kändes jobbigt att det var deras ansvar. Kvinnorna berättade också att deras läkare var medvetna om kvinnornas rädsla, otrygghet och behov av stöd efter avslutad behandling.

## Diskussion

### Metoddiskussion

Studien har en kvalitativ ansats och utgår ifrån patografier. Enligt Henricson och Billhult (2012) är det lämpligt med en metod med kvalitativ ansats för analys och fördjupad förståelse av människors känslor, upplevelser och erfarenheter. Syftet med studien är att belysa hur kvinnor med bröstcancer upplever stöd från hälso- och sjukvårdspersonal. Enligt Segersten

(2012) kan patografier utifrån skönlitterära böcker vara en god källa till att få fram trovärdighet för valt ämne då dessa bygger på författarens egna upplevelser. Eftersom de är kvinnors upplevelser som studeras anses kvalitativ ansats vara lämpligast att använda. Valet av metod motiveras av att den kanske kan bidra till en bättre förståelse för hur kvinnor med bröstcancer upplever stöd från hälso- och sjukvårdspersonal vilket kan leda till ny kunskap som kan förbättra omvårdnaden för dessa kvinnor. Författarna till patografierna har själva valt att publicera patografier om sina upplevelser så att andra människor ska kunna ta del av innehållet. Anledningen till att kvinnorna har publicerat patografierna kanske kan vara att kvinnorna vill att andra människor ska ta del av innehållet för att få en ökad förståelse för hur det kan vara att leva med bröstcancer. Patografierna som använts anses ge väl beskrivna upplevelser och känslor, därför bedömdes de vara ett bra val gentemot studiens syfte. Dock kan eventuellt någon patografi valts bort då den innehåller lite information och beskrivning om kvinnans upplevelser av hälso- och sjukvårdspersonalens stöd.

Resultatet kan påverkas av att en patografi som används i studien speglar den finska hälso- och sjukvården. Det kan även påverka resultatet beroende om kvinnorna skrev patografierna under sin sjukdom eller om dem skrev den precis efter avslutad behandling eller om de skrev den flera år efter avslutad behandling. Det är även en av kvinnorna som skrev patografin om sitt återfall vilket också kan påverka resultatet. Något som kan vara negativt med att använda patografier är att kvinnorna kan förvränga vad deras verkliga upplevelser är i patografierna. Upplevelserna kan även ha förskönats för att göra patografierna mer intressanta att läsa vilket kan ha påverkat resultatet.

Kvantitativ ansats väljs bort då det kan vara svårare att få fram personliga upplevelser i användandet eftersom metoden enligt Olsson och Sörensen (2011) innebär statistik och fler antal deltagare. Med tanke på att statistik används kanske det skulle vara svårare att få fram kvinnornas personliga upplevelser.

Studien kan göras utifrån en empirisk studie, med inriktning på intervjuer. Friberg (2012) anser att en empirisk studie har flera fördelar bland annat så kan författarna få en djupare förståelse samt komma personen/personerna närmare i sökandet efter svar. En studie baserad på intervjuer väljs dock bort då det kanske kan kännas olämpligt och kanske skapa obehag för kvinnorna att bli intervjuade om bröstcancer och stödet från hälso- och sjukvårdspersonalen. I patografierna kan kvinnorna kanske lämna information som annars inte skulle nämnas i en



intervju. Författarna till patografierna kanske också kan lämna mer information om sammanhanget i vissa situationer gentemot vad personer som intervjuas kanske kan göra, och på så vis kan en djupare förståelse kanske ges av att studera patografier. Fördelen med intervjuer är dock att frågorna bara kan fokusera på syftet. I patografier finns så mycket som inte är relevant till studiens syfte. Så resultatets utbud kanske kan bli mindre för att de inte fokuseras direkt på studiens syfte.

