

# ATT VARA MAMMA OCH SJUK I BRÖSTCANCER

FÖRFATTARE	Michaela Dellenmark Blom
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp Omvårdnad – Eget arbete HT 2008
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Margaretha Nolbris
EXAMINATOR	Anna-Lena Hellström

Titel (svensk):	Att vara mamma och sjuk i bröstcancer
Titel (engelsk):	Being a mother and breast cancer sick
Arbetets art:	Eget arbete – fördjupningsnivå 1
Program/kurs/kurskod kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng, Omvårdnad – Eget arbete/OM2240/SPN10
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	35 sidor
Författare:	Michaela Dellenmark Blom
Handledare:	Margaretha Nolbris
Examinator:	Anna-Lena Hellström

---

#### SAMMANFATTNING

Bröstcancersjukdomen drabbar årligen många kvinnor. I Sverige under år 2006 diagnostiserades 2819 kvinnor mellan 20-59 år med bröstcancer, en ålder då många är föräldrar med hemmaboende barn. Bröstcancer är en livshotande sjukdom och att drabbas av sjukdomen kan innebära att livet förändras fysiskt, psykologiskt, existentiellt och socialt. Tidigare forskning visar att också pappan och barnet i familjen till kvinnan med bröstcancer påverkas av sjukdomen. Omvårdnadens fokus är både individen och familjen. Sjuksköterskans uppgift är att vårda människor ur ett helhetsperspektiv, där även den sociala människan ska bemötas. Detta arbete är en litteraturstudie baserad på elva vetenskapliga artiklar med publiceringsår mellan 2000-2008. Litteraturstudiens syfte var att beskriva kvinnans erfarenhet av att vara mamma med hemmaboende barn under bröstcancersjukdom och behandling. Bearbetningen av artiklarna utfördes enligt Granheim och Lundmans modell för latent innehållsanalys. Resultatet visade att mammor efter bröstcancerdiagnosen mötte en ny tillvaro där de blev tvungna att försöka hitta en balans mellan att samtidigt vara mamma och en sjuk kvinna. På vägen genom sjukdomsprocessen erfor mammorna förlust av energi, delar av rollen som mamma samt tid med barnet. Flera studier visade på att mammor såg sitt barn reagera på sjukdomen samt deras behov att skydda sitt barn från sjukdomen. Mammorna upplevde att de behövde hjälp av professionella som kunde bemöta dem i egenskap av att vara mamma och sjuk. Under sjukdomsprocessen beskrev mammor med bröstcancer påfrestande upplevelser men även att det var möjligt för dem att finna ny meningsfullhet i mor-barnrelationen. Resultatet belyste vikten av att sjuksköterskan konkretiserar riktlinjerna för hur hälso-och sjukvården ska agera gentemot patienten. Vård ska bedrivas utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet, i samråd och med respekt gentemot patienten. Sjuksköterskan kan exempelvis möta upp mamman, barnet och pappan och skapa delaktighet utifrån familjens önskemål samt hjälpa dem i kommunikationen omkring sjukdomen. I samtal kan sjuksköterskan låta mamman bearbeta sin livssituation och hänvisa till rätt vårdnivå för vidare hjälp om så behövs. De slutsatser som kunde dras var att bröstcancersjukdomen var en stor utmaning för mamman och hela familjen. Samtidigt som mammans förmåga att ta hand om barnet kunde avta under behandlingstiden, verkade barnets behov av mamman öka. Sjukdomserfarenheten kunde ge mamman möjlighet till omvärdering av livet och finna ny mening, en process i vilken vårdpersonal skulle kunna bistå mammor med bröstcancer.

## **FÖRORD**

Ett stort tack riktas till min handledare Margaretha Nolbris, som bidragit med tid, konstruktiv kritik och engagemang. En stor uppskattning ges även min underbara fästman, som följer mig i med- och motvind.

---

# INNEHÅLL

---

<b>INTRODUKTION</b>	<b>1</b>
<b>BEGREPPSDEFINITIONER RELATERADE TILL PROBLEMOMRÅDET</b>	<b>1</b>
Familjen	1
Att vara mor, moderskap och modrande	1
Mor-barnrelationen	2
Erfarenhet	2
<b>ATT LEVA MED BRÖSTCANCER</b>	<b>2</b>
Bröstcancer-sjukdom, diagnos och behandling	2
Kvinnans symtomupplevelse och reaktion under bröstcancersjukdom och behandling	4
Pappa och barn i familjen till kvinnan med bröstcancer	5
<b>JOYCE TRAVELBEES OMVÅRDADSTEORI</b>	<b>6</b>
Att vara människa - att vara patient	6
Omvårdnad	7
Kommunikation	7
<b>SJUKSKÖTERSANS REGLERADE ANSVAR I HÄLSO - OCH SJUKVÅRD</b>	<b>7</b>
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>8</b>
<b>SYFTE</b>	<b>8</b>
<b>METOD</b>	<b>8</b>
<b>INKLUSIONSKRITERIER INFÖR ARTIKELURVAL</b>	<b>8</b>
DATAINSAMLING	9
RESULTATANALYS	9
<b>RESULTATREDOVISNING</b>	<b>10</b>
<b>MÖTET MED EN NY TILLVARO</b>	<b>10</b>
Kampen mot bröstcancersjukdomen	10
Att söka balans och anpassa sig i ett nytt liv	11
<b>FÖRLUSTER</b>	<b>12</b>
Att förlora energi och kraft	12
Att förlora delar av rollen som mamma	13
Att förlora tid med barnet	14
<b>ANSVAR FÖR BARNETS MÖTE MED SJUKDOMEN</b>	<b>15</b>
Att vilja skydda sitt barn från sjukdomen	15
Att försöka ta emot barnets reaktioner	15
Att överväga barnets bästa i mötet med sjukdomen	17

<b>BEHOV AV PROFESSIONELL HJÄLP</b>	<b>18</b>	
Att själv inte räcka till för sitt barn	<b>18</b>	
Att se familjen behöva hjälp	<b>19</b>	
<b>MENINGSFULLHET</b>	<b>19</b>	
Att lära känna okända delar av sig själv och livet	<b>19</b>	
Att finna ny meningsfullhet i att vara mamma	<b>20</b>	
<b>DISKUSSION</b>	<b>21</b>	
<b>METODDISKUSSION</b>	<b>21</b>	
Artikelsökningen	<b>21</b>	
Artikelurval	<b>22</b>	
Artikelkvalité	<b>23</b>	
Använd analysmetod	<b>25</b>	
<b>RESULTATDISKUSSION</b>	<b>25</b>	
Att vara mamma och leva med bröstcancer	<b>26</b>	
Omvårdnad av mamman med bröstcancer och hennes familj	<b>28</b>	
Relevans för utbildning och klinik	<b>29</b>	
Uppsatsen styrkor och svagheter	<b>30</b>	
Slutsatser	<b>31</b>	
Vidare forskning	<b>31</b>	
<b>REFERENSER</b>	<b>32</b>	
<b>BILAGA I</b>	<b>Artikelsökning</b>	<b>1</b>
<b>BILAGA II</b>	<b>Artikelöversikt</b>	<b>3</b>

## INTRODUKTION

Under sjuksköterskeprogrammet har praktikplatserna erbjudit möten med patienter som drabbats av en cancersjukdom. Patienterna har befunnit sig i sjukdomens olika skeden och under olika behandlingsformer som cytostatika-, strål- och kirurgisk behandling. Det har även givits tillfälle att som student deltaga då patienten erhållit sin cancerdiagnos på mottagningen. Erfarenheten gav möjlighet till förståelse för vem det är sjuksköterskan vårdar, vem som kan finnas bakom patientrollen. Bland annat har insikten gjorts att även unga människor drabbas av cancersjukdomar. Dessa människor har varit en del av en familj, varit föräldrar och hemma har de haft barn som varit beroende av dem.

Mitt arbete som barnsköterska på en neonatalavdelning har inneburit omhändertagande av barn som fötts för tidigt eller i nyföddhetsperioden blivit sjuka. Samtidigt möter barnsköterskan de nyblivna föräldrarna och stöttar dem i sitt föräldraskap. Ibland har en tumör hos mamman upptäckts i samband med graviditeten och varit orsak till att barnet planerat ska förlösas tidigare. Möten med föräldrar som drabbats av en cancersjukdom görs således inte endast inom den onkologiska verksamheten.

Mina erfarenheter av olika vårdkulturer från såväl praktikplatser som arbetsplatser ger mig exempel på vilka möjligheter som finns att hjälpa föräldrar under sin cancersjukdom genom att exempelvis stödja dem i sin föräldraroll, bemöta och bekräfta deras upplevelser. Men dessa erfarenheter ger även en kännedom om när vårdpersonalen inte ser och inte heller tillmötesgår patientens behov utifrån att vara sjuk i cancer och vara förälder till hemmaboende barn. Detta har motiverat mig att utföra en litteraturstudie på hur kvinnans erfarenhet av föräldrarollen och relationen till barnet ser ut under bröstcancers sjukdoms- och behandlingstid, eftersom just bröstcancer är en sjukdom som också drabbar den yngre kvinnan. Det är också intressant att undersöka hur uppmärksammat och välundersökt ämnet verkar vara vetenskapligt, för att kunna lyfta ämnet som centralt för sjuksköterskan inom den somatiska vuxenvården.

## BEGREPPSDEFINITIONER RELATERADE TILL PROBLEMMOMRÅDET

### **Familjen**

Kirkevoid (1) menar att familjen som begrepp innefattar en förbindelse genom biologiskt släktskap, äktenskap eller adoption samt att det finns två eller flera individer som ingår i samma hushåll (1). ICN (2) definierar familjen som en social enhet, vilken består av medlemmar relaterade genom släktskap, emotionell eller laglig relation (2). Essensen är att det finns ett strukturellt, funktionellt och affektivt band mellan två eller flera individer. Familjen utgör en enhet med egna behov och dess medlemmar bär i sig liksom familjen i sin helhet en egen dynamik (1). I uppsatsen används begreppet barn med hänvisning till att de tillhör det gemensamma hushållet med mamman. Barnet som begrepp har ingen åldersbegränsning i uppsatsen.

### **Att vara mor, moderskap och modrande**

Enligt Ulla Holm (3) är moderskap ett tillstånd som kvinnan går in i och inrymmer tiden "är". Tillståndet har en biologisk komponent. Har kvinnan en gång blivit mor, "är" hon det för alltid. Vidare är moderskap en relation mellan två mänskliga varelser och när denna en gång etablerats finns också den alltid kvar (3). Som social institution har moderskapet såväl explicita som implicita normer, roller och förväntningar. Ett socialt normerat moderskap avser exempelvis att det är funktionellt att den som föder även vårdar och omsörjer barnet.

Moderskapet är en social praktik förmedlad genom tradition av mål, krav, procedurer och färdigheter (3).

Att vara mor är en pågående aktivitet eftersom det ingår att ”göra” saker och ”interagera” med barnen. Moderskapet, menar Ulla Holm (3), skiljer sig från att vara mor just genom att kunna avstå från dessa aktiviteter – ”görandet”. För att bli mor behöver kvinnan således utöva moderskap, vilket Ulla Holm benämner modrande (3). Här i den teoretiska beskrivningen definieras begreppet mamma, som mor. Uppsatsen tar utgångspunkten i att dessa begrepp är synonyma med varandra.

### **Mor-barnrelationen**

John Bowlby (4) anger att bindningen mellan mor och barn är ett underliggande, medfött beteendesystem där barnet ger signaler som att le, gråta, närma sig och hålla fast för att aktivera moderns omvårdande beteende. Beteendesystemet ger en ökad närhet mellan mor och barn. Bowlby (4) menar att detta har ett överlevnadsvärde eftersom systemet skyddar barnet för fara och ökar moderns förmåga att ta hand om barnet. Särskilt barn under tre år behöver en nära relation med någon som tycker om att umgås med dem och som respekterar, ser och bekräftar dem i sin anknytningsprocess (4).

När barnet blir alltmer rörligt tillåts det att undersöka omgivningen. Modern kan vara vaksam på när hon behövs och inte behövs. Därmed upprätthåller hon en balans mellan barnets beroende och oberoende av henne och barnet får öva sin självständighet. Hon är den trygga basen som barnet alltid är välkommen till och till vilken barnet återvänder för att få fysisk och emotionell näring. Relationen till modern omvandlas hos barnet med tiden till en kognitiv struktur baserad på tidigare interaktion och känslomässiga erfarenheter. Den införlivas slutligen som barnets modell för relationer med andra människor (4).

Förutsättningar att som mor utgöra en trygg bas för sitt barn är främst lyhördhet, tillgänglighet och omsorg. Om modern kan utgöra den trygga basen ges barnet trygghet vilket gör att det kan utvecklas optimalt. Bowlby (4) menar att en osäker bindning eller avsaknad av bindning har stor inverkan på barnets fortsatta personlighetsutveckling, interaktionsförmåga med andra människor och barnets sammanlagda välmående. Tung separationsångest föranleds av ofördelaktiga och svåra upplevelser inom familjen såsom hot om övergivande eller avvisande från föräldrar (4).

### **Erfarenhet**

Erfarenhet är ett ord människan använder såväl i dagligt tal som i vetenskapliga texter. Men vad står det för egentligen? Upplevelser, känslor, kunskap inbegrips alla i erfarenheten. Det är ett brett koncept som Svenska Akademiens ordbok (5) definierar som en i livet kunskapsutvidgande upplevelse, iakttagelse eller upptäckt. Erfarenheten är sammanfattningen av olika händelser vilka bildar livets fond av förvärvad livskänedom (5). Definitionen är vald att gälla för den här uppsatsen och kan även översättas med det rubricerande uttrycket ”att leva med”.

## **ATT LEVA MED BRÖSTCANCER**

### **Bröstcancer sjukdom, diagnos och behandling**

Bröstcancer är en folksjukdom och kvinnans vanligaste cancersjukdom (6). Bara under år 2006 fick 7059 kvinnor i Sverige en bröstcancerdiagnos och av dessa var 2819 kvinnor mellan 20 till 59 år. Ett okänt antal av dessa är föräldrar med hemmaboende barn (7).

Endast en av tio kvinnor har påvisad ärftlighet för bröstcancer med identifierade gener BRCA-1 och BRCA-2. Risken att utveckla sjukdomen ökar med stigande ålder och livsstilfaktorer såsom antal födda barn, övervikt och p-piller har betydelse men kan inte ensamt förklara bröstcancerens uppkomst (8).

Bröstcancer kan utgå från olika celler i bröstet. I de flesta fall börjar den i mjölkgångarnas celler, men sjukdomen kan även uppkomma i mjölkkörtlarna. I enstaka fall har canceren sitt ursprung i den bindväv som finns mellan mjölkkörtlarna (9). De metoder som krävs för att fastställa en bröstcancer består av en klinisk undersökning med palpation, mammografi och biopsi och ska utföras i nämnd ordning. Idag är även ultraljudet ett användbart komplement och har fått en alltmer betydelsefull roll. Vid misstanke om fjärrmetastaser görs i första hand röntgen av lungor och undersökning av lever (10). Primärt sprider sig bröstcancer oftast till lunga, skelett eller lever (10-11).

För bröstcancer finns tre olika behandlingsalternativ, vilka utgörs av kirurgi, strålbehandling och läkemedel (8, 10-11). Drygt 90 % av de diagnostiserade kvinnorna behandlas idag med kirurgi (8). Kirurgi kan användas ensamt och i kombination med andra behandlingar. Oftast är den kirurgiska behandlingen den behandling kvinnan först påbörjar mot bröstcancer. För den kirurgiska behandlingen finns två alternativ. Den ena är att bröstet bevaras och att endast en del liknande en tårtbit opereras bort. Behandlingen kallas sektorresektion. Den används vanligen då tumörstorleken inte överstiger 3-4 cm. Om canceren bedöms invasiv, det vill säga om den infiltrerat omgivande vävnad, kombineras operationen med axilloperation, där 8-10 lymfkörtlar avlägsnas ifrån armhålan och undersöks histologiskt. Att identifiera eventuella cancerceller i portvaktskörteln, den närmast liggande lymfkörteln mot bröstet är en vägledning för att avgöra om en axillutrymning ska göras. Portvaktskörteln återfinns under operation med hjälp av isotop och blå färg och skickas iväg för ett snabbtest för att avgöra om bröstcancer är spridd hitom. Metoden kallas sentinel node. Det andra kirurgiska behandlingsalternativet används när tumörväxten är mer omfattande. I dessa fall opereras hela bröstet och all lymfkörtelvävnad bort direkt. Efter detta kan en kirurgisk rekonstruktion av bröstet vara aktuell (8, 10-11).

Strålbehandling är en lokal behandling och ges vanligen som tillägg vid kirurgi framförallt till sektorresektion, men även då det finns områden som inte är tillgängliga för kirurgi (10-11). Den medicinska behandlingen kan bestå av antihormoner, cytostatika och antikroppar mot specifika delar av cancercellen och används i de flesta fall som adjuvant behandling för att minska recidivrisk och risk för spridning av sjukdomen (8, 10-11). Cirka 75 % av samtliga former av bröstcancer har östrogen- och/eller progesteronreceptorer och är därigenom möjliga att behandla med antiöstrogen farmaka (8). Vissa former av bröstcancer har en mycket aktiv gen som kallas HER-2/neu, vilken aktiverar cellcykeln och cellernas delningshastighet. Den idag tillgängliga antikroppsbehandlingen verkar mot just denna gen (8,10).

