



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

ATT FÅ ETT SVÅRT BESKED

En litteraturstudie om erfarenheter av att få en
bröstcancerdiagnos

Författare:

Karin Almryd Elieson

Ida Alverbo

| | |
|-------------------------|---|
| Uppsats/Examensarbete: | 15 hp |
| Program och/eller kurs: | Sjuksköterskeprogrammet |
| Nivå: | Grundnivå |
| Termin/år: | Ht/2016 |
| Handledare: | Ann-Sofie Magnusson och Marie Wendel |
| Examinator: | Ulrika Bengtsson Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa |

Förord

Ett stort tack till Ann-Sofie Magnusson och Marie Wendel för engagemang och god handledning!

| | |
|-------------------------|---|
| Titel (svensk) | Att få ett svårt besked – En litteraturstudie om erfarenheter av att få en bröstcancerdiagnos |
| Examensarbete: | 15 hp |
| Program och/eller kurs: | Sjuksköterskeprogrammet |
| Nivå: | Grundnivå |
| Termin/år: | Ht/2016 |
| Författare | Karin Almryd Elieson och Ida Alverbo |
| Handledare: | Ann-Sofie Magnusson och Marie Wendel |
| Examinator: | Ulrika Bengtsson |

Sammanfattning

BAKGRUND: Varje dag får 20 kvinnor i Sverige besked om att de har bröstcancer. En traumatisk kris kan uppstå vid beskedet. Tiden mellan diagnosbesked och behandlingsstart anses som den svåraste. **SYFTE:** Att belysa erfarenheter av att få en bröstcancerdiagnos. **METOD:** En litteraturoversikt med induktiv ansats. 14 vetenskapliga artiklar varav 13 kvalitativa och en kvantitativ. **RESULTAT:** Fyra teman identifierades: *Att få beskedet*, *En ny verklighet*, *Relationen till andra* och *Hantera situationen*. Chock, oro och ovisshet var erfarenheter som upplevdes. Sjukdomen ledde ofta till förändrat livsperspektiv. Närståendes stöd och att kontrollera informationen var viktigt. **SLUTSATS:** Resultatet av litteraturstudien har visat på betydelsen av att sjuksköterskan arbetar utifrån ett personcentrerat förhållningssätt för att kunna möta patienter efter ett cancerbesked, med bästa förutsättningar för att kunna ge god vård. Perioden mellan besked och behandlingsstart var en tid då behovet av stöd, trots individuell variation, var stort.

| | |
|------------|--|
| Nyckelord: | Svårt besked, diagnos, bröstcancer, kris, erfarenheter, personcentrerad vård |
|------------|--|

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| INLEDNING | 1 |
| BAKGRUND | 1 |
| BRÖSTCANCER | 1 |
| DEN TRAUMATISKA KRISEN VID ETT BRÖSTCANCERBESKED | 1 |
| TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER | 2 |
| <i>Omvårdnad</i> | 2 |
| <i>Personcentrerad vård</i> | 4 |
| PROBLEMFÖRMULERING | 5 |
| SYFTE | 5 |
| METOD | 5 |
| DATAINSAMLING..... | 5 |
| DATAANALYS..... | 6 |
| ETISKA RESONEMANG..... | 7 |
| RESULTAT | 7 |
| ATT FÅ BESKEDET | 7 |
| <i>Chockens verkningar</i> | 8 |
| <i>Stöd under samtalet</i> | 8 |
| <i>Att förstå och acceptera diagnosen</i> | 8 |
| EN NY VERKLIGHET..... | 9 |
| <i>Hotet mot framtiden</i> | 9 |
| <i>Förändrad självbild</i> | 9 |
| <i>Förändrat livsperspektiv</i> | 10 |
| RELATIONEN TILL ANDRA | 10 |
| <i>Att berätta</i> | 11 |
| <i>Det sociala stödet</i> | 11 |
| <i>Stödet från sjukvården</i> | 12 |
| <i>När stödet fallerar</i> | 12 |
| HANTERA SITUATIONEN..... | 13 |
| <i>Avskärma sig</i> | 13 |
| <i>Kontrollera tankarna</i> | 13 |
| <i>Kontrollera informationen</i> | 13 |
| <i>Vända sig till sin tro</i> | 14 |
| METODDISKUSSION | 15 |
| RESULTATDISKUSSION | 16 |
| CHOCKEN, OVISSHETEN OCH LIDANDET – ETT SVÅRT BESKED..... | 16 |
| HOTET MOT EXISTENSEN OCH ETT FÖRÄNDRAT LIVSPERSPEKTIV | 18 |
| OMGIVNINGENS PÅVERKAN – NÄTVERKETS BETYDELSE..... | 19 |
| EN PERIOD AV VÄNTAN – ATT LEVA MED CANCERN | 20 |
| SLUTSATS | 21 |
| KLINISKA IMPLIKATIONER FÖR SJUKSKÖTERSKAN | 21 |
| FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING | 22 |
| REFERENSLISTA | 24 |
| BILAGOR | |

Inledning

Sjuksköterskor möter dagligen patienter som får svåra sjukdomsbesked. Dessa besked skapar ofta starka känsloreaktioner hos den drabbade och det är sjuksköterskans uppgift att veta vilka dessa kan vara och varför de uppstår. Genom en ökad kunskap och förståelse för dessa reaktioner och känslor kan sjuksköterskan anpassa sitt förhållningssätt och sina omvårdnadsåtgärder samt individanpassa den information och det stöd som patienten behöver.

Varje dag får drygt tjugo personer i Sverige det svåra beskedet att de har drabbats av bröstcancer (Socialstyrelsen, 2015). Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor i Sverige, vilket innebär att många sjuksköterskor kommer att komma i kontakt med och vårda patienter med nydiagnostiserad bröstcancer. För att sjuksköterskor skall kunna möta varje enskild individ efter behov och förutsättningar är det viktigt att ha en förståelse för hur den initiala fasen av sjukdomsförloppet kan erfaras.

Bakgrund

Bröstcancer

Bröstcancer räknas som en av de stora folksjukdomarna och utgör cirka 30 procent av alla cancerfall i Sverige. Ungefär var tionde kvinna utvecklar bröstcancer under en livstid och 6500 insjuknar varje år (Socialstyrelsen, 2015). Sjukdomen kan i vissa fall förekomma även hos män men det är väldigt ovanligt (Socialstyrelsen, 2013). Sjukdomen blir vanligare från 40 års ålder och incidensen stiger med åldern. Varannan kvinna som får diagnosen får den innan hon fyllt 65 år. Det är att föredra att behandla bröstcancer tidigt, innan symtom har gett sig tillkänna. För att kunna upptäcka förändringar i kvinnors bröst på ett tidigt stadium genomförs regelbundna undersökningar genom röntgen, mammografi. Mammografi är en screening, vilket innebär att leta efter en specifik sjukdom inom en stor grupp (Socialstyrelsen, 2015). Majoriteten av de som idag drabbas av bröstcancer har en mycket god prognos. Överlevnaden har ökat markant och fortsätter göra det tack vare tidig upptäckt och bättre individanpassade metoder för behandling (Sköld Nilsson, 2011). Bröstcancer behandlas vanligen med kirurgi; mastektomi där hela bröstet avlägsnas eller partiell mastektomi där den del av bröstet där tumören finns tas bort samt strålningsbehandling och/eller cytostatikabehandling (Ingvar, 2012).

Den traumatiska krisen vid ett bröstcancerbesked

Vid cancerbesked kan den känslomässiga reaktionen vanligen beskrivas som en traumatisk kris (Carlsson, 2007). Bergh, Brandberg, Ernberg, Fürst och Hall (2007) beskriver beskedet om en bröstcancerdiagnos som något som leder till ett inre kaos för de flesta. De menar att innan beskedet finns det alltid ett hopp om att det inte kommer hända den egna personen. Enligt den etiska koden för sjuksköterskor av International Council of Nurses (ICN) är det sjuksköterskans uppgift att hjälpa och stötta patienten i att finna nytt hopp efter ett svårt besked som detta. Bergh et al. (2007) menar också att de flesta som får diagnosen bröstcancer upplever någon form av dödsångest. Cullberg Weston (2001) beskriver cancerbeskedet som ett åsknedslag, som splittrar tryggheten som finns och utlöser en känslomässig kris som dominerar den närmaste tiden efter beskedet.

När en människa får ett svårt, kanske livshotande, sjukdomsbesked innebär det en förlust av trygghet och kontroll över livet (Cullberg, 2006). Vanliga känslor som uppstår i samband med cancerdiagnosen är enligt Berg et al. (2007) ångest, ilska, skuld och skam. Ångesten kan ge fysiska uttryck såsom ökad hjärtklappning och svettningar. Psykiska symtom kan vara oro och sömnsvårigheter. Även motoriska svårigheter och koncentrationssvårigheter kan uppstå. Ilska uppstår när individen upplever ett hot och en orättvisa. Vidare menar de att det också är vanligt förekommande att uppleva skuld. Patienter kan söka orsaken till sjukdomen i sitt sätt att leva. ”Varför just jag” är en vanlig fråga och många ologiska tankar som kan skapa skuld och skam är vanligt förekommande (Cullberg, 2006).

Krisreaktionerna varierar från person till person och beror på vad individen har för tidigare erfarenheter och upplevelser. Vissa människor tycks klara av svåra händelser utan större reaktioner, medan andra reagerar mycket starkt även vid en mindre händelse. Dock finns alltid vissa gemensamma mönster vid ett krisförlopp. Dessa mönster kallas för krisens faser och benämns som chockfasen, reaktionsfasen, bearbetningsfasen och nyorienteringsfasen (Wettergren, 2007^a). Chockfasen är den fas som de flesta troligtvis går igenom i samband med när de får beskedet att de har bröstcancer. Det är under reaktionsfasen personen som fått beskedet börjar inse vad det är som har hänt. Reaktionsfasen utgör tillsammans med chockfasen den akuta fasen. Faserna beskrivs ofta som att de kommer i kronologisk ordning, men i verkligheten kan det även svänga fram och tillbaka mellan dem, eller att de fasas in i varandra. Övergången sker steg för steg. När den drabbade får nya besked i samband med att sjukdomen förändras kan en ny kris skapas och bearbetningen börjar om på nytt (Cullberg, 2006).

Teoretiska utgångspunkter

Omvårdnad

Sjuksköterskans område är omvårdnad, och sjuksköterskans ansvar och uppgifter är styrda enligt lag då sjuksköterska tillhör ett av de 21 legitimerade yrken som finns i Sverige (SFS, 2010:659). Att inge hopp och lindra lidande tillhör några av grundstenarna i de uppgifter som åligger sjuksköterskan.

Omvårdnad skall ske på personnivå vilket innebär en personcentrerad omvårdnad. I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, §2a) fastslås att vården skall vara tillgänglig för patienten och baseras på självbestämmande, respekt och kontinuitet, samt ge trygghet åt patient i vårdsituationen. Patientlagen finns till för att stärka patientens delaktighet, integritet samt självbestämmande (SFS 2014:821). Människan måste ses på som en unik varelse och individ som kan ta ansvar och göra egna val, och bemötas därefter. Omvårdnaden skall bidra till patientens hälsa och välbefinnande samt verka mot ohälsa. Det är också en del av omvårdnaden att se till att patient och närstående bemöts med respekt och får uppleva trygghet. Sjuksköterskan skall arbeta för främja delaktighet (Svensk sjuksköterskeförening, 2009).

Sjuksköterskans ansvarsområde är omvårdnaden, vilket innefattar det patientnära arbetet samt den vetenskapliga kunskapen. Kunskap behövs om både medicinsk vetenskap, vårdvetenskap och folkhälsovetenskap. Sjuksköterskan skall arbeta utefter etiska riktlinjer som innefattar professionen, yrkesutövningen, allmänheten och medarbetare (Svensk sjuksköterskeförening, 2009). ICN:s etiska kod (2012) för sjuksköterskor tar upp att sjuksköterskan har ett ansvar att

ständig utveckla sin yrkeskompetens genom kontinuerligt lärande. Eftersom sjuksköterskan arbetar utifrån en yrkeslegitimation innebär det ett yrkesansvar och att sjuksköterskan enligt lag ska arbeta autonomt inom sitt vetenskapliga område (Svensk sjuksköterskeförening, 2009). Forskning och kunskap kring bröstcancer går hela tiden framåt och överlevnaden ökar. (Socialstyrelsen, 2015). Här är det viktigt att sjuksköterskor har kunskap kring aktuella framsteg för att kunna inge hopp och vara ett stöd för patienter. Patientsäkerhetslagen (2010:659, 6 kap) behandlar skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal och i första paragrafen tas bland annat upp att vården så långt som det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten och att patienten ska visas omtanke och respekt.

