

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ  
I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD  
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
2013:84

Kvinnors upplevelse och behov av stöd när de drabbats av  
bröstcancer.

Linda Björkgren

Josefin Olsen



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Examensarbetets titel:	Kvinnors upplevelse och behov av stöd när de drabbats av bröstcancer.
Författare:	Linda Björkgren och Josefin Olsen
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Kurs:	Gvsjukvt11 Examensarbete
Handledare:	Katarina Karlsson
Examinator:	Claes Ekenstam

## Sammanfattning

Bröstcancer är den vanligaste kvinnliga cancerformen. Vid ett besked om bröstcancer drabbas ofta kvinnan av en livskris. Både hennes kropp och hennes sätt att se på livet förändras i takt med sjukdomen och det är oerhört viktigt att hon har sina anhöriga och vårdpersonalen till hands som stöd i denna livskris. Syftet är att belysa behovet av stöd hos kvinnor som drabbats av bröstcancer. För att göra detta har metoden litteraturstudie valts. Det som framkommit i resultatet är att kvinnorna ville ha stöd redan från insjuknandet och börja bygga en god relation till sjukvården som sedan fortlöper genom hela sjukdomsförloppet. Vidare ville kvinnorna ha ett fortsatt gott stöd i vardagen, känna ärlighet från vårdpersonal men samtidigt kunna skratta i livet. Till sist ville de ha hjälp att hantera sin förändrade kroppsbild och identitet och få en samhörighet med andra kvinnor i liknande situation. Vidare valde vi att diskutera tre frågor som framkom och som ansågs viktiga och intressanta, dessa var relationen till sjukvården, vardagslivet som mor och patient och till sist den förändrade identiteten, kroppsbilden och sexualiteten.

Nyckelord: *Bröstcancer, kvinna, stöd, anhörig, vårdrelation, identitet, vardagsliv*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
<b>Bröstcancer</b>	<b>1</b>
Att få en diagnos	1
De närstående	1
Vårdrelationen	2
Hälsa, hälsohinder och hälsoresurser	2
Subjektiv kropp	3
Identitet	3
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>4</b>
<b>SYFTE</b>	<b>4</b>
<b>METOD</b>	<b>4</b>
Datainsamling	4
Dataanalys	4
<b>RESULTAT</b>	<b>6</b>
Att drabbas av bröstcancer	6
Tillgängligt stöd redan vid sjukdomsdebut	6
Att skapa en god vårdrelation	8
Att få livet att falla på plats	8
Att vara i behov av andra	9
Att ha en ärlig kommunikation med sjukvårdspersonal	9
Att möta humor och uppmuntaran ifrån närstående och sjukvårdspersonal	10
<b>Det förändrade livet</b>	<b>11</b>
Att handskas med en förändrad kroppsbild och identitet	11
Att känna samhörighet	12
<b>DISKUSSION</b>	<b>13</b>
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	13
Att skapa en god vårdrelation både för kvinnan och hennes närstående	13
Att behålla en fungerande vardag och att vara mor och patient	15
Sexualitet, identitet och förändrad kroppsbild	16
<b>SLUTSATSER</b>	<b>18</b>

<b>REFERENSER</b>	<b>19</b>
<b>Bilaga 1</b>	<b>21</b>
<b>Bilaga 2</b>	<b>32</b>

# INLEDNING

Vi har valt att skriva om kvinnors behov av stöd, då de drabbats av bröstcancer. Detta ämne valdes för att det anses vara en relevant sjukdom att belysa då det är den vanligaste kvinnliga cancerformen i världen. Ämnet blir än mer intresserant då uppsats författarna själva är kvinnor och vill ha en djupare förståelse för vad dessa cancerdrabbade kvinnor upplever under sjukdomstiden. I vår framtida profession som sjuksköterskor kommer dessa kvinnor att bemötas, därför är det viktigt att vi skapar oss en förståelse för kvinnors behov av stöd och på vilket sätt vi kan tillämpa detta i praktiken.

# BAKGRUND

## Bröstcancer

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen som kvinnor drabbas av, cirka 7 000 kvinnor drabbas varje år. Sjukdomen är vanligast förekommande hos kvinnor över 40 år och risken ökar sedan med stigande ålder. Symtomen visar sig oftast som en knöl i bröstet eller armhålan, knölen är vanligtvis hård och kan vara ömmande eller helt smärtfri. Ett annat vanligt symptom är att bröstvårtan eller huden runt om kring dras in. Mindre vanliga symtom som svullnad, rodnad, ett sår som uppstått utan yttre påverkan eller vätska ifrån bröstvårtan kan också förekomma (National Breast Cancer Foundation, 2012). Det är viktigt att kvinnor regelbundet undersöker sina bröst både genom självundersökning och genom att gå på mammografi kontroller regelbundet. De vanligaste behandlingarna vid bröstcancer är operation, strålbehandling och cytostatikabehandling. I de allra flesta fall inleds behandlingen med en operation där delar av eller hela bröstet tas bort, har canceren spridit sig kan även lymfkörtlarna i armhålan tas bort, en så kallad axillarutrymning. Detta kompletteras sedan ofta med strålbehandling för att minimera risken för att canceren skall komma tillbaka. Cytostatikabehandling är också en vanlig behandling vid bröstcancer, detta läkemedel hämmar bildning av och dödar redan existerande cancerceller. Läkemedlet ges ofta i doser med några veckors mellanrum i perioder om cirka fyra månader. Om sjukdomen upptäcks och behandlas eller opereras tidigt är chansen stor att kvinnan blir frisk igen (World Health Organisation, 2009).

## Att få en diagnos

Att få diagnosen bröstcancer resulterar hos många kvinnor i en livskris. Detta yttrar sig som en chock, emotionellt kaos, förvirring och rädsla, inte bara över cancerdiagnosen utan även över kommande beslut som kvinnan skulle behöva fatta. Kvinnorna beskriver att stöd ifrån sina nära och ifrån sjukvårdspersonalen är viktigt, dels emotionellt men också genom att få information om sjukdomen och hjälp i kommande beslut (Lu, Lin, & Lee 2010, s. 269).

## De närstående

Närstående är viktiga att uppmärksamma och involvera i ett patientfokuserat vårdande. Patientens närmaste beskrivs som närstående, anhöriga, vänner, familj eller släkt. Ur det

vårdvetenskapliga perspektivet är den närstående den person som utpekas av patienten som närstående och som även själv accepterar att bli betraktad som närstående (Dahlberg & Segesten 2011, ss. 118-121). Detta stöd kan vara en make/maka, en partner, förälder, barn eller annan släkting men även en vän eller en granne. Människor är beroende av samspel med andra, de närmaste är oftast de allra viktigaste för de flesta sjuka speciellt vid en långvarig sjukdom där de närstående kan ta på sig en del av vårdansvaret och därmed spelar en viktig roll för både den sjuke men även för sjukvården. Att ha en närstående vid sin sida när sjukdom inträffar kan vara avgörande för en patient att återvinna eller bevara hälsa och välbefinnande. Dock kan vissa närstående ha den motsatta effekten, när det finns en brist av förståelse ifrån de som är nära (Landmark, Strandmark & Wahl 2002a, s. 220).

### **Vårdrelation**

Wiklund (2003, ss. 155-158) beskriver vårdrelationen som ett utrymme där vårdandet äger rum. En god vårdrelation leder till bot och värnar om patientens värdighet. Om vårdaren är medveten om sin maktposition och inte utnyttjar denna på ett felaktigt vis får patienten genom vårdrelationen utrymme för stöd på olika nivåer så som i görandet och i relationen. Vårdaren kan använda sin makt till patientens fördel och få patienten trygg i sin situation. En vårdande relation kan ses som förhållandet mellan vårdare och patient genom tillit och respekt och den uppmärksamhet som vårdaren ägnar patienten. Vårdaren kan få patienten att växa och utvecklas genom att tillföra en god vårdrelation.

Det är av stor vikt att en god vårdrelation finns till hands då en patient är sjuk och ska vårdas på sjukhus, för att patienten ska kunna lita på den som vårdar behöver hon känna förtroende för vårdpersonalen. För att vårdpersonalen ska kunna ge en god omvårdnad krävs det att hon ger patienten adekvat information och att hon är påläst och uppdaterad om patienten och sjukdomen. Patienten behöver uppleva att hon har en meningsfull dialog och relation tillsammans med vårdpersonalen, för att på så sätt kunna känna sig trygg under sin vårdvistelse (Admi, Zohar & Rudner 2011, ss. 507-513).

### **Hälsa, hälsohinder och hälsoresurser**

Kvinnor som drabbats av bröstcancer har beskrivit en känsla av att sjukdomen hindrat dem att uppleva hälsa eftersom delar av deras kropp och psyke enligt dem gått förlorat, detta kan beskrivas som ett hälsohinder (Joulæe, Joolæe, Kadivar, & Hajibabae, 2012, s. 364).

Hälsa är ett komplext begrepp, innebörden av detta begrepp varierar från person till person men kan också variera hos en individ vid olika tidpunkter i livet. Hälsa är en del i människors liv och ser olika ut beroende på dennes förhållande till världen, samspel med social och kulturell miljö och yttre faktorer så som miljö eller stress. Hälsa kan beskrivas som en upplevelse av sundhet, friskhet och välbefinnande. Sundhet kan ses som att människan har en konsekvensinsikt och kan handla på ett hälsosamt sätt, friskhet beskriver olika fysiska egenskaper hos en individ och kan beskrivas som "frånvaro av sjukdom" och välbefinnande utgår ifrån personens livsvärld och uttrycker en känsla hos honom eller henne (Dahlberg & Segesten 2011, s. 51; Eriksson 1989 se Wiklund 2008, ss. 79-80).

Wiklund (2003, s. 88) beskriver hälsohinder som ett fenomen som i djup mening hindrar människan att uppleva hälsa genom att hindra människans upplevelse av enhet, helighet och värdighet. I artikeln av Joulaee et al (2012, s. 364) presenteras hälsohinder i relation till bröstcancer och kvinnornas upplevelse. Kvinnorna talar här om betydelsen av en förlorad kroppsdel som ett bröst, oförmågan att kunna utföra dagliga aktiviteter eller att inte kunna fokusera på det dagliga livet då deras tankar hela tiden riktas åt deras sjukdom.

Hälsoresurser är det människan har tillgång till och som kan hjälpa honom eller henne att uppnå hälsa och ge en känsla av helhet. Detta kan innebära inre resurser så som att verbalisera och sätta ord på det hon eller han känner, tillit och att kunna reflektera över sina tankar och känslor. Dessa hälsoresurser kan också komma utifrån och visa sig som till exempel en strukturerad tillvaro eller att få stöd ifrån familj och vänner (Wiklund 2003, ss. 88).