Efter slaganfall och kranskärleksjukdom är bröstcancer den tredje största dödsorsaken bland kvinnor. Samtidigt som fler nya fall av sjukdomen upptäcks minskar dödligheten långsamt (6). Fortfarande dör cirka 1500 kvinnor av denna sjukdom varje år (6,11). Den relativa överlevnaden på 10 år är 74 % för patienten med en bröstcancerdiagnos upp till och med 50 år och 78 % för patienten över 50 år (10). I Sverige lever cirka 40 000 kvinnor betecknade "friska" efter tidigare bröstcancerdiagnos och behandling, och 3000 kämpar med en aktiv sjukdom som återkommit (11).

### **Kvinnans symtomupplevelse och reaktion under bröstcancersjukdom och behandling**

Enligt Armstrong (12) betecknar ett symtom patientens individuella, subjektiva och mångdimensionella upplevelse och är en indikation på avvikande förändring från människans normala tillstånd. Själva symtomupplevelsen är en förnimmelse om symtomets frekvens, intensitet och mening med symtomet såsom de uppkommer. Armstrong menar (12) att symtomupplevelsen inverkar på välbefinnande, psykologisk och funktionellt status, livskvalité, sjukdomsprogression och överlevnad (12).

Det vanligaste symtomet för att kvinnan själv söker på en bröstmottagning är en knuta eller en förhårdnad i bröstet som hon inte känner igen. Ibland associeras denna till smärta. Mindre vanliga symtom på sjukdomen är sekretion från bröstvårtan (11). Till bröstcancersjukdomen hör i tidigt skede färre symtom än vad anticancerbehandlingen kan ge (13). Boehmke och Dickerson (13) anger att symtomen som behandlingen medför förorsakar stress genom att påminna om själva sjukdomen, som tidigare kanske inte gjort sig särskilt bemärkt (13).

Utifrån en välanpassad smärtlindring ger den kirurgiska behandlingen minimal fysisk smärta hos kvinnan, men kan resultera i en psykisk känsla av ofullständighet och asymmetri som människa och som kvinna (13). Bröstet är förknippat med många känslor. Det har närt barnen och är en attraktionssymbol (14). Efter de fysiska förändringarna från operationen utvecklar kvinnor med stor risk en negativ självbild (13,15). Liksom Boehmke och Dickerson (13) beskriver även Landmark och Wahl (15) att kvinnor efter bröstoperationen måste uppfatta sin kropp på ett nytt sätt och utifrån detta skapa en ny förståelse av sig själv (13,15).

Upplevelsen av kvinnlig identitetsförlust förstärks av cytostatikabehandlingen som kan leda till håravfall och viktnedgång (13). Enligt Holmberg, Scott et al. (16) upplever kvinnor att attraktionssymbolerna går förlorade i behandlingen. Kvinnan berättar att hon har förlorat sitt hår, sina vackra bröst och sina kurviga former (16). Att förlora håret under cytostatikabehandlingen kan innebära att mycket hår på kroppen försvinner inklusive näshår, ögonbryn och ögonfransar. Upplevelsen av detta beskriver en kvinna som att vara ansiktslös (14). Kvinnan kan alltså uppleva att behandlingen förändrar henne både fysiskt och psykiskt. För kvinnan framträder en ny person, som hon inte känner igen (13). Hon måste redefiniera sig själv och inkorporera sitt nya jag i sig själv för att till slut identifiera sig med människan som överlevt bröstcancer (14).

Cytostatikabehandlingen kan också leda till kognitiva besvär såsom minnesförlust och koncentrationssvårigheter. Andra möjliga konsekvenser av cellgifterna är smakförlust, intensivt illamående med kräkningar, torra hud- och slemhinnor, fatigue och ibland smärta och perifer neuropati (13, 17). Den antihormonella behandlingen kan medföra svettningar, värmesvallningar, humörsvängningar och sömnbesvär. Den kirurgiska behandlingen kan hos vissa kvinnor orsaka känselbortfall, obehag och stelhet i axel- bröst- och armparti (10,13). Erfarenheten av samtliga av dessa symtom får konsekvenser i det dagliga livet. Under cytostatikabehandlingen är aktiviteten mycket låg och kvinnan berättar att hon måste vila mycket. Hennes liv planeras efter behandlingstiderna. Symtomen under och efter behandlingen leder till en förlust av meningsfulla aktiviteter. Det är svårt att spela musikinstrument, motionera eller att laga mat hemma (13). Enligt Landmark och Wahl (15) betyder kvinnans möjlighet att utöva intressen att hon när sin kropp och själ, vilket ger mening åt hennes liv (15).

Kvinnorna kan känna att den sexuella aktiviteten i hennes parrelation minskar eller uteblir på grund av trötthet, förändrad kroppsuppfattning, tidig menopaus och upplevelse av för tidigt

åldrande, nedstämdhetskänslor, utebliven vaginal lubrikation, sexuell lust och svårighet att få orgasm (14,16). Enligt kvinnor som drabbats av bröstcancer förändras inte bara hon själv under denna sjukdoms- och behandlingsperiod utan även paret i sig. Reaktionen på förändringarna hon genomgår är individuella och olika, men beror generellt på vilket identitetsvärde som kvinnan lägger i de kvinnliga attributen och den sexuella aktiviteten (14).

Under sjukdoms- och behandlingstiden kan kvinnorna skapa nya relationer genom patientföreningar, hälso- och sjukvårdspersonal och andra stödgrupper. Enligt kvinnan med diagnosen bröstcancer är stödgrupper särskilt värdefullt eftersom fränder återfinns, som hon kan dela gemensamma erfarenheter med. Samtidigt är det svårt när döden infinner sig hos någon av de bröstcancerdrabbade kvinnorna i stödgruppen. Då påminns kvinnan åter om sjukdomens allvarlighetsgrad och hennes eventuella förluster i och av livet (16). I och omkring arbetet är det svårt att berätta om sin situation, men enligt Holmberg (16) kan en kollega vara ett möjligt praktiskt och emotionellt stöd till kvinnan (16).

Det främsta stödet under sjukdoms- och behandlingstiden upplever kvinnorna från sin familj och sina närstående (15). För de kvinnor som lever i en parrelation upplevs partnern som ett viktigt stöd. Framförallt är mannen stöttande när de gäller att ta över hushållssysslor, samt att närvara vid sjukhus och transport, men att tala om sjukdomen och hur den påverkar par- och familjrelationen är svårare både för kvinnan och för mannen (15-16). Enligt Holmberg, Scott et al. (16) upplevs den ensamstående kvinnan i högre grad ledsen, arg och sårad över att ha drabbats av bröstcancer. Om en relation bryts under pågående sjukdoms- och behandlingsperiod lämnar det spår hos kvinnan i form av rädsla för att inte vara åtråvärd i nästkommande förhållande och rädsla för sexuell avspisning (14,16).

Rustoen och Begnum (18) anger att kvinnors symtomupplevelse och besvär inverkar på psykologiska reaktioner och på livskvalitén. Rädsla, oro, förvirring, nedstämdhet och ibland chock är förekommande känslor (18). Kvinnan är rädd för att dö och förlora viktiga relationer (15). Efter den initiala krisen anpassar sig 70-80 % av kvinnorna väl till situationen. Det innebär samtidigt att 20-30 % av kvinnorna inte gör det, utan upplever en allvarligt minskad livskvalité (18).

Att leva med bröstcancer innebär upplevelser relaterade till fysiska, psykologiska, sociala och existentiella nivåer. När människan lever i skuggan av döden och får konfrontera livets smärtsamma och tunga sida ställs hon inför existentiella frågeställningar (15,19). Att få bröstcancer väcker frågorna om den innersta essensen av livet. Det är en tid då diagnoslämnandet orsakar akut emotionell obalans och plågsamma fakta långsamt blir verklighet. Det är en tid då behandlingen utarmar kroppen på energi, blir utmattad och sliten och kvinnan ställs inför en rad förluster. Denna tid innebär för kvinnan ett existentiellt sökande och en kamp om att hitta en mening (19). Kvinnorna önskar professionell hjälp i att reflektera och diskutera mängden frågor som uppkommer under behandlingens olika skeden (18). Enligt Landmark och Wahl (15) är kvinnans vilja att leva och kämpa för livet en stark upplevelse och drivkraft, till vilken all energi går under behandling och då sjukdomen är mycket aktiv (15).

### **Pappa och barn i familjen till kvinnan med bröstcancer**

Tidigare forskning visar (20-25) att hela familjen berörs och påverkas av mammans bröstcancersjukdom och behandling (20-25). Enligt Forrest, Plumb et al. (20) och Hilton, Crawford et al. (21) är pappans reaktion på partners bröstcancer först och främst att tillhandahålla stöd till sin partner och för barnens skull att försöka behålla familjens vardag.

Pappor utför i högre utsträckning de praktiska hushållsgöromålen och skötsel av barnet (20). Bakom försöken att hantera de praktiska göromålen och känslan av ansvar inför att hålla barnet i trygghet, finns pappans kamp mot att ge efter för sina egna emotioner för att skydda barnet från dessa. Chock, oro, stress, ilska och frustration är känslorna inför sin partners sjukdom (20-21). En studie (20) där barnet är mellan 4-28 år visar att pappan tror att dessa känslor skulle uppröra barnet, men att såväl det yngre som det äldre barnet kan beskriva att de är medvetna om pappans känslor och hans försök att gömma dem (20). Forrest, Plumb et al. (20) menar att det finns en diskrepans mellan pappans och barnets utsago av hur barnet hanterar mammans sjukdom och att pappan i studien underskattar barnets oro (20).

Forrest, Plumb, Ziebland och Stein visar i sin studie (22) där barnet är mellan 6-18 år, att barnet känner på sig att något är fel med mamman redan innan det delgivits diagnosen. Det står klart i mammans sinnestämning och beteende, liksom i hennes telefonsamtal i vilka cancersjukdomen berörs. Under mammans sjukdom och behandling reagerar barnet oberoende ålder och kön med emotionell förvirring, chock, tårar, rädsla och oro. Barnet känner en ilska mot Gud, mot mamman, pappan, lärare eller andra människor omkring det (22).

I en studie av Zahlis Hooper (23), där barnet vid mammans bröstcancerdiagnos var mellan 8-12 år, framkommer att barnets oro är mångdimensionerad och bottnar i rädslan att mamman ska dö. Barnets oro grundar sig även på oförståelse inför vad som händer omkring det, ängslan för andra i familjen och för vad som ska hända i framtiden. Barnet oroar sig också över att mamman inte ska bli sig själv igen efter behandlingen, att familjen inte ska klara sig ekonomiskt och att barnet själv ska få cancer som vuxen (23).

I flera studier (20,22-23) framkommer det att cytostatikabehandlingens biverkningar är det mest stressfulla för barnet eftersom det ändrar mammans utseende genom till exempel håravfall och påminner om att mamma kanske kommer dö. Även kirurgins efterverkningar på kvinnan såsom trötthet, svaghet och ledsamhet påverkar barnet med stress (20,22-23). Enligt Huizinga, Visser et al. (24) är döttrar till mammor med ett cancerrecidiv en särskilt utsatt grupp för stresspåverkan under såväl den akuta sjukdoms- och behandlingsfasen som under den kommande tiden därefter (24). Barnen upplever att deras behov är bristfälligt bemötta i vården och att de särskilt efter att delgivits mammans diagnos önskar komma i kontakt med någon ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal (22,25).

## **JOYCE TRAVELBEES OMVÅRDNADSTEORI**

### **Att vara människa - att vara patient**

Travelbee (26) menar att upplevelsen av lidande och förlust utgör en del av det mänskliga livet. Även om lidandet i sig är en allmänmänsklig erfarenhet, är det uttryck som människan ger lidandet unikt, liksom människan också är i sig självt. Människan karakteriseras av sin förmåga att bry sig om och värdesätta andra människor eller aspekter på livet. När något utav detta hotas eller förloras upplever hon lidande. Lidande är nära sammanhängande med den personliga reaktionen på sjukdom och förlust och gör sig kännbar på den fysiska, psykiska och andliga nivån. I mötet med lidande, sjukdom och smärta har människan en benägenhet att söka mening. En sådan mening är också högst personlig men relateras oftast till människans inställning till livet, sjukdomen eller sig själv. Enligt Travelbee (26) ger sjukdom och lidande på så sätt människan en möjlighet att växa och utvecklas (26).

Travelbee (26) motsäger sig stereotypa bilder av patienten och menar att det bakom varje patient finns en unik människa. Denna människa blir sjuksköterskans patient när personen själv signalerar, definierar eller söker hjälp för ett problem eller kris (26).

### **Omvårdnad**

Omvårdnadens syfte utgörs enligt Travelbee (26) av att hjälpa individen förebygga, bemästra och finna mening i de erfarenheter som följer med patientens lidande eller sjukdom. Omvårdnad består av en mellanmänsklig process där sjuksköterskan hjälper antingen individen, familjen eller samhället. För sjuksköterskan är det centrala att känna till patientens upplevelse av sin situation och förstå vilken mening som patienten lägger i den (26).

### **Kommunikation**

Travelbee (26) menar att kommunikation är en process och en handling. Hos både avsändare och mottagare finns en mental och fysisk aktivitet. Sjuksköterskan och patienten utväxlar tankar, känslor och erfarenheter. Det är denna process som sjuksköterskan använder för att få information och denna process som patienten och familjen använder för att få hjälp. Detta sker såväl verbalt som icke-verbalt. Som dynamisk och ömsesidig process har kommunikationen inverkan på mellanmänsklig närhet. Den kan brukas till att komma nära, stöta bort, hjälpa eller såra andra människor (26).

Genom att ta del av det som patienten förmedlar om sig själv samlar sjuksköterskan kunskap om patienten och kan utifrån denna kunskap planera för och genomföra omvårdnadsåtgärder. Det är sjuksköterskans kommunikationsfärdigheter som gör det möjligt för henne att lära känna patienten, identifiera och förstå patientens behov. Det i sin tur är förutsättningen för att hjälpa patienten bemästra sjukdom och lidande. Travelbee (26) delar upp kommunikationen mellan sjuksköterska och patient i faser som stundom överlappar varandra. Dessa fem stadier är observationen, tolkningen, beslutet, omvårdnadshandlingen och utvärderingen (26).

Goda kommunikationsfärdigheter baseras på att sjuksköterskan kan använda sig själv terapeutiskt och bemöta patienten professionellt. Att använda sig själv terapeutiskt innebär att medvetet och ändamålsenligt använda sin personlighet i interaktionen med patienten. En förutsättning för detta är att vara uppmärksam på hur det egna beteendet påverkar andra människor. God kommunikation bygger på förtrogenhet över sina metoder liksom medvetenhet om vad målet med dem är, snarare än vilka tekniker som nyttjas. Att bemöta patienten professionellt är att i mötet med patienten målinriktat använda sin kunskap om reflektion, logiskt resonemang och analys för att kunna identifiera och tillgodose andra människors behov. Denna förmåga grundar sig på fakta, förståelse och principer. Att sjuksköterskan använder sig själv terapeutiskt och möter patienten professionellt är förutsättningen för att kunna realisera omvårdnadens syfte (26).

## **SJUKSKÖTERSKANS REGLERADE ANSVAR I HÄLSO - OCH SJUKVÅRD**

Sjuksköterskans ansvar i hälso- och sjukvården är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och att lindra lidande (2,27). I detta utgår sjuksköterskan från ett helhetsperspektiv; patientens basala och specifika omvårdnadsbehov på såväl fysisk, psykisk, social, kulturell som andlig nivå ska bemötas och om möjligt tillgodoses. Det är sjuksköterskans uppgift att utifrån sin kunskap observera, värdera, prioritera, dokumentera och vid behov åtgärda och hantera patientens tillstånd och behov (27). Sjuksköterskans arbete ska vila på vetenskap och beprövad erfarenhet. Vården ska grunda sig på omtanke och respekt och ska utföras i samråd med patienten (28).

Som en grund har sjuksköterskan kunskaper om omvårdnad, medicin,habilitering, rehabilitering och beteendevetenskaper (27). I fokus för sjuksköterskans vård står individen och familjen, vilka bjuds respekt, lyhördhet och empati (2, 27).