Informationen skall anpassas efter den individuella förmågan. Patientens delaktighet skall främjas och vårdinsatser ska så långt som det är möjligt bestämmas i samråd med patienten utefter dennes individuella förutsättningar (SFS 2014:821, kap 5). Kommunikationen mellan patient och vårdgivare är av största vikt för att patienten ska uppleva delaktighet och trygghet. Det går att se ett tydligt samband mellan information, patientens delaktighet och behandlingsresultat i vården (Larsson, Palm & Rahle Hasselbalch, 2016). Vidare betonar de hur viktigt det är att vårdgivare kan möta patienters tankar och våga möta de existentiella frågor som ofta kommer upp till ytan vid sjukdomsbesked. I mötet med en patient med nyupptäckt bröstcancer bör en dialog finnas där sjuksköterskan lyssnar och tar sig tid för att kunna hjälpa patienten att hitta rätt i de kaotiska tankar som ofta uppstår.

Katie Eriksson (1994) skildrar tre former av lidande i vården. Det första är *”sjukdomslidandet”*, det vill säga det lidande som upplevs i relation till sjukdom och behandling. För en person som just fått ett besked om bröstcancer saknas ofta fysiska symtom och lidandet tar initialt ett känslomässigt uttryck. Den andra formen är *”livslidandet”* som är det lidande som upplevs i relation till det egna livet som är unikt. När en person drabbas av bröstcancer berörs hela livssituationen och det liv som tidigare upplevts som självklart sätts ur balans. Personens hälsa ligger i någon annans händer. *”Vårdlidandet”* är den sista formen och det innebär det lidande som upplevs i relation till vårdsituationen. Beskedet om bröstcancer kommer ofta som en chock och patienten kan uppleva ett vårdlidande om hen inte blir bemött på ett professionellt sätt eller som en unik person. Denna form av lidande är ett onödigt lidande som kan och bör undvikas via sjuksköterskans omvårdnad. När en person söker vård på grund av att hen upplever eller fått indikationer på sviktande hälsa, innebär det att hen befinner sig i ett utsatt och sårbart läge (Kristensson Ugglå, 2014). För kvinnan som fått en bröstcancerdiagnos kan sårbarheten vara extra stor då det är vanligt att cancer upptäcks via screening innan symtom eller tecken uppstått. Vidare menar Eriksson (1994) att den lidande människan kan inges hopp och mod samt känna förtröstan och tillit genom att bli tröstad. Hopp är sammankopplat med hälsa enligt Willman (2014) och menar att individens tro om en morgondag bygger på en upplevelse av hopp. Vid en bröstcancerdiagnos upplever patienten ofta en chock, men då tidigt upptäckt av sjukdomen ger en stor chans till överlevnad och tillfrisknande är detta något som kan användas vid omvårdnad för att stärka patienten.

Vi är medvetna om att Katie Eriksson är en del av en äldre vårdfilosofi där vård formades runt individen och den egna människan. Detta skiljer sig från den personcentrerade vård vi i denna litteraturstudie har som teoretisk referensram, där relationen mellan personer istället är i fokus. Dock presenterar Eriksson lidandet på ett sätt som vi fortfarande ser som aktuellt.

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård är ett nyare sätt att förhålla sig till omvårdnad. Tidigare fokus har legat på det medicinska där specifika fysiska egenskaper och genetiska undantag med ett fokus på det sjuka har format vården runt patienten (Ekman et al, 2011). Vid personcentrerad vård ses patienten som en aktiv part och skall vara delaktig i beslutstagande kring sin egen vård. Alla är människor och ska ses som personer, med förmågor och behov (Kristensson Uggla, 2014). Den personcentrerade vården har visat sig leda till ett bättre samarbete mellan patient och vårdgivare rörande behandlingsplaner och hälsoutveckling. Denna utformning har också lett till mer tillfredsställda patienter (Ekman et al, 2011).

Personcentrerad vård kan delas upp i tre nyckelbegrepp som är partnerskap, patientberättelse och dokumentation. Partnerskapet är mellan patient och professionella inom vård, omsorg och rehabilitering. Kunskapen som finns hos patienten och de inom vården är i centrum, det vill säga det ses till patientens kunskap av hur det är att leva med sjukdomen samt till personalens generella kunskap om sjukdomen. För att kunna ge personcentrerad vård måste patientberättelsen vara utgångspunkten för planering av vård, omsorg eller rehabilitering. (Ekman, Norberg & Swedberg, 2014). När man tar del av patientberättelsen sätts patientens upplevelse av sjukdomen, sina symtom och hur det påverkar patientens liv i fokus. Det fångar bilden av vilken inverkan sjukdomen har på patientens dagliga liv och vad för lidande sjukdomen skapar (Ekman et al, 2011). Planeringen genomförs gemensamt mellan vårdare och patient och en hälsoplan kan utformas. Närstående kan också vara med och utforma hälsoplanen (Ekman et al., 2014). Dokumentationen består av patientberättelsen och hälsoplanen och formas hela tiden genom samspel mellan vårdare och patient (Kristensson Uggla, 2014). Vid en bröstcancerdiagnos är det vanligt att kvinnor inte upplevt symtom då sjukdomen ofta upptäcks i ett tidigt skede. Genom att använda personcentrerad omvårdnad i mötet med dessa patienter kan ändå deras behov och lidande identifieras, vilket inte hade varit fullt möjligt ur ett enbart medicinskt och symtomfokuserat perspektiv.

Ett personcentrerat förhållningssätt i omvårdnad innebär att se personen i sitt sammanhang. Att se till personens familj och närstående, individuella styrkor och svagheter samt deras levnadshistoria. Det innebär också att levnadsberättelsen är det essentiella i utformningen av den personcentrerade vården (Ekman et al., 2011). Ett personcentrerat förhållningssätt innebär också att bli medveten om personens vilja, motiv och resurser genom levnadsberättelsen skriver Ekman et al. (2014). Vidare menas att denna berättelse är inte bara ett redskap för att kunna utveckla hälso- och sjukvården, utan att den är en del av själva vårdandet och utgör en nödvändig del för att bereda vägen för tillfrisknande. Genom att lyssna till berättelsen lägger sjuksköterskan grunden för ett partnerskap mellan patient och vårdpersonal. I utbytet som uppstår skapas en förståelse för de erfarenheter av sjukdom som finns vilken tillsammans med symtom ger en professionell grund för diskussion, vårdplanering och behandling.

Att få diagnosen bröstcancer sätter den drabbade personen i en känslig och skrämmande situation, där sjuksköterskans förhållningssätt och omvårdnad kan vara avgörande för hur personens inställning till kommande vård och behandling kommer att se ut.

Många studier som vi inledningsvis har tagit del av beskriver hela sjukdomsförloppet, ofta

med fokus på behandling och överlevnad. Ett tydligt exempel på forskning är en studie av Tighe, Molassiotis, Morris och Richardson (2011), där erfarenheter från det första året efter diagnos undersöktes. Den första tiden innan behandling beskrevs men var inte i fokus. Då detta var återkommande upplever vi att det finns en kunskapslucka som behandlar den första tiden efter bröstcancerbeskedet och hur sjuksköterskan kan arbeta med patienter som nyligen fått ett bröstcancerbesked.

Problemformulering

Bröstcancer är en av de vanligaste cancerformerna. Många patienter som fått diagnosen bröstcancer vittnar om att perioden från och med beskedet och fram till behandlingen startar, är den svåraste. Det finns ett behov av att studera patienternas erfarenheter under denna period för att få ökad kunskap och möjlighet att forma en personcentrerad omvårdnad. För att kunna stötta och vårda patienter på bästa sätt är det viktigt att sjuksköterskor får en förståelse för vilka dessa erfarenheter kan vara och vilka uttryck de kan ta.

Syfte

Syftet med litteraturstudien är att belysa erfarenheter av att få en bröstcancerdiagnos.

Metod

Datainsamling

För att belysa erfarenheter av att få en bröstcancerdiagnos gjordes en litteraturstudie enligt den struktur som Friberg (2012) beskriver. Det valda materialet analyserades enligt den modell som Statens Beredning för Medicinska Utvärdering (SBU) (2014) har gjort för kvalitativ artikelgranskning. Granskningen enligt SBU:s och Fribergs (2012) modeller gav en god uppfattning om artiklarnas innehåll och kvalitet och var ett redskap för att säkra ett tillförlitligt resultat. Merparten valda artiklar var kvalitativa då dessa beskriver upplevelser, erfarenheter, känslor och tankar vilket svarar mot uppsatsens syfte (Segesten, 2012). Den kvantitativa artikeln stärkte den kvalitativa datan med mätbara resultat av psykosociala symtom i samband med en bröstcancerdiagnos och valdes därför för att ge bredare bild av kunskapsläget (Segesten, 2012). Den kvantitativa artikeln granskades enligt Fribergs (2012) mall för artikelgranskning.

Urval

Databaserna Cinahl och PsychINFO användes för att söka relevanta vetenskapliga artiklar. Cinahl valdes då det är en databas som fokuserar på omvårdnad som ämnesområde. PsychINFO är en bred databas för beteendevetenskap och psykologi vilket valdes för att nå forskning kring personliga erfarenheter. Exempel på frekvent använda sökord var *Breast cancer*, *Newly diagnosed*, *Breast Cancer Diagnosis*, *Experiences* i olika konstellationer. Då artiklarna ämnades behandla patientupplevelser lade sökord som *Coping*, *Emotions* och *Feelings* till. De booleska operatörerna AND och OR användes för att koppla samman

sökorden i olika kombinationer. Även NOT användes för att utesluta artiklar som behandlade tiden efter behandlingsstart. Sökningar finns att tillgå i Bilaga 1.

Inklusionskriterier som användes var att artiklarna skulle behandla tiden mellan diagnos och behandlingsstart. Samtliga artiklar skulle vara ”Peer reviewed” och vara publicerade mellan år 2010 och 2016. Dock hittades tre artiklar via sekundärsökning som var från 2008 respektive 2009 men då de upplevdes relevanta för syftet inkluderades efter granskning även dessa till resultatet.

I urvalsprocessen var målet att få fram artiklar som behandlade erfarenheter under den diagnostiska perioden. När sökkriterierna begränsats för att få ett begränsat antal träffar lästes samtliga rubriker för att urskilja artiklar som verkade svara till syftet. Av de artiklar som verkade intressanta utifrån syftet lästes sedan abstrakten. Abstrakten lästes och granskades innan de slutligen valdes ut eller valdes bort om de inte svarade mot syftet eller om de inte uppfyllde kvalitetskraven. Under granskningen föll en artikel bort på grund av att den inte motsvarade de kvalitetskrav som eftersträvades. Nya sökningar gjordes i PsychINFO och Cinahl och två nya artiklar hittades, vilka efter granskning svarade till syftet och uppnådde kvalitetskraven. En översikt av samtliga fjorton artiklar som valdes ut till resultatet finns i bilaga 2.

Studien syftade till att belysa erfarenheter. Ingen avgränsning kring kön gjordes i databaserna men artiklarna som kom upp vid sökningar rörande bröstcancer innehöll näst intill enbart kvinnliga deltagare, och i de artiklar som valdes ut deltog endast kvinnor. Ingen avgränsning gjordes heller i ålder då intresse fanns att ta del av upplevelser oavsett ålder för att få ett bredare resultat.

Dataanalys

Dataanalysen skedde utefter Fribergs (2012) struktur för litteraturoversikt. En induktiv ansats valdes för att överblicka det aktuella materialet och utifrån detta få en uppfattning om kunskapsläget (Patel & Davidsson, 2003). Den induktiva ansatsen innebar att materialet lästes förutsättningslöst utan styrning av analytiskt intresse. Första steget i analysen efter att de fjorton valda artiklarna kvalitetsgranskats var att de noggrant lästes igenom upprepade gånger för att få ökad kännedom om artiklarnas innehåll. Därefter identifierades likheter och skillnader i det valda materialets resultat. Det andra steget innebar att erfarenheter identifierades och kodades i artiklarnas resultat med ord representativa för de erfarenheter som framkom i innehållet. Kodord som formades var exempelvis; *information, chock, oro, jag är inte min cancer, samtalet vid diagnos, förnekelse, hålla stark fasad, negativ stöttning, självbild, identitet, stöd, vem är jag?, hotad självbild, behålla vardagen, börda*. Under kodning framkom att samma kodord gick att återfinna i flera av de valda artiklarna och mättnad uppstod hos de olika kodorden. Dessa kodord grupperades sedan in i kluster, vilka bildades av kodord där erfarenheter hängde samman. Varje kluster formade ett tema med ett antal undertema som följde.

Vi var medvetna om risken att egna värderingar och eventuell förförståelse skulle kunna påverka tolkningen av resultatet och därför försökte vi hålla oss så neutrala och opartiska som möjligt.