### **Subjektiv kropp**

Kroppen är inte bara en plats för människans upplevelser utan även för identiteten. Genom sinnen, det vi ser, hör och känner skapar människan en bild utav sig själv och den värld hon lever i. Detta innebär att när kroppen förändras som en konsekvens av sjukdom eller skada, förändras människans upplevelse av sig själv och hennes tillgång till världen. Denna förändrade kropp kan också få andra människor i vår omgivning att reagera, genom att börja behandla den förändrade kroppen annorlunda. (Wiklund 2003, ss. 49-50). Majdar 1998 (se Wiklund 2003, s. 50) beskriver hur människan blir främmande för sin kropp på grund av sin sjukdom och börjar uppleva världen på ett nytt sätt.

### **Identitet**

Vid ett besked om bröstcancer, kan den drabbade kvinnan mista sin känsla av att vara frisk, samt inneha en känsla av att vara smittsam. Hur hon genomlider krisen beror på vilket stöd hon får utav sin partner, hennes tidigare sexualitet och självbild. Brösten är ett av kvinnans viktigaste kvinnliga könsattribut. Brösten är även ett livgivande organ med tanke på att det ger henne förmågan att amma sitt barn, vilket bidrar till att hon finner sig kompetent som kvinna och som mor. Sjukdom i bröst kan uppfattas som ett hot mot den drabbade kvinnans attraktionsförmåga, könsidentitet och sexualitet. Vid operation av bröstcancer, där hela bröstet eller delar av bröstet avlägsnas, upplever kvinnan i de allra flesta fall detta som stympning, hennes självbild omvandlas, hon vill inte identifiera sig med sina bröst utan benämner brösten som Bröstet, något som inte tillhör hennes egna kropp (Manderson & Stirling 2007, ss. 82-84). Kvinnan kan successivt acceptera sin nya kropps bild, hur detta ter sig beror dock på hur kvinnan ser på sig själv före sjukdomen och betydelsen för hennes uppfattning om sig själv som en sexuell person och hennes egen uppfattning om kvinnlighet utifrån sina bröst. Omgivningens attityder och reaktioner av partners har i många fall en avgörande betydelse om hur kvinnans hanterar sin kris. Kvinnor som drabbats av bröstcancer och har en partner som är stöttande, och övertygande att inte hon har tappat sin attraktiva förmåga genom operationen samt att partnern empatiskt deltar i hennes krishantering

förbättrar kvinnans krissituation oerhört och är positivt för hennes självbild och sexualitet (Garrusi & Faezee 2008, s. 161; Hellström 2010, ss. 342-343).

## **PROBLEMFORMULERING**

Bröstcancer är den vanligaste kvinnliga cancerformen. Kvinnor som får denna diagnos drabbas ofta av en stor kris som kan vara svår att ta sig ur utan ett gott stöd från såväl sina nära som vårdpersonal och andra instanser. Det kan för kvinnan vara svårt att handskas med sin sjukdom och samtidigt få livet för sig själv och sin familj att fungera då hon inte längre känner igen sig själv eller sin situation och hennes kroppsuppfattning börjar förändras. Det är viktigt att sjukvårdspersonal känner till kvinnornas tankar och rädslor och behov av stöd för att på så sätt kunna ge kvinnorna en så god omvårdnad och ett så gott stöd som möjligt.

## **SYFTE**

Syftet är att belysa behovet av stöd vid diagnostik, behandling och postklinisk period hos kvinnor som drabbats av bröstcancer.

## **METOD**

Metoden vi har valt att använda är en kvalitativ litteraturstudie. Denna metod innebär att först identifiera vad som skall undersökas och avgränsa detta till ett specifikt område för att sedan söka artiklar utifrån problemformulering och syftet. I en litteraturstudie sammanställs tidigare forskning och ger en överblick över det valda området. Artiklar som används i en litteraturstudie skall vara primärkällor som är vetenskapligt granskade. (Axelsson 2008, ss. 175-180).

### **Datainsamling**

Våra sökningar av data gjordes i databaserna Cinahl och PubMed som innefattar internationell omvårdnadsforskning. Inklusionskriterier som användes var att endast artiklar som var Peer Reviewed och där tillgång till fulltext fanns söktes. Vidare avgränsade vi med årtalen 2000-2013. Sökord som användes var Breast cancer, Breast cancer patients, Breast Neoplasms, Support, Psykosocial, informative support, social support, emotional support, needs of support, qualitative, qualitative study, nurs\*. För att se hur dessa sökord kombinerats och resultat se bilaga 2. Sökningarna resulterade till sist i tio relevanta artiklar som alla hade en kvalitativ ansats, se bilaga 1 för en överblick av dessa.

### **Dataanalys**

Analysmodellen vi valt att använda är Axelssons (2008, ss. 180-184) analysmodell. Denna analysmodell går ut på att de valda artiklarnas resultat granskas, det kan beskrivas som att ta artiklarnas helhet, plocka ner dem i delar och sedan sätta ihop det till en ny helhet. Likheter och skillnader i de valda artiklarna som bäst illustrerar syftet med den aktuella studien identifieras. Dessa delar plockas sedan ut för att få en tydlig översikt av vad som skall analyseras vidare och kan med fördel presenteras i en tabell

för att på så sätt få en överblick om artiklarnas syfte, metod, urval och resultat. Därefter sammanställs de funna likheterna och skillnaderna i nya kategorier och subkategorier som tillsammans bildar det nya resultatet. Det är viktigt att hela tiden ha syftet i åtanke för att påminnas om vad som skall studeras för att inte komma ifrån ämnet. Kategorierna och subkategorierna kan förslagsvis presenteras i en tabell för att ge en tydlig överblick.

Analysen startades genom att båda författarna läste igenom alla artiklar och strök under det som ansågs relevant att ha med i uppsatsen. Därefter satte vi oss ner och diskuterade vad vi funnit och jämförde det vi hittat i artiklarna, det visade sig att vi lagt fokus på ungefär samma delar i artiklarnas resultat. Genom att flertalet gånger granska artiklarnas resultatdel började likheter och skillnader urskiljas och kunde överföras på ett separat papper för att tydligare kunna se dessa. Dessa likheter och skillnader diskuterades mellan författarna och olika kategorier började ta form. Den ”röda tråden ” började ta form då vi såg att det fanns ett antal olika stöd som kvinnorna i artiklarna fått och att dessa stöd kom ifrån olika personer och instanser. En överblick av dessa presenteras i tabellen nedan. Vi var därefter noga med att innehållet i de nya kategorierna spegla det som kategorins överskrift syftar till och att göra resultatet så läsarvänligt som möjligt. Det slutade med tre huvudkategorier som sedan fick två eller tre subkategorier var.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Att drabbas av bröstcancer</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tillgängligt stöd redan vid sjukdomsdebut</b></li> <li>• <b>Att skapa en god vårdrelation</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Att få livet att falla på plats</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Att vara i behov av andra</b></li> <li>• <b>Att ha en ärlig kommunikation med sjukvårdspersonal</b></li> <li>• <b>Att möta humor och uppmuntran ifrån närstående och vårdpersonal</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Det förändrade livet</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Att handskas med en förändrad kroppsbild och identitet</b></li> <li>• <b>Att känna samhörighet</b></li> </ul>

## RESULTAT

Resultatet presenteras likt en tidslinje, från diagnostillfälle, vidare genom sjukdom och behandling för att senare belysa aspekter som framkommer i de senare skedena av sjukdom och tillfrisknande.

### Att drabbas av bröstcancer

Att få diagnosen bröstcancer är för de flesta kvinnorna associerat till en stor livskris (Lu et al 2010, s. 269). Kvinnorna beskriver att det viktigaste i det initiala skedet av sjukdomen är att ha sina närstående tillgängliga och att få ett stöd utan att behöva efterfråga det (Chantler, Mortimer, Podbilewicz-Schuller 2008, s. 74; Drageset, Giske, Lindström & Underlid 2012, ss. 41-43; Galván, Buki & Garcés 2009, s. 368; Marlow, Cartmill, Cieplucha & Lowrie 2003, s. 323). Information om sjukdom och behandling från sjukvårdspersonal så tidigt som möjligt ansågs underlätta förståelsen av sjukdomsförloppet (Cebeci, Yangın & Tekeli 2011, s. 409; Chantler et al. 2008, s. 71; Drege set et al. 2012, s. 41; Galván et al. 2009, ss. 369-372; Marlow et al. 2002, ss. 323-324; Remmers, Holtgräwe & Pinkert 2009, s. 14). Att skapa en god relation till vårdpersonal, helst en specifik person i personalen, tidigt i sjukdomsförloppet var för kvinnorna önskvärt. Denna skulle sedan fungera som en kontaktperson genom hela sjukdomstiden, vara ett stöd för kvinnan i olika situationer och hjälpa henne i de frågor och tankar som uppkom (Drege set et al. 2012, ss. 41-44; Landmark et al. 2002a, s. 202; Marlow et al. 2002, s. 43; Remmers et al. 2009, ss. 13-14).

### Tillgängligt stöd redan vid sjukdomsdebut

En viktig utgångspunkt för upplevelsen av ett tillfredställande stöd från familj och vänner var för de flesta kvinnor att stödet skulle finnas lättillgängligt, alltså vara nära till hands och att familj och vänner erbjöd sig och stöttade kvinnan på eget initiativ då de flesta kvinnorna tyckte det var svårt att behöva be om stöd (Chantler et al 2008, s. 74; Drageset et al 2012, ss. 41-43; Galván et al 2009, s. 368; Marlow et al 2003, s. 323). Att känna att familj och vänner fanns där, att de var villiga att lyssna på dem eller bara fanns till var en viktig del som gav en känsla av trygghet och att de nära faktiskt brydde sig. Det kunde räcka med att någon som kvinnan höll kär bara satt bredvid eller kramande om kvinnan i svåra stunder. Kvinnorna berättade även att det var skönt att ha en anhörig eller nära vän att reflektera olika frågor med, att prata med om vad som hänt, om sina tankar och känslor som berörde den förändrade livssituationen. Detta gjorde att många kvinnor upplevde en trygghet i att inte vara ensam om sina tankar och känslor genom att kunna dela dessa med en person som kvinnan kände förtroende för (Cebeci et al. 2011, s. 408; Chantler et al. 2008, s. 73; Drageset et al. 2012, ss. 43-44; Galván et al. 2009, s. 369; Landmark et al. 2002a, s. 219; Landmark et al. 2002b, s. 118; Snyder & Pears 2010, ss. 5-6). Det framkom dock i Drageset et al. (2012, s. 41) att kvinnorna inte alltid kände att den stöttande personen behövde närvara fysiskt vid kvinnans sida utan det kunde räcka med ett telefonsamtal, ett sms, ett mail, blommor eller liknande för att visa sitt stöd och sin omtanke.