Sverige har ratificerat barnkonventionen. Det betyder att Sverige folkrättsligt försäkrat att leva upp till den. I barnkonventionen (29) fastslås att det är barnets bästa som ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barnet (barnkonventionen artikel 3). Barn har rätt att inte bara överleva, utan även leva och utvecklas. Det betyder att inte endast barnets fysiska hälsa berörs, utan också den andliga, moraliska, psykiska och sociala utvecklingen (barnkonventionen artikel 6). I barnkonventionens 12:e artikel framgår att barnet har rätt att uttrycka sina åsikter och få dem beaktade i alla frågor som berör honom eller henne. I beaktandet av dessa åsikter ska barnet bemötas utifrån sin ålder och mognad (29).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

I bakgrundslitteraturen framkommer att bröstcancersjukdomen för med sig många omställningar för kvinnan. Tidigare forskning på pappa och barn i familjen till kvinnan med bröstcancer visar att även de påverkas av kvinnans bröstcancersjukdom. Utifrån bakgrundslitteraturen är perspektivet om kvinnan som mamma med barn som är beroende av hennes föräldraskap inte undersökt specifikt.

Travelbee (26) menar att sjuksköterskan behöver känna till patientens upplevelse av sin situation för att kunna hjälpa patienten bemästra och finna mening i de erfarenheter som kommer med sjukdom och lidande (26). Bakgrundslitteraturen visar även att sjuksköterskan i sin vård av patienten ska ha ett helhetsperspektiv: fysiskt, psykiskt, andligt och socialt, vilket aktualiserar detta perspektiv som en del i sjuksköterskans arbete (2,26-27). Såväl sjuksköterskans kompetensbeskrivningsreglerande ansvar, etiska koder (2,27) liksom Travelbee redogör för att sjuksköterskan vårdar individen och familjen (26).

Under grundutbildningen har avsnitten i onkologisk omvårdnad varit relativt sparsamma. Även aspekten av patienten i vuxenvården som en social individ har varit knappa och har inte lyft föräldraperspektivet. Av dessa anledningar är det väsentligt beskriva hur det är att vara mamma med hemmaboende barn under bröstcancersjukdomen och dess behandling och därigenom tydliggöra denna synvinkel i omvårdnaden.

## **SYFTE**

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva kvinnans erfarenhet av att vara mamma med hemmaboende barn under bröstcancersjukdom och behandling.

## **METOD**

### **INKLUSIONSKRITERIER INFÖR ARTIKELURVAL**

I enlighet med syftet skapades inklusionskriterier för de vetenskapliga artiklar som kunde inbegripas i litteraturstudien. Dessa kriterier var att studien inte var publicerad längre än 15 år tillbaka i tiden. Studien skulle utgå ifrån kvinnan mellan 20-59 år med minst ett hemmaboende barn. Barnets ålder var inte begränsad. Kvinnan har erhållit en bröstcancerdiagnos och genomgått behandling mot denna, men kunde befinna sig olika i tid

sedan diagnosen och i olika faser av bröstcancersjukdomen. Behandlingen behövde inte vara specificerad till någon eller några specifika utan kunde vara ensam eller i kombination av kirurgi, strålning, cytostatika och antihormonellbehandling. Mamman kunde befinna sig i en parrelation, vara sammanboende, gift eller ensamstående.

## DATAINSAMLING

Resultatet bygger på elva vetenskapliga artiklar, som eftersökts i databaserna Cinahl, Pubmed och Psycinfo. Litteratursökningen genomfördes i oktober 2008 inom Göteborg Universitets intranät och söktes med direkt åtkomst till de vetenskapliga artiklarnas fulltextformat i den mån det gick att ange (Bilaga I, Bilaga II).

För att återfinna artiklar med valda kriterier och valt problemområdet användes sökorden *mother, motherhood, child, children, mother-child relationships, family, parental, experience* i olika kombinationer tillsammans med *breast cancer*. I databasen Pubmed användes MESH-termer som sökord och *breast cancer* översattes därför till *breast neoplasm*. I Cinahl och Psycinfo begränsades litteratursökningen till vetenskaplig granskning (peer-reviewed, Journal article) och i både Cinahl och Pubmed skulle artiklarna direkt kunna hämtas i fulltextformat.

Vid litteratursökningens resultat lästes i första hand de vetenskapliga artiklarnas titlar. I de fall då titeln berörde den här litteraturstudiens valda ämne lästes i andra hand abstract och i tredje hand lästes hela artikeln. Då artiklarna inte kunde besvara inklusionskriterierna för den här litteraturstudien exkluderades dessa.

Litteratursökningen i databaserna visade att samma artiklar i åtskilda sökningar återkom. Antalet granskade abstracts och artiklar kan därför se större ut än det faktiska antalet granskade. De valda vetenskapliga artiklarnas referenslistor granskades också, men det gav inte fler artiklar till litteraturstudien.

## RESULTATANALYS

De valda vetenskapliga artiklarna (30-40) bearbetades efter inspiration av Granheim och Lundman (41) som beskriver latent innehållsanalys (41). Resultatdelen i de för litteraturstudien valda artiklarna (30-40) lästes igenom flera gånger för att få en överblick av innehållet. Utifrån litteraturstudiens syfte antecknades meningsbärande enheter, det vill säga en uppsättning ord eller påståenden som relaterade till samma innebörd. Meningsenheterna kondenserades i två steg och grupperades sedan in i subteman, som till sist sammanfördes i gemensamma teman. Ett tema beskrivs som en latent röd tråd. Tema och subtema jämfördes under hela processen regelbundet med artiklarna (30-40). Resultatanalysen vilar på författarnas redovisning av studiens resultat och de citat från kvinnorna som återfanns i artikeln, och inte på författarnas diskussion.

Tabell 1. Exempel på procedur.

Meningsbärande enhet	Kondensering nära texten	Kondensering/tolkning underliggande mening	Subtema	Tema
And I felt, that its what gave me anxiety in the beginning, because I had so little time left with the children. I wanted them to be a little older	Kände oro för att hon har så lite tid kvar tillsammans med barnen	Känsla av att tiden med barnen är knapp	Att förlora tid med barnet	Förluster

My children were cared for by their relatives during most of my treatment. My son had just been born so he was away from me for about the first seven months of his life	Barnen tas om hand av någon annan under behandlingen	Tappat tid med sitt barn	Att förlora tid med barnet	Förluster
--	--	--------------------------	----------------------------	-----------

## RESULTATREDOVISNING

Genom resultatanalysen framkom fem teman och tolv subteman som beskriver erfarenheten av att vara mamma med hemmaboende barn under bröstcancersjukdom och behandling.

*Tabell 2. Översikt över teman och subteman*

TEMA	Subtema
MÖTET MED EN NY TILLVARO	Kampen mot bröstcancersjukdomen Att söka balans och anpassa sig i ett nytt liv
FÖRLUSTER	Att förlora energi och kraft Att förlora delar av rollen som mamma Att förlora tid med barnet
ANSVAR FÖR BARNETS MÖTE MED SJUKDOMEN	Att vilja skydda sitt barn från sjukdomen Att försöka ta emot barnets reaktioner Att överväga barnets bästa i mötet med sjukdomen
BEHOV AV PROFESSIONELL HJÄLP	Att själv inte räcka till för sitt barn Att se familjen behöva hjälp
MENINGSFULLHET	Att lära känna okända delar av sig själv och livet Att finna ny meningsfullhet i att vara mamma

## MÖTET MED EN NY TILLVARO

### Kampen mot bröstcancersjukdomen

Mammor beskrev att livet efter sjukdomsdiagnosen helt plötsligt och väldigt snabbt ändrades (30). Bröstcancerdiagnosen kändes oläglig eftersom de befann sig mitt i livet och hade barn att ta hand om (30-31). Mammorna visste att sjukdomen var ett hot mot livet (32,33). Därför var det svårt att ta på sig rollen som överlevande. Framtiden kändes oviss och den trygghet som fanns före diagnosen hade rämnat. Det fanns en maktlöshet inför att sjukdomen när som

helst kunde komma tillbaka och att hotet mot tillvaron skulle göra sig påmind (33). Samtidigt visste kvinnorna att barnet behövde sin mamma (32,33). Tanken på att sjukdomen kunde ta ifrån barnet sin mamma och mamman sitt barn, blev mammors drivkraft för att klara av behandlingen och överleva bröstcancer (31). Flera studier (30-32) visade att barnet kunde få mamman att förtrycka tanken på att ge upp. Att överleva och komma ur sjukdomen med livet i behåll definierade kvinnorna som att få fortsätta vara mamma till sina barn (30-32).

*“I felt I was obligated to recover again. I had to fight against my own suffering”* (30, sid 491).

Elmberger, Bolund et al. (31) beskrev att bara viljan att vara en bra mamma för sina barn var uppmuntrande, mobiliserande och gav kvinnorna möjlighet att för en stund att glömma av sjukdomen (31). I en annan studie (32) framkom att mammors drivande kraft i kampen mot bröstcancersjukdomen även var deras behov att inte åsidosätta sitt barn (32). För att vara närvarande för sitt barn försökte mammorna övervinna de biverkningar som anticancerbehandlingen gav (31,32). Barnet hjälpte mammorna tillbaka till sina aktiviteter i vardagsliv, skola, sport och andra intressen (34).

*“I thought, I am going to, in spite of the surgery and treatments; I am going to live as usual as I did before”* (32, sid 126).

Energi till kampen mot sjukdomen återfann mammorna inte endast i familjen, utan också hos vänner och arbetskamrater (32). Mammorna lärde sig även strategier för att spara energi såsom att undvika missnöjda personer, struntprat och tankar om döden (31). Billhult och Segesten (32) menade att behandlingen mot bröstcancer ofta innebar längre kontakter med hälso- och sjukvården. Personalen var därför en unik stödmöjlighet för att understödja mammans ansträngningar i kampen mot cancersjukdomen. Likaså var sjukhusbesöken ett tillfälle att träffa andra patienter med vilka mamman kunde dela sin erfarenhet (32). Turner et al. (35) angav att stödgrupper minskade mammors ensamhet och utgjorde deras egentid (35). I två studier framkom (32,35) att mammor lättare kunde hitta positiva perspektiv i tillvaron och hopp om framtiden när de lät sig bli hjälpta av andra (32,35).

*“Looking back I think that keeping up the facade was short-changing the family, because I was shapping the way they reacted, and it was only when I reached a point where I couldn't pretend it was alright anymore that I could let myself get the support”* (35, sid 140).

### **Att söka balans och anpassa sig i ett nytt liv**

Flera studier (31-32,33,35) visade att mammorna efter bröstcancerdiagnosen försökte fortsätta vardagen som vanligt, men märkte att det inte alltid gick (31-32,33,35). En del mammor behövde hjälp, emotionellt och praktiskt (35), men att erkänna detta kunde betyda en konfrontation med känslan att vara en svag mamma (30).

*“...in the beginning I tried being as usual. When I was healthy, I could drive my children to all of their activities. My reactions came later so now I am on full-time sick leave”* (30, sid 491).

Billhult och Segesten (32) menade att mammor sökte en balans mellan att låta sig vara sjuk och vara stark för sitt barn (32). En annan studie (31) visade att mammorna försökte finna en balans mellan kraven från behandlingen och det tidigare ansvaret som mamma (31).

*“It is a contrast because you have never been sick and always handled everything, and suddenly you feel so fragile. I am that kind of person, I have to make it myself...but sometimes I can't”* (32, sid 125).

I Öhlen och Holms studie (34) framkom mammors ambivalens mellan att behålla allt som vanligt och möta de nya förändringarna i livet. Det ledde slutligen till mammans upplevelse av att vara fast mellan två världar, där den ena världen var att försöka bevara allt såsom det var före sjukdomen och den andra världen att möta framtiden tillsammans med sjukdomens villkor (34). Enligt mammorna kunde barnet skilja på mamman som fanns före sjukdomen och den som fanns efter (31,33,36).

*"You´re a different person...the kids walking very gingerly around, [wondering] who is mom now?"* (33, sid 118).

Öhlen och Holm (34) menade att mamman inte behövde ha en mask inför barnet när hon väl tillät sig vara sjuk. Det i sin tur innebar att hon kunde vara sig själv och närvarande i relationen med barnet (34).

## FÖRLUSTER

### **Att förlora energi och kraft**

Återkommande i flera studier (30-35,37) var att situationen för mammorna var svår, eftersom de kämpade mot cancersjukdomen samtidigt som de var föräldrar och hade barn att ta hand om. Mammorna gick igenom en fysiskt krävande behandling och en tung emotionell sjukdomsprocess, samtidigt som de hade ansvar för barnet. Många studier (30-35,37) visade att mammorna inte endast var engagerade i sin egen sjukdomsprocess utan även försökte bemöta barnets reaktioner och behov utifrån sjukdomens påverkan (30-35,37). Att hantera sådana processer samtidigt upplevdes som problematiskt och tröttade ut mammorna (30).

*"I had to be a twenty-four-hour caring mother in hospital for my seriously ill 18-year-old son. Some nights I only slept 20 minutes...I had to have years to come back"* (30, sid 489).

I en studie (30) framkom att mammors upplevelse av osäkerhet inför framtiden, frustration, ambivalens, ensamhet och skuld i föräldrarollen var lika uttröttande som fatigue eller andra fysiska tillstånd (30). Elmberger, Bolund et al. (31) menade att viljan att vara en bra mamma gick ut över mammors egna behov. På så sätt kunde ansvaret över hushållsaktiviteter och aktiviteter med barnet motverka mammors återhämtningsprocess ifrån sjukdomen. När mamman gavs möjlighet till avlastning i hemmet fick hon tillfälle till vila, reflektion och aktiv rekreation. Samma studie (31) visade att den ensamstående mamman inte hade någon annan vuxen i sitt hem som avlastade henne, vilket resulterade i ytterligare kraftlöshet. En ensamstående mamma berättade hur hon steg upp flera timmar innan hennes son för att kräkas, så att hennes son och hon kunde äta frukost tillsammans. Bristen på avlastning för den ensamstående mamman medförde att hon undvek inläggning på sjukhus, eftersom barnet inte alltid hade någon annan vuxen att vara med under hennes behandlingstid (31).

Mammorna saknade pappans emotionella stöd (30). Däremot tog papporna över fler praktiska sysslor i vardagen och rollskiftet upplevde mammorna med blandade känslor (31,37). En mamma berättade att hon var rädd för att pappan tyckte att det var hennes fel att familjen mår dåligt. Det i sin tur ledde till att mamman inte ville involvera sitt barn och pappan i sjukdomen, utan hellre försökte dölja hur dåligt hon mårde. Att be om hjälp på grund av att inte orka var att störa familjelivet och få familjemedlemmar att må sämre (30).

*"I didn´t tell my husband about my difficulties with the children because I was afraid he would blame me by saying "look it´s your fault for beeing ill". He was angry with the children and the*

*communication didn't work out emotionally. I don't think men talk about emotions; my husband couldn't handle it" (30, sid 492).*

Studier (31,37) visade att barnet var medveten om när mammor inte längre klarade av vardagssysslor som de tidigare utfört. Barnet sökte istället upp pappan för att fråga och umgås. Även om mamman upplevde en förlust av viktiga delar i mor-barnrelationen och det skapade lidande (31,37) uppfattade hon det också positivt att pappa och barn kom varandra närmre (37).

*"Because I'm more tired, I'm more short-tempered and the children are turning to Dad for more things, which I think is great" (37, sid 87).*

*"Sometimes I feel they have transferred a lot of their emotional trust from me to my husband. I realize this could be a very healthy thing for them and their survival in the face of losing a parent" (37, sid 87).*

### **Att förlora delar av rollen som mamma**

I en studie (31) framkom att mammorna gärna ville leva upp till idealet om den goda mamman. En bra mamma var glad, kompetent och stark. Hon var en aktiv person som hade ett rent hem och tog del i barnets liv och aktiviteter (31). Elmberger, Bolund et al. (31) menade att mammorna ställde höga krav på sig (31). Flera studier (31-33) visade att det primära och viktigaste i livet för kvinnorna var att ta hand om barnen och vara mamma även när de var sjuka i bröstcancer (31-33).

*"I have not been one that has had breast cancer...I have not...I have had my treatments and it has been tough...first of all I have been a mother" (32, sid 125).*

*"Most important was living and being there for my adolescent daughter" (33, sid 115).*

I takt med att de fysiska symtomen intensifierades insåg mamman att det inte var möjligt att göra allt som hon brukade i familjen, vilket gav upphov till känslor som ilska (33).

*"I remember being angry because I would try to do things and I just couldn't do them" (33, sid 117).*

I flera studier (30-33,37-38) framkom att mammor förlorade en del av den funktion som de tidigare haft i hemmet, vilket orsakade känslor som frustration, ledsamhet, och sorg (30-33,37-38). De kunde inte längre ta del i barnens aktiviteter som tidigare vilket kändes stressande (37).

*"Not being able to be there for every single game because you're not well or be there to help her with her homework or her problems because I didn't have the energy like I wanted to...Not being the parent that you want to be" (33, sid 115).*

En kvinna som precis insett att hon drabbats av en livshotande sjukdom, beskrev sin önskan att vara tillräckligt stark för att kunna möta sina barn i rollen som patient på sjukhuset (34).

*"And I realize I surely made a mistake when I look back at it like that  
I simply couldn't cope with the kids  
And that's what I wanted to in connection with all this hardship and so  
That there is a way to take care of the kids  
Because I couldn't cope with it" (34, sid 27).*

För mammorna var en bra mamma också någon som inte hade för avsikt att dö eller lämna sitt barn (31). Mammorna kände skuld gentemot familjen när de inte längre klarade att upprätthålla detta (33-34). En mamma beskrev tanken på hur det kändes att inte kunna vara där för sin dotter nu eller i framtiden (33).