Etiska resonemang

Under granskningen kontrollerades om valda artiklar var etisk granskade och godkända av etiska kommittéer. I alla utom tre artiklar fanns detta redovisat och diskuterat under egen rubrik i artikeln. För två av dessa artiklar där etisk granskning och godkännande inte nämndes kontaktades den aktuella tidskriften. Tidskriften i sin tur kontaktade författaren (Lally, R.) som bekräftade att dessa artiklar var etiskt granskade och godkända. I en artikel av Holmberg (2014) nämns att studien var godkänd av sjukhuset där observationsstudien gjordes samt att alla deltagande kvinnor hade godkänt studien och var införstådda med hur resultatet skulle användas. Inget nämns dock bokstavligen om etisk granskning. Författaren kontaktades via mail med frågan om etisk granskning och godkännande, men hon har i skrivande stund inte svarat. Dock ansåg vi att artikeln höll god kvalitet vilket medförde att den valdes ut till att vara med i resultatet.

Resultat

Fyra teman identifierades bland de erfarenheter som många beskriver; *Att få beskedet*, *En ny verklighet*, *Relationen till andra* samt *Hantera situationen*. Dessa teman följer en slags utveckling i hur situationen kan se ut för många men beskriver även hur olika dessa erfarenheter kan te sig under denna kritiska period (tabell 1).

Tabell 1. Översikt av teman och underteman

| Teman | Underteman |
|-----------------------|---|
| Att få beskedet | Chockens verkningar Stöd under samtalet Att förstå och acceptera diagnosen |
| En ny verklighet | Hotet mot framtiden Förändrad självbild Förändrat livsperspektiv |
| Relationen till andra | Att berätta Det sociala stödet Stödet från sjukvården När stödet fallerar |
| Hantera situationen | Avskärma sig Kontrollera tankarna Kontrollera informationen Vända sig till sin tro |

Att få beskedet

Den initiala reaktionen av att få ett bröstcancerbesked var nästan uteslutande chock och kvinnorna erfor många olika känslomässiga reaktioner och symtom. Detta skapade ofta behovet av stöd under samtalet. Beskedet upplevdes ofta som svårt att acceptera på grund av komplexiteten i diagnosen.

Chockens verkningar

Flera studier vittnar om att den initiala reaktionen vid bröstcancerbesked är chock. Kvinnorna uppgav att diagnosbeskedet var traumatiskt och innebar erfarenheter som hade en negativ påverkan på deras känsloliv. Cancern kunde upplevas som ett hot de som associerade bröstcancer med död, lidande och att förlora ett bröst menade att de led av rädsla, nedstämdhet, ångest och förtvivlan. Även tankar om framtid uppstod (Inan, Günösen och Üstün, 2016; Liamputtong & Suwankhong, 2015; Landmark, Bøhler, Loberg och Wahl, 2008; Curtis, Groarke, McSharry och Kerin, 2014; Lally, 2010). I en studie av Drageset, Lindstrøm och Underlid (2010) beskrivs erfarenheten som överklig, världsomvälvande och präglad av känslor som stress, kris, paralyt och kaos. Hur förberedda de är varit på ett negativt besked beskrevs erfarenheter av chock, ångest, rädsla och nedstämdhet (Lally, Hydeman, Schwert, Henderson & Edge, 2012; Beatty, Oxlad, Koczwara & Wade, 2008, Curtis et al., 2014). Detta stärks av Lally, Hydeman, Schwert, Henderson och Edge (2012) där beskedet också beskrivs som en livsomvälvande händelse och en personlig kris. Holmberg (2014) beskriver kvinnornas upplevelser vid beskedet som präglad av chock och rädsla, och en känsla av att vara utanför sig själv. I en kvantitativ studie med 343 deltagande kvinnor av Goldschmidt Mertz, Envold Bistrup, Johansen, Oksbjerg Dalton, Deltour, Kehlet och Kroman (2012) visar resultaten på att 77 procent av deltagarna upplevde psykisk ångest och förtvivlan efter beskedet. De vanligaste problemen de upplevde var oro och nervositet, följt av sömnsvårigheter, utmattning, nedstämdhet och/eller minnes- eller koncentrationssvårigheter.

Stöd under samtalet

Inan et al. (2016) beskriver att kvinnorna i deras studie påverkades av hur själva sjukdomsbeskedet presenterades. Det upplevdes som negativt när läkaren informerade om diagnosen utan empati. De upplevde obehag av att vara ensamma vid beskedet. Drageset et al. (2012) och Landmark et al. (2008) betonar vikten av att ha någon med sig vid själva beskedet för att inte behöva vara ensam och för att någon mer skulle kunna ta del av informationen som gavs. Lally et al. (2012) beskriver att känslan hos en av kvinnorna i studien av att få diagnosen utan vidare handledning var som att bli kastad ner i ett stort hål utan att veta någonting. Liamputtong och Suwankhong (2015) och Drageset et al. (2012) påvisar liknande resultat och menar att chocken vid diagnosen gjorde att de inte kunde minnas den information som gavs under samtalet.

Att förstå och acceptera diagnosen

Flera studier påvisar erfarenheter en överklighetskänsla av att få diagnosen; att detta inte hände dem utan någon annan (Landmark et al., 2008; Drageset, Lindstrøm, Giske & Underlid, 2011; Holmberg, 2014; Curtis et al., 2014). Många upplevde också att det var svårt att ta till sig diagnosen då det kände sig friska rent fysiskt (Drageset et al., 2011; Lally, 2010; Curtis et al., 2014). Lally et al. (2012) styrker att avsaknaden av fysiska symtom ökade komplexiteten kring att förstå diagnosen. Kvinnorna i studien av Holmberg (2014) uppgav att de kämpade med känslorna kring att känna sig friska men att samtidigt få en diagnos och bli sedda som sjuka och som patienter. Vissa hade svårt att ta till sig diagnosen då de hade föreställningar om hur bröstcancer borde ta sig uttryck vilket inte svarade mot det de själva upplevde (Lally, 2010).

En vanlig reaktion var att känna ilska, kvinnorna kände att de gjort allt rätt men ändå fick cancer, att kroppen svek. Ilska och skuld uttrycktes mot den egna personen då funderingar

kring vad de hade kunnat göra annorlunda och om de hade gjort något fel uppstod (Beatty et al. 2008; Lally, 2010; Lally et al. 2012; Curtis et al., 2014).

De som tidigare i livet stött på svårigheter, som till exempel tidigare erfarenheter av cancer inom familjen eller de med ett positivt synsätt på livet, mötte diagnosbesked med ett större lugn än andra (Lally, 2010; Drageset et al., 2010; Lally et al. 2012). I studierna av Ching, Martinson och Wong (2009) och Liamputtong och Suwankhong (2015) beskrivs också hur kvinnor kände ett förtroende för sitt sätt att hantera lidande samt att anpassa sig till förändringar på grund av att de klarat av svårigheter tidigare i livet.

En ny verklighet

Diagnosen sågs som ett hot mot existensen och hälsan. Kvinnorna kände stor ovisshet kring framtiden och deras självbild och livsperspektiv förändrades i och med detta.

Hotet mot framtiden

Beskedet skapade känslor av ovisshet och oro kring framtiden (Inan et al., 2016; Drageset et al., 2011). Lally (2010) menar att oavsett initiala reaktioner övergick chocken till tankar om hur de skulle hantera situationen inom loppet av timmar till dagar efter diagnos. Ovissheten kring cancer gällde prognos och risk för metastasbildning (Inan et al., 2016). Kvinnorna skiftade snabbt fokus efter diagnos från själva bröstet till om cancer kunde finnas även i övriga kroppen (Holmberg, 2014). Dessa erfarenheter stärks av Lally (2010) som även tar upp att många valde att vänta sig det värsta för att på så sätt undvika att bli förkrossade om de fick dåliga besked senare. Landmark et al. (2008) och Drageset et al. (2011) skildrar att många kände en stor oro för att cancer skulle sprida sig i kroppen under tiden mellan diagnos och operation. Många upplevde en stor rädsla för att inte veta vad som väntade dem, oro för cancertillväxt och dödsångest var vanligt förekommande (Liamputtong & Suwankhong, 2015; Drageset et al., 2011; Landmark et al., 2008, Lally et al., 2012; Ching et al., 2009). Vissa upplevde hopplöshet och ångestattacker (Drageset et al., 2011). De som förknippade sin diagnos med död och cancertillväxt kände en tilltagande oro ju längre tid som gick innan behandlingsstart. Många fick söka vård för sin ångest under denna period (Lally et al., 2012).

Tiden mellan diagnos och behandling påverkade de känslomässiga reaktionerna. I studierna av Landmark (2008) och Drageset et al. (2011) rapporteras om att vissa upplevde tiden som för kort för att komma över den initiala chocken över diagnosen medan andra upplevde den som olidlig och svår att uthärda. Lally et al. (2012) beskriver tiden mellan diagnos och behandling som en personlig kris och flera berättade hur de inte kunde fungera som normalt och att de grät mycket. Även en ovisshet kring framtida behandling skapade stor oro (Curtis et al., 2014). Kvinnorna upplevde osäkerhet kring att inte veta vilken behandling som skulle tillämpas samt hur den skulle påverka dem. De oroade sig även för vilka kroppsliga förändringar som skulle komma att ske (Inan et al., 2016; Drageset et al., 2011)

Förändrad självbild

Diagnosen fick kvinnor att tänka på deras egen och andras bild av dem själva. Människors reaktioner på diagnosen fick dem att tänka på hur de själva hade förändrats samt relationerna till andra (Lally, 2010). Många valde också att umgås med de personer som inte behandlade dem annorlunda än tidigare, eftersom det bidrog till att behålla en normalitet (Drageset et al., 2010).

Lally (2010) understryker att många inte ville definieras av sin cancer. Att upprätthålla rutiner, gå till sitt arbete och åka på semester som planerats innan de fick cancerbeskedet, var ett sätt för många att möta sin diagnos på. Många upplevde att det hjälpte att få fortsätta leva livet på samma sätt som innan diagnosen, att få behålla sin vardag. Detta ingav en känsla av kontroll (Drageset et al., 2010, Lally et al., 2012). Några valde att inte berätta om sin diagnos för kollegor för att på så sätt undgå uppmärksamhet i relation till cancer (Dickerson, Alqaissi, Underhill & Lally, 2011). Andra upplevde att de inte ville bära "rosa band" eller delta i "cancersammanhang" då de inte ville identifieras som en person med cancer. Vissa menade att cancer inte passade in i deras bild av sig själva och försökte behålla normalitet genom att undvika att ge cancer utrymme i deras liv (Lally, 2010; Lally et al. 2012).

Många kände en oro kring hur deras kroppar skulle förändras av cancer och hur cancers skulle påverka deras femininitet. De funderade även på deras roll som sexuell partner och hur de själva skulle uppleva samlivet (Lally et al., 2012). Drageset et al. (2010) menar att vissa kvinnor förväntade sig en känsla av förlust efter den kommande kirurgin, då de skulle förlora en del av sin kropp. Andra kände tvärtom att de upplevde ovisshet kring att få behålla bröstet, då det oroade sig för om all cancer verkligen skulle försvinna (Drageset et al., 2011). Flera uttryckte även en sorg över en förlorad tillit som de tidigare haft kring sin hälsa (Lally, 2010).

Lally et al. (2012) exemplifierar att kvinnorna stärktes av att kunna lära sina barn om att inte vara rädda för cancer genom att vara en stark förebild. Det gjordes även genom att i det dagliga livet visa att de inte var offer, och genom att leva upp till den styrkan som andra kvinnor med bröstcancer visat upp. Många tog även tillfället i akt att upplysa andra kvinnor om vikten av mammografi (Lally, 2010).

Förändrat livsperspektiv

Lally et al. (2012) och Drageset et al. (2010) belyser tankar kring personlig förändring som uppstod efter beskedet. Vissa började träna, slutade röka (Lally et al., 2012) och vissa fann styrka i att hålla sig i god form genom exempelvis ändrad diet (Drageset et al., 2010). Att försöka se en mening med diagnosen som en möjlighet till att livet på ett nytt sätt beskrevs. Många menade att de såg livet som mer värdefullt än innan diagnos och valde att leva i nuet på ett annat sätt än de gjort tidigare. Materiella ting blev mindre viktiga och många blev mer selektiva med vilka de umgicks med och vad de valde att lägga sin tid på. Många fann hopp i att de skulle växa som människor av denna erfarenhet (Drageset et al., 2011) och även utveckla ökad empati (Lally, 2010). Att fokusera på att göra saker som var positiva för dem beskrevs som viktigt, till exempel berättas att det upplevdes viktigt att vara ifrån jobbet då det gav dem tid att umgås med familjen och prioritera sig själva (Drageset et al., 2010; Lally, 2010). Inan et al. (2016) och Lally (2010) beskriver hur kvinnorna insåg att sådant som de tidigare hade oroat sig för ej längre var viktigt, och att hälsans värde blev tydligt för dem. Diagnosen sågs som en slags väckarklocka för att börja uppskatta livet och de personer som spelade roll i deras liv (Lally, 2010). Flera valde att tänka positivt genom att stärka tilltron till sin förmåga att hantera cancer och försöka förminska känslan av cancers påverkan (Ching et al., 2009).