Sökningen efter patografierna sker på respektive bibliotekskatalog Libris på Blekinge Tekniska Högskolas bibliotek samt på stadsbiblioteket i Karlskrona. Sökorden som används är *bröstcancer* och *biografi*. Biografier används i stället för patografier då patografierna är registrerade som biografier i bibliotekskatalogerna. Inga andra sökord används då dessa sökord genererade i patografier som stämmer överens med studiens syfte. Dock kan patografier och viktig information väljas bort då sökningarna inte utökas mer. En mer utökad sökning kan generera i mer forskningsmaterial och på så vis kanske ett mer trovärdigt resultat. Om sökningarna utökas till flera bibliotek och sökning efter nyare patografier vilket kan generera i ett nyare resultat som speglar dagens vård bättre. Språket begränsas till svenska, vilket också kan utesluta patografier som kan vara av värde för studien. Dock skriver Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) att språket borde begränsas till de språk författarna behärskar för att minska feltolkningar av språket då detta kan påverka resultatet. De patografier som är översatta till svenska exkluderas då de inte är skrivna på svenska från början. Även böcker skrivna innan 2000 exkluderas då studien ska handla om den moderna vården som används idag. Studien begränsas även genom att bara använda patografier som är skrivna av kvinnor i Sverige och en kvinna från Finland, som är svensktalande, detta för att minska risken för eventuella språkmissolkningar.

Analysen som används i studien är Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av kvalitativ innehållsanalys vilket kan lämpa sig vid kvalitativa analyser så som analys av patografier. För att få fram vad kvinnorna verkligen upplever ligger fokus på patografiernas manifesta innehåll, dock kan det finnas latent inslag. Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av modellen är strukturerad och väl utformad vilket gör att innehållet i modellen blir enklare att förstå. Det som komplicerar analysen är att upplevelserna är svåra att kategorisera eftersom de passar in under flera kategorier. Problemet blir löst genom att under processen gå tillbaka till analysen och på nytt undersöka om några tolkningar har gjorts. Studien kan analyseras med hjälp av andra metoder så som narrativ analys. Eventuellt kan resultatet bli annorlunda

om narrativ analys används. Enligt Skott (2012) kan en narrativ analysmetod användas till insamlad information från böcker eller intervjuer där människors egna upplevelser framhävs. Graneheim och Lundmans (2004) innehållsanalys väljs därför att den anses mer strukturerad och lättare att förstå.

## Resultatdiskussion

Studiens resultat visar att kvinnor med bröstcancer upplever hälso- och sjukvårdspersonalens stöd som tillfredställande i vissa situationer och bristfälligt i andra. De upplever hälso- och sjukvårdspersonalens stöd som avgörande för deras välmående under sjukdomstiden. Stödet att få träffa samma hälso- och sjukvårdspersonal visar sig vara viktigt för kvinnorna med bröstcancer. Kovero och Tykkä (2002) menar att hälso- och sjukvårdspersonalens stöd har en central roll för att kvinnorna ska kunna hantera sin sjukdom. Travelbee (1971) menar att hälso- och sjukvårdspersonalens uppgift är att hjälpa kvinnorna att se en mening med sjukdomen. När kvinnorna ser en mening med sjukdomen och upplevelserna uppkommer acceptans och lidandet ses som en stärkande livserfarenhet. Erfarenheterna kan även leda till känslan av att vara behövd, vilket gör livet värt att leva för kvinnorna (ibid.).

I studiens resultat framkom att kvinnorna kände trygghet och lugn när de blir behandlade som medmänniskor av hälso- och sjukvårdspersonalen vilket kvinnorna upplever som ett positivt stöd. I vissa fall känner dock kvinnorna att de blir behandlade som fall och inte som människor. Ödling et al., (2002) menar att det första mötet med patienten är viktigt och att det är nödvändigt att bygga upp en bra relation med kvinnorna. Vilket kan göra att de känner sig mer trygga, att de känner att de får ett bra stöd och då vågar fråga mer och kan på så vis ha djupare samtal med hälso- och sjukvårdspersonalen. Arman et al., (2004) menar att kvinnor med bröstcancer kan uppleva att de blir behandlade som diagnoser och organ. Om patienten inte behandlas som en unik medmänniska och som en hel människa kan detta orsaka lidande. Enligt Travelbee (1971) är det viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen ser till kvinnornas egna upplevelser av sjukdomen och lidandet och inte skapar förutfattade meningar utifrån diagnosen. Cohen och Syme (1985) menar att det känslomässiga stödet bland annat kan handla om att hälso- och sjukvårdspersonalen vågar visa sina känslor och prata med patienter och anhöriga i svåra situationer.