*"Part of the pain of the whole thing was not being able to do as much as I wanted to do for her. Guilt, just terrible parent guilt"* (33, sid 115).

De rollskiften som skedde i familjen innebar att barnet gjorde en ansats att försöka ta hand om mamman. Det påminde mammorna om vad sjukdomen tar ifrån dem som förälder (33,37).

*"I have to remind my son sometimes that I'm still his parent and can take care of him when he is trying so hard to take care of me"* (37, sid 88).

### **Att förlora tid med barnet**

På grund av de sjukhusvistelser, nätverksmöten och biverkningar som följde med behandlingen förlorade mammorna tid att umgås med sina barn (32,35,37,39). Det betydde att den tid som mamman behövde lägga på att vårda sig själv tog tid från familjen (35,39). Mammorna upplevde att tiden kanske ändå är knapp för henne och barnen tillsammans, vilket ställde henne i ett dilemma och ledde till att mamman upplevde sorg (37).

*"And I felt, that its what gave me anxiety in the beginning, because I had so little time left with the children. I wanted them to be a little older"* (32, sid 124).

För mammorna kändes det svårt att gå miste om en del av barnets utveckling (31). En mamma berättade att hennes son och hon förlorade de 7 första månaderna av sonens liv tillsammans på grund av sjukdomen (37).

*"My children were cared for by their relatives during most of my treatment. My son had just been born so he was away from me for about the first seven months of his life"* (37, sid 88).

Sjukdomen påminde mammorna om att livet inte var evigt och att de kunde dö. Redan här föddes känslan av att förlora kontrollen över tillvaron. De ställdes då inför frågor om framtiden och om vad som hände ekonomiskt, socialt och psykologiskt när de som mamma inte skulle finnas kvar i familjen (31,33,39).

*"If I die, who's going to take care of the kids...if I have metastases and die?That will probably happen in five years. I have five years to get these girls ready and convey to them everything that I wanted them to know to become whole people"* (33, sid 115).

För mammorna innebar döden att förlora sitt barn och att barnet förlorar sin mamma. Flera studier (30-32, 33,39) beskrev att mammor föreställde sig vad som skulle hända när de inte längre var kvar i livet. Två studier (30,32) visade att mammor funderade på att pappan inte kunde möta dotterns specifika behov som kvinna.

*"No man can be a substitute for a mother"* (30, sid 491).

Billhult och Segesten (32) beskrev en mamma som tänkte på vad som skulle hända med familjen om pappan mötte en ny kvinna.

*"..yes but then I think it would not turn out good. If I was to disappear. You just don't want to see that picture what it would be like...my children growing up without me or with a new mother...I don't want to see it" (32, sid 125).*

En mamma berättade att hon förlorade sin dotter på grund av sjukdomen, trots att hon överlevt bröstcancersjukdomen.

*"I felt like the damage in my relationship with my adolescent daughter was one of the highest prices I paid, and the way she responded cost her as well...and I couldn't do anything about it" (33, sid 116).*

## **ANSVAR FÖR BARNETS MÖTE MED SJUKDOMEN**

### **Att vilja skydda sitt barn från sjukdomen**

Flera studier (31-33,35-36,38-39) visade att mammornas fundamentala önskan var att skydda sitt barn från bröstcancersjukdomen. Mammorna ville hålla familjen samman och minimera behandlingarnas störning på familjen (31-33,35-36,38-39). För mammorna var det inte endast betydelsefullt att barnet inte skulle märka mammas sjukdom under behandlingstiden (32). Det var också viktigt att hjälpa barnet undkomma negativa långtidseffekter och försäkra alla i familjen om att det kommer att bli bra även om kampen mot cancersjukdomen skulle förloras (33). För mammorna var det viktigt att skilja på att det var hon som var sjuk och inte barnet. Barnet skulle inte drabbas av mammans sjukdom (31,38).

*"my children should not suffer my illness" (31, sid 62).*

I en studie (36) framkom att mammor försökte bete sig som om de inte var sjuka inför barnet eftersom de trodde att barnet behövde se en stark och inte en svag mamma (36). För att inte skrämma barnet ville de visa barnet glad min, behålla sin rädsla och sina frågor för sig själv (31). Billhult och Segesten (32) angav att mamman försökte skydda barnet genom att inte visa sin oro, ta samtal om sjukdomen till kvällen när barnet gått och lagt sig och genom att planera sina behandlingar när barnet är i skolan (32).

*"I had to hide my face and cry, I had no chance to break down...everything must go on" (30, sid 489).*

*"I try not to act, you know, sick...try not to act, sometimes as bad as I feel" (36, sid 83).*

Bakom mammors försök att behålla en för barnet strukturerad och igenkännlig vardag fanns viljan att skydda barnen från sjukdomen (32,35,39). Rutiner hjälpte barn att känna trygghet trots mammans sjukdom (31-33,35-36,39).

*"Kids don't like being different, and having things as normal as possible helps" (35, sid 140).*

*"we had decided at home that we should live as usual. Try to live as usual and not be affected, that the children would not notice [the mother's illness], and everything would be normal" (32, sid 126).*

### **Att försöka ta emot barnets reaktioner**

Mammorna försökte skydda sitt barn från sjukdomen, men såg samtidigt barnet reagera på den. Många mammor kunde beskriva hur barnet reagerade på sjukdomen. Barnet kunde sluta sig emotionellt, dra sig undan och konstant oroa sig för att mamma ska dö (33,37-39). En mamma berättade att hennes barn helt plötsligt och rakt ut i luften uttryckte förhoppning om

att mamman skulle leva för alltid (38). Många barn undrade om de också skulle få cancer som vuxen (33,37-39). Enligt mammorna kunde barnet reagera med regression och ville inte lämna mammans sida, men hyperaktivitet och ilska var också vanligt förekommande reaktioner hos barnen (30-31,33,37).

*"My 4-year-old has regressed and has increased fears" (37, sid 88).*

Mammorna fick ta del av barnets fantasier om henne som död (31). De mötte barnets reaktioner genom att personer i barnets omgivning frågade om och gjorde påstående om mammans bröstcancer (30-32). Barnets reaktioner på sjukdomen var betungande och uttröttande för både mamman, barnet och hela familjen (31). Flera studier (30-31,33, 37, 40) visade hur mammor upplevde vanmakt inför vad deras sjukdom väckte hos barnet och tveksamhet om hur de skulle bemöta sitt barn (30-31, 33, 37, 40).

*"I have a 14-year-old daughter. She worries about breast cancer. She worries I'll leave her. I try to be reassuring without making promises that would be impossible to keep." (37, sid 88).*

Parallellt med att mamman såg sitt barn lida, reducerade sjukhusvistelserna och behandlingsbiverkningarna hennes förmåga att ta hand om och följa upp barnets reaktioner. Den ensamstående mamman beskrev utsatthet inför svårigheterna att möta sjukdomen tillsammans med barnet. Utsattheten berodde på att det inte är alltid fanns någon som tog hand om eller delade barnets erfarenheter när mamman var inlagd för behandling (30-31). Även om sådana möjligheter fanns för barnet kunde barnets möte med sjukdomen vara nog så dramatiskt. En mamma, som var skild, berättade om sin 4-åriga dotter när hon var på väg till sin pappa och tvingas lämna sitt barn (30).

*"cried a lot when she had been away with her father and told me not to die...she understood everybody was upset...later she stopped talking in her nursery group, she was afraid...she is now in her second year of psychotherapy because of that" (30, sid 489).*

En studie (33) visade att mammorna kände skuld när de såg barnets reaktioner på sjukdomen. De funderade över sitt ansvaret att ha drabbats av bröstcancer och undrade hur illa de gjorde sina barn med sjukdomen (33).

*"Did I scar my kids for life?Did I mentally scar them?" (33, sid 117).*

Mammorna visste om att det värsta som kunde hända i barnets värld var om de skulle dö. De bar barnets rädsla med sig (31-32). Eftersom det inte fanns någon garanti för en framtid kunde inte heller mamman lova barnet att hon kommer överleva sjukdomen och att allt blir bra. Det gav mammorna känslan av svek och misslyckande inför sitt barn (30-32).

*" I failed as a mother...not being able to see my children and grandchildren grow up" (30, sid 489).*

En mamma med avancerad bröstcancer berättade om hur det kändes att se barnets reaktioner på att hon kommer dö av bröstcancersjukdomen, men att ingen av dem vet när det kommer att ske (35).

*"I feel that the uncertainty is a burden on the children, and I feel sadness and guilt about that. I often think how it will affect them in the longer term" (35, sid 141).*

### **Att överväga barnets bästa i mötet med sjukdomen**

Studierna (35-36,40) visade att det fanns ett val mellan att göra barnet delaktig i sjukdomen och att helt eller delvis avstå från detta (35-36,40). Sammantaget visade alla studier (30-40) att det fanns en betänksamhet hos mammorna över vad som var bra och dåligt för barnet, men att det också fanns en oenighet över om, vad, hur, eller när mammorna berättade om sjukdomen för barnet. I studierna (30-40) framkom mammors osäkerhet över vinsten med att involvera barnet i sjukdomsprocessen (30-40).

*"the whole time I have tried to be protective...and this looked scary...but then I thought I can't go all my life and not show..." (32, sid 126).*

Mammor hade svårt att avgöra hur mycket som skulle berättas för barnet (36). Billhult och Segesten (32) menade att mammorna befann sig i en samvetskonflikt, där de försökte överväga barnets behov att veta med att inte öka på barnets tankar om att mamma skulle dö (32). Mammorna hittade argument för sina handlingar. Skälet att inte berätta om cancerdiagnosen var att skydda barnet från stress och oro, eftersom kunskapen om sjukdomen skulle få barnet att må dåligt (35,40). Mammor som valde att berätta om sin sjukdom ansåg däremot att förtroendet mellan mamma och barn skulle gå förlorat om inte barnet fick veta (35,40). Enligt Shands et al. (36) var det viktigt för mamman att pappan och de utgjorde primärkällan för information om sjukdomen. Andra informationskällor som media och barn runtomkring skapade fantasier hos barnet (36). Billhult och Segesten (32) angav att mammor motverkade barnets fantasier genom en rak och öppen kommunikation (32). Flera studier (33,35-36) visade att mammor som valde att berätta om sin bröstcancerdiagnos för barnet, ville göra det hoppfullt (33,35-36). De talade då inte om statistik, döden eller hur livet kunde se ut utan mamma (36).

*"I don't like to talk the negatives to them and I don't think I ever did...we never really sat down and talk about death, life without mommy...kept it pretty much on the upswing, positive end" (36, sid 80).*

Hur mammor förberedde barnet på de kroppsliga förändringarna som hon genomgick var olika. Shands et al. (36) beskrev en mamma som endast berättat för sitt barn att hon kommer bli sjuk medan en annan mamma direkt berättat att hon kommer förlora sitt hår (36). Barnes et al. (40) menade att mammor genom att använda en öppen kommunikation hoppades att det inte skulle upplevas lika skrämmande för barnet att mamma förändrades (40). Oavsett hur mammorna valde att agera återfanns osäkerheten inför att involvera barnet i sjukdomen i kommunikationen mellan mamma och barn (32,36,40).

*"I didn't want to cover up information, but I didn't want to go into massive detail unless they wanted to" (36, sid79).*

*"I told them it was a disease...I try to give them the facts without scaring them" (36, sid 79).*

Barnets mest aktuella fråga var den svåraste frågan för mammorna att möta (30,32,37). Frågan om hon skulle dö var svårare att tala om än behandlingsplaner och biverkningar (36). Som mamma kände hon sig osäker på hur barnet förstod hennes sjukdom och visste inte hur hon skulle berätta om diagnosen utifrån barnets ålder och mognad (40). Barnes et al. (40) menade att anledningen till att inte berätta för barnet om bröstcancerdiagnosen just var mammans känsla att inte klara av barnets fråga om döden eller att hantera barnets reaktion (40).

*"I think, I'm not just talking about children. I'm talking about anybody, you mention cancer to anybody and you're dead in front of them"* (40, sid 480).

Om mamman vidhöll för barnet att hon inte skulle dö mynnade det ut i egen tveksamhet och dåligt samvete (31). Särskilt svårt att bemöta frågan fick mammor, där bröstcancern recidiverat eller var spridd (31-32,35).

## **BEHOV AV PROFESSIONELL HJÄLP**

### **Att själv inte räkna till för sitt barn**

Bröstcancersjukdomen ställde nya krav på mammorna i förhållande till sitt barn. Mammor funderade över hur de skulle bemöta barnets reaktioner på sjukdomen. Det var inte självklart hur eller ens om de skulle informera och förklara sjukhusvistelser, behandlingsbiverkningar och vad mammans död skulle betyda för barnets tillvaro. Mammor tänkte också på hur familjelivet skulle fungera under sjukdomen (30-33,35-38). Flera artiklar (30-31,34-35,37,40) beskrev att mamman upplevde stödet från vården bristfälligt i detta (30-31,34-35,37,40). Enligt Turner et al. (35) undvek hälso- och sjukvården alla samtal som berörde bröstcancers påverkan på barnet eller sätt att tala med barnet om diagnosen. Två kvinnor berättade att på fem år, respektive tio år, diskuterade de bröstcancersjukdomen och dess inverkan på barnen en gång med personal inom vården. Då tog de upp ämnet själva (35).

*"There has only been discussion by health professional when I raised it myself"* (35, sid 137).

Mammor beskrev även att de saknade kunskap om barnets reaktioner och kunde känna sig oförberedda för hur barnet påverkades (31,40). Mammor med tonårsdöttrar ansåg att det ibland var svårt att skilja på barnets normala beteende och reaktionen på sjukdomen. I brist på kunskap ville mammor ha information och råd av personal i vården (33). Barnes et al. (40) menade att mammor också ville ha stöd i hur och vad hon skulle berätta för barnet om sin sjukdom och hur hon skulle göra barnet delaktig i sin sjukdom (40).

*"I would have liked some counselling as to how you break such shattering news to a 5-year-old"* (40, sid 481).

Den kritiska situationen för mammorna var när de fick sin diagnos. Själva visste de inte hur de skulle hantera sitt barn samtidigt som de var sjuka och genomgick behandling (31). Om det var möjligt att skydda barnet från stress, oro och rädsla ville mammorna göra det (38). De upplevde dock en bristande professionell ödmjukhet inför barnets sårbarhet. Barnet lämnades alltför ofta ensam utan någon vuxen att dela sina erfarenheter med. Även om familj och vänner fanns till hjälp kompenserade inte de hälso- och sjukvårdens kunskap (30). Men det fanns sällan någon i vården som stöttade kvinnorna i egenskap av att vara mamma (34,40). Öhlen och Holm (34) menade att mamman blev lämnad i exil med sina tankar och känslor, ensam och övergiven vilket orsakade lidande (34). Elmberger, Bolund, Lützen (30) beskrev en kvinna som själv försökte ta upp ämnet med personalen (30).

*"They don't want to listen"* (30, sid 493).

I en studie (30) framkom att bristen på stöd ifrån vården hämmade mammor i att införliva barnet och familjen som en del i sin sjukdomsprocess för att göra upplevelsen av att vara förälder med en cancersjukdom till en energigivande erfarenhet (30).

### **Att se familjen behöva hjälp**

Stiffler et al. (33) angav att mammor saknade ett konkret stöd till sitt barn (33). Mammor önskade en särskild professionell kontakt eller konkreta åtgärder som riktade sig till barnet, men även stöd till sin familj som helhet utifrån familjemöten och föräldragrupper (40).

*"A book or information or a teen group to tell how it was, something that tells her it's okay for you to be mad [at the cancer], but don't scream at mom about the cancer. Don't blame mom for the cancer. It is okay that you're mad. You're mad because of the cancer"* (33, sid 118).

Flera studier (31,35-36,40) visade att mammor ville att barnet skulle ha möjligheter att bekanta sig med sjukhusmiljön, så att det inte föreställde sig det värsta utan såg att det fanns människor som tog hand om mamma (31,35-36,40).

*"I would have liked her to come with me one time, when I was seeing the surgeon or maybe after, just to be in the hospital and see it wasn't any way a threatening or frightening experience"* (40, sid 481).

Behandlingarna avmystifierades om barnet fick se var mamma var och hur hon hade det på sjukhuset. Samtidigt kunde barnet ges möjlighet till uppmärksamhet i vården (35-36). Turner et al. (35) beskrev en mamma som lät sina barn följa med till sjukhuset under hennes strålbehandling. Hennes dotter gjorde då teckningar som sjukvårdspersonalen satte upp på avdelningen. Mamman menade att dottern mätte bra av denna uppmärksamhet (35). Flera studier (30,35-36) visade att mammor upplevde närhet i familjen om barnet kunde följa med på behandlingen (30,35-36). En mamma beskrev att hon tog med sin son till cytostatikabehandlingen, för att han skulle få möjlighet att förstå vad som hände när hon var på sjukhuset och vad som gjorde att mamma tappade sitt hår (36).