Kvinnorna berättade även att det var skönt om information om sjukdom och behandling eller alternativ behandling fanns disponibel redan vid diagnostillfället för att snabbt få "ett grepp" om sjukdomen. Denna information skulle finnas lättillgänglig och informationen som gavs av sjukvårdspersonal skulle kännas relevant och vara så klar som möjligt, helst nedskrivna på papper eller liknande (Cebeci, Yangın & Tekeli 2011, s. 409; Chantler et al. 2008, s. 71; Drege set et al. 2012, s. 41; Galván et al. 2009, ss. 369-372; Marlow et al. 2002, ss. 323-324; Remmers et al 2009, s. 14). Många kvinnor upplevde en trygghet genom att en närstående eller vän fanns vid kvinnans sida till exempel vid läkar- eller andra sjukhusbesök som "ett extra par öron" då det kunde vara svårt för kvinnorna att uppfatta, ta in och komma ihåg allt som sagts och berörts under samtalet. Personen som följde med kvinnan kunde hjälpa henne att komma ihåg samtalet och informationen till exempel genom att skriva ner vad som sagts (Snyder & Pearse 2010, s. 7; Galván et al. 2009, s. 369). Kvinnornas anhöriga kunde finnas tillgängliga då ett eventuellt beslut om behandling skulle fattas, vilket bidrog till att kvinnorna inte kände sig ensamma i sitt beslut utan hade någon att diskutera eventuella behandlingsalternativ med och få den närståendes råd och synpunkter angående dessa. De närstående kunde även hjälpa till genom att söka information om alternativa behandlingar och boka in möten med kvinnornas läkare för att diskutera dessa alternativa behandlingar, så som om de fanns tillgängliga och om de visat god effekt tidigare (Galván et al. 2009, s. 368; Snyder et al. 2010, s. 7).

I Marlow et al. (2002, s. 324) studie framkom det att kvinnorna föredrog att information angående stödgrupp att vända sig till fanns tillgänglig redan vid diagnostillfället. Informationen om var dessa stödgrupper fanns och var man kunde få kontakt med dem kunde ges på sjukhuset.

Flertalet kvinnor berörde även att det kändes viktigt att en stödgrupp fanns tillgänglig under hela sjukdomstiden för att få information om sjukdomen, behandlingar, biverkningar och vad som kunde förväntas, kvinnor i stödgrupperna kunde även ge råd om vart de kunde hitta denna information om de ville läsa själv. Det blev även en plats där kvinnorna kunde diskutera olika alternativ samtidigt som de utbytte information (Chantler et al. 2008, s. 72; Drageset et al. 2012, s. 44; Galván et al. 2008, s. 370; Landmark, Strandmark & Wahl 2002a, s. 220; Marlow et al. 2002, s. 323).

I väntan från diagnos till behandling, mellan behandlingar eller i väntan på besked efter utskrivning från sjukhuset kände många kvinnor att de förlorade sitt "skyddsnät" och att de nu fick klara sig själva i sin sjukdom. Ansvar för att boka tider och ta kontakt med sjukvården låg hos kvinnorna då det vanligtvis saknades en plan för uppföljning på sjukhuset och tillgängligheten till stöd från sjukvårdspersonalen raserades. Detta ledde till att många kvinnor kände sig bortglömda. (Chantler et al. 2008, s. 73; Drageset et al. 2012, s. 44; Landmark et al 2002b, s. 117; Landmark et al. 2002a, s. 220; Marlow et al. 2002, s. 323). En brist på tillgängligt stöd ifrån sjukvården kunde leda till att kvinnorna kände sig isolerade och slutkörda då de fick hantera tankar, eventuella frågor och känslor själva. Detta kunde innebära frågor om vad som skulle hända närmast, tankar om konsekvenser i det fortsatta livet eller känslor som uppkom i situationer då livet kändes ohållbart (Galván et al. 2009, s. 368; Landmark et al. 2002a, s. 220).

### **Att skapa en god vårdrelation**

En öppen och rak kommunikation mellan kvinna och sjukvårdspersonal var viktig för att skapa en god vårdrelation. En god vårdrelation var en bra förutsättning för god omvårdnad. Sjukvårdspersonalen, framför allt sjuksköterskan skulle även vara öppen för patientens önskemål och anpassa stödet efter dessa och på så sätt få en så personlig kontakt med kvinnan som möjligt (Chantler et al. 2008, ss. 72-73; Dreggest et al. 2012, s.44; Galván et al. 2009, s. 368; Remmers et al. 2009, s. 13) Utifrån detta kände många kvinnor att det var skönt om en relation med en person i personalen, gärna en sjuksköterska etablerades. Sjuksköterskan blev en kontaktperson som kvinnan kunde anförtro sig till, som alltid fanns där när kvinnan behövde henne eller honom och som kvinnan kunde lita på, denna relation skulle bygga på respekt och tillit (Dregeset et al. 2012, s. 44; Marlow et al. 2002, s. 323; Remmers et al. 2009, s. 13). Kvinnor kände att denna personliga kontakt var betydelsefull. Det framkom som viktigt att sjuksköterskan eller annan personal kunde uppmuntra och finnas där vid kvinnans sida i svåra stunder, det var också väsentligt för kvinnorna att kunna visa sig sårbara inför sjukvårdspersonalen utan att känna sig dömda. Det var även viktigt att kvinnornas rädslor och farhågor togs på allvar och kunde diskuteras (Drageset et al. 2012, s. 41; Landmark et al. 2002a, s. 202; Remmers et al. 2009, ss. 13-14). Det ansågs även betydelsefullt att kunna ställa frågor till sjukvårdspersonalen om saker som redan diskuterats men som kvinnan inte kom ihåg eller inte uppfattat ordentligt, utan att det skulle anses tjatigt, konstigt eller att sjukvårdspersonalen skulle få kvinnan att känna sig bortgjord. Det ansågs även betydelsefullt för kvinnorna att få ett svar på frågorna de hade, även om frågan inte kunde besvaras av sjukvårdspersonalen kunde ändå en diskussion startas för att försöka reda ut frågorna tillsammans (Drageset et al. 2012, s. 43; Landmark et al. 2002a, s. 202; Remmers et al. 2009, s.14). När valet av behandling slutligen skulle göras kände många kvinnor att detta var ett alltför stort beslut för att ta själv och ville därför ha professionell hjälp ifrån sjukvårdspersonal (Drageset et al 2012, s. 43; Galván et al 2009, s. 369; Landmark et al. 2002, s. 221; Marlow et al. 2002, s. 324) En annan aspekt som framkom var att även om stödet från vårdpersonalen var skönt att få var det bra om kvinnorna ibland fick lite tid för sig själva för att tänka och bearbeta sina känslor och intryck och att vårdpersonalen då respekterade och tillät kvinnorna att vara för sig själva, det ansågs viktigt att få en balans mellan närhet och distans (Drageset et al. 2012, s. 44; Remmers et al. 2009, s. 15).

### **Att få livet att falla på plats**

Kvinnorna beskriver här hur de vill ha stöd för att få livet under sjukdomstiden att flyta på. Det som presenteras är att kvinnorna uppskattade stöd i vardagen genom att deras närstående och andra personer i deras närhet hjälpte dem med det praktiska i vardagen. Så som att laga mat, skjutsa deras barn eller ta sig an kvinnans arbetsuppgifter på arbetet då hon inte kunde infinna sig på jobbet till följd av sjukdomen eller behandling (Cebeci et al 2011, s. 408; Chantler et al. 2008, ss. 70-71; Galván et al. 2009, ss. 369-373; Landmark et al. 2002a, s. 219; Marlow et al. 2003, s. 323; Snyder et al. 2010, s. 6). Vidare menar kvinnorna att de vill ha en öppen och ärlig kommunikation med vårdpersonal för att underlätta och bygga vidare på den påbörjade relationen till en eller flera personer i personalen (Cebeci et al. 2011, s. 409; Chantler et al. 2008, s. 71;

Drageset et al. 2012, s. 43; Galván et al. 2009, s. 368; Marlow et al. 2002, ss. 324-325; Remmers et al. 2009, s. 14). Till sist presenteras vikten av att som drabbad kvinna mötas med uppmuntran och humor för att kunna se positivt på sin situation och kunna skratta även då livet känns tungt (Chantler et al. 2008, ss. 73-75; Galván et al. 2009, s. 374; Landmark et al. 2002a, s. 202; Remmers et al. 2009, s. 14; Snyder et al. 2010, ss. 8-10).

### **Att vara i behov av andra**

Människor i kvinnors närhet tog sig an ett extra ansvar och ett tyngre lass för att underlätta för kvinnan under vissa perioder. Hjälp med hushållssysslor ansågs underlättande, så som att någon städade, lagade mat och tog hand om det som behövde göras i hemmet när kvinnan själv inte orkade med. De som tog sig an detta var oftast partner i förhållandet, kvinnans föräldrar eller svärföräldrar, vänner, grannar och också barnen i de familjer där de var stora nog (Cebeci et al 2011, s. 408; Chantler et al. 2008, s. 70; Galván et al. 2009, ss. 369-373; Landmark et al. 2002a, s. 219; Marlow et al. 2003, s. 323; Snyder et al. 2010, s. 6). De kvinnor som hade små barn som ännu inte klarade sig själva tyckte det var skönt att få hjälp med att ta hand om barnen i de perioder då kvinnorna inte själva orkade, detta kunde innebära att laga mat åt barnen, ta hand om deras basala behov och att skjutsa dem till förskola, skola eller fritidsaktiviteter. Det kunde också gälla passning av barnen under läkarbesök eller behandlingar. Denna hjälp med barnen kunde inge trygghet hos kvinnorna då de visste att barnen hade det bra och fick vad de behövde. Kvinnorna kände då inte lika stor skuld eller skam över att de inte alltid kunde ta hand om sina barn på bästa sätt på egen hand (Chantler et al. 2008, s. 71; Snyder 2010, s. 6; Galván et al. 2009, s. 369). Det framkom även att kvinnorna kände att det underlättade då familj och vänner erbjöd sig att skjutsa dem till och från behandlingar och möten med läkare och annan sjukvårdspersonal för att slippa tänka på transporter, parkeringstider eller andra kostnader (Chandler et al. 2008, s. 71; Snyder et al. 2010, s. 6; Galván et al. 2009, s. 369). För de kvinnor som ännu arbetade, kunde frånvaron från arbete orsaka stress och skuld känslor över kvarlämnat arbete och större börda på sina kollegor. I dessa fall utgjorde kvinnornas kollegor ett stort stöd då de talade om för kvinnorna att det var okej att vara borta från arbetet och att de gärna hjälpte till med kvinnornas arbetsuppgifter de dagar då hon var tvungen att vara på behandlingar, läkarbesök eller då kvinnan hade biverkningar efter behandlingar eller läkemedel (Chantler et al. 2008, s. 71). Det framkom även att kvinnorna fått hjälp ekonomiskt, både genom ekonomiska råd men även ekonomiska bidrag från familj och vänner då utgifterna blivit större än inkomsterna, detta var framförallt hos de kvinnor som inte längre kunde arbeta på grund av sin sjukdom. Detta ekonomiska stöd sågs som en stor lättnad då detta tog bort en stor stress över hur kvinnorna skulle klara sig ekonomiskt (Galván et al. 2009, s. 373; Snyder et al. 2010, s. 6).