I denna studie upplever kvinnorna med bröstcancer att de får vänta länge innan besked ges vilket orsakar onödigt mycket rädsla då resultatet inte alltid är negativt, detta upplevs som ett

bristande stöd. Hur kvinnorna får beskedet om bröstcancer är också avgörande för vilket förtroende kvinnorna får för hälso- och sjukvårdspersonalen. I studien framkommer att kvinnorna anser att det minsta de kan begära är att de får psykiskt stöd när de får beskedet om bröstcancer. Även Kovero och Tykkä (2002) menar att kvinnorna ofta får vänta länge på besked vilket blir en svår tid som väcker känslor som dödsångest och att allt ska rasa samman. De beskriver också att de kvinnor som får beskedet över telefon kan uppleva detta negativt och som ett bristande stöd. De beskriver också att de kvinnor som får möjlighet där läkaren informerar om hur operationen ska gå till inte upplever lika mycket ångest (ibid.).

Resultatet visar att kvinnorna upplever att de inte får svar på sina frågor om sjukdomen och att de hänvisas till broschyrer som ofta inte kan ge något svar på deras frågor. Detta upplever kvinnorna med bröstcancer som ett bristande stöd. Även Arman et al. (2004) menar att kvinnor med bröstcancer kan uppleva att de inte får tillräckligt med information och tid till frågor. Travelbee (1971) menar att det är viktigt att patienten får möjlighet att få svar på livsfrågor vid sjukdom för att kunna lindra deras lidande. Enligt Travelbee (1971) är det viktigaste syftet med omvårdanden är att hjälpa kvinnorna att finna meningen i sina olika livserfarenheter, genom att skapa en mellanmänsklig relation. Relationen kan inte skapas mellan rollerna som sjuksköterska och patient, utan först när parterna relaterar till varandra som unika individer med individuella behov (ibid.).

I studien framkommer att kvinnorna tycker det är viktigt att få tala om sin sjukdom vilket kan vara ett viktigt stöd. De beskriver att det inte alltid är lätt att tala med sina anhöriga. Det framkommer också i studien att det kan vara viktigt att tala med någon som går eller har gått igenom samma sak för att se att patienten inte är ensam om sina tankar och upplevelser. Kvinnorna känner även att samtalsterapi och stödpersoner kan vara bra. Salonen, Tarkka, Kellokumpu-Lehtinen, Koivisto, Aalto och Kaunonen (2013) nämner också att vissa kvinnor kan ha svårt att kommunicera med nära anhöriga trots att de får bra stöd. Emilsson, Svensk och Lindh (2012) menar också att det är av vikt att tala med personer som gått igenom samma sak och att stödgrupper är bra för patienten. Enligt Ödling et al., (2002) är det också av stor vikt att hälso- och sjukvårdspersonalen hade tid att tala med kvinnorna, då detta är av stor betydelse under sjukdomstiden. Enligt Travelbee (1971) bör en professionell sjuksköterska hjälpa kvinnorna och dess närstående att klara av upplevelserna av en sjukdom eller ett lidande. I detta fall är då sjuksköterskans uppgift att prata med patienten om hennes upplevelser av sjukdomen.