*"I took him with me when I had the chemotherapy and he saw me have the chemotherapy so he would know what that was"* (36, sid 83).

Öhlen och Holm (34) menade att varje familjemedlem hade sin egen process och att vården behövde komma in och erbjuda hjälp om det skulle vara möjligt för dem att gå i fas med varandra (34). Författarna (34) beskrev hur en sjuksköterska hemma hos patienten lät barnet och pappan närvara under omläggningen av mammans operationssår. Det framkom då att sjuksköterskan öppnade upp för en kommunikation om den nya livssituationen, en kommunikation som tidigare inte funnits i familjen (34).

Mammor beskrev att det för ett fungerande familjeliv krävdes planering, men att familjeplaneringen inte understöddes av vården eftersom det saknades en samordning mellan mamman som patient, hennes familj och vården. Mammorna hämmades då att göra det bästa av situationen för sin familj (30). Elmberger, Bolund, Lützen (30) beskrev hur en ensamstående mamma förblev oförstående inför att hennes 8-årige son, trots att det fanns lediga bäddplatser på sjukhuset, inte fick stanna utan istället måste lämnas ensam hemma (30).

## **MENINGSFULLHET**

### **Att lära känna okända delar av sig själv och livet**

Mamman kände att barnets frågor fick henne att konfrontera sin livssituation (30). När sjukdomen och behandlingen ställde nya krav blev mammorna tvungna att prioritera om i sitt liv, vilket skapade tydligare mål i livet (30,34).

*“living more day to day...and carrying out goals in life, life is not endless” (30, sid 494).*

Flera studier (30,32,38) visade att mammor var ovana vid att ta hand om sig själv. Mammorna berättade att sjukdomserfarenheten gav dem möjlighet att lära sig det (30,32,38).

*”I want my own time too  
before I’ve always stood by everything and everyone too much  
so that I’m probably going to  
well I’ll delimit that more now  
I will do so  
People won’t be able to eat me any longer  
Because I’m the one who allowed it earlier, I know that  
But I’m going to put bounds  
And that’s to protect myself” (34, sid 37).*

*”It aloud me to realize that there’re more things I can do for myself” (38, sid 52).*

Mammorna kunde upptäcka nya sidor av sig själv och lära känna tidigare okända resurser (34). De kunde uppleva en styrka som de inte visste att de hade (30).

*”I used that hidden reserv strength that only mothers have; nobody else can mobilize this strength, I think” (30, sid 494).*

Elmberger, Bolund, Lützen (30) menade att mamman med bröstcancer måste hitta nya sätt att bevara vad det är för henne att vara mamma (30). För kvinnorna var det möjligt att återfinna en ny bild av sig själv som mamma och fortfarande uppleva sig som en god förälder (31). När kvinnan redefinierade ”att vara mamma” fick hon möjlighet att minska kraven på sig själv i relation till hushållning och ansvar mot barnet (31). Mamman kunde hitta en balans i att både vara mamma och vara en sjuk kvinna (30-31). Hon upplevde då mer fridfullhet och tacksamhet för dagarna av lycka (31).

### **Att finna ny meningsfullhet i att vara mamma**

I sökandet på mening kunde mammor finna en mer närvarande tillvaro än före sjukdomsdiagnosen. Glädjen över att vara vid liv resulterade i en mer meningsfull och mer andlig värld (30). Att vara närvarande genom att spendera tid med barnet blev mammors primära önskan (38). De lärde sig att ta tillvara stunder med barnet som dyrbara och stunderna med barnet blev ett sätt att hantera sitt tillstånd och finna livskvalité (30-31). Elmberger, Bolund, Lützen (30) förklarade mammans sjukdomsprocess som ett från början upplevt hot i riktning mot ett nytt liv med nya värderingar och mer närhet mellan mamma och barn (30). En mamma berättade att cancerdiagnosen förändrat familjen genom att helgerna sedan sjukdomen endast var till för att familjen skulle umgås och vara tillsammans (36). Öhlen och Holm (34) beskrev att mammor kunde se sina handlingar på ett nytt sätt (34). Trots att mamman fick avstå från aktiviteter med barnet som hon förut varit med på, kunde hon bli mer involverad i barnet. Hon upptäckte nya aktiviteter som hon klarade av tillsammans med barnet (30). Mammorna ville nu göra det bästa utav varje stund (37-38).

*”All my senses opened up...It has added a new dimension and strength in my life that I wouldn’t want to exist without...the children and I caught the time together” (30, sid 494).*

Flera studier (30-31,37-38) visade att mammorna kunde inse att de hade förändrats till det bättre (30-31,37-38). De kunde visa mer tålmodighet, tolerans och kärleksfullhet mot sina barns beteenden och samtidigt vara mindre krävande (37).

*“My cancer and cancer of others has taught me how precious life is. I find myself more patient, less demanding, more loving”* (37, sid 88).

*“I can not spoil my children with love”* (31, sid 63).

När mamman förändrades fick hon respons av barnet, som märkte att mamman blev mer öppen och inte klagade över små saker (31). En studie (38) visade att mamman lärde sig umgås med ett barn i taget, vilket såväl barnet som mamman upplevde givande.

*“I really tried to spend time alone with the kids and that was good”* (38, sid 51).

Shands et al. (36) menade att det uppstod en önskan hos mamman, att dela med sig vad erfarenheten av bröstcancer lärde henne (36). Mammans lidande fick en mening när hon upplevde livet som en gåva. Mammor kunde ta vara på stunden med sina barn och såg att det uppstod tillfällen då hon och barnet fick möjlighet att dela livserfarenheter (30,37-38). Öhlen och Holm (34) menade att den symboliska gåvan som sjukdomen förde med sig var insikten om sin betydelse för andra, att få ge av sig själv och ta emot från andra. Det var mammors bekräftelse på sökandet av något nytt i livet. Denna insikt aktualiserade vad som blev viktigt i livet (34).

*“In some way it has brought me closer to my daughter. I feel more of an urgency to tell her everything and teach her everything, knowing I may not be her while she grows up”* (37, sid 89).

## DISKUSSION

### METODDISKUSSION

Litteraturstudien granskades utifrån Granheim och Lundman metod (41) som menade att kvalitativa studier ska granskas utifrån begreppet trovärdighet. Resultatets trovärdighet avgjordes utifrån hur väl studiens datainsamling utfördes, valet av deltagare i studien och hur resultatanalysen behöll studiens fokus (41). Trovärdighet som begrepp, innefattade även val av meningsbärande enhet eftersom de avgör hur mycket information som anges i resultatbeskrivningen och hur mycket som faller bort. För att kategorien eller temat ska avgränsas från varandra men ändå täcka upp ett stort innehåll menade Granheim och Lundman (41) att citat från den transkriberade texten kan användas. Begreppet överförbarhet refererar till i vilken grad resultatet kan översättas från en grupp till en annan. Därför var det viktigt att författaren beskrev deltagarna (41).

### Artikelsökningen

Efter att syftet preciseras valdes begreppen *mother, motherhood, child, children, mother-child relationship* tillsammans med *breast cancer* och *experience* för att söka efter relevanta vetenskapliga artiklar till litteraturstudien. Eftersom utfallet inte var så stort, utökades i första hand sökorden till *family, parental, experience* i olika kombinationer tillsammans med *breast cancer* eller *breast neoplasm*. Initialt gjordes sökningen först i databaserna Cinahl och Pubmed, men med avsikten att hitta fler relevanta artiklar utifrån det preciserade syftet och granska fler artiklar inför artikelurvalet, utökades sökningen också till databasen Psycinfo.

Dock gav detta inga extra utslag utöver de artiklar som redan fanns. I BILAGA I finns tabellvis en redogörelse för hela sökprocessen.

Inte heller den manuella sökningen gav ytterligare artiklar. Det visade sig att flera av de använda artiklarna i litteraturstudien refererade till varandra eller använde artiklar där titeln antydde att det inte var mammans perspektiv i familjen som antogs, utan familjens eller barnets. Antalet granskade artiklar kan se större ut än det var på grund av att samma artiklar återkom i sökningarna. I BILAGA II finns en översikt av de utvalda artiklarna i litteraturstudien.

### **Artikelurval**

Litteraturstudiens syfte var att beskriva kvinnans erfarenhet av att vara mamma med hemmaboende barn under bröstcancersjukdom och behandling. En av inklusionskriterierna var därför att den sökta vetenskapliga artikeln skulle utgå ifrån mamman i familjen. I en studie (33) användes mammans och dotterns intervjuer, men det framgick vem som har sagt vad när författarna citerade intervjun. Ytterligare en studie (38) blandade in en annan familjemedlem. Dock var resultatet tydligt uppbyggt av rubriker utifrån endera pappan och endera mamman, varför det fortfarande var möjligt att använda mammans ord.

I en annan studie (31) hade hälften av de deltagande kvinnorna i studien diagnosen lymfom och inte bröstcancer. Det gjorde först artikeln tveksam att inkludera. Samtidigt var hälften utav mammorna diagnostiserade med bröstcancer och hamnade innanför alla andra av litteraturstudiens inklusionskriterier. Författaren diskuterade inga skillnader mellan de båda diagnosernas inverkan på mammans situation. Det gavs uppmärksamhet på att försöka utskilja de citat som kom från mamman med bröstcancer. I det i övrigt tunna sökresultatet bedömdes artikeln kunna berika litteraturstudien. Två studier (30-31) byggde på samma urvalsunderlag kvinnor. De två studierna (30-31) hade dock olika syftesbeskrivningar och olika data framkom som var användbar i litteraturstudien. Därför inkluderades dem.

I sökprocessen gjordes ingen begränsning utifrån vilken fas i bröstcancersjukdomen kvinnan befann sig eller vilken behandling hon genomgick. Det fanns studier (32,38) som endast inkluderade mammor med icke-recidiverande bröstcancer, en studie som endast inkluderade mammor med avancerad bröstcancer (35) och de studier (30-31,33-34,36-37,39-40,) som inkluderade mammor med flera olika faser av sjukdomen. Inte heller gjordes någon begränsning utifrån ålder på barnet som bor hemma. Det fanns studier (33,36,38) som endast hade barn med i skolåldern och de studier (30-32,34-35,37,39-40) som hade ett större åldersintervall på barnen, från nyföddhets- eller småbarnsåldern till ungdomsåldern. I den här litteraturstudien varierade det hemmavarande barnets ålder mellan 0-26 år, varav merparten var i skolåldern. Detta åldersförhållande var jämförelsevis likadant som barnets ålder i de presenterade artiklarna i bakgrunden (20-25), där barnen varit mellan 4- 28 år, varav de flesta i skolåldern (20-25). Detta stärker artiklarnas överförbarhet på varandra.

Kvinnorna i studierna (30-40) hade varierade civilstånd och antal barn. I litteraturstudien varierade det mellan 1-5 barn. Ju fler barn, desto fler behov och reaktioner för mamman att tillmötesgå. Ansvar hemma var större för den ensamstående kvinnan. Kvinnans ålder rörde sig mellan 29- 57 år. I studierna varierade tiden från diagnos till datainsamlingens påbörjan mellan 3 månader-10 år. I en studie (34) angav författarna att kvinnan fortfarande kunde ha pågående behandling. Eftersom sökresultatet var så tunt var det hittills inte möjligt att göra en litteraturstudie utifrån dessa specifika faktorer. Men samtliga av dessa faktorer skulle kunna påverka hur kvinnans erfarenhet av att vara mamma under sjukdoms- och behandlingstiden

ser ut. Resultatet som presenterades i denna litteraturstudie var således beskriven utifrån dessa premisser.

Tio av elva artiklar (30-36,38-40) var strikt kvalitativa. En artikel (37) hade en kombinerad kvalitativ och kvantitativ ansats. Valet gjordes att inte ta upp kvantitativa fakta i den här litteraturstudien, utan tyngden lades i enlighet med syftet på den kvalitativa beskrivningen. Det kvantitativa resultatet tillförde förekomsten av ett fenomen, men dess utbreddhet var inte relevant för litteraturstudiens syfte.

Det var möjligt att antalet sökträffar hade blivit fler om inklusionskriterierna reviderats. Men valet gjordes att artiklarna tidsmässigt skulle kunna jämföras med dagens samhälle och därvid öka resultatets överförbarhet. Trots att artikelsökningen gjordes från och med 15 år tillbaka i tiden, publicerades samtliga artiklar (30-40) inom de senaste åtta åren, varav alla utom tre (30,36,40) inom de fem senaste åren. Även de valda artiklarna till bakgrunden publicerades mellan åren 2000-2008 (12-25).

Trots att heller ingen avgränsning gjordes geografiskt var fyra (30-32,34) av elva artiklar från Sverige, fyra artiklar (33,36-38) från USA, två ifrån Australien (35,39) och en (40) från Storbritannien. Även om dessa länders sjukvårdsförhållanden och sociala situation för kvinnor inte är helt kompatibla med varandra, handlade det för kvinnorna om samhälleligt västerländska förhållanden. Resultatets överförbarhet till svenska villkor bedöms därför vara realistisk. Det skulle dock kunna refereras som ett problem eftersom kvinnorna som deltog i studien oftast var vita medelklasskvinnor och en relativt homogen grupp. Samtidigt var det en styrka som ökar överförbarheten på just den sociala gruppen. Resultatet sade dock ingenting om andra sociala grupper eller om den enskilda individen.

I sökprocessen gjordes begränsningen ”peer-reviewed” och ”Journal article” för att stärka litteraturstudiens resultat. Artiklarna antogs hålla högre standard efter en vetenskaplig granskning. Direktåtkomst till fulltextformat kunde påverka antalet sökträffar och möjligtvis även resultatbilden, men praktiskt hade det varit svårt att invänta en beställning på en artikel om litteraturstudien skulle bli färdig som planerat.

Det finns alltid en möjlighet att andra sökord eller redan använda sökord i andra kombinationer skulle ge fler antal träffar och därför även fler artiklar till litteraturstudien. Men sökningsförfarandet bedömdes slutligen tillräckligt gediget för att relevanta artiklar skulle framkomma i databasen. Däremot gick kanske relevanta artiklar förlorade i den manuella sökningen, eftersom endast titlarna granskades i första hand och inte hela artiklar. Om än i olika utsträckning bidrog alla inkluderade artiklar till resultatet.

### **Artikelkvalité**

Bedömningen av artiklarnas kvalitité utfördes med hjälp av en checklista (42) och utifrån Granheim och Lundman (41). Både styrkor och brister framkom. Enligt Granheim och Lundman (41) var artikelns kvalitité hög om urval, datainsamling, analysprocess och en lämplig presentation av resultat tydligt var beskrivet (41).

Den person som bedriver forskning utifrån en kvalitativ metod tar del av en annan människas inre sfär och känsliga delar av livet. Forskarens drivkraft och nyfikenhet att skaffa kunskap om ett problem kan komma i konflikt med den intervjuade känslor och tankar. Det är möjligt att intervjun, om det skett en sådan, kan väcka minnen och svåra känslor, samtidigt som forskaren inte har en terapeutisk eller vårdande roll (43). I de valda artiklarna hade 7 artiklar

(30-32,34-35,39-40) av sammanlagt 11 stycken ett formellt etiskt godkännande och ytterligare en artikel (33) initierade en etisk reflektion och gav mammorna möjlighet till professionell uppföljning. Medvetenheten över den etiska situationen och ännu mer ett formellt etiskt godkännande höjer kvalitén på studien.

Urvalsmetoder var presenterade i samtliga artiklar (30-40). Deltagarna rekryterades via en klinisk kontakt (30-32, 34,40), tillhörande en annan större studie (36,38), nätverksgrupp (35), intressemöte (39) eller via två sjukhus (33,37). Samtliga artiklar (30-40) presenterade kvinnan som deltog i studien genom tiden sedan diagnos och hur antalet barn varierade. Men endast fem artiklar (30,34, 37-39) redogjorde för demografiska data, varav tre artiklar (36-37,39) i tabellform. I en artikel (33) motiverades utförligt varför demografisk data inte presenterades. Två artiklar (34,37) följde tydligt upp presenterad demografisk data och diskuterade vilken inverkan de deltagande kvinnornas egenskaper kunde ha på studiens resultat. Endast i två artiklar (37,40) beskrevs bortfallet, men bara i den ena artikeln (37) diskuterades tydligare vad just bortfallet kunde betyda för studiens resultat. De övriga artiklarna (30-36,38-39) hade inte nämnt om någon kvinna som blev erbjuden att delta i studien tackade nej till att delta i studien och vad det skulle kunna betyda för resultatet. Sådan saknad data kan anses sänka kvalitén på artikeln.

Även om det är i olika utsträckning redovisade artiklarna (30-40) sin datainsamlingsmetod. Alla utom en artikel (38) angav var datainsamlingen ägde rum. I artiklarnas studie hade intervjun skett antingen hemma, på forskarens kontor eller på sjukhuset. En artikel (37) hade i sin datainsamling endast använt skriftliga frågeformulär med öppna frågor, men refererade till detta i diskussionen som ett hinder att gå djupare in i sitt ämne (37).