Relationen till andra

Efter beskedet om bröstcancer befann sig kvinnorna i en situation där de behövde förhålla sig till cancer i relation till sin omgivning. Att berätta om beskedet för andra var ett svårt

moment för många men de sociala relationerna beskrevs som ett starkt och avgörande stöd. Även stödet från sjukvården framkom som viktigt. Ibland förekom dock situationer då omgivningens stöd föreföll som negativt.

Att berätta

Lally (2010), Drageset et al. (2011) och Inan et al. (2016) tar upp att kvinnorna erfor att berätta om diagnosen för närstående var den svåraste utmaningen, detta på grund av att de kände att diagnosen förändrat hur de såg på sig själva. De brottades med tankar kring hur de skulle berätta, vad de skulle säga och hur beskedet skulle komma att påverka de närstående (Drageset et al., 2011; Lally et al., 2012). Curtis et al. (2014) visar på liknande resultat i sin studie, då kvinnorna uppgav att ett av de största stressmomenten för dem var att berätta för närstående och hantera deras känslor. De kände ett behov av att skydda sin familj från sjukdomen och uttryckte vid flera tillfällen större oro för familjen än för dem själva.

Vissa upplevde det så svårt att berätta att de valde att bara berätta för någon enstaka (Dickerson et al., 2011; Drageset et al., 2011). Vissa avvaktade med att berätta för sina anhöriga så länge det var möjligt (Dickerson et al., 2011). För att mildra effekten av det allvarliga beskedet uttryckte många att de behövde hålla tillbaka sina egna känslor för att på så sätt skydda sina närstående (Curtis et al., 2014; Dickerson et al., 2011). Detta tar även Drageset et al. (2011) och Inan et al. (2016) upp, då nästan samtliga deltagare kände att de behövde vara starka för sin familjs skull och att vara uppmuntrande och ge stöttning. Att upprätthålla en positiv fasad för att mildra reaktionen för de som delgavs var något som många vittnade om (Lally, 2010; Dickerson et al., 2011). Vissa tog hjälp av andra familjemedlemmar som i sin tur fick berätta för andra (Dickerson et al., 2011).

Många kvinnor nämnde känslor av skuld och självkländer i relation till den smärta, sorg och ångest som sjukdomen vållade andra och att de inte ville vara en börda för sina närstående (Lally, 2010; Inan et al., 2014; Drageset et al., 2011; Curtis et al., 2014). Lally et al. (2012) tar upp att de som kände skuld över diagnosen tenderade att begränsa informationen om diagnosen till andra.

Vissa kvinnor pratade inte med andra om sin diagnos för att undvika att ta del av andras sympatier eller rädslor (Lally et al., 2012). De valde ofta att dölja sina känslor för att inte framstå som svaga och hjälplösa. Att hålla uppe stark fasad tillämpades också för att undvika att få oönskade reaktioner från omgivningen (Dickerson et al., 2011). Vissa kände dock att det inte var ett val att hålla en stark fasad, utan istället något som omgivningen påtvingade genom försök till uppmuntran eller att det var vad som förväntades av dem (Drageset et al., 2012; Beatty et al., 2008) Ett flertal menade att de medvetet förträngde sina känslor för att undgå reaktioner och frågor från andra (Drageset et al., 2010). Ibland undvek även vissa att prata om tankar kring framtida behandlingar och chans till överlevnad för att skydda sina närstående och för att upprätthålla en stark fasad (Lally et al., 2012).

Det sociala stödet

Goda relationer med familj och vänner var väldigt viktigt under perioden mellan diagnos och behandling (Drageset et al. 2010; Landmark et al., 2008; Dickerson et al., 2011). Närmsta familjen sågs som det viktigaste stödet för merparten kvinnor. Att veta att de alltid hade någon att vända sig till om de behövde var en stor trygghet; att känna att människor brydde

sig om dem (Drageset et al., 2012). Det sociala stödet av familjen var en stor bidragande faktor till att orka ta sig igenom perioden efter diagnos (Inan et al., 2014).

Flera kvinnor uppgav att de var vana vid att vara den som tog hand om familjen men att de nu kände sig tvungna att acceptera hjälp från andra (Dickerson et al., 2011; Lally et al., 2012). I studien av Lally (2010) beskrivs att många upplevde en sorg över en potentiell förlust av sin roll som omhändertagande då de mer och mer ofta behövde vara den som blev omhändertagen.

Vikten av att få vara sig själv utan att behöva låtsas att vara stark uttrycktes som viktigt. Att ha någon som lyssnade, att de fick lov att vara ledsna och de hade en axel att luta sig mot poängterades. Kvinnorna ville ha någon att ringa vid behov men uppskattade att själva inte behöva ta initiativet till kontakt utan att istället bli kontaktade av närstående. Övrigt stöd från anhöriga och kollegor upplevdes som positivt. Flera beskrev att de fick mer uppmärksamhet och omtanke än förväntat och att detta upplevdes som värdefullt att veta att människor i deras närhet tänkte på dem (Drageset et al., 2012).

Samhörighet med andra bröstcancerpatienter var också något som upplevdes som stärkande och gav en känsla av att inte vara ensam samt ökade deras personliga insikt (Lally, 2010; Landmark et al., 2008). Kvinnorna fann tröst i att veta att det finns många andra i samma situation (Drageset et al., 2010). De tog även stöd i höra om andra bröstcancerpatienter som övervunnit cancer. Att få stöd och information från andra patienter med bröstcancer uppfattades av många som positivt och som god stöttning (Drageset et al., 2012; Dickerson et al., 2011; Ching et al., 2009).

Stödet från sjukvården

Tillit till läkare och sjuksköterskor gjorde kvinnorna hoppfulla. Sjuksköterskan upplevdes som ett stort stöd för patienterna efter sjukdomsbeskedet, genom att hjälpa dem att förstå diagnosen och att inge hopp (Lally, 2010; Holmberg, 2014). Enligt Ching et al. (2009) menade vissa att de litade på informationen de fick från sjukvården vilket hjälpte dem att hantera sin situation. Många uttryckte behovet av ytterligare information från vårdpersonal efter att ha fått sjukdomsbeskedet. Det framkom som viktigt att vårdpersonalen var tillgänglig och hade förmåga att ge omsorg, stöd, tröst, trygghet och bekräftelse, samt att de kunde hjälpa patienter att skilja mellan fantasi och verklighet (Drageset et al., 2012, Dickerson et al., 2011). Holmberg (2014) påvisar att patienterna vände sig till sjuksköterskan för att få uppmuntran och för att ställa frågor och få ytterligare information.

Flera kvinnor hade behov att få ha personliga samtal med vårdpersonal. Vissa uttryckte dock att det var svårt att prata på telefon med vårdpersonal som de inte träffat tidigare. Det upplevdes det som viktigt att bli kontaktad av sjukvården som en del i omvårdnaden. Rädslan för att ha blivit bortglömd av sjukvården under närmsta tiden efter diagnos framkom och att ett telefonsamtal hade hjälpt, då behov av stöttning och omtanke fanns men initiativet till kontakt saknades (Drageset et al., 2012).

När stödet fallerar

Kvinnorna upplevde det som icke stöttande när andra blev för upprörda eller visade för mycket känslor angående bröstcancerdiagnosen och ogillade uppmärksamheten i och med människors medlidande (Dickerson et al., 2011). Det upplevdes skrämmande att för mycket

medömkan, sympati och medkänsla. Det gjorde dem sårbara och mer oroliga kring prognosen. Många upplevde en ökad oro av att se andra bli rädda av att höra om diagnosen, och det minskade deras förmåga till att hålla uppe ett starkt yttre (Lally, 2010)

Flera uttryckte även att det var jobbigt att cancer ofta hamnade i fokus i samtal med familj och vänner (Drageset et al., 2012). Det upplevdes som icke stöttande när närstående gav kvinnorna information och råd som de inte efterfrågat (Dickerson et al., 2011). När de kände att de hade förväntningar på sig från närstående att vara starka och hålla en fasad, upplevdes detta också som ett minskat stöd (Beatty et al., 2008). Vissa kvinnor upplevde att de blev utmattade av att ständigt behöva uppdatera närstående om sin situation (Drageset et al., 2011). Drageset et al. (2012) belyser den negativa upplevelsen av att vissa människor undvek dem efter diagnosen, samt att vissa upplevde att deras närstående såg på dem som ömtåliga eller döende.

Hantera situationen

Kvinnorna beskrev olika sätt att hantera den nya situationen. Många valde att isolera sig från information, tankar och omgivning genom att avskärma sig eller distrahera sig med olika aktiviteter. Flera valde att skriva ner sina erfarenheter och många vände sig till sin tro. Att på olika sätt ta kontroll över informationen var också ett sätt att hantera situationen.

Avskärma sig

Ett sätt att förhålla sig till diagnosen vara att kvinnorna fysiskt och mentalt separerade sig från sådant som påminde dem om cancer som en reaktion av ångest och rädsla. De undvek till exempel att ta del av information från andra, från tv eller internet som rörde cancer. De försökte undvika att tänka på cancer och förnekade att de hade drabbats (Lally, 2010; Lally et al., 2012). Drageset et al. (2010) beskriver att det vanligaste sättet att förhålla sig till diagnosen var att fokusera på nuet och att undvika hotfulla tankar och känslor eller som berörde problem som skulle kunna uppstå senare. Kvinnorna i studien av Inan et al. (2016) föredrog att inte träffa andra under den diagnostiska fasen då de upplevde det som en börda att behöva prata om cancer och att upprätthålla en fasad gentemot de närstående. Lally (2010) tar upp att vissa undvek att gå till jobbet eller till platser där de kunde bli påmind om sin diagnos.

Kontrollera tankarna

Kvinnor försökte hantera sin oro genom att förtränga svåra tankar och känslor och att istället tänka på något annat. Många valde och upplevde ett behov av att fokusera på hobbyer och aktiviteter som ett sätt att fly undan negativa tankar och tankar om cancer, samt att uppbära positiva känslor (Drageset et al., 2010; Lally, 2010; Lally et al., 2012; Dickerson et al., 2011). Att skriva dagbok var ett sätt att sortera tankar och känna en sorts kontroll över situationen (Dickerson et al., 2011; Lally, 2010; Lally et al., 2012). Detta nämns även i studien av Drageset et al. (2010) där flera uppgav att de skrev dagbok som ett sätt att uttrycka sina känslor och tankar. Deltagare i båda studierna menade att de upplevde att de skulle vara värdefullt för dem att kunna läsa dessa senare i livet.

Kontrollera informationen

Många kände ett behov av att kontrollera information kring sjukdomen, både för sig själva samt sin omgivning, som ett försök i att hantera sin ångest (Dickerson et al., 2011; Drageset et

al., 2010; Lally, 2010; Lally et al., 2012; Ching et al., 2009). Lally (2010) belyser också hur kvinnor på olika sätt valde att styra informationsflödet till andra angående sin diagnos för att känna att de hade kontroll över situationen. Kvinnorna i studien av Dickerson et al. (2011) insåg att de hade mycket att lära om sjukdomen, men behovet av mängden information varierade mellan dem.

Vissa sökte aktivt efter all information de kunde hitta om sjukdomen medan andra valde att avskärma sig från mer information än det som var absolut nödvändigt (Ching et al., 2009; Drageset et al., 2010; Dickerson et al., 2011). Drageset et al. (2010) beskriver att merparten av kvinnorna i studien endast ville ha den information som de ansåg vara relevant för stunden och när de upplevde sig vara redo att få den. De kände sig rädda och upplevde att de förlorade kontrollen om de fick för mycket information på en gång. Lally et al. (2012) påpekar att det även var av vikt hur själva informationen förmedlades för att undvika onödiga rädsla.

Av de som sökte information aktivt valdes att fokusera på källor som upplevdes som tillförlitliga, det vill säga information som kom direkt från vårdpersonal samt böcker. Kvinnorna tillhandahöll information från sjukvården, böcker, internet samt från familj och vänner med liknande erfarenheter (Dickerson et al., 2011). Vissa uttryckte ett behov av att ta del av all tillgänglig information på en gång (Drageset et al., 2010). Många sökte information kring behandling, återhämtning efter kirurgi, överlevnad samt tog del av andras erfarenheter av bröstcancer och kunde på detta sätt få en förståelse för både positiva och negativa utgångar av diagnosen (Lally, 2010; Lally et al., 2012; Ching et al., 2009).