Resultatet visar att efter avslutad behandling upplever kvinnorna otrygghet, de kände sig bortglömda och ensamma vilket de upplever som ett bristande stöd. Kvinnorna med bröstcancer tycker att de borde få tillgång till fler återbesök och kontroller efter avslutad behandling. Kvinnorna känner en otrygghet över att inte ha stödet från hälso- och sjukvårdspersonalen kvar. Detta beskriver även Emilsson et al., (2012) som menar att kvinnorna kan känna sig övergivna av hälso- och sjukvården efter avslutad behandling. Holzner et al., (2001) anser att det kan vara så att hälso- och sjukvårdspersonalen ger mindre stöd till kvinnorna efter avslutad behandling på grund av att de anser att kvinnorna är botade. Kvinnornas oro och känsla av otrygghet efter avslutad behandling kan ses som ett lidande. Därför kan det enligt Travelbee (1971) vara hälso- och sjukvårdspersonalens uppgift att hjälpa kvinnorna att lindra detta lidande. Om kvinnorna inte får hjälpa med att lindra sitt lidande kan det leda till apatisk likgiltighet vilket kan vara svårt att vända (ibid.). Därför kan det vara av stor vikt att hälso- och sjukvårdspersonalen har större möjligheter att hjälpa kvinnorna efter avslutad behandling.

## Slutsats

I studien framkommer att kvinnors upplevelser av stöd från hälso- och sjukvårdspersonal skiljer sig mellan kvinnorna. Stundtals upplever kvinnorna stödet tillfredställande och stundtals bristfälligt. Detta kan bero på att varje enskild individ har egna unika behov med upplevelser kopplade till hur väl dessa behov tillfredställs. Till följd av detta bör en mer individanpassad vård genomföras för kvinnor med bröstcancer. Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen ser kvinnorna som individer och ser deras individuella behov. På så vis kan hälso- och sjukvårdspersonalen se att vissa kvinnor har behov av mer information och mer tid till frågor. Kvinnorna upplevde stödet i form av bemötande från hälso- och sjukvårdspersonalen, information och besked, betydelsen av att få tala om sjukdomen och brister från hälso- och sjukvårdspersonalen efter avslutad behandling.

Studien kan kanske ge en ökad förståelse om hur kvinnor med bröstcancer kan uppleva stöd från hälso- och sjukvårdspersonal under sin sjukdomstid. Studien kan kanske även ge en ökad förståelse för hur hälso- och sjukvårdspersonal kan förena stöd på olika sätt för att underlätta den påfrestande situationen som kvinnor befinner sig i under sin sjukdomstid.

Då kvinnorna i studien upplever brister i stödet från hälso- och sjukvårdspersonalen är det av vikt att fortsätta forska inom detta område. Då kvinnorna upplever att hälso- och sjukvårdspersonalen brister i sitt stöd till kvinnorna borde kanske vidare forskning göras ur hälso- och sjukvårdspersonalens perspektiv. Hur hälso- och sjukvårdspersonalen upplever det stöd som ges och hur de upplever kvinnornas behov av stöd. Denna forskning skulle kunna göras för att få en mer heltäckande bild av var bristerna finns och hur stödet till kvinnor med bröstcancer skulle kunna förbättras.

## Självständighet

Både Erika och Evelina hjälptes åt att söka böcker till studien. Även artiklarna till bakgrunden sökte båda. Erika hade huvudansvaret för avsnitten om bröstcancer och hälso-och sjukvårdspersonalens stöd medan Evelina hade huvudansvaret för avsnitten om stöd, hälso- och sjukvårdspersonal och teoretisk referensram i bakgrunden. Metoden hjälptes båda åt att skriva. Erika och Evelina läste båda igenom alla böcker och tog ut meningsenheter. Analysen av resultatet och resultatet har gjorts tillsammans. Bilaga 1 har Erika haft huvudansvaret för. Metoddiskussionen har båda hjälpts åt med. Resultatdiskussionen har Evelina haft det skriftliga ansvaret medan Erika sökte artiklar och letade relevant fakta i dem.