I alla artiklar (30-40) presenterades resultatet i kategorier eller teman och illustrerades med citat från kvinnorna. Att citaten varit utförliga har höjt kvalitén på artikeln eftersom det möjliggjorde för läsaren att i någon mån ta ställning till hur författaren tolkat sitt material.

I artiklarna (30-40) diskuterades resultatets trovärdighet i förhållande till tidigare forskning. Endast sex artiklar (30-32,35-37) diskuterade den egna metodens brister och fördelar. I tre artiklar (31-32,34) var det tydligt att författaren tog upp sin egen förförståelse och roll i forskningens metoder. Samtliga artiklar (30-40) redogjorde för den kliniska relevansen. I sex artiklar (31-33,35-37) påpekade författaren att resultatet inte möjliggjorde generaliserbarhet. Detta visade på en medvetenhet över studiens beskaffenhet, vilket också gav läsaren en möjlighet till att ta ställning till resultatets sanningshalt.

Artiklarna berörde ett gemensamt problemområde men hade sammantaget skilda utgångspunkt, syfte, metodförfarande och resultatanalys. Den variation som fanns, ansågs endast ge mer och starkare material för att beskriva kvinnans erfarenhet att vara mamma under bröstcancersjukdomen. Generellt gavs möjlighet till förståelse för vem som deltog i studien, hur de kontaktades, om det fanns en teoretisk ansats, vilka frågor som ställdes, samt hur resultatet analyserades, vilket enligt Granheim och Lundman (41) stärker kvalitén på artikeln (41). Det var en styrka i sig att samtliga artiklar (30-40) beskrev detta, men det har gjorts i olika utsträckning. Påfallande var att de delar som varit föremål för granskning i en och samma artikel kunde vara väldigt olika kvalitetsmässigt. Exempelvis kunde det finnas en otillräckligt beskriven datainsamling, men en tydligt redovisad och diskuterad resultatanalys i en och samma artikel.

### **Använd analysmetod**

Den analysmetod som användes var latent innehållsanalys. Att den valdes berodde på att samma meningsbärande enhet kan stödja flera teman medan kategorierna är mer avgränsade (41). Teman passade därför till sin struktur innehållet i artiklarna, eftersom innehållet i vad kvinnan berättade utgjordes av delar som ibland gick in i varandra. Det bedömdes därför mer sanningsenligt att välja latent innehållsanalys med teman.

Centralt för litteraturstudien var kvinnans erfarenhet. Det latent innehåll är en underliggande mening och det krävdes ett ständigt återgående till artiklarna för att inte övertolka. Ytterligare ett sätt att undvika övertolkning var att ständigt reflektera och ställa frågor till texten och metodförfarandet. En sådan reflektion handlade exempelvis om vad jag ville undersöka och vad som egentligen stod i texten.

Litteraturstudien bygger på redan tolkat material. I vilken mån kvinnans erfarenhet kom fram är direkt svår att avgöra eftersom hennes erfarenhet blev tolkad minst två gånger, dels av författarna till artikeln och dels av mig. Dessutom var tre av artiklarnas författare inte engelskspråkiga. Det betyder att de och jag har översatt kvinnors utsagor från ett språk till ett annat. Risken förelåg att nyanser i språket och därigenom värdefull information gick förlorade. Att helt distansera sig från sina erfarenheter som jag som författare har av möten med kvinnor liknande deltagarna i studien var svårt. Det skulle kunna ha influerat resultatbilden genom urvalet av meningsbärande enheter. Enligt Granheim och Lundman (41) styr urvalet av dessa hur väl innehållet i artiklarnas täcks upp, vilket är en del av studiens kvalitet (41). För att motverka konsekvenserna av ovanstående användes illustrerande citat, ibland från flera artiklar, såsom Granheim och Lundman (41) föreslog. Författarna (41) menade att resultatet uppnår mer sanningsenlighet om läsaren ges möjlighet att leta efter alternativa tolkningar som citaten erbjuder (41). Citatet i litteraturstudien presenterades på engelska också för att minska ytterligare ett steg av tolkning.

Trovärdigheten förstärks även av ett systematiskt tillvägagångssätt som beskrivs och åskådliggörs för läsaren (41). Därför är både sök teknik och referensteknik tydligt angiven i uppsatsen, så att läsaren kan gå tillbaka till ursprungskällan. För att ytterligare stärka resultatet kan någon annan med förståelse för analysmetoden granska materialet, vilket skett genom handledare och opponentskap. Baserad på handledarens och opponents kunskap och erfarenhet gavs uppsatsen möjlighet till korrigerande avseende tydlighet, rimlighet och ytterligare kvalitet.

### **RESULTATDISKUSSION**

Syftet med litteraturstudien var att beskriva kvinnans erfarenhet av att vara mamma till hemmaboende barn samtidigt som hon var sjuk i bröstcancer och genomgick behandlingen mot denna. I resultatet framkom följande. När mammorna fick diagnosen bröstcancer och genomgick behandling mötte de en ny tillvaro, i vilken en stor del bestod av att kämpa mot cancersjukdomen för få att fortsätta leva. Mamman försökte anpassa sig efter nya villkor som sjukdomen och behandlingen ställde på henne och familjen. Samtidigt försökte hon vara där för sitt barn och behålla sin tidigare roll i hemmet och inför barnet. Mammorna erfor flera förluster. De förlorade energi och kraft, vilket gjorde att de inte orkade delta i barnens aktiviteter som förut och därför gick miste om delar av relationen med barnet. Mammorna kände att det var svårt att inte längre kunna leva upp till sitt ideal om den goda mamman och att de förlorade delar av sin tidigare funktion som mamma. Tiden med barnen kändes knapp

och relationen till barnet förändrades. Vidare beskrev mammorna ansvar över att vilja skydda sitt barn från sjukdomen och maktlöshet inför att samtidigt se barnet reagera på den. Hela situationen gav upphov till blandade och svåra känslor. I den nya tillvaron kände mammorna att deras kunskap inte räckte till och att både de själva och familjen behövde professionell hjälp. Men i vården fanns det inte alltid någon som mötte upp deras behov. En del mammor beskrev att de genom sjukdomserfarenheten kunde nå nya livsinsikter och lärdomar, som fick effekter på rollen som mamma och på mor-barnrelationen.

Resultatdiskussionen har förts i relation till presenterad data i bakgrunden, samt under tillägg av tre dokument. Det ena är en vetenskaplig artikel (44) om sjuksköterskans funktion till familjen i cancervården. Det andra är en slutrapport från cancerfonden, som utvärderat ett kliniskt vårdutvecklingsprojekt om barnfamiljen i cancervården (45) där sjuksköterskan haft en framträdande roll gentemot mamman och familjen. Det tredje perspektivet på resultatdiskussionen har skett med hjälp av Vetenskapsteoriska grunder, författad av Molander (46).

### **Att vara mamma och leva med bröstcancer**

Enligt bakgrunden (6,11) var bröstcancersjukdomen en allvarlig diagnos som bara i Sverige berövade cirka 1500 kvinnor livet varje år (6,11). I bakgrunden (13-17) framkom också att behandlingen som kvinnan genomgick innebar flera kroppsliga förändringar. I sin tur gav det upphov till svåra känslor och nya påfrestningar i vardagen (13-17). Att leva med bröstcancer var att göra nya erfarenheter inom fysiska, psykiska, sociala och existentiella dimensioner (15,19). Resultatet visade att denna process interagerade med mammarollen och inskränkte mammans möjlighet att behålla hela det tidigare ansvaret i hemmet och över barnet (30-33,38). Flera studier (30-35,37) i resultatet visade hur mammor kämpade mot cancersjukdomen, behandlingens effekter och bearbetade psykologiska följder av sjukdomsupplevelsen samtidigt som de försökte fortsätta vara mamma för sitt barn (30-35,37). Elmberger, Bolund et al. (31) menade att mamman upplevde att hon inte längre kunde leva upp till idealet om den goda mamman. Det gav upphov till känslor som skuld, sorg och misslyckande (31).

Landmark och Wahl (15) beskrev kvinnans vilja att leva som en stark upplevelse och drivkraft, till vilken all energi användes under behandlingen och sjukdomens aktiva fas (15). I resultatet framkom att barnet var energigivande i kampen mot bröstcancersjukdomen och hade förmågan att driva tillbaka sin mamma till den vanliga vardagen (30-32,34) samtidigt som relationen med barnet och ansvaret i hemmet kunde utarma mamman på energi (31-32).

I bakgrunden (13-15) framkom hur kvinnan genom bröstcancersjukdomens påverkan var tvungen att redefiniera sig själv, skaffa ny kunskap och förståelse för sig själv för att till slut inkorporera detta i sitt nya jag (13-15). I likhet med detta visade resultatet (30-32) hur mammorna genom sjukdomserfarenheten fick möjlighet att finna nya sätt att bevara rollen som mamma (30), hitta en balans mellan att vara mamma och en sjuk kvinna (32) och återfinna en ny bild av sig själv för att fortfarande uppleva sig som en god förälder (31).

I bakgrunden framkom (15,19) att bröstcancerdiagnosen inneburit en konfrontation med livet och med existentiella frågor (15,19). Det fanns ett existentiellt sökande och en kamp om att finna mening (19). Flera studier (30-31, 34,38) i resultatet visade enighet över att ett sådant sökande även fanns hos mammor, men också att alla kvinnor inte fann någon tröst, meningsfullhet eller positiva följder av sjukdomen (30-31, 34,38). Mammorna kunde finna

mening i livet endast om de upptäckte att bröstcancersjukdomen förbättrat tillvaron, deras egenskaper som mamma och kvaliteten av mor-barnrelationen (30-31,34, 36-38).

Landmark och Wahl (15) angav att familjen var kvinnans främsta stöd under sjukdoms- och behandlingsperioden (15). Samtidigt framkom i bakgrunden (20-24) att såväl papporna som barnen mådde dåligt och reagerade på mammans sjukdom (20-24). En del studier (31-36,38-39) i resultatet visade att mammorna såg sin familj reagera och må dåligt såväl som individer som familj helhet (31-36,38-39). Detta var en uttröttande upplevelse för mamman då hennes önskan var att skydda familjen från bröstcancersjukdomen. Genom att behålla en strukturerad och igenkännlig vardag, inte prata om sjukdomen eller ens berätta för barnet om den försökte mammorna minimera sjukdomens påverkan på familjen och dess inbördes medlemmar (30-32,35-36,40). De ville även hjälpa familjen genom att tillhandahålla stöd genom sjukvården. Även enligt bakgrunden (18) ville kvinnan ha professionell hjälp att diskutera mängden frågor som uppkom under sjukdomen och behandlingens olika skeden (18). Men många studier (30-31,33-35,37-40) i resultatet visade att mammors behov bristfälligt blev besvarade av vården (30-31,33-35,37,40). I bakgrunden (22,25) framkom även att barnets behov bemöttes otillräcklig i vården (22,25). Både barnet och mamman beskrev skedet då bröstcancerdiagnosen lämnades som en kritisk situation där de behövde hjälp (31,22,25).

Studier (22-25) på barnet under mammans bröstcancersjukdom visade att risken var stor för barnet att förbli stresspåverkad. När barnet själv fick berätta om sina reaktioner framkom chock, förvirring, gråt, rädsla, oro och ilska (22-25). Situationen födde åtskilliga frågor som barnet funderade på. Frågorna berörde ekonomi, livet utan mamma, ängslan för andra i familjen och att själv få cancer (23). I resultatet framkom att mammor kunde beskriva många av barnets reaktioner, och ännu fler (30-33, 35,37-39).

I en studie (18) framkom att kvinnor med bröstcancer genomgick känslor som rädsla, oro, förvirring, nedstämdhet och ibland chock, samt att 20-30 % av kvinnorna som drabbats av bröstcancer upplevde en fortsatt minskad livskvalité efter den initiala krisen (18). Även papporna reagerade med sådana känslor men försökte liksom mammorna att inte visa dessa för barnet (20, 21, 40, 35-36, 30-32). Men barnet kunde själv redogöra för medvetenheten kring föräldrarnas mående (20). Studierna (20-25,30-31,34-36,40) visade att mammor med bröstcancer befann sig i en familj som alla reagerade på sjukdomen och av dessa reaktioner var påfrestande och tyngande i vardagen. Risken var stor att känslorna inte kommunicerades i familjen (20-25,30-31,34-36,40). Såväl barnet som mamman beskrev att de önskade hjälp av vården i den här situationen (22, 25,31,35,38,40).

Ulla Holm (3) beskrev moderskapet som statistiskt genom livet. För att däremot "bli mor" behövde kvinnan utöva moderskapet genom görande och interaktion med barnet (3). I resultatet framkom att mamman upplevde olika förluster. Dessa förluster kunde relateras till görande (30-33,37), tid med barnet (32-33,37) tidigare funktion och ansvar (30-32,34) och även till relationen med barnet (33,36,38). Flera studier (30-31,34,37-38) visade även att mammorna kunde hitta nya sätt att umgås med barnet och utveckla en kvalitetstid som bestod av mer närhet mellan mor och barn (30-31,35-38). Det framkom även att inte alla mammor når dit (31,33,38). Enligt Ulla Holms definition av att vara mor (3) skulle mamman kunna uppleva en större förlust av att vara mamma om hon inte heller i framtiden kan delta i interaktionen med barnet (3).

Bowlby (4) menade i sin teori om mor-barnrelationen att barnet är beroende av sin mamma för att bli en vuxen, välmående och självständig individ. I bakgrunden framkom att det hos

barnet under tre år fanns ett särskilt stort behov av en tillgänglig och bekräftande mamma. Som flera studier (31-32, 34,37,39) visade drabbades mamman med barn under 3 år av bröstcancer (31-32,34,37,39). Det framkom även att bröstcancersjukdomen drabbade den ensamstående mamman (16,30-31,34). Bowlby (4) beskrev i sin teori att hot om avvisande eller övergivande av föräldern kan föranleda ofördelaktiga upplevelser för barnets fortsatta personlighetsutveckling, interaktionsförmåga med andra människor och barnets välmående. Avvisande och övergivande av förälder kan utgöras av förälderns sjukdom eller död (4). Utifrån Bowlbys teori (4) skulle barn med ensamstående mödrar och barn under 3 år vara en särskilt utsatt grupp.

### **Omvårdnad av mamman med bröstcancer och hennes familj**

Travelbee (26) menade att lidandet hör samman med människans fysiska, psykiska och andliga nivå och är relaterad till något värdefullt för individen. Samtliga studier i resultatet (30-40) visade på mammors känslor och upplevelser under bröstcancersjukdomen (30-40). Mammorna berättade bland annat om känslor som skuld, frustration, sorg, ilska och oro. De gav uttryck för upplevelser som förlust, maktlöshet, osäkerhet och utmattning (30-40). Travelbee (26) menade även att människan i mötet med sjukdom och lidande tenderar att söka mening (26). Artiklarna (30-32, 34,36-38) beskrev att mammor med bröstcancer kunde relatera sin erfarenhet till positiva och meningsfulla förändringar (30-32,34,36-38).

Travelbee (26) definierade omvårdnad bland annat som att hjälpa patienten bemästra och finna mening i erfarenheter som sjukdomen eller lidandet medför människan. Travelbee (26) menade att en mellanmänsklig relation måste etableras om sjuksköterskan ska kunna hjälpa individen eller familjen. Den i sin tur bottnar i kommunikationen mellan sjuksköterskan och patienten eller sjuksköterskan och patientens familj. Kommunikationen är en ständigt pågående process, där en överföring av budskap sker med icke-verbala och verbala medel. Genom kommunikationen förmedlar patienten sitt behov av hjälp (26). Återkommande i flera studier (30-31,33-37,40) var mammors behov av hjälp (30-31,33-37,40). Enligt Travelbee (26) möjliggör sjuksköterskans kommunikationsfärdigheter såväl lyhördhet inför som tillvaratagande av patientens behov av hjälp (26). Travelbee (26) menade också att sjuksköterskans kommunikation kan ha olika utgångar. Den kan mynna ut i närhet och bekräftelse, men även distans och kränkning (26). Resultatet visade att sjuksköterskan kunde befrämja närhet i familjen (34), bekräfta barnet (35) men även gå förbi mammor med bröstcancer trots att de förmedlade behov av hjälp (30,35).

Enligt Travelbee (26) var sjuksköterskans förmåga att kunna observera sitt eget beteende och studera vilka effekter det har på andra människor förutsättningen för god kommunikation mellan sjuksköterska och patient. Om omvårdnadens syfte ska kunna förverkligas förutsätter det att sjuksköterskan kommunicerade en vilja att hjälpa patienten. Samtidigt behövde sjuksköterskan en stadig grund av faktakunskap, förståelse och principer för att hjälpa mamman utifrån sina erfarenheter (26). Översatt genom Travelbees omvårdnadsteori (26) skulle sjuksköterskan i relation till mammor med bröstcancer sålunda behöva en gedigen faktakunskap om att vara mamma och leva med bröstcancer, en inställning att vilja hjälpa, samt medvetenhet om sig själv och sitt beteende i relation till mammor med bröstcancer och deras familjer. Först då skulle sjuksköterskan kunna förebygga svårigheter, stödja mammor i att hantera sina erfarenheter och hjälpa mammor att finna mening i dem. Resultatet visade flera situationer där mammor inte kände sig besvarad i sitt behov av hjälp (30,33,35,37,40). Utifrån Travelbees omvårdnadsteori (26) skulle det alltså kunna ha grunden i personalens och organisationens okunskap kring mammors situation, men det skulle också kunna förklaras

genom personalens oförmåga att medvetet kunna utnyttja sin personlighet till fördel för interaktionen med patienten.