### **Att ha en ärlig kommunikation med sjukvårdspersonal**

Att få samma information från all sjukvårdspersonal istället för ett antal olika besked upplevdes av kvinnorna som en trygghet och skapade även en känsla av ärlighet. Denna känsla av ärlighet uppstod genom att kvinnan kände att hon kunde lite på informationen som gavs då den var samstämmig och inte fortsatt behövde undra vad som var den "sanna informationen". Olika besked kunde hos kvinnorna skapa en känsla av

osäkerhet och förvirring (Remmers et al. 2009, s. 14). Många kvinnor ville även ha ärlig information om prognos för sin sjukdom och vad de kunde förvänta sig för att få en realistisk syn på vad som komma skall, att ha tillräckligt mycket bra och god information om prognos och sjukdom gav en känsla av kontroll (Cebeci et al. 2011, s. 409; Chantler et al. 2008, s. 71; Drageset et al. 2012, s. 43; Galván et al. 2009, s. 368; Marlow et al. 2002, ss. 324-325). Att snabbt få ett ärligt svar ifrån sjukvården efter olika besök, provtagningar och behandlingar kändes tryggt då väntan kunde vara jobbigare än svaret, även om det var ett svar kvinnan helst inte önskat (Chantler et al. 2008, s. 70; Landmark et al. 2002a, s. 220; Remmers et al. 2009, s. 14). Att få en kopia av sin journal efter ett besked kunde också underlätta då kvinnan senare kunde gå tillbaka och läsa igen, om inte all information tagits in vid beskedstillfället och här få en ärlig och klar bild över hur situationen såg ut och inte gång på gång behöva kontakta vårdpersonalen med frågor som uppstår (Chantler et al. 2008, s. 70).

En negativ aspekt som framkom var dock att vissa kvinnor kände att sjukvårdspersonalen var dåliga på att kommunicera med dem, detta sågs framförallt då läkare skulle ge tråkiga besked. Kvinnorna kände här att läkarna verkade tycka att det var svårt att ge dessa besked på ett rakt och ärligt sätt och valde då att "gå runt" beskedet för att underlätta för sig själva. Detta gav kvinnorna en känsla av dålig omvårdnad ifrån sjukvårdspersonalen (Chantler et al. 2008, s. 71; Landmark et al. 2002a, s. 221).

#### **Att möta humor och uppmuntran ifrån närstående och vårdpersonal**

Uppmuntran från familj och vänner så som kommentarer om att allt kommer bli bra och att finna glädje var för många kvinnor viktigt för att orka med alla svåra stunder, här nämns även humor som en viktig del, man måste kunna skratta även i svåra stunder (Chantler et al. 2008, s. 73; Galván et al. 2009, s. 374).

Det framstod också viktigt att sjukvårdspersonalen kunde uppmuntra kvinnan till samtal, även om sådant som inte berörde sjukdomen, så som det dagliga livet eller liknande för att avleda tankarna från sjukdomen en stund. Kvinnorna beskriver även här att det var en lättnad att kunna skratta tillsammans med sjukvårdspersonal (Landmark et al. 2002a, s. 202; Remmers et al. 2009, s. 14). I Remmers et al. (2009, s. 15) framgår det att en god stämning på avdelningen vid inläggande kunde ge en känsla av lättnad och glädje vilket kunde bidra till att denna period på avdelningen inte kändes lika lång och tung för den inläggande kvinnan.

Ett annat stort stöd som kvinnorna upplevde kom från kvinnor som tidigare genomgått och överlevt en bröstcancer, detta kunde vara både utomstående kvinnor och kvinnor som fanns i den drabbade kvinnans familj, släkt, bland hennes vänner eller hos en kollega. Dessa kunde ge råd och stöd, inge trygghet, hjälpa kvinnan att hantera känslor som uppkom i olika stadier av sjukdomen, hjälpa kvinnan att se saker på ett positivt sätt och framför allt ingav detta en känsla av hopp och visade att det faktiskt var möjligt att överleva denna sjukdom (Chantler et al. 2008, s. 75; Snyder et al. 2010, ss. 8-10).

Det framkommer dock i Chantler et al. (2008, s. 73) att ett allt för positivt tänkande och pushande från familj och vänner kunde upplevas som att kvinnans problem eller orosmoment slätades över och inte riktigt togs på allvar.

## **Det förändrade livet**

Kvinnorna har här kommit en bit in i sin sjukdom eller behandling och berättar om följderna av dessa och viket stöd de upplever viktigast. De delar som diskuterades bland kvinnor var den förändrade kroppsbilden och identiteten och vikten av att få stöd för att handskas med detta och ta sig vidare (Chantler et al. 2008, ss. 73-74; Ceberci et al. 2012, s. 409; Drageset et al. 2012, s. 43; Galván et al. 2009, ss. 369-374; Joolae, Joolae & Kadivar 2012, s. 364; Landmark et al. 2002b, s. 116; Snyder et al. 2010, s. 6). Kvinnorna tar även upp vikten av att ha en stödgrupp att känna samhörighet med. Där de kan tala och reflektera med andra kvinnor som också har, har haft eller berörts av bröstcancer (Chantler et al. 2008, ss. 72-75; Galván et al. 2009, ss. 372-374; Landmark et al. 2002a, s. 220; Marlow et al. 2002, s. 325; Snyder et al. 2010, s. 10).

### **Att handskas med en förändrad kroppsbild och identitet**

Att känna sig omtyckt och älskad och att få en försäkran om att förbli älskad oavsett vad som händer under sjukdomsförloppet gav en känsla av lättnad och trygghet, speciellt om denna försäkran kom ifrån kvinnans make/sambo (Chantler et al. 2008, ss. 73-74; Drageset et al. 2012, s. 43; Galván et al. 2009, s. 369; Snyder et al. 2010, s. 6).

Kvinnorna kände också att det var viktigt att de blev behandlade och bemötta som den person de var innan de fick sin diagnos, de ville alltså inte bli sedda eller omhändertagna enbart för sin diagnos utan för att människor i deras närhet verkligen brydde sig om dem och ville hjälpa till (Chantler et al. 2008, s. 74; Drageset et al. 2012, s. 43; Marlow et al. 2003, s. 325). Behovet av att bli sedd som en unik individ återfanns även inom sjukvården där kvinnorna förklarade att de upplevt att de blivit behandlade som en i mängden, en diagnos eller som det beskrevs i en artikel, "ett par bröst" (Chantler et al. 2008, ss. 72-73; Landmark et al. 2002a, s. 202; Marlow et al. 2002, s. 325; Remmers et al. 2009, s. 13).

En negativ aspekt som lyftes fram var att kvinnorna kände att vissa vänner och bekanta drog sig undan och fick en känsla av att de tyckte det var jobbigt att handskas med det faktum att kvinnan drabbats av en allvarlig sjukdom, som om de inte riktigt visste vad de skulle säga eller göra. Detta gav hos många kvinnor en känsla av att de endast såg kvinnan som en sjukdom och inte längre som den hon en gång var och det gjorde kvinnan illa berörd att personer som tidigare funnits i hennes närhet nu valde att dra sig undan och inte längre fanns där för att stötta kvinnan i hennes sjukdom eller i bearbetningen av den (Chantler et al. 2008, s. 74; Drageset et al. 2012, s. 43; Landmark et al. 2002a, s. 220;).

Många kvinnor berättade om känslorna som uppstod i och med förändringar av deras kroppar, vilket var en förändrad kroppsuppfattning, okvinnlighet, förlorad eller förändrad sexualitet eller att inte känna sig fullständig som kvinna. Det första många kvinnor upplevde var känslorna då de började tappa hår efter behandling, håret upplevdes som en del av kvinnligheten och en del av den person de var innan sjukdomen och de kände att sjukdomen blev mer påtaglig då den även började synas utifrån. Att förlora håret var en jobbig del i sjukdomen och många kvinnor berättade att de grät då de började förlora hår och försökte dölja detta så länge som möjligt. Nästa

stora kroppsförändring upplevdes av de kvinnor som genomgick en mastektomi (borttagande av bröst) då kroppen förändrades än mer eftersom bröstet för många kvinnor är starkt kopplat till kvinnligheten. Kvinnorna beskrev hur de försökte dölja denna förändring genom att använda kläder eller sjalar som täckte bröstet, lyckades de inte dölja det förlorade bröstet valde vissa kvinnor att istället dölja sig själva genom att isolera sig (Ceberci et al. 2012, s. 409; Galván et al. 2009, s. 373; Joulæe Joolæe & Kadivar 2012, s. 364; Landmark et al. 2002b, s. 116). I Galván et al. (2009, s. 374) berättar kvinnorna att de kunde få råd och tips av kvinnor till exempel i sin stödgrupp om vart man kunde köpa fördelaktiga och bekväma kläder som inte avslöjade avsaknaden av ett bröst.

