



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

KVINNORS UPPLEVELSE AV BRÖSTCANCER

En berättelseanalys

Anna Bengtsson & Cajsa Berntsson

Examensarbete:	15 hp
Kurs:	OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2018
Handledare:	Lars Engen
Examinator:	Nabi Fatahi

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Titel (svensk)	Upplevelsen av bröstcancer – En analys av narrativer
Titel (engelsk)	The experience of breast cancer.
Examensarbete:	15 hp
Kurs:	OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2018
Författare:	Cajsa Berntsson & Anna Bengtsson
Handledare:	Lars Engen
Examinator:	Nabi Fatahi

Sammanfattning:

Bakgrund: Varje dag drabbas 20 kvinnor i Sverige av bröstcancer och det är den vanligaste cancerformen bland kvinnor. Kvinnan som drabbats går igenom diagnostik och behandling som väcker många olika känslor som exempelvis sorg, oro och rädsla. Dessa känslor ställer stora krav på vårdens bemötande och eftersom detta är en vanlig diagnos kommer sjuksköterskan med största sannolikhet möta denna patientgrupp. **Syfte:** Syftet med studien är att beskriva känslor och upplevelser hos kvinnor i Sverige i åldrarna 30-50 år som drabbats av bröstcancer och genomgått behandling. **Metod:** Narrativ analys och tolkning av fem självbiografier av kvinnor som drabbats av bröstcancer. Böckerna valdes utifrån inklusions- och exklusionskriterier och lånades på Folkbiblioteken i Göteborg. Dessa fem böcker lästes, analyserades och tolkades för att komma fram till teman och subteman. **Resultat:** I resultatet presenteras sju huvudteman: Att leva med en förändrad självbild, Att möta vården, Att växla mellan en stark livslust och fullständig dödsångest, Känslor kring sin kropp i förändring, Omgivningen, Att hitta strategier för att hantera sin sjukdom och Att våga fortsätta leva. **Slutsats:** Genom att förstå kvinnornas känslor och upplevelsen av att drabbas av bröstcancer kan detta användas för att utveckla arbetet. Genom personcentrerad vård i mötet denna patientgrupp kan det förbättra vårdmötet och därmed också helhetsupplevelsen av att leva med bröstcancer.

Nyckelord: bröstcancer, upplevelsen, självbiografier, berättelseanalys, personcentrerad vård

Innehållsförteckning

Inledning.....	6
Bakgrund	6
Bröstcancer och symtom	6
Diagnostik	6
Behandling	7
En känslostorm	7
Tidigare forskning	8
Personcentrerad vård	8
Problemformulering	9
Syfte	9
Metod	9
Datainsamling	9
Urval	9
Dataanalys	10
Etiska överväganden	10
Resultat.....	10
Att möta vården	10
Positiva upplevelser	10
Negativa upplevelser.....	11
Känslor kring sin kropp i förändring	12
Att växla mellan en stark livslust och fullständig dödsångest	13
Att leva med en förändrad självbild	14
Identitet	14
Kvinnlighet	14
Omgivningen	15
Behovet av ett trygghetsnät.....	15
Att känna oro och skuld över att anhöriga blir lidande.....	15
Att hitta strategier för att hantera sin sjukdom	16
Att våga fortsätta leva	16
Att leva med en rädsla för återfall.....	16
Att känna skuldkänslor kring sin överlevnad.....	17
Diskussion	17
Metoddiskussion	17

Resultatdiskussion	18
Slutsats	20
Implikation för omvårdnad	20
Förslag på vidare forskning	21
Referenslista	22
Bilaga 1.	24
Bilaga 2.	25
Bilaga 3.	26

Inledning

Varje dag får cirka 20 kvinnor i Sverige beskedet att de drabbats av bröstcancer. Allt fler fall upptäcks dock tidigt och behandlingsformerna har blivit bättre vilket har gjort att chansen att överleva har stigit (Cancerfonden¹, 2018). Att drabbas av bröstcancer innebär en stor livsförändring både för kvinnan som drabbas och för närstående. När beskedet först kommit och behandling påbörjas handlar vardagen om att överleva och sedan övergår det allt mer till att anpassa sig till sin nya livssituation och hur kroppen har förändrats. För att stötta kvinnan och hjälpa henne framåt är kontakten med vården en viktig del där man ska skapa en förtroendefull relation och hjälpa kvinnan att få kontroll över vad som kan kännas som en övermäktig situation (Bäcklund, Sandberg & Åhsberg, 2016).