### **Relevans för utbildning och klinik**

Resultatet visade att mammorna under bröstcancersjukdomen mötte förändringar som ställde höga krav på dem och deras familj (30-40). Mammor upplevde att deras resurser inte räckte till utan att de behövde hjälp (30-31, 34, 35-37,40). Enligt såväl kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (27) som sjuksköterskans etiska koder (2) är både individen och familjen fokus för omvårdnaden (2,27). Feldstein et al. (44) menade att sjuksköterskan inom den onkologiska vuxenvården befinner sig i en unik position för att observera, erbjuda och ge hjälp till familjen och individen i familjen (44). Sjuksköterskans uppgift är att ha ett helhetsperspektiv, där även den sociala individens behov bemöts. För sjuksköterskan görs helhetsperspektivet möjlig genom en kunskapsbasis av bland annat medicin, omvårdnad och beteendevetenskap. Förutom att observera och värdera, ska sjuksköterskan dokumentera och hantera patientens tillstånd eller behov (27). I sjuksköterskans styrdokument (2,27-28) står det att arbetet bör präglas av lyhördhet, empati och respekt (2,27-28).

Både mamman (30-31, 33, 37-39) och barnet själv (20-25) berättade att barnet inte mådde bra (20-25,30-31,33,37-39). Studier (22,25) visade att barnens behov bristfälligt blev bemöta i vården (22,25). Men i myndigheter eller vårdorganisationer där barn finns med ska barnens behov tillgodoses och barnet ska bli hörd i alla situationer där barnet berörs (29).

För att förverkliga barnkonventionen (29) i den onkologiska vuxenvården och för att hjälpa mamman, barnet och hela familjen härbärgera och bemöta de förändringar som bröstcancersjukdomen för med sig, behövs kunskap om hur sjukdomen påverkar mamman, barnet och pappan, samt familjen som helhet. Kunskapsområdet över detta har studerats på senare år. Samtliga av artiklarna (20-25, 30-40) i bakgrund och resultat, där studiens fokus var individen i familjen, publicerades mellan år 2000 -2008 (20-25, 30-40).

För att ytterligare belysa det valda problemområdet relevans i klinik och utbildning har ett aktuellt exempel från den kliniska verksamheten beskrivits, i vilket sjuksköterskan har en framträdande roll inför barnfamiljen i vuxenvården. Cancerfonden har publicerat en utvärdering av ett vårdutvecklingsprojekt (45) som leddes av sjuksköterskan Margaretha Hedström och sjuksköterskan Eva Elmberger i samverkan med andra yrkeskategorier. Projektet hette "Barnfamiljen i Cancervården" och hade syftet att kartlägga vilka behov och önskemål om stöd som fanns hos patienter som drabbats av en cancersjukdom och var förälder, samt vilka behov och önskemål om stödverksamhet som fanns hos deras barn. Syftet var även att utveckla stödformer som kunde hjälpa familjen och dess medlemmar att handskas med problem, finna utvecklingsmöjligheter och livskvalité. Inbegripet i syftet var även kunskapsspridningen till personal och organisation för att implementera ett familjecentrerat arbetssätt i cancervården (45).

Grundstrukturen för projektet var att familjen med en låg problemnivå mötte en sjuksköterska vid avdelning eller mottagning. Sjuksköterskan genomförde en serie samtal med patienten och vid behov även med andra familjemedlemmar utifrån ett livsvärldsperspektiv. På den andra problemnivån tog specialutbildad personal såsom psykosocialt utbildade sjuksköterskor, kuratorer, psykologer, psykoterapeuter eller psykiatrer vid, för att initiera en problemlösning med fokus på familjens välbefinnande. På den tredje problemnivån kunde inte familjen och dess medlemmar anpassa sig till sjukdomen. Det kunde handla om dysfunktionella familjemönster som intensifierades när någon i familjen blev sjuk och att barnet blev

symtombärare. Familjeterapeuter och barnpsykiatrer tog då över, vilka är resurser som inte finns inom den somatiska vuxenvården. Sjuksköterskans samtal hade stödande natur genom att föräldern fick möjlighet till verbalisering, bearbetning och anpassning. Samtalen var även inventerande och kartläggande för att kunna utröna om familjen behövde ytterligare hjälp. Det var även angeläget att hjälpa familjerna och de inbördes medlemmarna att finna mening och nya konstruktiva sätt att möta utmaningarna som sjukdomen förde med sig. Numera har samtal om barnet och att vara förälder med cancer en självklar plats i rehabiliteringsprogrammen som drivs av Radiumhemmet, i föreläsningsserier, program, dagvårds- och anhörigrupper. Enligt utvärderingen var detta till familjernas förväntan och belåtenhet (45).

I litteraturstudiens resultat framkom områden där mammorna uttryckte önskan om hjälp till sig eller sin familj. Dessa områden berörde kommunikation om sjukdomen och döden, kunskap om familjelivet under bröstcancersjukdomen, samordning mellan familjen och sjukhuset, konkreta psykosociala stöd, samt barnets och pappans delaktighet i mammans sjukdom (31, 33,35-36,40). Enligt mammorna skulle detta kunna ske genom familjemöten, föräldragrupper, särskilda professionella kontakter och tillgänglig skriftlig information (33,35,40).

Sjuksköterskans styrdokument (2, 27-28) och litteraturstudiens resultat aktualiserar och förtydligar rollen som sjuksköterskan i den kliniska verksamheten skulle kunna ta. Under grundutbildningen till sjuksköterska på Göteborgs Universitet är föga sagt om föräldrar med cancersjukdom. Trots detta visade resultatet och ett kliniskt vårdutvecklingsprojekt att det fanns behov och förväntan på stöd till familjen och dess inbördes medlemmar (31,33-36,40,44). Litteraturstudiens resultat är användbart såväl på grundnivå som i vidareutbildning av sjuksköterskor. Det skulle även kunna vara värdefullt för andra yrkesgrupper som möter mammor med bröstcancer och deras familjer att ta del av litteraturstudiens resultat. All hälso- och sjukvårdspersonal står nämligen under Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 (28), i vilken det framgår att personalen har en skyldighet att arbeta efter vetenskap och beprövad erfarenhet. Resultatet i denna litteraturstudie bygger på vetenskapliga studier som belyser mammor med bröstcancer och deras livssituation som förälder. I Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 (28) framgår även att vården ska bedrivas i samråd med patienten (28). Flera studier (31,33-36,40) visade att mammorna var i behov av hjälp, men samtidigt att stödet från vården var bristfälligt. Det belyser universitetets och hälso- och sjukvårdsorganisationens möjlighet att genom utbildning av personal möjliggöra ett gott omhändertagande av mammor med bröstcancer och deras familjer.

### **Uppsatsens styrkor och svagheter**

Uppsatsens styrka är att den belyste ett relativt nytt problemområde som personalen i cancersjukvården erfarit, men som kanske inte alla funderar på. Det är också en styrka att resultatet sammanfattade de senaste studierna inom det valda problemområdet. Det gör kunskapen mer lättillgänglig och översiktlig för studenter såväl som för personal inom berörd verksamhet. Att medvetenheten över vilken metod som använts i litteraturstudien kunnat nyttjas i syfte om att undvika för stora tolkningar av texten är också en styrka. Ytterligare en styrka är att uppsatsen fokuserade på mammans erfarenhet i helhet och inte primärt på att belysa ut skillnader och likheter. Resultatet kan användas som en övergripande förståelse för mammans erfarenhet under bröstcancersjukdomen, vilket är av betydelse.

Resultatet belyste följaktligen ett problemområde och en grupp människor. Däremot kunde resultatet inte överföras direkt på individen, vilket betraktades som en svaghet. En annan brist

var att uppsatsen tog utgångspunkt i en rådande eller före detta heterosexuell kärnfamilj med mamma, pappa och barn. I verkligheten finns idag många fler och varierade familjebilder. Ytterligare en av uppsatsens svagheter har grunden i dess induktiva metod. En induktiv analysmetod är en erfarenhetslutledning som bygger på iakttagelser och en sådan slutledning underbyggs av premisserna. I sig kan premisserna vara sanna men slutsatsen falsk (46).

### **Slutsatser**

Syftet med litteraturstudien var att beskriva erfarenheten av att vara mamma med hemmaboende barn under bröstcancersjukdom och behandling. Resultatet visade att bröstcancersjukdomen var en stor utmaning för mamman och hela familjen. Samtidigt som mammors förmåga att ta hand om sitt barn minskade eftersom de måste lägga tid på sina behov utifrån sjukdomen, på sin vård och på den egna rehabiliteringen, verkade barnets behov av mamman öka. Bröstcancersjukdomen verkade utgöra en möjlighet för att utvärdera och omvärdera livet, vilket skapade positiva effekter på rollen som mamma och på mor-barnrelationen. Vägen dit var dock svår för mamman.

För att arbeta för mammans och familjens välmående kunde sjuksköterskan först och främst ta del av mammans erfarenhet och hjälpa mamman och familjen prioritera i sin tillvaro. Sjuksköterskan kunde i samtal låta mamman bearbeta sin livssituation och medverka till övriga familjemedlemmars delaktighet i mammans sjukdom utifrån att den tar ny plats i familjen, samt tillhandahålla information om hur kommunikation med barnet kan föras om mammans bröstcancersjukdom. Det är också mamman till nytta om sjuksköterskan hänvisar mamman rätt inom vårdorganisationen, där hennes behov ytterligare kan bemötas.

### **Vidare forskning**

Utifrån sjuksköterskans styrdokument och undersökningen av det valda problemområdet framkom behov av fortsatt forskning. Med hänsyn till detta föreslås problemområden som undersöker och utvärderar sjuksköterskans specifika omvårdnadsåtgärder och funktioner till mammor med bröstcancer och hennes familj. Det skulle även kunna vara aktuellt att studera hur familjens vardagsliv specifikt påverkas av sjukdomen. Angeläget är även att göra hela familjen och alla inbördes medlemmar delaktig i forskningen såsom pappa och barn. Idag finns dock fler familjekonstellationer och forskningen kan behöva ta nya utgångspunkter såsom att specifikt undersöka situationen utifrån den ensamstående mamman med bröstcancer. Såsom också beskrivs i metoddiskussionen var faktorer som antalet barn, barnets ålder och sjukdomsfas inte undersökt specifikt i relation till mammans erfarenhet av bröstcancersjukdomen. Det skulle dock kunna utgöra ett framtida forskningsämne. 220 kvinnor hade deltagit i studierna (30-40) som valdes för litteraturstudien, vilket är få för att kunna göra en generalisering över hur stort problemet är kvantitativt. För att kartlägga hur stort problemet är behöver det rådande forskningsfältet vidgas och rikta studier mot just detta.

## REFERENSER

1. Kirkevold M. Historiske og faglige perspektiver i sykepleiefaget. I: Kirkevold M, Strømsnes Ekern K, red. Familien i sykepleiefaget. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2001. s. 21-61.
2. Svensk sjuksköterskeförening. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening; [uppdaterad 2007, hämtad 2008-10-25]. Tillgänglig vid: <http://www.swenurse.se/Documents/Publikationer%20pdf-filer/ICNs%20etiska%20kod.pdf>
3. Holm MU. Modrande och praxis: en feministfilosofisk undersökning. Göteborg: Daidalos AB; 1993.
4. Bowlby J. A secure base: clinical applications of attachment theory. Bristol: J.W. Arrowsmith ltd; 1989.
5. OSA. Erfarenhet [hemsida på internet]. Göteborg: Svenska Akademiens Ordbok. [uppdaterad 2008-09-24, hämtad 2008-11-19 ]. Tillgänglig vid: <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/>
6. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2005 [hemsida på internet]. Stockholm: Socialstyrelsen Epidemiologiskt Centrum; [uppdaterad 2005-03, hämtad 2008-10-25]. Tillgänglig vid: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7456A448-9F02-43F3-B776-D9CABCB727A9/6169/20051114.pdf>
7. Socialstyrelsen. Cancer Incidence in Sweden 2006 [hemsida på internet]. Stockholm: Socialstyrelsen Epidemiologiskt centrum; [uppdaterad 2007-12, hämtad 2008-10-25 ] Tillgänglig vid: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/AAD7CA00-CCE3-4E3E-B998-1450BD7FB4A1/9428/20074216.pdf>
8. Bergh J, Ernberg I, Brandberg Y. Bröstcancer. Stockholm: Karolinska Institutet University Press; 2007.
9. Cancerfonden. Om bröstcancer [hemsida på Internet]. Stockholm: Cancerfonden; [uppdaterad 2007, hämtad 2008-10-21]. Tillgänglig vid [http://www.cancerfonden.se/upload/Dokument/Patientbroschyrer/brostcancer\\_070808.pdf](http://www.cancerfonden.se/upload/Dokument/Patientbroschyrer/brostcancer_070808.pdf)
10. Onkologiskt centrum. Regionala Vårdprogram/riktlinjer 2006 – Bröstcancer [hemsida på Internet]. Onkologiskt centrum, Västra sjukvårdsregionen; [uppdaterad 2007-08, hämtad 2008-10-21]. Tillgänglig vid [www.oc.gu.se](http://www.oc.gu.se)
11. Ingvar C. Bröstkirurgi. I: Andersson R et al, red. Kirurgiska sjukdomar: patofysiologi behandling specifik omvårdnad. Danmark: Studentlitteratur; 2004. s.186-95.
12. Armstrong ST. Symptoms experience: a concept analysis. Oncology Nursing Forum. 2003;30(4):601-06.
13. Boehmke MM, Dickerson SS. Symptom, symptom experiences, and symptom distress encountered by women with breast cancer undergoing current treatment modalities. Cancer Nursing. 2005;28(5):382-89.

14. Wilmoth Chamberlain M. The aftermath of breast cancer: an altered sexual self. *Cancer Nursing*. 2001;24(4):278-86.
15. Landmark TB, Wahl A. Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 2002;40(1):112-21.
16. Holmberg KS, Scott LL, Alexy W, Fife LB. Relationship issues of women with breast cancer. *Cancer Nursing*. 2001;24(1):53-60.
17. Landmark TB, Bøhler A, Loberg K, Wahl KA. Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health care context. *Journal of Clinical Nursing* 2008;17:192-200.
18. Rustøen T, Begnum S. Quality of life in women with breast cancer: a review of the literature and implications for nursing practice. *Cancer Nursing*. 2000;23(6):416-21.
19. Arman M, Rehnsfeldt A, Lindholm L, Hamrin E, Erikson K. Suffering related to health care: a study of breast cancer patients' experiences. *International Journal of Nursing Practice*. 2004;10:248-56.
20. Forrest G, Plumb C, Ziebland S, Stein A. Breast cancer in young families: a qualitative interview study of fathers and their role and communication with their children following the diagnosis of maternal breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2008 Tillgänglig vid [www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com) DOI: 10.1002/pon.1387 [hämtad 2008-10-25].
21. Hilton BA, Crawford AJ, Tarko AM. Men's perspectives on individual and family coping with their wives' breast cancer and chemotherapy. *Western Journal of Nursing Research*. 2000;22(4):438-59.
22. Forrest G, Plumb C, Ziebland S, Stein A. Breast cancer in the family: children's perceptions of their mother's cancer and its initial treatment: a qualitative study. *BMJ*. 2006;29;332(7548):998-1003. Tillgänglig vid [www.bmj.com](http://www.bmj.com) doi:10.1136/bmj.38793.567801.AE [hämtad 2008-10-25].
23. Zahlis Hooper E. The child's worries about the mother's breast cancer: sources of distress in school-aged children. *Oncology Nursing Forum*. 2001;28(6):1019-25.
24. Huizinga G, Visser A, van der Graaf W, Hoekstra H, Klip E, Pras E, Hoekstra-Weebers J. Stress response symptoms in adolescent and young adult children of parents diagnosed with cancer. *European Journal of Cancer* 2005;41:288-95.
25. Kristjanson L, Chalmers K, Woodgate R. Information and support needs of adolescent children of women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2004;31(1):111-19.
26. Travelbee J. Mellommenneskelige forhold i sykepleie. 2a uppl. Oslo: Gyldendal; 2001.
27. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska [hemsida på internet]. Stockholm: Socialstyrelsen [uppdaterad: 2005-02; hämtad 2008-10-25]. Tillgänglig vid: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf>

28. Raadu G. Författningshandbok 2007 för personal inom Hälso- och sjukvård. 30:e uppl. Stockholm: Liber AB; 2006.
29. Barnombudsmannen. Barnkonventionen [hemsida på internet]. Stockholm: Barnombudsmannen [ uppdaterad 2003-06-02, hämtad 2008-10-25]. Tillgänglig vid: <http://www.bo.se/Adfinity.aspx?pageid=55>
30. Elmberger E, Bolund C, Lützen K. Transforming the exhausting to energizing process of being a good parent in the face of cancer. *Health Care for Women International*. 2000;21:485-99.
31. Elmberger E, Bolund C, Magnusson A, Lützen K, Andershed B. Being a mother with cancer: achieving a sense of balance in the transition process. *Cancer Nursing*. 2008;31(1):58-65.
32. Billhult A, Segesten K. Strength of motherhood: nonrecurrent breast cancer as experienced by mothers with dependent children. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2003;17:122-28.
33. Stiffler D, Haase J, Hosei B, Barada B. Parenting experiences with adolescent daughters when mothers have breast cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2008;35(1):113-120.
34. Öhlen J, Holm A-C. Transforming desolation into consolation: being a mother with life-threatening breast cancer. *Health Care for Women International*. 2006;27:18-44.
35. Turner J, Clavarino A, Yates P, Hargraves M, Connors V, Hausmann S. Development of a resource for parent with advanced cancer: what do parents want. *Palliative and Supportive care*. 2007;5:135-45.
36. Shands EM, Lewis MF, Hooper Zahlis E. Mother and child interactions about the mother's breast cancer: an interview study. *Oncology Nursing Forum*. 2000;27(1):77-85.
37. Walsh S, Manuel J, Avis N. The impact of breast cancer on younger women's relationships with their partner and their children. *Families, Systems and Health*. 2005;23(1):80-93.
38. Kirsch Davis S, Brandt AP, Lewis MF. Making most of the moment: when a child's mother have breast cancer. *Cancer Nursing*. 2003;26(1):47-54.
39. Coyne E, Borbasi S. Holding it together: breast cancer and its impact on life for younger women. *Contemporary Nurse*. 2006;23(2):157-69.
40. Barnes J, Kroll L, Burke O, Lee J, Jones A, Stein A. Qualitative interview study of communication between parents and children about maternal breast cancer. *BMJ* 2000. Tillgänglig vid: [www.bmj.com](http://www.bmj.com) doi:10.1136/bmj.321.7259.479 [hämtad 2008-10-27].
41. Granheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24:105-112.