Många kvinnor har även beskrivit att denna förändrade kroppsform bidrog till att de inte kände sig sexuellt attraktiva och blev obekväma inför intima situationer. Det var därför av stor vikt att kvinnan hade någon så som en partner, närstående eller en person som kvinnan kände trygghet hos och som kunde berätta för henne att håret eller bröstet inte definierade henne som kvinna. Dessa personer kunde även hjälpa kvinnan att ta steget ur hemmet och visa henne att omvärlden inte var ett hot mot hennes identitet. Att våga komma ut och träffa andra människor och se att dessa inte såg kvinnan som annorlunda kunde hjälpa henne att fortsätta sin vardag och inte vara rädd för att möta andra människors på grund av rädslan att bli dömd. Kvinnorna behövde känna sig fortsatt attraktiva i sin sexuella relation. Detta kunde uppnås genom att kvinnans partner förklarade för henne att attraktionen kvarstod trots den förändrade kroppen (Ceberci et al. 2012, s. 409; Galván et al. 2009, s. 373; Joulæe, Joolæe & Kadivar 2012, s. 364; Landmark et al. 2002b, s. 116).

### **Att känna samhörighet**

Trots all uppmärksamhet om bröstcancer i media och på andra platser kunde kvinnorna känna sig ensamma och isolerade i sin diagnos (Chantler et al. 2008, s. 75) Men att tillhöra en stödgrupp kunde inge en känsla av samhörighet och trygghet och kunde vara en plats där kvinnorna kunde slappna av och återfinna styrka (Chantler et al. 2008, s. 75; Galván et al. 2009, s. 372). Här kunde de både ge och få råd och stöd och dela med sig av sina upplevelser och känslor och de kunde hjälpa varandra att reducera rädslor som fanns och att tänka positivt (Chantler et al. 2008, s. 72; Galván et al. 2009, s. 372-374; Landmark, B. T. et al. 2002a, s. 220; Marlow et al. 2002, s. 325). Många kände även att kvinnorna i stödgruppen förstod sig på dem och deras känslor bättre i vissa situationer än familj och vänner som inte själva drabbats av bröstcancer. Det var även skönt att ha någon annan att vända sig till då familj och vänner inte riktigt "räckte till" eller orkade prata (Chantler et al. 2008, s. 75; Marlow et al. 2002, s. 325). Det framkom dock att kvinnorna gärna hade sett att grupperna var mer uppdelade till exempel efter ålder, behandling, upplevelser eller efter vilket skede de befann sig på i livet då det hade gett en ännu större samhörighet i gruppen om alla befann sig på "samma nivå" (Chantler et al. 2008, s. 75; Snyder et al. 2010, s. 10).

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Den valda litteraturbaserade modellen (Axelsson 2008, ss. 175-184) kunde följas på ett bra sätt och passade studien. Initialt var det svårt att formulera ett syfte och en frågeställning då vi hade svårt att avgränsa vårt ämne. Att bilda en struktur för analys tog tid men med god handledning lyckades vi till slut strukturera upp vårt arbete för att nå fram till ett resultat. Kategorier och subkategorier var däremot svårt att forma initialt då de blev för abstrakta och inte speglade vad stycket skulle handla om, men efter bearbetning av dessa anser vi att de på ett bra sätt speglar det som skall förmedlas. Det var även svårt att initialt se den röda tråden i arbetet men under skrivandets gång börja denna växa fram och resultatet hänger slutligen ihop på ett adekvat sätt utifrån ett tidsperspektiv. De valda artiklarna svarar väl an på vårt syfte och representerar en rad olika länder, världsdelar och åldersgrupper vilket ger en god överblick och representerar därigenom kvinnor ifrån stora delar av världen. Vi anser det vara mycket intressant att trots att kvinnorna härstammar från olika världsdelar beskriver de överlag liknande behov av stöd. Under studiens gång har vi uppmärksammat att vi intresserat oss mer för vissa delar än andra. Hade vi gjort om studien hade vi förmodligen valt att skriva om enbart de kroppsliga förluster som kvinnorna kände och som påverkade hennes identitet, sexualitet och kroppsbild eller om hur det är att vara mor och bröstcancerpatient samtidigt. Vi har även utvecklat en djupare kunskap i vårt artikelsökande under studiens gång. Detta hade förmodligen inneburit att vi kunnat hitta bra artiklar inom ett mer specifikt område. Vi hade även kunnat avgränsa året mer med den nya kunskap vi skapat och få fram artiklar som låg mer i tiden då cancerforskningen hela tiden går framåt. Trots denna medvetenhet anser vi inte att de är någon avsevärd skillnad mellan de lite äldre artiklarna och de senaste.

### **Resultatdiskussion**

Syftet med studien är att belysa behovet av stöd vid diagnostik, behandling och postklinisk period hos kvinnor som drabbats av bröstcancer. Resultatet visar att kvinnorna är i behov av olika stöd i olika skeden. Dessa stöd har sina utgångspunkter från olika nätverk kring kvinnan, så som partnern, vänner, närstående, kollegor, sjukvårdspersonal samt stödgrupper.

### **Att skapa en god vårdrelation både för kvinnan och hennes närstående**

I vårt resultat framkommer det att en del som var relevant var vårdrelationen mellan kvinnan och sjukvårdspersonalen. Viktigt var för dessa kvinnor att ha en kontaktperson som de kunde ty sig till och känna trygghet hos (Chantler et al. 2008, ss. 72-73; Drageset et al. 2012, ss. 41-44; Galván et al. 2009, s. 368; Landmark et al. 2002a, s. 202; Marlow et al. 2002, s. 43; Remmers et al. 2009, ss. 13-14).

Precis som i vårt resultat berättar kvinnorna i artikeln av Admi, Zohar & Rudner (2011, ss. 509-511) att vårdrelationen var en viktig grund för bearbetning av sjukdomen och frågor kring den. Här presenteras vårdrelationen utifrån olika aspekter i vårdandet. Den första presenteras genom att kvinnorna i studien har förklarat att mötet med sjukvården skedde i en akut livskris i livet, då de precis fått sin diagnos men inte tagit in det eller hunnit bearbeta detta besked. Det var då viktigt att sjuksköterskan kunde presentera hanterbar information om sjukdom och behandling då detta ingav ett lugn hos kvinnan och kunde ge henne en tydligare bild över vad sjukdomen handlar om och vad hon kan förvänta sig. Vidare berättade kvinnorna att vårdrelationen växte fram då sjuksköterskan visade ett genuint intresse för henne, hade förståelse för henne, en sensitivitet och en uppmuntrande inställning som kunde leda till ett lugn, en säkerhet och ett förtroende, vilket vidare genererade hopp och optimism. Detta gjorde att kvinnorna vågade prata med sjuksköterskan om känslor som uppkommit i och med denna livskris.

Cullberg (2008, ss. 141-144, 155) beskriver sin kristeori utifrån fyra olika faser. Dessa olika faser går in i och avlöser varandra kan. Chockfasen är den fasen som träder in först. När någon befinner sig i chockfasen låter individen all verklighet utebli för att det inte finns någon möjlighet att ta in det som sagts och bearbeta det. Ofta upplevs den drabbade som ytterst välordnad men under ytan finns ett kaos. Därav kan individen inte uppfattat vad som sagts eller skett under denna fas. Chockfasen går över efter några timmar eller dygn och avlöses av reaktionsfasen. Speciellt viktigt är det för sjukvårdspersonal att veta om detta, då väsentliga upplysningar oftast sker i anslutning till chockartade meddelanden, så som cancerbesked. I denna fas glöms i regel informationen som givits bort. Cullberg beskriver här även att det psykiska traumat vid ett cancerbesked sker i flera skeden, i flera trauman. Upptäckten av cancer, strålbehandling, operation, eller upptäckten av tumören. Inte nog med att individen har fått en farlig sjukdom, hon måste skiljas från sin familj för att läggas in på sjukhus och genomgå behandlingarna, som ofta kan vara smärtsamma.

Kvinnorna i studien av Admi et al (2011, ss. 509-511) beskrev att sjuksköterskan kunde fungera som en länk mellan de olika instanserna inom hälso- och sjukvården och se till att kvinnan inte kom vilse där emellan. Hon kunde också se till att tidbokningar fungerade så att det inte blev för långa väntetider emellan eller att tider bokades samtidigt. Därefter kunde sjuksköterskan även följa med vid behandlingar eller i möten med läkare som ett stöd för kvinnan men också för att minnas information för att senare diskutera detta med kvinnan på ett mer greppbart sätt. Det var även viktigt att sjuksköterskan följde upp kvinnan efter dessa behandlingar och möten även om de inte kunde medverka vid dem. Kvinnorna i vårt resultat (Chantler et al. 2008, s. 73; Drageset, et al. 2012, s. 44; Landmark et al 2002b, s. 117; Landmark et al. 2002a, s. 220; Marlow et al. 2002, s. 323) berättar hur de kände sig utelämnade och ensamma efter utskrivning från sjukhuset eller i väntetiden mellan olika möten och behandlingar. Hade sjuksköterskan kunnat fungera som en länk i vårdandet även för kvinnorna i vårt resultat tror vi att kvinnorna hade känt sig mindre utelämnade och känslorna av ensamhet hade kunnat minimeras.

Dessa ovan nämnda delar ledde fram till en relation som kändes trovärdig och gjorde att kvinnan kände sig unik, som om hon var sjuksköterskans enda patient och inte en i mängden. Sjuksköterskan kunde då hjälpa kvinnan att hantera den emotionella bördan,

detta uppskattades av kvinnan så väl som av hennes anhöriga (Admi et al 2011, ss. 509-511). De anhöriga berättade att det var skönt att även de kunde skapa sig en god vårdrelation till en specifik sjuksköterska som de kunde vända sig till med frågor eller då de inte visste hur de på bästa sätt skulle stötta kvinnan. En god vårdrelation även för de anhöriga kunde leda till att de på ett bättre sätt kunde stötta den drabbade kvinnan i deras närhet (Gilbert, Ussher, Perz, Hobbs & Kirsten 2010, ss. 4-6).

Vi anser att vårdrelationen är otroligt viktig då kvinnan drabbas av bröstcancer. Att ha kunskap om de olika kristerier och deras olika faser kan underlätta arbetet som sjuksköterska för att få ett bra upplägg i det initiala stödet. Hon behöver ha någon att prata med och förlita sig på angående det medicinska inom hälso- och sjukvården för att känna sig säkrare i sin situation. Detta stöd är ett viktigt komplement till det sociala nätverket speciellt i de situationer och frågor som berör hälso- och sjukvården. Vad som ofta glöms bort är att även de anhöriga har ett enormt behov av att prata och att även de behöver skapa sig en vårdrelation för att klara av och orka vara ett gott stöd för kvinnan. I praktiken behöver de anhöriga få mer plats för att ta till sig kunskap om situationen, mer kunskap om var de kan finna information men även få någon som lyssnar på dem och stödjer dem, i deras svåra tid.