## Referenser

- 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., Hamrin, E., & Eriksson, K. (2004). Suffering related to health care: a study of breast cancer patient's experience. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 248-256.
- Cohen, S., & Syme, L. (1985). Issues in the Study and Application of Social Support. *Social Support and Health*, San Francisco: Academic Press.
- Coleman, M. P., Quaresma, M., Berrino, F., Lutz, J.-M., De Angelis, R., Capocaccia, R., Baili, P., Rachet, B., Gatta, G., Hakulinen, T., Micheli, A., Sant, M., Weir, H. K., Elwood, J. M., Tsukuma, H., Koifman, S., Azevedo e Silva, G., Francisci, Silvia., Santaquilani, M., Verdecchia, A., Storm, H. H., & Young, J. L. (2008). Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncology*, 9(8), 730-756.
- Coughlin, S., & Ekwueme, U. (2009). Breast cancer as a global health concern. *The International Journal of Cancer Epidemiology*, 33, 315-318.
- Emilsson, S., Svensk, A.-C., & Lindh, J. (2012) Support group participation during the post-operative radiotherapy period increases levels of coping resources among women with breast cancer. *European Journal of Cancer Care*, 21, 591-598.
- 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. *Nursing Education Today*, 24, 105-112.
- Harmer, V. (2006). Breast cancer treatments -- a synopsis. *Practice Nurse*, 31, 33-36.
- Hawkins, A. (1999). Pathography: patient narratives of illness. *Western Journal of Medicine*, 171(2), 127-129.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I Henricson, M. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 129-137) Lund: Studentlitteratur.
- Holzner, B., Kemmler, G., Kopp, M., Moschen, R., Schweigkofler, H., Dünser, M., Margreiter, R., Fleischhacker, W.W., & Sperner-Unterweger, B. (2001). Quality of life in breast cancer patients- not enough attention for long-term survivors? *Psychosomatics*, 42(2), 117-123.
- Katapodi, M. C., & Aouizerat, B. E. (2005). Do Women in the Community Recognize Hereditary and Sporadic Breast Cancer Risk Factors? *Oncology Nursing Forum*, 32(3), 617-623.

Kovero, C., & Tykkä, E. (2002). Att insjukna i bröstcancer. *Vård i Norden*, 22(3), 15-20.

Krokfors-Lindsjö, G-L. (2000). *Ovanför molnen är himlen blå*. Eget förlag.

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

Luker, K.A., Beaver, K., Leinster, S.J., Owens, R.G., Degner, L.F., & Sloan, J.A. (1995). The information needs of women newly diagnosed with breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 22(1), 134-141.

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

Palmerantz, U. (2011). *Bröstresan*. Stockholm: Frank.

Pechlivani, F., & Vivilaki, V. (2012). Breastfeeding and breast cancer. *Health Sciences Journal*, 6(4), 610-617.

Salonen, P., Tarkka, M.-T., Kellokumpu-Lehtinen, P.-L., Koivisto, A.-M., Aalto, P., & Kaunonen, M. (2013). Effect of social support on changes in quality of life in early breast cancer patients: a longitudinal study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 396-405.

Schmid-Büchi, S., Halfens, R., Müller, M., Dassen, T., & van den Borne, B. (2013). Factors associated with supportive care needs of patients under treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 22-29.

Segersten, K. (2012). Användbara texter. I F. Friberg, (Red.), *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.47-56). Lund: Studentlitteratur.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*.

Skott, C. (2012). Berättelser- narrativ analys och tolkning. I Henricson, M. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 237-248) Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*.  
[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf) hämtad: 2014-01-02

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

Ussher, J., Kirsten, L., Butow, P., & Sandoval, M. (2006). What do cancer support groups provide which other supportive relationships do not? The experience of peer support groups for people with cancer. *Social Science and Medicine*, 62, 2565-2576.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad-en bro mellan forskning och verklighet*. Lund: Studentlitteratur.

Williams, P., Barclay, L., & Schmied, V. (2004). Defining Social Support in Context: A Necessary Step in Improving Research, Intervention, and Practice. *Qualitative Health Research, 14*(7), 942-960.