42. Göteborgs Universitet, Sahlgrenska Akademien, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Riktlinjer: examensarbete på grundnivå (kandidat) 15 högskolepoäng [hemsida på Internet]. Göteborg: Göteborgs Universitet [uppdaterad 2008-08-13, hämtad 2008-09-01]. Tillgänglig vid  
<http://kursportal.student.gu.se/data/OM2240/Kursinformation/Riktlinjer%20examensarbete%20I%20H08.pdf?ticket=ST-3647861-xFvZbbHY82tLZla4oBr7>
43. Kvale S. Interviews: an introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks, California: SAGE, cop; 1996.
44. Feldstein MA, Rait D. Family assessment in oncology nursing. Cancer Nursing. 1992;15(3):161-72.
45. Hedström M, Elmberger E. Barnfamiljen i cancervården: ett vårdutvecklingsprojekt hos cancerfonden 1999-2001 [hemsida på Internet]. Stockholm: Cancerfonden. [hämtad 2008-09-01]. Tillgänglig vid:  
[http://www.cancerfonden.se/upload/Dokument/%C3%96vrigt%20PDF/Barnfamiljen\\_i\\_cancervarden.pdf](http://www.cancerfonden.se/upload/Dokument/%C3%96vrigt%20PDF/Barnfamiljen_i_cancervarden.pdf)
46. Molander J. Vetenskapsteoretiska grunder: historia och begrepp. Lund: Studentlitteratur; 2003.

## BILAGA I

<b>Datum för sökning</b>	<b>Plats för sökning</b>	<b>Databas</b>	<b>Sökord</b>	<b>Begränsningar</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Antal granskade</b>	<b>Använda artiklars referensnummer</b>
20081027	Göteborgs Universitets intranät	Cinahl	Mother AND child AND breast cancer	Linked full text Peer reviewed Publication year 1993-2008	11	11 Lästa abstracts 4 lästa hela artiklar	32,33,36,37
20081027	Göteborgs Universitets intranät	Cinahl	Mother AND breast cancer AND experience	Linked full text Peer reviewed Publication year 1993-2008	6	5 Lästa abstracts 3 lästa hela artiklar	
20081027	Göteborgs Universitets intranät	Cinahl	Children AND mother AND breast cancer	Linked full text Peer reviewed Publication year 1993-2008	9	8 Lästa abstracts 8 lästa hela artiklar	30, 34
20081027	Göteborgs Universitets intranät	Pubmed	Motherhood Breast neoplasm	Links to full text Publication year 1993-present	7	2 lästa abstract 2 lästa hela artiklar	39
20081027	Göteborgs Universitets intranät	Pubmed	Mother Breast neoplasm Experience	Links to full text Publication year 1993-present	30	8 Lästa abstracts 6 lästa hela artiklar	38,40
20081027	Göteborgs Universitets intranät	Pubmed	Breast neoplasm mother-child relationships	Links to full text Publication year 1993-present	44	8 Lästa abstracts 5 lästa hela artiklar	
20081027	Göteborgs Universitets intranät	Pubmed	Mother neoplasm experience	Links to full text Publication year 1993-present	129	7 Lästa abstracts 7 lästa hela artiklar	31
20081027	Göteborgs Universitets intranät	Pubmed	Parental experience Breast neoplasm	Links to full text Publication year 1993-present	26	8 Lästa abstracts 5 lästa hela artiklar	35

20081027	Göteborgs Universitets intranät	Psycinfo	Mother AND Breast cancer AND Child	Journal article Date range 1993- 2009	19	7 lästa abstracts 4 lästa hela artiklar	
20081027	Göteborgs Universitets intranät	Psycinfo	Children AND Breast cancer AND Mother	Journal article Date range 1993-2009	19	12 Lästa abstracts 8 Lästa hela artiklar	
20081027	Göteborgs Universitets intranät	Psycinfo	Breast cancer AND Mother AND Children	Journal article Date range 1993-2009	5	5 lästa abstracts 3 lästa hela artiklar	
20081027	Göteborgs Universitets intranät	Psycinfo	Breast cancer AND Mother-Childrelationships	Journal article Date range 1993-2009	0	0 lästa abstracts 0 lästa hela artiklar	
20081027	Göteborgs Universitets intranät	Psycinfo	Mother-childrelationships AND Breast cancer	Journal article Date range 1993-2009	0	0 lästa abstracts 0 lästa hela artiklar	
20081027	Göteborgs Universitets intranät	Psycinfo	Family AND Breast cancer AND mother	Journal article Date range 1993-2009	36	6 lästa abstracts 3 hela lästa artiklar	

**ARTIKELÖVERSIKT**

Referens nr: 30  
 Författare: Elmberger E, Bolund C, Lützen K.  
 Titel: Transforming the exhausting to energizing process of being a good parent in the face of cancer  
 Tidskrift: Health Care for Women International  
 År: 2000  
 Land: Sverige  
 Syfte: Att utveckla en djupare förståelse över interaktionen mellan kvinnor som behandlats för bröstcancer och deras barn utifrån att hantera sin bröstcancersjukdom och sin roll som mamma.  
 Metod: Kvinnor med en bröstcancerdiagnos och barn som bor hemma intervjuades. Processen fortlöpte utifrån grounded theory.  
 Urval: En författare kände till en stödgrupp där nio kvinnor med bröstcancer, hade barn hemma och som var villiga att dela med sig av sina erfarenheter rekryterades. Kvinnorna var mellan 38-50 år vid diagnosen och hade 1-5 barn hemma som var 4-23 år gamla.  
 Antal ref: 25

---

Referens nr: 31  
 Författare: Elmberger E, Bolund C, Magnusson A, Lützen K, Andershed B.  
 Titel: Being a mother with cancer: achieving a sense of balance in the transition process  
 Tidskrift: Cancer Nursing  
 År: 2008  
 Land: Sverige  
 Syfte: Att beskriva hur mamman med cancer uppfattar sin relation till barnen och hur de ser på att vara mamma utifrån värderingen om att vara "en bra mamma" för att kunna föreslå omvårdnadsåtgärder i att stödja mamman i transitionsprocessen.  
 Metod: Genom sekundäranalys av kvalitativ data från två tidigare empiriska studier gjordes en analytisk expansion av materialet.  
 Urval: 20 transkriberade intervjuer utfördes, med frågor utifrån mammans livserfarenheter och funderingar över föräldraskap när hon drabbats av cancer. Hälften av kvinnorna var diagnostiserade med bröstcancer i olika skeden. I den tidigare studien rekryterades kvinnorna från en patientförening och intervjuades individuellt med öppna frågor om sitt ansvar av att vara mamma till hemmaboende barn och vara sjuk. Den andra studien antog kvinnor med diagnosen lymfom som har barn som bor hemma och de rekryterades via en cancerklinik, samt intervjuades individuellt. 5 kvinnor med en annan cancerdiagnos deltog i fokusgrupp – intervjuer. Kvinnorna var vid intervjun mellan 36-54 år och hade mellan 1-5 barn i en ålder av 2-23 år.  
 Antal ref: 21

---

Referens nr: 32  
 Författare: Billhult A, Segesten K.  
 Titel: Strength of motherhood: nonrecurrent breast cancer as experienced by mothers with dependent children

Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences  
År: 2003  
Land: Sverige  
Syfte: Att beskriva erfarenheten av att ha bröstcancer och vara mamma med hemmaboende barn, samt att undersöka vilka strategier kvinnorna använder för att hantera sin sjukdomssituation i relation till barnen.  
Metod: Fenomenologisk ansats med datainsamling genom intervjuer och dataanalys genom att stegvis whole/part/whole söka mening i dessa.  
Urval: 10 kvinnor i Sverige mellan 32-48 år och med diagnostiserad och icke-recidiverad bröstcancer med 1-5 barn som bor hemma i en ålder av 1-26 år rekryterades via en stödgrupp.  
Antal ref: 23

---

Referens nr: 33  
Författare: Stiffler D, Haase J, Hosei B, Barada B.  
Titel: Parenting experiences with adolescent daughters when mothers have breast cancer  
Tidskrift: Oncology Nursing Forum  
År: 2008  
Land: USA  
Syfte: Att undersöka mammans föräldraskap under diagnos och behandling av bröstcancer från mammans och tonårsdotterns perspektiv.  
Metod: Empirisk fenomenologisk utgångspunkt. Öppna intervjuer som sker individuellt med varje deltagare i studien.  
Urval: 8 mammor i en ålder av 37-46 år vid diagnosen, som drabbats av bröstcancer i olika stadie samt deras tonårsdöttrar 10-15 år rekryterades via gemensamma mötesplatser och kliniker för kvinnor med bröstcancer i Indiana och Arizona. Efter samtycke från institutionen arbetade forskningsteamet med onkologer annan personal för att hitta lämpliga deltagare till studien.  
Antal ref: 28

---

Referens nr: 34  
Författare: Öhlen J, Holm A-C.  
Titel: Transforming desolation into consolation: being a mother with life-threatening breast cancer  
Tidskrift: Health Care for Women International  
År: 2006  
Land: Sverige  
Syfte: Att beskriva kvinnans upplevda erfarenhet av att vara sjuk när hon är mamma med hemmaboende barn. Speciellt fokus ligger på att undersöka meningen med ensamhet och tröst och meningen med transitionen till tröst.  
Metod: Intervjuer och gruppobservationer i kvinnans nätverksmöte. Materialet tolkades utifrån fenomenologisk- hermeneutisk utgångspunkt.  
Urval: 9 kvinnor mellan 29 och 52 år med 1-4 barn hemma i en ålder av 1-15 år och en diagnostiserad bröstcancer rekryterades via en författare som kände till nätverksgruppen för unga kvinnor med bröstcancer.  
Antal ref: 46

---

Referens nr: 35  
Författare: Turner J, Clavarino A, Yates P, Hargraves M, Connors V, Hausmann S.

Titel: Development of a resource for parent with advanced cancer: what do parents want  
Tidskrift: Palliative and Supportive care  
År: 2007  
Land: Australien  
Syfte: Att bestämma föräldrars specifika behov relaterade till barnen när de har avancerad cancer, samt utveckla en resurs för föräldrar med avancerad cancer.  
Metod: Djupintervjuer med kvinnor som har avancerad bröstcancer transkriberades och sammanställdes genom teman.  
Urval: 8 kvinnor rekryterades via en bröstcancerförening, vilken har en subgrupp för kvinnor med avancerad bröstcancer. Kvinnorna som var mellan 39-57 år informerades om studien via ett brev och erbjöds delta. Kvinnorna hade 1-4 barn som var 2-13 år gamla.  
Antal ref: 19

---

Referens nr: 36  
Författare: Shands EM, Lewis MF, Hooper Zahlis E.  
Titel: Mother and child interactions about the mother's breast cancer: an interview study  
Tidskrift: Oncology Nursing forum  
År: 2000  
Land: USA  
Syfte: Att enligt mammans egen berättelse beskriva mammans metoder att interagera med sina barn angående bröstcancersjukdomen.  
Metod: Semistrukturerade intervjuer i hemmet, som spelades in, transkriberades och kodades induktivt till fyra övergripande områden och 16 kategorier.  
Urval: 19 mammor 30-47 år med nydiagnostiserad bröstcancer och med barn i skolåldern 7-12 år valdes från en större studie. Mammorna i den större studien valdes ut från olika områden och kliniker.  
Antal ref: 23

---

Referens nr: 37  
Författare: Walsh S, Manuel J, Avis N.  
Titel: The impact of breast cancer on younger women's relationships with their partner and their children  
Tidskrift: Families, Systems and Health  
År: 2005  
Land: USA  
Syfte: Att beskriva unga kvinnors relation med partner och barn under påverkan av bröstcancersjukdomen och vad det betyder för den psykiska hälsan, samt för vårdpersonal.  
Metod: Både den kvantitativa och kvalitativa delen genomfördes med frågor. Efter samtycke från kvinnorna och deras behandlande läkare skickades frågeformulär ut. Frågorna handlar om hur bröstcancersjukdomen påverkar relationen med partner och barn, om den psykosociala tillvaron och livskvalitén. Kvantitativa delen redovisades med deskriptiv statistik och den kvalitativa delen genom innehållsanalys.  
Urval: Kvinnor rekryterades från sex sjukhus i Greater Boston och New Hampshire. Anamneser användes för att skilja ut kvinnor som fått sin första diagnos av

bröstcancer inom de senaste tre åren, var 25- 50 år, hade ett eller fler barn hemma och var minst 3 månader sedan erhållen diagnos.

Antal ref: 43

---

Referens nr: 38

Författare: Kirsch Davis S, Brandt AP, Lewis MF.

Titel: Making most of the moment: when a child's mother have breast cancer

Tidskrift: Cancer Nursing

År: 2003

Land: USA

Syfte: Att beskriva mammans och pappans uppfattning om mor-barnrelationen efter den utförda interventionen.

Metod: Fallstudie, där intervjuer utifrån ett strukturerat format utfördes individuellt med mamman och pappan. Telefonintervjuer skedde med pappan och ansikte-mot-ansikte intervjuer med mamman. Datan transkriberades och lästes flera gånger och var sedan föremål för induktiv innehållsanalys. Datan sammanställde i manifesta kategorier.

Urval: Kvinnorna rekryterades via stora kliniker och privata praktiker. Kvinnan var i en ålder av 34-47 år, och hade ett barn hemma som var 8-12 år gamla.

Antal ref: 31

---

Referens nr: 39

Författare: Coyne E, Borbasi S.

Titel: Holding it together: breast cancer and its impact on life for younger women

Tidskrift: Contemporary Nurse

År: 2006

Land: Australien

Syfte: Att undersöka psykosociala stödbehov och effekter på unga kvinnors liv relaterat till familjen.

Metod: Feministiskt utgångspunkt. Djupintervjuer utfördes där materialet, spelades in, transkriberades och sammanställdes genom teman.

Urval: 6 kvinnor med en bröstcancerdiagnos inom de senaste 12 månaderna och med 1-2 barn hemma som var mellan 29-43 år rekryterades via ett intressemöte på ett sjukhus i Brisbane. Barnen var 0-15 år gamla.

Antal ref: 39

---

Referens nr: 40

Författare: Barnes J, Kroll L, Burke O, Lee J, Jones A, Stein A.

Titel: Qualitative interview study of communication between parents and children about maternal breast cancer.

Tidskrift: www.bmj.com

År: 2000

Land: Storbritannien

Syfte: Att undersöka föräldrars kommunikation med sina barn om bröstcancerdiagnosen hos mamman samt dess initiala behandling.

Metod: Kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade intervjuer som undersökte tid och omfång av kommunikationen med barnen om diagnosen, initial behandling av mammans sjukdom, orsaker till att tala med barnen eller undvika information, tillgänglig hjälp och hjälp som önskas från vårdpersonal.

Urval: 32 kvinnor som var 31-52 år och var diagnostiserade med olika stadie av bröstcancer och som hade 1-4 barn i åldern 5-18 år som bodde hemma rekryterades via två stora kliniker i London.

Antal ref: 12