### **Att behålla en fungerande vardag och att vara både mor och patient**

I vårt resultat framkommer det att vardagen fortlöper i de allra flesta fall även då kvinnan drabbats av bröstcancer och det är mycket som fortsatt skall fungera och flyta på. För kvinnor som hade små barn blev detta speciellt påtagligt. Då hon inte längre klarade av att sköta alla vardagssysslor kring barnen helt själv utan behövde hjälp med detta ifrån sin partner, sina nära, en vän, granne eller liknande (Chantler et al. 2008, s. 71; Snyder 2010, s. 6; Galván et al. 2009, s. 369).

Kvinnorna i studien av Fisher & O'Connor (2012, ss. 160-161) menar att de vid diagnostillfället upplevde känslor som brist på kontroll över vardagen, skuld känslor över att inte på samma sätt som tidigare finnas tillgänglig för sina barn och en ångest och oro över att förlora sin mammaroll. Vidare beskriver kvinnorna att de så länge som möjligt ville behålla sin mammaroll och få vardagen att gå ihop på egen hand. Vilket kunde ge kvinnan en känsla av trygghet, stöd och normalitet då hon fortsatt kunde behålla sin roll i vardagen. De kände att bröstcancer diagnosen skulle påverka hennes familj mindre om de så länge som möjligt kunde upprätthålla en fasad om att allt var bra eller ”normalt”.

Cullberg (2007, ss. 144-150) menar att chock och reaktionsfasen tillsammans kan kallas för den akuta fasen. Reaktionsfasen är då individen öppnar ögonen för vad som hänt eller det som ska hända, efter att tidigare har förnekat detta. De utomstående kan uppleva att den drabbade försöker finna en mening i vad som just hänt, varför just denne blivit drabbad. Tankar om att den drabbade förtjänar det som hänt, att det är något magiskt som har orsakat en cancertumör. I samband med cancer kan den drabbade kvinnan ha förnekat sina symtom och därför sökt läkarvård försent. Förnekelse är en del i den akuta krissituationen.

Det blev för de flesta kvinnor väldigt svårt och påtagligt då de inte längre kunde utföra alla vardagssysslor själva så som att städa, laga mat åt sina barn eller gå med dem ut att leka. De kände att de började förlora sin identitet som mor och istället blev sedda som "cancerpatienten", speciellt ifrån andra föräldrar på skola eller förskola. Denna nya syn på kvinnan utifrån kunde i västa fall leda till att hon isolerade sig för att på så sätt dölja förändringarna som pågick i hennes liv. När kvinnan inte längre klarade av dessa uppgifter fullt ut ville hon att någon i hennes närhet som hon litade på skulle stiga in och hjälpa henne med detta. Var det en person som kvinnan litade på kunde hon lättare lämna över vissa uppgifter som till exempel matlagning och skjutsning av barn och veta att barnens behov i vardagen tillgodosedda (Fisher et al 2012, ss. 160-161). Detta överensstämmer med det som presenterats i vårt resultat (Chantler et al. 2008, s. 71; Snyder 2010, s. 6; Galván et al. 2009, s. 369).

Kvinnorna i artikeln av Fisher et al (2012, ss. 161-162) var överens om att de skulle kunna hålla sin mammaroll nästintill fullt ut mycket längre och på ett bättre sätt om de fått mer stöd ifrån bland annat sjukvården. Kvinnorna kände att sjukvårdspersonalen var okänslig inför att kvinnan hade barn och väldigt oflexibel vid bland annat tidsbokningar. Kvinnorna berättade att de hade kunnat få ihop sin vardag på ett bättre sätt och vara mer tillgängliga för sina barn om de själva fått vara med och boka in besök då det passade henne bättre. Kvinnorna hade även en önskan om att sjukvårdspersonalen kunde hjälpa dem att närma sig frågor kring bröstcancer med sina barn. Det gällde exempelvis på vilket sätt de skulle ta upp diskussionen, hur mycket de skulle berätta och hur ärliga de skulle vara och vad de kunde förvänta sig för reaktion ifrån barnen.

Vi kan ur detta utläsa att kvinnorna i så stor utsträckning som möjligt ville behålla sin mammaroll och "normaliteten" i vardagen. Detta kan dock bero på att kvinnan befinner sig i reaktionsfasen och förnekar sin förändrade situation. Kvinnorna hade över lag svårt att acceptera förändring och var rädda för vad som skulle hända om de tillät denna förändring att ske. Vi anser att det är viktigt att dessa kvinnor får ett gott stöd ifrån sjukvårdspersonal som redan från start i sjukdomen kan tala om för dessa kvinnor att de i vissa perioder av sjukdomsförloppet inte kan förvänta sig att klara av allt själv och kan därför behöva ta hjälp utav någon utomstående. Det framstår även viktigt att familj, vänner eller närstående talar om för kvinnan att det är okej att inte klara av allt själv och få henne att våga överlåta ansvaret i vissa delar av vardagen för att orka med andra. Kvinnan kunde bland annat överlåta sådant som att skjutsa barnen till förskola/skola eller olika aktiviteter eller att laga mat åt dem för att själv orka med att samtala, leka eller bara ha en mysig stund tillsammans med sina barn. Det gäller att få kvinnan att förstå att hon kan vara både mamma och patient, det gäller bara att våga ta emot hjälp och fundera över vad som är viktigast i livet och vilka delar hon kan överlåta åt någon hon litar på.

## **Sexualitet, identitet och förändrad kroppsbild**

Brösten är enligt kvinnorna i vårt resultat en viktig del av en kvinnans sexuella identitet och kroppsbild. Att genom en operation bli av med sitt bröst, bidrog till att hon upplevde att hon förlorade sin kvinnlighet, attraktion och fick en förändrad kroppsbild. Partners roll i denna situation hade en stor betydelse, för hur kvinnan skulle kunna

återfinna sin attraktion till sig själv (Chantler et al. 2008, ss. 73-74; Drageset et al. 2012, s. 43; Galván et al. 2009, s. 369; Snyder et al. 2010, s. 6).

Fortsättningsvis menar kvinnorna i artikeln av Ussher, Perz & Gilbert (2012, ss. 458-463) liksom kvinnorna i vårt resultat att det mest förekommande problemet efter en bröstcancerbehandling, var att kvinnorna kände sig okvinnliga, fick en förändrad kroppsbild, fick känslöförändringar och kände sig oattraktiva. Det uppstod även ett trauma, frustration, chock, förtvivlan när kvinnorna förstod vad cancer orsakat hennes kropp. Orsaken till detta var att några kvinnor upplevde att de inte fick någon information om dessa känslor som kunde uppstå vid behandlingen eller vilka förändringar hon kunde förväntat sig. Hade hon fått adekvat information om hur kroppen skulle förändras hade hon känt sig mer förberedd och tror inte hon hade reagerat så starkt som hon gjorde. Partnern i detta läge var ett oerhört stöd, att partnern såg sin kvinna som oförändrad, eller att partnern såg henne som lika attraktiv som innan operationen. Många par upplevde att stort stöd var att tala med varandra om hur de hade det, att tala om sin sexuella relation. De flesta par upplevde att deras sexuella relation blivit starkare och bättre än någonsin då de samtalat mycket om situationen efter behandling. Dock kunde det vara så att partnern inte tyckte att kvinnan var förändrad, men att kvinnan själv kände förändringen så starkt att det inte spelade någon roll vad någon annan tyckte om hennes kropp. Hon hade svårt att visa sig naken, hon ville inte se på sig själv och hade svårt att beröra sig själv.

Efter en operation vid bröstcancer menar Cullberg (2007, s. 124) att kvinnan kan falla in i depression. Inte för att bröstet fysiologiskt sätt är något "nödvändigt" organ utan för att det har en viktig funktion för den psykiska känslan, identiteten, attraktionen och kvinnligheten.

Yngre kvinnor hade svårt att finna sig i den tidiga menopaus, som uppstod till följd av behandlingar, medan äldre kvinnorna som redan genomgått denna fas inte kände samma frustration över den kroppsliga förändring som uppstod. Äldre kvinnor upplevde inte samma problem med sin sexuella identitet eller lust, de hade varit gifta så länge att de kände sig trygga i relationen och den sexuella relationen var inte längre det mest centrala i äktenskapet. Dessa kvinnors fokus låg nu mera på att återfå hälsa (Ussher et al 2012, ss. 458-463).

Nästkommmande fas i Cullberg (2007, ss. 152-154)s kristeori är bearbetningsfasen. Hur denna fas ter sig beror på hur stort och allvarligt traumat är för individen. I denna fas börjar individen att blicka framåt, inlärandet av ett nytt liv sker. Förnekelsemekanismen minskar i takt med bearbetningen. Därefter uppkommer nyorienteringsfasen. Vad som har hänt kommer inte att glömmas bort men individen upprättar nya intressen och nya relationer. Självkänslan har återupprättats, svikna förhoppningar har bearbetats, detta sker i nyorienteringsfasen om den drabbade kunnat försonas med det som skett.

Vi som kvinnor kan förstå att förlusten av ett bröst, eller två, är en oerhörd sorg för en kvinna. Ett basalt behov är närhet, beröring och samhörighet. När en kvinna inte vill bli berörd, eller känna närhet, skapas en brist i detta basala behov. Hon behöver stöttning om att hon duger som hon är och hjälp med att hantera sin livskris i detta skede. En kroppsdel är borta, hon kan känna sig stympad. För att upprätthålla hennes identitet,

kvinnlighet och få henne att känna sig attraktiv krävs det stödinsatser, inte bara från partnern utan även från vänner och sjukvårdspersonal som har informationen och kunskapen att vårda en kvinna i kris. Att ha kunskap om de senare skedena i kriteorin enligt Cullberg (2007) kan hjälpa sjuksköterskan att ge kvinnan stödet som gör att hon finner acceptans i sin nya självbild, där hon kan vara nöjd med sig själv. Sjukvården bör våga tala om det sexuella och vad som kommer att ske genom hela processen. Vi upplever att det idag över lag talas för lite om intimitet. Det upplevs genant att tala om sexualitet och det privata. Där behöver vi som sjuksköterskor komma fram till en förbättring, så att kvinnan får den bästa förutsättning inför sin behandling och sin framtid. Även om hon inte är beredd på hur hon kommer att hantera tiden under sin behandling tror vi att hon är mer förberedd på vad som kan komma att hända och då blir inte reaktionen lika stark även om hon blir chockad, ledsen, upplever en traumatisk tid, blir sårbar eller deprimerad. Sjuksköterskan bör ha kunskap om vart kvinnan kan vända sig exempelvis till stödgrupper i närområdet. Sjuksköterskan bör med sin profession kunna leda kvinnan den väg hon behöver utan att behöva be om den och ge ett så individanpassat stöd som möjligt. Genom att sjuksköterskan har sitt ansvar enligt ICN:s etiska kod att främja hälsa och lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, SSF 2007, s. 3) anser vi att intresset av att ta reda på fakta som behövs för att vårda en patient i svåra skeden är stort. Att avdelningen håller kurser för att öka kompetensen hos vårdpersonalen och för att kunna tillämpa den senaste evidensbaserade vården för att täcka dessa kvinnors behov av stöd.