I studien av Lally et al. (2012) påvisas att en svårighet var att kunna urskilja vilken information som var relevant och anpassningsbar för just deras specifika diagnos. Drageset et al. (2010) påpekar att kvinnorna upplevde det som positivt att få realistisk och stöttande information om cancer från sjukvården. Holmberg (2014) belyser att den initiala bilden av att cancer hängde samman med död men att den kunde avvärjas genom information från sjukvården om bröstcancers mångfald och chans till överlevnad. Vissa antog passiv roll och valde att lägga kontrollen över sjukdomen i någon annans händer. Genom att låta andra kontrollera och söka information lämnade de ifrån sig oron och beslutsfattandet (Lally et al., 2012; Dickerson et al., 2011; Ching et al., 2009).

Vända sig till sin tro

Flera kvinnor upplevde att deras tro växte och kände tillit till att den skulle hjälpa dem igenom situationen (Dickerson et al., 2011) Vissa fann sig tillfreds i att se diagnosen som en del av Guds plan (Lally, 2010; Lally et al., 2012; Dickerson et al., 2011). Många vände sig till Gud för att ge dem styrka vilket lugnade och hjälpte dem att kontrollera tankarna (Lally et al., 2012). Inan et al. (2016) beskriver att religionen hjälpte dem att känna hopp. Deras religiösa utövande ökade under den diagnostiska perioden, genom att exempelvis läsa Koranen och be till Gud. Liamputtong och Suwankhong (2015) skildrar hur kvinnorna upplevde att deras tro till Buddha hjälpte dem att oroa sig mindre och att acceptera diagnosen. De använde sig av bön och meditation, samt hade en stor tilltro till ödet. Ett stöd upplevdes av många i att de visste att människor bad för dem och att de kunde känna tillhörighet i sin församling (Dickerson et al., 2011).

Metoddiskussion

Ursprungstanken var att belysa hur vi som sjuksköterskor kan stötta patienter vid svåra sjukdomsbesked. För att kunna stötta patienter behövde vi veta vilka behov de har och vi ville därför studera deras erfarenheter av att få ett svårt sjukdomsbesked. Det blev dock svårt att hitta artiklar som behandlade detta utan att specificera en viss sjukdom. Bröstcancer valdes då det är en vanlig diagnos. Avsikten var att våra slutsatser skulle kunna vara överförbara till andra sorters svåra sjukdomsbesked, för att på så sätt kunna komma till användning för den grundutbildade sjuksköterskan. Samtliga deltagare i studierna beskrevs som kvinnor. Studierna tog inte upp om de med kvinnor menade det biologiska könet eller det kön som personen identifierade sig med. Vårt fokus låg dock inte på kön utan på erfarenheter av att få ett svårt sjukdomsbesked, hotet mot existensen och att stå inför en oviss framtid.

Två forskare förekom i mer än en artikel bland de som valdes till resultatet. Detta togs i beaktning vid sammanställning av resultatet och i de fall där studierna använt sig av samma urvalsgrupp valdes det att se dessa som "en" artikel i relation till de övriga artiklarna.

I de studier där samma forskare förekom belystes problemområdet ur olika perspektiv och resultaten ansågs vara relevanta och kunna stå för sig själva. Dessutom förekom olika medförfattare i de dessa artiklar vilket vi anser betryggar studiens användbarhet. Dock är vi medvetna om att det fanns risk att forskarens förståelse och tolkning påverkade resultaten i dessa artiklar och då samma forskare förekom fler än en gång kan detta ha påverkat vårt slutgiltiga resultat.

Ingen begränsning gjordes i sökningarna utifrån land, kultur eller socioekonomisk status, detta för att få ett så brett material som möjligt. Studierna som valdes till resultatet var gjorda i USA, Australien, Norge, Danmark, Thailand, Tyskland, Turkiet, Irland och Kina. Detta är länder med olika kulturer och socioekonomisk status. Då vi var ute efter en överförbarhet tror vi att valet av länder/kulturer i studierna är lämpligt då Sverige är ett mångkulturellt land och vårt val av studier innehöll en variation i kultur och ursprung.

Endast nyare artiklar valdes; den äldsta är från 2008 och nyaste från i år 2016. Detta för att få en så aktuell bild av forskningen som möjligt då forskningen inom bröstcancer gått framåt senaste åren vilket påverkar prognos och därigenom kunskap och erfarenheter av sjukdomen.

För att få ett så tillförlitligt resultat som möjligt valdes endast artiklar som, efter granskning med SBU:s modell för kvalitetsgranskning, hade en hög eller medelhög kvalitet. Detta tror vi bidrar till en säkrare kvalitet av vårt slutgiltiga resultat. I några fall behandlade artiklarna även perioden under och efter behandling men då det gick att härleda beskrivna erfarenheter till den avgränsade tidsperioden användes de delar av artikeln som var relevanta för syftet. Vi har dock insikt kring att en sådan tidsavgränsning ibland kan vara svår att urskilja, vilket skulle kunna innebära en påverkan på resultatet.

När artiklarna analyserades valde vi att först läsa dem var för sig för att fördjupa oss i innehållet. Därefter diskuterades artiklarnas resultat för att få en gemensam förståelse och föra diskussion kring områden där uppfattning eventuellt gick isär. Vid analysen framkom att våra uppfattningar om artiklarna överensstämde, vilket gjorde att analysen kändes realistisk. Dock är vi medvetna om att vi kan ha gått in med en omedveten förståelse som liknade varandras

vilket kan ha påverkat att vi båda tolkade resultatet på liknande sätt. Vid kodning av innehållet formades kodord som vi ansåg svara till innehållet. Dessa diskuterades noga för att ge en representativ kod. Vi är medvetna om att valet av kodord kan ha påverkat hur kluster och sedan teman sedan utformades.

Cinahl och PsychINFO valdes som databaser då vi ansåg dessa vara lämpliga för vårt valda ämnesområde. Några inledande sökningar gjordes i PubMed med samma sökord som i Cinahl och PsychINFO, samt sökningar med Mesh-termer. Inga lämpliga artiklar hittades dock då de var mer inriktade på medicin än omvårdnad och psykologi eller beteendevetenskap. Vi har förståelse för att valet att ej använda PubMed kan ha påverkat resultatet. Dessutom hittades ett fåtal artiklar i Cinahl som verkade stämma väl överens med vårt syfte men dessa gick inte att hämta via GU, vilket också kan ha påverkat resultatet.

Sökningarna som gjordes gav mestadels kvalitativa studier som resultat, samt att de kvantitativa som hittades var inriktade på en längre tidsperiod av sjukdomen än just den initiala perioden som vi avsåg studera. En jämnare fördelning hade kunnat stärka resultatet med relevans men då avsikten var att ta del av personliga erfarenheter ville vi fokusera på kvalitativ forskning i första hand.

En medvetenhet fanns kring risken för tolkning på grund av översättning från engelska till svenska. För att få en så korrekt översättning som möjligt slogs orden upp samt diskuterades vid osäkerhet kring deras innebörd.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom fyra teman som ansågs representera de erfarenheter som beskrevs från perioden mellan bröstcancerbeskedet och behandlingsstart. Dessa teman var: *Att få beskedet*, *Hotet*, *Relationen till andra* samt *Hantera situationen*. Följden i dessa teman kan ses som ett förlopp som kan vara användbart i omvårdnaden av patienten eftersom det kan relateras till krisreaktionens akuta faser. Det visade också på att erfarenheterna på flera sätt liknade varandras men även hur reaktionerna på diagnosen skilde sig åt på en individuell nivå. I resultatdiskussionen finns också detta förlopp, men diskuteras utifrån *Chocken*, *ovissheten och lidandet - ett svårt besked*, *Hotet mot existensen och ett förändrat livsperspektiv*, *Omgivningens påverkan - nätverkets betydelse* och *En period av väntan - leva med cancer*.

Chocken, ovissheten och lidandet – ett svårt besked

Det som framkom under temat *Att få beskedet* var att erfarenheterna vittnar om ett tillstånd av chock. Erfarenheterna beskrevs som bland annat dödsångest, kaos, överklighet, oro, rädsla och minnessvårigheter. Cullberg (2006) menar att patienten ofta under beskedet upplever ett inre kaos och att patienten kan ha svårt att minnas vad som sagts när samtalet är över. Vid personcentrerad vård skall man möta hela personen och inte bara sjukdomen för att kunna forma ett samarbete. Vården måste också anpassas efter patientens och vårdpersonalens resurser, expertis och mål (Ekman et al., 2014). Cullberg (2006) poängterar att viktig information ofta ges för tätt inpå ett chockartat besked, vilket resulterar i att informationen missas eller glöms. Vi tror att sjuksköterskans expertis är av stor vikt för att korrekt kunna återberätta den information som patienten inte varit i fas för att kunna ta till sig tidigare. Det är viktigt att tidigt ta del av patientberättelsen då den kan hjälpa vårdpersonal att förstå

patientens resurser, behov och symtom (Ekman et al., 2011). Genom att ta hänsyn till patientens reaktioner och upplevelser av samtalet, kan sjuksköterskan anpassa informationen på bästa sätt och ett partnerskap kan möjliggöras som kan lägga grunden för en personcentrerad omvårdnad. Ekman et al. (2011) belyser patientberättelsen som central, då den hjälper patienten att själv forma och ta kontroll över upplevelsen av sin sjukdom och den oro som uppstår.

Vi ser att sjukdomsbesked är inledningen på en kritisk period i patientens liv och att sjukvården spelar en stor roll i hur patienten kan ta sig an förändringen. Cullberg (2006) understryker vikten av att sjukvårdspersonal har kunskap om hur chocken påverkar patienten. Även Cullberg Weston (2001) menar att om sjuksköterskor känner till krismönstret kan det hjälpa till att förstå vad som händer och på så sätt ge ett bättre stöd, både till den drabbade och till anhöriga. Då resultatet visade att många hade svårt att ta till sig information vid beskedet, tror vi därför att det är viktigt att anpassa information utefter behov, samt att sjuksköterskan redan vid beskedet finns vid patientens sida som både ett fysiskt stöd och för att kunna hjälpa patienten att minnas det som sägs. Vikten av partnerskapet, som utgör en central roll inom personcentrerad omvårdnad, blir tydlig i denna situation. Denna tillämpning av personcentrerad omvårdnad tror vi möjliggör för ökad trygghet hos patienten, ger möjlighet till minskat vårdlidande samt ger sjukvården en större möjlighet att inge hopp hos patienten tidigt i sjukdomsförloppet. Eriksson (1994) ser vårdlidandet som ett onödigt lidande som bör undvikas och vi ser här att det kan undvikas genom att tidigt skapa ett partnerskap mellan patient och sjuksköterska.

Behovet av att ha ett stöd under beskedet framkom i resultatet, detta både med anledning av att chocken ofta innebär minnessvårigheter men också för att inte behöva vara ensam i en svår stund. En viktig del av stödet vid samtalet kunde ofta vara patientens närstående. Resultatet pekade på behovet av ha närstående med sig under beskedet. De anhöriga kan då tidigt få en ökad kunskap och förståelse för vad som sker för att kunna vara med och stötta den som är sjuk på bästa sätt. Detta är något som även Socialstyrelsen (2015) stödjer. Här ser vi vikten av att lindra lidandet genom att så tidigt som möjligt ta del av vad patienten önskar som stöd. Om patienten önskar ha anhöriga med sig kan det uppmuntras. Om patienten inte har anhöriga, eller inte önskar att ha närmast anhöriga med sig, behöver även detta tas hänsyn till. Att sjuksköterskan har lagt grund för ett förtroende är centralt för att patienten ska uppleva trygghet och stöd, och blir extra viktigt om patienten är ensam under beskedet.

Ytterligare en erfarenhet som visade sig var svårigheten att acceptera bröstcancerdiagnosen då många inte upplevde några fysiska symtom av sjukdomen i perioden mellan diagnos och behandlingsstart. Vanliga reaktioner var ilska mot sin kropp samt skuld och självkländer för att ha blivit sjuk. Cullberg (2006) tar upp att dessa reaktioner är typiska försvarsmekanismer i den akuta fasen av en kris. Detta stärker vår tanke om hur viktigt det är att sjuksköterskor har god kunskap om hur en kris kan te sig och vilka reaktioner och beteenden som kan tyda på att patienten är i en viss fas av krisen. Denna kunskap är ett bra redskap i partnerskapet som del i den personcentrerade omvårdnaden. Vi tolkar reaktionerna som delar av ett sjukdomslidande, som Eriksson (1994) menar kan uppstå när människor upplever skuld och självkländer för den sjukdom som drabbat dem. Sjukdomslidande ses ofta synonymt med ett kroppsligt lidande som smärta, men kan även vara själsligt vilket vi tycker är viktigt att uppmärksamma. Då bröstcancer ofta upptäcks via screening och inte för att personen själv har upplevt symtom (Socialstyrelsen, 2015), tror vi utifrån resultaten att diagnosen kan bli extra svår att acceptera.