World Health Organization. (2013). *Breast cancer: prevention and control-Breast cancer burden*. <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html> hämtad: 2013-11-25

Ödling, G., Norberg, A., & Danielson, E. (2002). Care of women with breast cancer on a surgical ward: Nurses' opinions of the need for support for women, relatives and themselves. *Journal of Advanced Nursing, 39*(1), 77-86.



## Bilaga 1 Exempel på analysförfarande

Meningsenheter	Kondenserade meningsenheter	Kod	Underkategori	Kategori
”Strålningsenheten ligger en trappa ner, i källaren... Ofta döljs det i fula källare... Men i den här källaren bemöts jag med stor vänlighet och respekt.” (Grahn, 2003, s. 56)	Bemöts med vänlighet och respekt på strålningsenheten	Vänligt och respektfullt bemötande		Bemötande från hälso-och sjukvårdspersonal
”Jag litar på min läkare, han kan sitt jobb men känns också som en medmänniska, någon som bryr sig.” (Thunberg, 2006, s. 207)	Jag litar på min läkare, han känns som en medmänniska. Någon som bryr sig.	Min läkare bemöter mig som en medmänniska. Han bryr sig.		
”Visst är det knäppt hur de uttrycker sig, man blir ju rädd! De håller med och vi pratar om att de skräms när de uttrycker sig så luddigt.” (Palmerantz, 2011, s. 11)	De uttrycker sig knäppt, man blir rädd. De skäms när de uttrycker sig så luddigt	De uttrycker sig luddigt så man blir rädd		Information och besked
”Läkaren som planerade min behandling var mycket sympatisk. Han till och med ritade upp ryggraden och bäckenet och förklarade var min cancer finns.” (Kroklors-Lindsjö, 2000, s. 81)	Läkaren var mycket sympatisk. Han ritade upp ryggraden och bäckenet och förklarade var min cancer finns	Läkaren var mycket sympatisk när han förklarade		

<p>”Med en varm och lugnande röst gav hon mig så mycket tröst och hopp. Tack vare detta samtal klarade sig familjen helgen relativt bra.” (Andersson, 2004, s. 18)</p>	<p>Hon gav mig så mycket tröst och hopp genom detta samtal</p>	<p>Känna tröst och hopp genom samtal</p>		<p>Betydelsen av att få tala om sjukdomen</p>
<p>”I bakhuvudet mindes jag helt plötsligt att jag i telefonkatalogen sett ett nummer till Bröstcancerföreningen. Jag hämtade genast katalogen och ringde upp. Jag hamnade hos en underbar kvinna som gav mig så mycket hopp denna kväll.”(Andersson, 2004, s. 15)</p>	<p>Jag ringde Bröstcancerföreningen, och hamnade hos en underbar kvinna som gav mig så mycket hopp</p>	<p>Bröstcancerföreningen ger hopp genom samtal</p>		
<p>”Ändå var det med en känsla av tomhet... jag kände mig ensam och övergiven. Det var också det att jag från och med nu skulle klara mig själv. Inget sjukhus att gå till, inga snälla sköterskor som jag kunde fråga.” (Krokfors-Lindsjö, 2000, s. 38)</p>	<p>En känsla av tomhet. Jag kände mig ensam och övergiven, nu skulle jag klara mig själv. Inget sjukhus och inga snälla sköterskor</p>	<p>Känsla av ensamhet efter avslutad behandling</p>		<p>Brister från hälso-och sjukvårdspersonal efter avslutad behandling</p>
<p>”Han säger också att det för en del som går igenom en cancerbehandling blir det jobbigt efteråt. ”Din nästa kris kan vara när alla vitrockar försvinner”, säger han. ” (Palmcrantz, 2011, s. 106)</p>	<p>För en del som går igenom en cancerbehandling blir det jobbigt efteråt. Det kan vara din nästa kris</p>	<p>Din nästa kris kan vara efter cancerbehandlingen</p>		