## **SLUTSATSER**

Vi anser att denna uppsats kan leda till en ökad förståelse inom hälso- och sjukvården för kvinnors behov av stöd då hon drabbats av bröstcancer.

Det kan även bidra till en ökad förståelse för att bröstcancer inte bara påverkar den drabbade kvinnan utan även hennes familj och att dessa också måste inkluderas i vårdandet.

Denna uppsats kan ge en ökad förståelse för att livet utanför sjukhuset och diagnosen fortsätter trots sjukdom och att bröstcancerdiagnosen inte är det enda som kvinnorna och deras familjer handskas med.

Uppsatsen kan även bidra till en förståelse om hur viktigt det är att som vårdpersonal våga närma sig ämnen som en förändrad kropp och kroppsbild och vad detta kan ge för konsekvenser i självkänslan, förhållandet eller sexlivet. Dessa konsekvenser blir speciellt påtagliga hos de kvinnor som inte fått tala om detta eller haft möjlighet att förbereda sig innan det uppdagats.

Även vårdrelationen och dess betydelse för de drabbade kvinnorna och deras familjer är belyst som en väldigt viktig del inom vårdandet. Det är viktigt att vi som sjukvårdspersonal förstår vikten av att knyta band till dessa kvinnor och deras familjer för att på så sätt skapa en säkrare och tryggare omvårdnad.

## REFERENSER

- Admi, H, Zohar, H, & Rudner, Y 2011, 'Lighthouse in the dark': A qualitative study of the role of breast care nurse specialists in Israel', *Nursing & Health Sciences*, 13, 4, ss. 507-513.
- Axelsson, Å. (2008) Litteraturstudie. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB. ss. 180-184.
- Cebeci, F, Yangın, H, & Tekeli, A 2012, 'Life experiences of women with breast cancer in south western Turkey: A qualitative study', *European Journal Of Oncology Nursing*, 16, 4, ss. 406-412.
- Chantler, M, Podbilewicz-Schuller, Y, & Mortimer, J 2005, 'Change in need for psychosocial support for women with early stage breast cancer', *Journal Of Psychosocial Oncology*, 23, 2/3, ss. 65-77.
- Cullberg, J. (2007). *Kris och utveckling*. Enskede: TPB.
- Dahlberg, Karin & Segesten, Kerstin (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. 1. utg. Stockholm: Natur & kultur. Ss. 51, 118-121.
- Drageset, S, Lindstrøm, T, Giske, T, & Underlid, K 2012, "'The Support I Need": Women's Experiences of Social Support After Having Received Breast Cancer Diagnosis and Awaiting Surgery', *Cancer Nursing*, 35, 6, ss. 39-47.
- Fisher, C, & O'Connor, M 2012, "'Motherhood" in the context of living with breast cancer', *Cancer Nursing*, 35, 2, ss. 157-163.
- Galván, N, Buki, L, & Garcés, D 2009, 'Suddenly, a carriage appears: social support needs of Latina breast cancer survivors', *Journal Of Psychosocial Oncology*, 27, 3, ss. 361-382.
- Garrusi, B, & Faezee, H 2008, 'How do Iranian women with breast cancer conceptualize sex and body image?', *Sexuality & Disability*, 26, 3, ss. 159-165.
- Gilbert, E, Ussher, J, Perz, J, Hobbs, K, & Kirsten, L 2010, 'Positive and negative interactions with health professionals: a qualitative investigation of the experiences of informal cancer carers', *Cancer Nursing*, 33, 6, ss. 1-9.
- Hellström, L. (2010) Gynekologiska tillstånd och sexuella funktioner. I Lundberg, P. O. (red.) *Sexologi*. Stockholm: Liber. ss. 342-343.
- Joulaee, A, Joolae, S, Kadivar, M, & Hajibabae, F 2012, 'Living with breast cancer: Iranian women's lived experiences', *International Nursing Review*, 59, 3, ss. 362-368.

- Landmark, B, Strandmark, M, & Wahl, A 2002a, 'Breast cancer and experiences of social support: in-depth interviews of 10 women with newly diagnosed breast cancer', *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 16, 3, ss. 216-223.
- Landmark, B, & Wahl, A 2002b, 'Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer', *Journal Of Advanced Nursing*, 40, 1, ss. 112-121.
- Lu, M, Lin, H, & Lee, M 2010, 'The experiences among older Taiwanese women facing a new diagnosis of breast cancer', *Cancer Nursing*, 33, 5, ss. 398-405.
- Lundberg, Per Olov (red.) (2002). *Sexologi*. 2. uppl. Stockholm: Liber.
- Manderson, L, & Stirling, L 2007, 'The absent breast: speaking of the mastectomied body', *Feminism & Psychology*, 17, 1, ss. 75-92.
- Marlow, B, Cartmill, T, Cieplucha, H, & Lowrie, S 2003, 'An interactive process model of psychosocial support needs for women living with breast cancer', *Psycho-Oncology*, 12, 4, ss. 319-330.
- National Breast Cancer Foundation. Symptoms and Signs (2012).  
*Digital footprint:* <http://www.nationalbreastcancer.org/breast-cancer-symptoms-and-signs>.
- Remmers, H, Holtgräwe, M, & Pinkert, C 2010, 'Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: a qualitative study', *European Journal Of Oncology Nursing*, 14, 1, ss. 11-16.
- Snyder, K, & Pearse, W 2010, 'Crisis, social support, and the family response: exploring the narratives of young breast cancer survivors', *Journal Of Psychosocial Oncology*, 28, 4, ss. 413-431.
- Svensk sjuksköterskeförening, SSF (2007). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor.  
<http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/ICN.Etisk.kod.webb.pdf> [2013-02-19].
- Ussher, J, Perz, J, & Gilbert, E 2012, 'Changes to sexual well-being and intimacy after breast cancer', *Cancer Nursing*, 35, 6, ss. 456-465.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.
- World health organisation. Breast cancer prevention and control (2009).  
*Digital footprint:* <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index.html>. [2011-09-05].

## Bilaga 1

<p><b>Titel</b> Life experiences of woman with breast cancer in south western Turkey: A qualitative study</p> <p><b>Årtal</b> 2012</p> <p><b>Författare</b> Cebeci, F. Tekeli, A. Yanging, H,B.</p> <p><b>Tidskrift</b> <i>European Journal of Oncology Nursing</i></p> <p><b>Land</b> Turkiet</p>	<p><b>Teoretiska utgångspunkter</b> Patientperspektiv</p>	<p><b>Syfte</b> Syftet var att kvalitativt undersöka kvinnors upplevelser att leva med bröstcancer.</p>	<p><b>Studiedesign</b> Studien är semistrukturerad, åtta kvinnor intervjuades individuellt. Alla intervjuer bandades och innehållet analyserades av intervjuerna.</p>	<p><b>Resultat</b> I resultatet användes tre huvudteman: Tema ett: Behovet av partner och familjestöd, att förstå och dela information. Tema två: Att leva med förlusten av ett bröst och av att förlora håret. Tema tre: Förändringarna i livet, förändringar i självuppfattningen, att omvärdera sin hälsa.</p>
--	---	---	---	---

<p><b>Titel</b> Change in need for Psychosocial support for women with early stage breast cancer.</p> <p><b>Författare</b> Chantler, M., Podbilewicz-Schuller, Y., Mortimer, J.</p> <p><b>Tidsskrift</b> <i>Journal of Psychosocial oncology</i></p> <p><b>Årtal</b> 2008</p> <p><b>Land</b> USA</p>	<p><b>Teoretiska utgångspunkter</b> Patientperspektiv</p>	<p><b>Syfte</b> Att beskriva hur behovet av stöd förändras genom sjukdomsförloppet.</p>	<p><b>Studiedesign</b> Deltagarna rekryterades ifrån en poliklinisk onkologklinik i Washington. 31 deltagare delades in i två fokusgrupper, en "tidig" grupp där deltagarna haft sin diagnos i max ett halvår och en "sen" där deltagarna haft sin diagnos i 6-12 månader. I fokusgrupperna diskuterades fyra teman under 90 minuter. Dessa bandades och skrevs sedan ner. Data analyserades och delades in i tre teman.</p>	<p><b>Resultat</b> Huvudkällorna till stöd är Familj, vänner, sjukvårdspersonal och stödgrupper. Det största emotionella stödet kom från familj och vänner och uttryckte där att det var skönt om stödet kom frivilligt då det var svårt för många att be om hjälp. Det största informativa stödet kom från sjukvårdspersonal där de flesta tyckte det var skönt att få informationen både muntligt och skriftligt inför kommande händelser för att känna sig så förberedda som möjligt.</p>
--	---	---	--	--

<p><b>Titel</b> "The support i need". Womens experiences of social support after having received breast cancer diagnosis and awaiting surgery.</p> <p><b>Författare</b> Drageset, S., Lindström, T., Giske, T., Underlid, K.</p> <p><b>Tidsskrift</b> <i>Cancer nursing</i></p> <p><b>Årtal</b> 2011</p> <p><b>Land</b> Norge</p>	<p><b>Teoretiska utgångspunkter</b> Patientperspektiv</p>	<p><b>Syfte</b> Att beskriva kvinnors individuella upplevelser av socialt stöd från att diagnos givits och i väntan på operation.</p>	<p><b>Studiedesign</b> Deltagarna valdes ut bland ny-diagnostiserade kvinnor som väntade på operation vid en dagkirurgisk avdelning på Norges universitets-sjukhus. Tiden från diagnos till operation varierade mellan 1-3 veckor och intervjuerna gjordes dagen innan operation. Data analyserades med hjälp av programmet QRS-Nvivo 7.</p>	<p><b>Resultat</b> I resultatet presenteras fem teman, dessa är Tillgängligt stöd, detta innebär att stödet skall finnas tillgängligt både hos familj, vänner och sjukvårdspersonal. Att veta att detta stöd fanns gav en känsla av trygghet. Nästa kategori är omvårdnad, att känna sig sedd och att ens nära bryr sig om en, det kunde räcka med ett telefonsamtal eller en blomma. Tredje kategorin presenteras som information och råd, att få korrekt information från sjukvårdspersonal och råd ifrån sjukvård och familj inför olika val eller i svåra stunder. Den fjärde kategorin är självförtroende vilket kunde fås av både sjukvårdspersonal men framför allt av de nära, som tala om att man är älskad oavsett vad som händer. Sista temat är närhet och distans och innebär att även om kvinnorna var tacksamma för</p>
---	---	---	--	--

				stödet de fick var det skönt om personer i ens närhet förstod när en paus eller avstånd behövdes.
--	--	--	--	--