Beskedet kommer abrupt och utan förvarning vilket vi tror sätter den drabbade i ett extra utsatt läge då hen kanske inte haft möjlighet att på något sätt förbereda sig mentalt.

Hotet mot existensen och ett förändrat livsperspektiv

Diagnosen sågs som hotfull. Deltagarna kände en ovisshet efter cancerbeskedet som gav upphov till flera negativa tankar, funderingar och oroande erfarenheter. Det fanns en rädsla för att cancer skulle sprida sig under tiden de väntade på behandling samt att de oroade sig för att de kunde ha metastaser i andra delar av kroppen. Med stöd i ICN:s etiska kod för sjuksköterskor som menar att sjuksköterskans uppgift är att inge hopp efter svåra besked, ser vi att detta kan göras genom samtal, information och stöttning. Att genomgå denna ovisshet kan ge upphov till stort lidande och kan upplevas som ett hot mot existensen. Ett lidande som vi ser delvis grundar sig i begränsad kunskap om den erhållna diagnosen samt erfaren dödsångest till följd av diagnosen. Sjuksköterskan kan här lindra lidande genom information anpassad för individen samt inge hopp hos patienten om framtiden. En stor oro låg kring den ovisshet som fanns rörande kommande behandling samt framtida kroppsliga förändringar. Vi ser detta som att det bekräftar ett behov av personcentrerad omvårdnad där personens berättelse är det centrala. Vikten i att lyssna till patientens berättelse stärks av Ekman, Norberg och Swedberg (2014) som menar att det lägger grunden för samarbetet mellan patient och sjuksköterska. Cullberg (2006) menar att upplevelsen kan innehålla starka ångestkänslor som medför ett behov av att förstå meningen med det som skett eller meningen med hela livet.

Självbilden förändrades i samband med ett cancerbesked. Det framkom att många inte ville definieras av sin cancer och att det var viktigt att få behålla en vardag för att ha en känsla av kontroll över situationen. Det framkom att individerna hade olika typer av behov vilket vi tycker stärker behovet av den personcentrerade vården eftersom den möjliggör att personen sätts i centrum. Ekman et al. (2011) påpekar att partnerskapet mellan patienten och sjuksköterskan kan ge en god uppfattning om patientens upplevelse av sjukdomen och utgöra en bra bas för att diskutera och planera vården. Hänsyn ska tas till patientens känslor, tro, preferenser, värderingar och hälsofrågor. Genom en tydlig och kontinuerlig dokumentation av patientens upplevelse av sin livssituation ges en förståelse för patienten och ger en förutsättning för att bedriva personcentrerad omvårdnad. Sjuksköterskan kan då hjälpa patienten att lindra lidande och känna trygghet i sin situation genom att hjälpa dem att forma sin vardag runt det som är viktigt för dem i denna stund. Redan i detta tidiga stadiet av bröstcancer upplevdes en oro kring cancers inverkan på kroppen och sexualiteten. Flera upplevde en rädsla för en minskad kvinnlighet i relation till kirurgi. Vi ser vikten av att redan i detta tidiga stadiet informera och vara tillåtande och lyhörd kring tankar och frågor som rör sexualitet och den förändrade kroppen.

Vid cancerbeskedet ställdes de drabbade inför en ny verklighet. Många uppgav att de såg livet på ett nytt sätt och som mer värdefullt än tidigare. Det framkom också att de blev mer medvetna om vad de valde att lägga sin tid på. Flera uppgav att de kände förväntan kring de erfarenheter de tog med sig efter att ha genomgått cancerbehandlingen. Det beskrevs inge hopp om att de skulle växa som individer samt utveckla ökad empati. Cancerdiagnosen uppgavs också vara en händelse som gav upphov till hälsosamma livsstilsförändringar såsom att sluta röka samt att lägga om sin diet. Detta tror vi speglar att det finns utrymme för hopp och positiv utveckling även i en svår situation. Liknande resultat ser Horgan, Holcombe och

Salmon (2010) i sin grundade teori där de tar upp tre positiva förändringar som är vanliga hos kvinnor med bröstcancer; en ökad tro på den egna förmågan, ett förändrat livsperspektiv och en ökad empati för andra.

Omgivningens påverkan – nätverkets betydelse

Att delge diagnosen till sin omgivning upplevdes som svårt och många uttryckte att de ville skydda sina närstående, vilket resulterade i stor stress. De valde ofta att dölja sina känslor genom att upprätthålla stark fasad inför familj och barn när de berättade för dem då de upplevde skuld och självkländer. Detta härleds till att vilja ge trygghet och tröst till sina nära. Här ser vi att sjuksköterskor kan hjälpa patienter att känna tröst och trygghet genom att tidigt informera om det stöd som finns enligt hälso- och sjukvårdslagens 2g § (1982:763) för anhöriga barn att få i sådana situationer. Att även inkludera nära anhöriga i samtal och omvårdnad redan i denna tidiga fas av sjukdomen är betydelsefullt. Om närstående ges stöd kan det upplevas som ett indirekt stöd även till patienten enligt Carlsson (2007), som i linje med våra resultat har sett att den som är cancersjuk ofta upplever sig själv som en börda. Det är därför viktigt att sjuksköterskor möjliggör för familjer att vara stöttande genom att kunna ge stöd åt närstående och svara på frågor för dem som behöver det. Att göra sjukvården tillgänglig och öppen skulle kunna underlätta för närstående att lättare klara av situationen. En svårighet var att gå från att vara den som tidigare varit stark och gett andra omsorg, till att nu vara i behov av vård. Detta kan ses som ett existentiellt lidande som det Eriksson (1994) beskriver som ett livslidande, då sjukdom, ohälsa och att vara patient berör hela livssituationen. Det kan innebära allt från hotet mot existensen till att inte längre kunna leva upp till den sociala roll som personen haft tidigare. Det var viktigt för patienterna att ha någon att prata med och att de fick lov att vara ledsna. För dem som inte har möjligheten att få den stötningen av sin familj ser vi att det är viktigt att sjuksköterskan istället finns för patienten att vända sig till. Genom patientberättelsen får patienten möjlighet att ge uttryck för sina upplevelser och partnerskapet uppmuntrar och stärker patienten att aktivt söka efter lösningar och möta problemen (Ekman et al., 2011).

Genom att relatera till andra personer med bröstcancer ingavs hopp. Att veta att det fanns andra personer som tidigare gått igenom en sjukdomstid med bröstcancer och att de övervunnit den gav styrka. Att få en positiv bild av prognosen för bröstcancer samt att få stöd och information direkt från de patienterna uppgavs som positivt. Denna kontakt är något som vi anser att sjukvården kan underlätta för patienter att få. Nätverk och stödgrupper ska presenteras för patienter och tillhörigheten möjliggöras. Wettergren (2007^b) belyser svårigheten cancerdrabbade kan uppleva av att ha fysiska och psykiska problem som inte omgivning förstår, och menar att det finns ett värde i att få prata med någon som tidigare behandlats för cancer.

Det framkom att information från sjukvården sågs som viktig i perioden mellan diagnosbesked och behandlingsstart. Utifrån de erfarenheter som skildrades sågs ett behov av att göra det tydligt att sjukvården finns tillgänglig när helst frågor uppstår. Resultatet pekade även på att det kunde upplevas svårt att via telefon ta kontakt med sjukvården utan att tidigare ha träffats. Att inbjuda till personliga samtal tidigt i sjukdomen för att etablera en god kontakt och skapa ett förtroende är grundläggande för personcentrerad vård. Detta stärks av Larsson, Palm och Rahle Hasselbach (2016) som menar att delaktighet och trygghet etableras hos patienten genom god kommunikation mellan vårdgivare och patient. Sjuksköterskan sågs som ett viktigt stöd när det gällde att förstå diagnosen och inge hopp. Här identifieras ett behov av

att få hjälp att skilja mellan vad som är verklighet och inte, när det behövs mer information eller finns behov av uppmuntran.

Det visade sig att allt stöd inte gav en positiv verkan. Det framkom att för mycket medömkan och sympati upplevdes som skrämmande och skapade en ökad sårbarhet och oro. Uppmärksamhet som kom ur omgivningens medlidande uppgavs ofta som negativ. Det uppgavs också som stressande att behöva uppdatera sin omgivning om diagnosen. I en studie av Lally, Hydeman, Schwert och Edge (2013) som belyser icke-stöttande sociala interaktioner påvisas att just överdrivna och överväldigande känslor hos andra som en faktor som bidrog till negativa erfarenheter hos deltagarna. I relation till detta tror vi att sjuksköterskan kan avlasta patienten genom att erbjuda sig att prata med anhöriga om patienten erfar det alltför betungande.

En period av väntan – att leva med cancer

Det framkom att distraktion och att avskärma sig var metoder som användes för att hantera beskedet om bröstcancer. Detta skedde både genom att fysiskt hålla sig ifrån sådant som påminde om cancer och genom att psykiskt stänga det ute tankar som upplevdes som skrämmande. Detta kan relateras till Cullberg (2006) som menar att under chock- och reaktionsfasen sker omedvetna psykiska reaktionssätt i form av försvarsmekanismer, som har till uppgift att minska upplevelsen av samt medvetandet om hot och fara.

Något som uppgavs i flera artiklar är att många valde att skriva dagbok som ett sätt att hantera situationen och ge uttryck för sina känslor. Detta ser vi kan vara en viktig och bra del att introducera för patienterna som ett redskap att använda för att stärka sitt mående. Sättet att hantera situationen skilde sig mycket från person till person. Det är av stor vikt att som sjuksköterska ta hänsyn till hur patienten verkar hantera sjukdomen i vardagen för att kunna anpassa omvårdnaden på individnivå.

Många blev hjälpta av sin tro efter att de fått bröstcancerbeskedet, både genom tron till Gud, bön, att andra bad för dem och att vara en del av en församling. Det speglar att detta är en viktig del för många i att hantera ett svårt besked. Vi tror att det är viktigt att sjuksköterskan har en medvetenhet kring den betydelse som tron har för många. Sjuksköterskan bör våga fråga om tro och religion, då detta kan vara det viktigaste verktyget för just den patienten, samtidigt som sjuksköterskan behöver vara medveten om att det kan vara en känslig och privat fråga samt vara lyhörd inför detta.

Information hade både en positiv och negativ inverkan på de som nyligen fått en bröstcancerdiagnos. Olika erfarenheter beskrevs och då även olika behov kring mängden information, vilken information och vilka informationskällor som användes eller som efterfrågades. Här ser vi att det är viktigt att var patient får den information som just den är i behov av. Patientlagen (SFS 2014:821) anger i tredje kapitlet att patienten har rätt till att få information om sitt hälsotillstånd. Informationen skall anpassas efter den individuella förmågan. Samma lag säger även att patienten har rätt till att avstå från information om hen så önskar det. Det blir tydligt hur betydelsefullt det är att sjukvården tar hänsyn till patientens inställning till information i mötet. Det framkom att patienter upplevde det negativt att få information som var missvisande och felaktig och här ser vi att sjukvården ska göra sig tillgänglig som en källa för säker och anpassad information. Genom partnerskapet sker ett samarbete mellan patient och vårdpersonal, där båda skall gå in med sin expertis (Kristensson

Ugglå, 2014). Sjuksköterskan kan därför här möta patientens behov av information och utefter patientberättelsen anpassa den. Sjuksköterskan kan även upplysa de patienter som gärna söker information själva om tillförlitlig och evidensbaserade källor som finns att tillgå via internet för att förhindra onödig oro.

Resultaten av litteraturstudien visar på betydelsen av att sjuksköterskan arbetar utifrån ett personcentrerat förhållningssätt för att kunna möta patienter efter ett cancerbesked med bästa förutsättningar för att kunna ge en god vård.

Slutsats

Att få ett bröstcancerbesked innebar nästan uteslutande en initial krisreaktion. Beskedet kom som en chock vilket ledde till svårigheter att uppfatta information och ett behov av stöd under samtalet framkom. Chocken förstärktes då diagnosen ofta mottogs utan upplevelse av fysiska symtom. Den nya verkligheten innebar känslor av en oviss framtid och rädsla för hur sjukdomen skulle påverka livet. Beskedet innebar därmed även ett förändrat livsperspektiv som gjorde att kvinnorna prioriterade hälsan och sina närstående framför allt. Familjen sågs som det största stödet för de allra flesta samtidigt som många kvinnor upplevde skuld gentemot sina närstående i och med sin sjukdom. Många fann även stöd hos andra som tidigare haft bröstcancer. Sjukvården utgjorde också ett viktigt stöd och var en viktig källa till information. Behovet av information varierade dock. Kvinnorna fann olika strategier för att hantera situationen. Informationssökande kunde ha både positiv och negativ inverkan på patienterna.

Resultaten av litteraturstudien visar på betydelsen av att sjuksköterskan arbetar utifrån ett personcentrerat förhållningssätt för att kunna möta patienter efter ett cancerbesked med bästa förutsättningar för att kunna ge en god vård. Perioden mellan besked och behandlingsstart är en tid då behovet av stöd, trots individuell variation, är stort.

Kliniska implikationer för sjuksköterskan

Genom att ha kunskap om och utbildning i krisens akuta faser kan sjuksköterskan få en bättre förståelse för vad patienten upplever och varför. Det är viktigt att sjuksköterskan är lyhörd och uppmärksam för vad det är patienten tar till sig av den information som ges, samt uppmärksamma varje persons individuella informationsbehov. Ett personcentrerat förhållningssätt kan möjliggöra en förståelse mellan patient och sjuksköterska, vilket kan användas som ett verktyg för att stötta och lindra lidande, inge trygghet, tröst och hopp hos patienten.

En kontaktsjuksköterska bör utses redan vid diagnostillfället, detta för att resultatet stärker att sjuksköterskan kan ha en viktig roll för patienter som får ett bröstcancerbesked. Detta kan tillgodose behov som stöttning under och efter samtalet, att ha en kontinuerlig kontakt samt att kunna få anpassad information. Det främjar en personcentrerad vård och kan leda till ett lindrat lidande.

Genom att vara närvarande när en patient får ett svårt sjukdomsbesked har sjuksköterskan kunskap om vad som sagts vid beskedet, vilket kan bidra till ökad förståelse mellan sjuksköterska och patient. Här krävs att sjuksköterskan har god kunskap om krisreaktioner

samt har god utbildning i hur samtal kan eller bör föras med patienter som befinner sig i akut kris. Genom att ta del av patientberättelsen och utveckla partnerskapet mellan sjuksköterska och patient kan omvårdnaden planeras. Detta kan stärka patientens upplevelse av trygghet och tillit till vården och samtidigt minska rädsla och onödig oro.

Genom att uppleva en god och trygg kontakt med sjukvården i form av ett partnerskap kan patienten bli mer mottaglig för information som kan ge tröst och hopp. Den kan förhindra ett lidande som kan uppstå om patienten har funderingar som förblir obesvarade eller istället får missvisande information från andra källor.

Sjuksköterskan kan vid behov tala med och informera anhöriga å patientens vägnar om diagnosen i de fall då den som är sjuk finner detta svårt. En överblick av patientens nätverk, eller brist på nätverk, ger också sjuksköterskan en möjlighet att upptäcka om patienten kan vara i ytterligare behov av stöd. Vi ser också att sjuksköterskan bör upplysa om stödgrupper för att möjliggöra samhörighet med andra som har fått eller har haft samma diagnos.

En tydlig del i resultatet var att många fann olika strategier för att hantera situationen, däribland att skriva dagbok. Detta är något som sjuksköterskan kan upplysa patienten om i ett tidigt skede av sjukdomen och uppmuntra till som ett sätt för patienten att hantera beskedet.

Vi tror att de kliniska implikationer som framkom i vår litteraturstudie kan vara överförbara vid andra cancersjukdomar, men även vid andra svåra besked där personens liv hastigt ändras.

Förslag till vidare forskning

Vi blev överraskade av att många upplevde positiva förändringar i samband med diagnosen, som att börja leva mer hälsosamt och se till vad som är viktigt i livet. Studier med kvalitativ metod, såsom intervjustudier eller fokusgrupper, tror vi kan ge intressanta och användbara resultat. Detta skulle kunna uppmärksamma vilka faktorer som påverkar till dessa positiva förändringar och hur sjukvården kan hjälpa patienter att lättare få ett positivt förhållningssätt till ett svårt besked.

Forskning kring ämnet behövs inom fler könstillhörigheter än endast vad som definieras som kvinnor utifrån ett biologiskt kön. Vi uppmärksammade att det nästan bara fanns artiklar som behandlade just kvinnor utifrån den biologiska könsnormens indelning, vilket inte är representativt för alla som drabbas av bröstcancer. Kvalitativa intervjustudier vore att föredra för att få ta del av tankar och erfarenheter. Jämförande studier där olika könstillhörigheters erfarenheter jämförs vid bröstcancerdiagnos skulle vara intressant för att se om omvårdnadsbehovet går isär mellan grupperna.

Referenslista

De referenser som är markerats med asterisk * är de artiklar som utgör resultatet.

- *Beatty, L., Oxlad, M., Koczwara, B. & Wade, T.D. (2008). The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: a qualitative study of patient, nurse and volunteer perspective. *Health Expectations*. 11. 331-342. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2008.00512.x
- Bergh, J., Brandberg, Y., Ernberg, I., Frisell, J., Fürst, C.J. & Hall, P. (2007). *Bröstcancer*. Karolinska Institutet University Press
- Carlsson, M. (2007). Psykosocial cancervård - en introduktion. I M. Carlsson (red.). *Psykosocial cancervård* (s.13-20). Lund: Studentlitteratur.
- *Ching, S. S. Y., Martinson, I. M. & Wong, T. K. S. (2009). Reframing: Psychological Adjustment of Chinese Women at the Beginning of the Breast Cancer Experience. *Qualitative Health Research*. 19(3). 339-351. DOI: 10.1177/10497309331867
- Cullberg, J. (2006) *Kris och utveckling. Samt Katastrofpsykiatri och sena stressreaktioner*. Natur och Kultur.
- Cullberg Weston, M. (2001) *När beskedet är cancer - en stödbok*. Wahlström & Wistrand.
- *Curtis, R., Groarke, A., McSharry, J. & Kerin, M. (2014). Experience of Breast Cancer – Burden, Benefit, or Both?. *Cancer Nursing*. 37(3). 21-30. DOI: 10.1097/NCC0b013e3182894198
- *Dickerson, S. S., Alqaissi, N., Underhill, M. & Lally, R. M. (2011). Surviving the wait: defining support while awaiting breast cancer surgery. *Journal of Advanced Nursing*. 67(7), 1468-1479. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05612.x
- *Drageset, S., Lindstrøm, T. C., Giske, T. & Underlid, K. (2011). Being in suspense: women's experiences awaiting breast cancer surgery. *Journal of Advanced Nursing*. 67(9), 1941-1951. DOI:10.1111/j.1365-2648.2011.05638.x
- *Drageset, S., Lindstrøm, T. C. & Underlid, K. (2010). Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *Journal of Advanced Nursing*. 66(1). 149-158. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05210.x
- *Drageset, S., Lindstrøm, T. C., Giske, T. & Underlid, K. (2012). "The Support I Need" - Women's Experiences of Social Support After Having Received Breast Cancer Diagnosis and Awaiting Surgery. *Cancer Nursing*. 35(6). 39-47.
- Ekman, I., Norberg, A. & Swedberg, K. (2014) Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (red) *Personcentrering inom hälso- och sjukvård - Från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber

- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindset, A., Norberg, A., Brink, E., ... Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care - Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 10. 248-251. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Liber Utbildning
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (red.). *Dags för uppsats - Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- *Goldschmidt Mertz, B., Envold Bistrup, P. & Johansen, C. (2012). Psychological distress among women with newly diagnosed breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 16. 439-443. DOI: 10.1016/j.ejon.2011.10.001
- *Holmberg, C. (2014). No One Sees the Fear – Becoming Diseased Before Becoming Ill – Being Diagnosed With Breast Cancer. *Cancer Nursing*. 37(3). 175-183. DOI: 10.1097/NCC.0b013e318281395e
- Horgan, O., Holcombe, C. & Salmon, P. (2010). Experiencing positive change after a diagnosis of breast cancer: a grounded theory analysis. *Psycho-Oncology*. 20. 1116-1125. DOI: 10.1002/pon.1825
- *Inan, F., Günügen, N. & Üstün, B. (2016). Experiences of Newly Diagnosed Breast Cancer Patients in Turkey. *Journal of Transcultural Nursing*. 27(3). 262-269. DOI: 10.1177/1043659614550488
- Ingvar, C. (2012). Bröstkirurgi. I R. Andersson, B. Jeppsson, & A. Rydholm (Red.), *Kirurgiska sjukdomar* (s. 253-266). Lund: Studentlitteratur.
- International Council of Nurses. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* (Svensk sjuksköterskeförening, övers.). Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. (Originalarbetet publicerat 2012) Från http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_swedish.pdf
- Kristensson Ugglå, B. (2014). Personfilosofi- filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (red). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård - Från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber
- *Landmark, B. T., Bøhler, A., Loberg, K. & Wahl, A-K. (2008). Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness* in association with *Journal of Clinical Nursing*. 17(7b). 192-200.
- *Lally, R. M. (2010). Acclimating to Breast Cancer - A process of Maintaining Self-integrity in the Pretreatment Period. *Cancer nursing*. 33(4). 268-279.

- *Lally, R. M., Hydeman, J. A., Schwert, K., Henderson, H. & Edge, S. B. (2012). Exploring the First Days of Adjustment to Cancer. *Cancer Nursing*. 35(1). 3-18. DOI: 10.1097/NCC.0b013e318227ca62
- Lally, R. M., Hydeman, J. A., Schwert, K. T. & Edge, S. B. (2013). Unsupportive Social Interactions in the weeks immediately Following Breast Cancer Diagnosis. *Journal of Psychosocial Oncology*. 31(4). 468-488. DOI: 10.1080/07347332.2013.798758
- Larsson, I., Palm, L. & Rahle Hasselbach, L. (2016) *Patientkommunikation i praktiken - information, dialog, delaktighet*. Andra uppl. Lund: Studentlitteratur
- *Liamputtong, P. & Suwankhong, D. (2015). Breast cancer diagnosis: biographical disruption, emotional experiences and strategic management in Thai women with breast cancer. *Sociology of Health & Illness*. 37(7). 1086-1101. DOI: 10.1111/1467-9566.12282
- Patel, R. & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder - Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Tredje upplagan. Lund: Studentlitteratur
- SBU. (2014). *Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik - patientupplevelser*, hämtad 19 oktober 2016, http://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_kvalitativ_forskningsmetodik.pdf
- Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (red.). *Dags för uppsats- Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (Vol. 2.) s. 97-100. Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen (2013). *Cancer i siffror 2013*. Hämtad 27 november, 2016 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19108/2013-6-5.pdf>
- Socialstyrelsen (2015, mars). *Nationella riktlinjer för bröstcancer*. Hämtad 17 november 2016, http://www.bro.org.se/bro/uploads/forbundet/dokument/nationella_riktlinjer_for_brostercancer_-_popularversion.pdf
- SFS 1982:763. *Hälso- och Sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Sköld Nilsson, A. (2011). *Bröstcancerboken - Från besked till färdigbehandlad*. Stockholm: Norstedts.
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2009). *Svensk sjuksköterskeförening om: Sjuksköterskans profession*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

- Tighe, M., Molassiotis, A., Morris, J. & Richardson, J. (2011). Coping, meaning and symptom experience: A narrative approach to the overwhelming impacts of breast cancer in the first year following diagnosis. *European Journal of Oncology Nursing*, 15. 226-232. DOI: 10.1016/j.ejon.2011.03.004
- Wettergren, L. (2007^a). Traumatisk kris vid cancer. I M. Carlsson (red.). *Psykosocial cancervård* (s.23-36). Lund: Studentlitteratur.
- Wettergren, L. (2007^b). Psykosociala interventioner I M. Carlsson (red.). *Psykosocial cancervård* (s.99-109). Lund: Studentlitteratur.
- Wiklund Gustin, L. (2014). Lidande - en del av människans liv. I F. Friberg & J. Öhlén, (red.). *Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt* (s269-292). Lund: Studentlitteratur
- Willman, A. (2014). Hälsa och välbefinnande. I A-K. Edberg & H. Wijk (red.). *Omvårdnadens grunder – Hälsa och ohälsa* (s. 27-42). Lund: Studentlitteratur