<p><b>Titel</b> Suddenly, a Carriage Appears: Social Support Needs of Latina Breast Cancer Survivors</p> <p><b>Författare</b> Galván, N. Buki, P, L. Garcés, M.</p> <p><b>Tidsskrift</b> <i>Journal of Psychosocial oncology</i></p> <p><b>Årtal</b> 2009</p> <p><b>Land</b> USA</p> <p>.</p>	<p><b>Teoretiska utgångspunkter</b> Patientperspektiv</p>	<p><b>Syfte</b> Att beskriva behovet av emotionellt, informellt och socialt stöd hos kvinnor med bröstcancer.</p>	<p><b>Studiedesign</b> Kvalitativ intervjustudie. Författarna kom i kontakt med en icke vinstdrivande stödgrupp för Latin Amerikanska bröstcancer-överlevare. Ett mail skickades ut till de som var registrerade i gruppen. 22 kvinnor var med i studien. Deltagarna fick delta i fokusgrupper, och efter detta gjordes två individuella intervjuer med varje deltagare.</p>	<p><b>Resultat</b> De har valt att dela in resultatet i tre olika faser, diagnos, behandling och efterbehandling. Olika stöd var olika viktigt i olika skeden. Men de tre huvudkällorna till stöd var familj och vänner, vårdpersonal och stödgrupper.</p>
---	---	---	--	--

<p><b>Titel</b> Living with breast cancer: Iranian women's lived experiences.</p> <p><b>Årtal</b> 2012</p> <p><b>Författare</b> Joulae, A. Joolae, S. Kadivar, M. Hajibabae, F</p> <p><b>Tidskrift</b> <i>International Nursing Review</i></p> <p><b>Land</b> Iran</p>	<p><b>Teoretiska utgångspunkter</b> Patientperspektiv</p>	<p><b>Syfte</b> Att beskriva kvinnans upplevelse av att leva med bröstcancer och förklara detta med kvinnornas egna ord.</p>	<p><b>Studiedesign</b> Semistrukturerade intervjuer med 13 kvinnor mellan 34-67 år.</p>	<p><b>Resultat</b> Deltagarna berättade om deras upplevelse av att förlora något viktigt, brist på självförtroende, leva med rädsla. Behovet av stöttning i de negativa aspekterna av bröstcancer och att detta hjälpte kvinnorna att se livet på ett positivt sätt.</p>
--	---	--	---	--

<p><b>Titel</b> Breast cancer and experiences of social support: In-depth interviews of 10 women with newly diagnosed breast cancer.</p> <p><b>Författare</b> Landmark, B. T., Strandmark, M., Wahl, A.</p> <p><b>Tidsskrift</b> <i>Scandinavian Journal of caring science</i></p> <p><b>Årtal</b> 2001</p> <p><b>Land</b> Norge</p>	<p><b>Teoretiska utgångspunkter</b> Familjeperspektiv</p>	<p><b>Syfte</b> Att beskriva tio ny-diagnostiserade kvinnor med bröstcancers erfarenhet av att leva med sjukdomen.</p>	<p><b>Studiedesign</b> De tio kvinnor som var med i studien valdes ut ifrån en grupp kvinnor, antagna på en poliklinisk onkolog klinik under perioden augusti-December 1997. Det gjordes djupintervjuer i konversationsform med alla deltagare, där sex teman användes för att strukturera upp konversationerna. Intervjuerna bandades, skrevs sedan ned och resultaten delades in kategorier.</p>	<p><b>Resultat</b> Resultatet visa två huvudkällor till stöd, den ena var familj, vänner och kollegor, den andra var vårdpersonal och stödgrupper. Familj, vänner och kollegor ansågs vara både ett socialt stöd som gav stöttning i att leva med sjukdomen men också ett praktiskt stöd genom att hjälpa till med vardagssysslor då kvinnan själv inte orkade. Stödgrupperna gav kvinnorna en känsla av säkerhet och lugn. Ifrån vårdpersonal låg det den största tyngden vid att få rak och korrekt information. Dessa teman presenterades både ur en positiv och en negativ aspekt.</p>
--	---	--	--	--

<p><b>Titel</b> Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer.</p> <p><b>Årtal</b> 2002</p> <p><b>Författare</b> Landmark, B. T. &amp; Wahl, A.</p> <p><b>Tidskrift</b> <i>Journal of Advanced Nursing</i></p> <p><b>Land</b> Norge</p>	<p><b>Teoretiska utgångspunkter</b> Patientperspektiv</p>	<p><b>Syfte</b> Att beskriva tio kvinnors erfarenhet av att leva med bröstcancer.</p>	<p><b>Studiedesign</b> Kvalitativ studie. Intervjuer gjordes med öppna frågor. Intervjuerna analyserades med Grounded Theory</p>	<p><b>Resultat</b> Teman som presenterades i resultatet var bland annat existentiella problem, viljan att leva, att kämpa för livet, upplevelsen i relation till emotionella reaktioner, kroppsförändringar, kvinnoidentitet, meningsfulla aktiviteter och det sociala nätverket.</p>
---	---	---	--	---

<p><b>Titel</b> An interactive process model of psychosocial support needs for women living with breast cancer</p> <p><b>Årtal</b> 2003</p> <p><b>Författare</b> Marlow, B. Cartmill, T., Cieplucha, H., Lowrie S.,</p> <p><b>Tidskrift</b> <i>Psycho-Oncology.</i></p> <p><b>Land</b> Australien</p>	<p><b>Teoretiska utgångspunkter</b> Patientperspektiv</p>	<p><b>Syfte</b> Syftet är att frambringa förståelsen av behovet av stöd för kvinnor med bröstcancer.</p>	<p><b>Studiedesign</b> 78 kvinnor som har diagnostiserats intervjuades, de delades in i nio olika grupper med sex- tretton deltagare i varje grupp. Kvinnorna var mellan 40 och 70 +. Grupperna hade diskussionsgrupp er och diskuterade sex olika behov kopplat till diagnosen. Resultatet tolkades sedan av intervjuaren och spelades sedan upp för deltagarna som fick godkänna tolkningen.</p>	<p><b>Resultat</b> Fyra teman beskrevs om de olika behoven av stöd deltagarna kände behov utav. Tema 1: Integrera ett nätverk och behovet av stöd från stödgrupper. Tema 2: Behovet av kontroll, att få information om sin sjukdom. Tema 3: Att känna sig förstådda i sin sjukdom. Tema 4: Vad som gjorde att de kände uppmuntran.</p>
---	---	--	--	--

<p><b>Titel</b> Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study.</p> <p><b>Författare</b> Remmers, H., Holtgräwe, M., Pinkert, C.</p> <p><b>Tidsskrift</b> <i>European Journal of oncology nursing</i></p> <p><b>Årtal</b> 2010</p> <p><b>Land</b> Tyskland</p>	<p><b>Teoretiska utgångspunkter</b> Familjeperspektiv</p>	<p><b>Syfte</b> Att ta reda på vad för behov och förväntningar cancerdrabbade kvinnor har på sjuksköterskor.</p>	<p><b>Studiedesign</b> Det är en kvalitativ studie. 42 kvinnor som nyligen diagnosticerats med bröstcancer intervjuades om deras behov och förväntningar på sjuksköterskan. Det gjordes sedan en systematisk, kvalitativ text analys och sedan gjordes scheman för att bilda teman med underkategorier. Programmet MAXqda användes för detta.</p>	<p><b>Resultat</b> Kvinnorna i studien krävde framför allt emotionellt stöd av sjuksköterskan, att kunna prata om sina rädslor och funderingar och att skapa en trygg relation till sjuksköterskan. Även ett informativt stöd anses viktigt, tex inför behandlingar, operationer och sådan som känns nytt och främmande för de drabbade kvinnorna och att kunna ställa frågor utan att sjuksköterskan får de att framstå som dumma eller oviktiga.</p>
---	---	--	---	--

<p><b>Titel</b> Crisis, Social Support, and the Family response: Exploring the Narratives of Young Breast Cancer Survivors</p> <p><b>Författare</b> Snyder, K. Pearse, W.</p> <p><b>Tidsskrift</b> <i>Journal of Psychosocial oncology</i></p> <p><b>Årtal</b> 2010</p> <p><b>Land</b> USA</p>	<p><b>Teoretiska utgångspunkter</b> Patientperspektiv</p>	<p><b>Syfte</b> Att beskriva unga, bröstcancer överlevares behov av socialt stöd.</p>	<p><b>Studiedesign</b> En kvalitativ intervjustudie. Intervjuerna analyserades via Grounded theory. Semistrukturerade telefonintervjuer med 70 kvinnor som var diagnostiserade innan 40 års ålder. De rekryterades genom sjukvård, välgörenhets- och stödgrupper som riktar sig till bröstcancer-drabbade.</p>	<p><b>Resultat</b> Resultatet visade att de viktigast källorna till stöd fanns hos deltagarnas familjer. Genom att de fanns där både fysiskt (att ha någon där, ha någon att krama om) och att ha någon som stöttar psykiskt och även informativt genom att vara "ett extra par öron" i till exempel mötet med läkare och vårdpersonal där det kan kännas svårt att minnas allt själv. En annan viktig del är stöd ifrån tidigare bröstcancer överlevare, både inom familjen och i stödgrupper.</p>
--	---	---	--	---

## Bilaga 2

Databas	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Valda artiklar
Cihnal	MM” support, Psykosocial AND breast cancer patients”	114	8	1
Cihnal	Breast cancer ANS support AND a qualitative study	65	4	1
Cihnal	(MM” Breast Neoplasms” AND informative support	4	4	1
Cihnal	(MM” Breast Neoplasms”) AND social support AND qualitative	36	10	1
Cihnal	(MM” Breast Neoplasms”) AND Emotional support AND qualitative	20	0	1
Cihnal	(MM”Breast Neoplams”) AND needs of support	69	15	4
Pubmed	Breast Cancer AND social support AND nurs* ,	60	7	1