Bilagor

Bilaga 1. Söktabeller

Cinahl

| Datum Databas | Sökord | Begränsningar | Antal träffar | Lästa abstract | Granskade artiklar | Valda artiklar |
|------------------|---|----------------------------|---------------|----------------|--------------------|--|
| 161018 Cinahl | Newly diagnosed AND breast cancer AND experiences NOT treatment | 2010-2016 Peer reviewed | 14 | 4 | 3 | Inan et al. (2016) Drageset et al. (2011) Drageset et al. (2012) |
| 161019 Cinahl | Breast cancer AND newly diagnosed AND Coping | 2010-2016 Peer reviewed | 15 | 2 | 1 | Drageset et al. (2010) |
| 161020 Cinahl | Breast cancer AND Pretreatment period | 2010-2016 Peer reviewed | 3 | 3 | 2 | Lally (2010), Lally et al. (2012) |
| 161020 Cinahl | Awaiting surgery AND Breast cancer | 2010-2016 Peer reviewed | 7 | 2 | 1 | Dickerson et al. (2011) |

PsychINFO

| Datum Databas | Sökord | Begränsningar | Antal träffar | Lästa abstract | Granskade artiklar | Valda artiklar |
|---------------------|---|----------------------------|---------------|----------------|--------------------|---------------------------------------|
| 161028 PsychINFO | Diagnosis AND Breast Cancer AND Patient AND newly diagnosed NOT treatment | 2010-2016 Peer reviewed | 21 | 2 | 1 | Goldschmidt Mertz et al. (2012) |
| 161028 PsychINFO | Breast neoplasms AND experiences AND diagnosis AND qualitative NOT treatment | 2010-2016 Peer reviewed | 46 | 3 | 1 | Liamputtong & Suwankhong (2015) |
| 161109 PsychINFO | Breast cancer AND before treatment AND nursing AND care | 2010-2016 Peer reviewed | 21 | 1 | 1 | Holmberg (2014) |
| 161109 PsychINFO | Coping AND after diagnosis AND breast cancer AND experience | 2010-2016 Peer reviewed | 19 | 2 | 1 | Curtis et al. (2014) |

Artiklar funna via sekundärsökning: Beatty et al. (2008), Ching et al. (2009) och Landmark et al. (2008)

Bilaga 2. Översikt av granskade artiklar

| Artikel | Syfte | Metod | Resultat | Kvalitet |
|---|--|--|---|--------------|
| <p>Författare: Beatty et al. Titel: The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: a qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives Tidskrift: Health expectations Land: Australien Årtal: 2008</p> | <p>Identifiera orosområden och behov hos australiensiska kvinnor som nyligen diagnostiserats med bröstcancer.</p> | <p>Kvalitativ studie med Sju fokusgrupper bestående av bröstcancerpatienter, onkologisjuksköterskor och volontärarbetare inom cancervård</p> | <p>Olika psykosociala symtom och behov som bröstcancer kan leda till diskuterades och resulterade i fem identifierade områden: Hantera bieffekter, hantera förändrad självbild, stress- och förändringsreaktioner, hantera andras ohjälpsamma åsikter, förväntningar och känslor samt frågor kring överlevnad och utveckling.</p> | <p>Medel</p> |
| <p>Författare: Ching et al. Titel: Reframing: Psychological Adjustment of Chinese Women at the beginning of the breast cancer experience Tidskrift: Qualitative Health Research Land: Kina Årtal: 2009</p> | <p>Att undersöka vilka psykologiska faktorer som påverkar kvinnors copingförmåga i början av cancerupplevelsen.</p> | <p>Grounded Theory. 24 kvinnor intervjuades genom djupgående intervjuer</p> | <p>”Omformning” blev huvudkategorin i den grundade teorin som bildades. Fokus och Synsätt var förhållningssätt som användes. Kvinnorna antog fyra olika sätt att hantera sjukdomen på: ”Kämparanda”, ”Följa förloppet”, ”Ett stretande” eller ”Att uthärda”.</p> | <p>Medel</p> |
| <p>Författare: Curtis et al. Titel: Experience of Breast Cancer - Burden, benefit, or both? Tidskrift: Cancer Nursing Land: Irland Årtal: 2014</p> | <p>Undersöka erfarenheter av stress hos kvinnor med bröstcancer med hjälp av en Stress-Coping-modell.</p> | <p>Kvalitativ studie med tematisk dagboksanalys. 30 deltagande kvinnor med nydiagnostiserad bröstcancer</p> | <p>Vid diagnosen såg kvinnor bröstcancerntingen som ett hot eller en utmaning. Efter diagnos förekom andra stressorer och copingstrategier</p> | <p>Medel</p> |
| <p>Författare: Dickerson, et al. Titel: Surviving the wait: Defining support while awaiting breast cancer surgery. Tidskrift: Journal of Advanced Cancer Nursing Land: USA Årtal: 2011</p> | <p>Att beskriva vanliga åsikter, delade erfarenheter och sätt att ta del av det sociala stödet hos kvinnor i perioden mellan diagnos och behandling för bröstcancer.</p> | <p>Kvalitativ studie med narrativ analys genom tolkande fenomenologisk metod. 18 deltagande kvinnor.</p> | <p>”Överleva denna väntan genom att balansera behovet av stöd med att underhålla en hoppfull framtidssyn” blev ett övergripande mönster med sex länkade teman. Implikationer för sjuksköterskan togs fram för att kunna ge rätt information och stöd till kvinnor som just fått en bröstcancerdiagnos</p> | <p>Hög</p> |

| Artikel | Syfte | Metod | Resultat | Kommentar |
|--|---|---|--|-------------|
| <p>Författare: Drageset et al. Titel: "The Support I need"- Women's experience of social support after having received a breast cancer diagnosis and awaiting surgery. Tidskrift: Cancer Nursing. Land: Norge Årtal: 2012</p> | <p>Beskriva kvinnors individuella erfarenheter av socialt stöd under perioden mellan en bröstcancerdiagnos och kirurgi.</p> | <p>Kvalitativ studie med Semistrukturerade intervjuer. 21 deltagande kvinnor.</p> | <p>Tillgängligt stöd från familj och vänner hjälpte. Socialt stöd gav styrka men kunde även upplevas svårt och skrämmande. Kvinnorna behövde balans i sociala relationer. Viktigt med information från professionella, samt att kunna prata med sjukvårdspersonal</p> | <p>Hög</p> |
| <p>Författare: Drageset et al. Titel: Being in suspense: women's experiences awaiting breast cancer surgery. Tidskrift: Journal of Advanced Nursing Land: Norge Årtal: 2011</p> | <p>Undersöka kvinnors erfarenheter av att invänta kirurgi efter en bröstcancerdiagnos.</p> | <p>Kvalitativ intervjustudie. (meaning condensation method). 21 norska kvinnor med nydiagnostiserad bröstcancer</p> | <p>Fem funna teman: Att känna sig frisk men behöva anpassa sig till att vara sjuk, Väntan, Ovisshet, Att behöva berätta och existentiell medvetenhet var de teman som hittades. Maktlöshet vanlig känsla och att behöva berätta för närstående upplevdes som en stor börda</p> | <p>Hög.</p> |
| <p>Författare: Drageset et al. Titel: Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery Tidskrift: Journal of Advanced Nursing Land: Norge Årtal: 2010</p> | <p>Beskriva kvinnors copingstrategier i tidsperioden mellan bröstcancerdiagnos och kirurgi</p> | <p>Kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer. 21 norska kvinnor med nydiagnostiserad bröstcancer</p> | <p>Funna teman: Steg-för-steg, skjuta ifrån sig, försätta som vanligt, njuta av livet, Ta itu med känslor, förbereda sig för det värsta, Positivt fokus. Kvinnorna var väldigt medvetna om risken för att dö men samtidigt hoppfulla och optimistiska. Ville bli behandlade som vanligt. Det största målet för dem var att undvika att bli överväldigade av känslomässiga reaktioner.</p> | <p>Hög</p> |

| Artikel | Syfte | Metod | Resultat | Kommentar |
|--|---|---|--|------------------|
| <p>Författare: Goldschmidt Mertz et al. Titel: Psychological distress among women with newly diagnosed breast cancer. Tidskrift: European Journal of Oncology Nursing Land: Danmark År: 2012</p> | <p>Att utreda förekomsten av psykisk utmattning och utreda relaterade problem, samt vilka riskfaktorer som finns hos kvinnor med nyligen diagnostiserad bröstcancer</p> | <p>Kvantitativ metod Enkätstudie 343 deltagande kvinnor</p> | <p>77% av kvinnorna upplevde utmattning. Det vanligaste problemet var oro och nervositet.</p> | <p>Medel</p> |
| <p>Författare: Holmberg Titel: No One Sees the Fear - Becoming Diseased before becoming ill - Being diagnosed with breast cancer Tidskrift: Cancer Nursing Land: Tyskland Årtal: 2014</p> | <p>Att förstå den ihärdiga oron som finns kvar hos kvinnor med bröstcancer efter avslutad behandling.</p> | <p>Kvalitativ metod, observationsstudie på en onkologiavdelning samt intervjuer med 17 bröstcancerpatienter, 4 onkologer och 10 sjuksköterskor</p> | <p>Kvinnorna kände sig friska vid diagnos. Läkarens ord startade processen med att vara sjuk genom chocken som kom med beskedet. Sjuksköterskans roll var betydelsefull i att guida kvinnan ut ur chocken. Den initiala chocken vid diagnos kan ses som en integrerad del i hela upplevelsen av att ha haft bröstcancer.</p> | <p>Medel</p> |
| <p>Författare: Inan et al. Titel: Experiences of newly diagnosed breast cancer patients in Turkey Tidskrift: Journal of Transcultural Nursing Land: Turkiet År: 2016</p> | <p>Beskriva turkiska kvinnors erfarenheter under den diagnostiska perioden av bröstcancer.</p> | <p>Kvalitativ studie, Fenomenologisk ansats. Semistrukturerade djupgående intervjuer med 9 kvinnor</p> | <p>Fyra teman hittades: Att ta till sig bröstcancerdiagnosen, ovisshet, Undvikande och Hålla fast vid live</p> | <p>Medel/Hög</p> |
| <p>Författare: Landmark et al Titel: Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context Tidskrift: Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness Land: Norge Årtal: 2008</p> | <p>Undersöka hur nydiagnostiserade kvinnor med bröstcancer upplevde behoven sett ur en hälso- och sjukvårdskontext</p> | <p>24 veckors kvantitativ studie Kvalitativ metod Fokusgrupp som träffades vid sex tillfällen bestående av 7 kvinnor</p> | <p>Två kategorier av behov hittades: Behov av kunskap och Behov av psykosocialt stöd. Det finns ett behov av att ha ett känslomässigt och socialt perspektiv ur sjukvårdens perspektiv.</p> | <p>Medel</p> |

| Artikel | Syfte | Metod | Resultat | Kommentar |
|---|--|---|--|--------------|
| <p>Författare: Lally et al. Titel: Exploring the first days of Adjustment to cancer - A modification of acclimating to breast cancer theory Tidskrift: Cancer Nursing Land: USA Årtal: 2012</p> | <p>Utöka kunskapen om upplevelser i perioden innan cancerbehandling startar samt att definiera och utveckla teorier kring fynden från en tidigare studie (Acclimating to breast cancer.)</p> | <p>Kvalitativ studie bestående av 45 semistrukturerade intervjuer med 26 amerikanska kvinnor.</p> | <p>Resultaten från Lally (2010)(Se nedan) utökades med två nya kategorier och flera kategorier utökades. Nytt blev ”Att söka och vara öppen för kunskap” och ”Rädsla för det okända”. Flera underteman utökades med mer information.</p> | <p>Hög</p> |
| <p>Författare: Lally, R.M. Titel: Acclimating to breast cancer - A process of maintaining self-integrity in the pretreatment period Tidskrift: Cancer Nursing Land: USA Årtal: 2010</p> | <p>Utveckla en grundad teori för perioden mellan diagnos och behandling genom att titta på processer och beteenden hos kvinnor med bröstcancerdiagnos.</p> | <p>Kvalitativ studie Grounded theory. Intervjuer med 18 amerikanska kvinnor</p> | <p>Hotat självbild var den största oron hos kvinnorna. De tacklade denna oro genom tre, tidsberoende stadier: ”Överblicka situationen”, ”Ta till handling”, och ”Det nya jaget.”</p> | <p>Hög</p> |
| <p>Författare: Liampottong & Suwankhong. Titel: Breast cancer diagnosis: biographical disruption, emotional experiences and strategic management in Thai women with breast cancer Tidskrift: Sociology of Health & Illness Land: Thailand Årtal:2015</p> | <p>Diskutera innebörden av och den känslomässiga erfarenheten hos kvinnor i södra Thailand av att få diagnosen bröstcancer.</p> | <p>Kvalitativ metod. Djupintervjuer och att beskriva känslor genom att måla.</p> | <p>Kvinnorna sammankopplade bröstcancer med döden, och upplevde kaos, chock, rädsla, hopplöshet och ångest. De hanterade detta genom ödestro och buddism.</p> | <p>Medel</p> |