Bakgrund

Bröstcancer och symtom

Bröstcancer är den vanligaste formen av cancer hos kvinnor. De flesta kvinnor som drabbas är mellan 60-69 år när de insjuknar, men även män och yngre kvinnor kan drabbas av bröstcancer (Bäcklund et al., 2016). Tack vare att bröstcancer idag ofta upptäcks i ett tidigt skede samt att behandlingen blivit bättre är det idag större chans att bli botad från sin bröstcancer (Cancerfonden¹, 2018). Enligt Folkhälsomyndigheten (2018) är det trots detta 47 av 100 000 kvinnor som dör i bröstcancer varje år. Det finns olika former av bröstcancer. Ductal cancer är när cancern börjar i mjölkgångarnas celler och detta är den vanligaste formen. Lobulär cancer är när cancern har sitt ursprung i mjölkkörtlarna och i några få fall kan också cancern startat i bindväven mellan mjölkkörtlarna. Det kan också skilja sig väldigt mycket i hur snabbväxande cancercellerna är. Det vanligaste symtomet på bröstcancer är att känna en knöl i bröstet, andra symtom som kan uppstå är en knöl i armhålan, att bröstet blir hårdare eller större, att huden på bröstet rodnar eller blir indraget och det kan komma blod eller annan vätska från bröstvårtan, smärta och ömhet är däremot inte vanligt vid bröstcancer (Cancerfonden¹, 2018).

Diagnostik

Ofta upptäcks bröstcancer vid en mammografiundersökning innan det har gett några märkbara symtom (Bäcklund et al., 2016). Vid diagnostisering av bröstcancer används trippeldiagnostik; klinisk undersökning, mammografi/ultraljud och finnålspunktion (Bergh, Brandberg, Ernberg, Frisell, Fürst & Hall, 2007). Den kliniska undersökningen innebär att en läkare palperar bröst och lymfkörtlar samt studerar bröstens form och färg. Genom mammografiundersökningen kan man tydligt se skillnad på olika typer av vävnad, som exempelvis fett- eller tumörvävnad (Bergh et al., 2007). Ultraljudundersökningen används som ett komplement till mammografi för att närmare studera tumören (Bergh et al., 2007). Finnålspunktionen innebär att man suger ut celler från tumören och analyserar dessa för att säkerställa om det är godartade eller elakartade celler. Detta är en snabb och kostnadseffektiv metod som dock kräver kompetens i denna metod (Bergh et al., 2007). Cancern kan sedan också delas in i olika stadier beroende på hur stor den är samt om och hur mycket den har metastaserats (Cancerfonden¹, 2018).

Behandling

När diagnosen är fastställd påbörjas behandling. Den vanligaste behandlingen av bröstcancer är kirurgi (Bergh et al., 2007). Det blir också allt vanligare att man idag förbehandlar cancertumören med cytostatika eller antikroppar (Cancerfonden¹, 2018). Denna förbehandling är viktig om cancertumören är stor eller har stor spridning (Bäcklund et al., 2016). Operationen skiljer sig lite beroende på tumörens storlek eller hur många tumörer man hittar i bröstet men det är idag vanligast med bröstbevarande kirurgi (Cancerfonden¹, 2018). Bröstbevarande kirurgi innebär att endast den del av bröstet som tumören sitter i samt omgivande vävnad opereras bort. Denna typ av kirurgi i kombination med strålbehandling har visat sig vara lika effektiv som när hela bröstet opereras bort, så kallad mastektomi (Bergh et al., 2007). Under operationen identifieras också portvaktskörteln, vilken befinner sig i armhålan, som också opereras bort och undersöks under operationen (Bäcklund et al., 2016). Denna undersökning visar om canceren hunnit sprida sig eller inte (Bergh et al., 2007). Hittas inga tumörceller i portvaktskörteln avlägsnar man inga fler men om det finns tumörceller i portvaktskörteln avlägsnar man ytterligare ungefär tio stycken lymfkörtlar i armhålan. Efter operation är det vanligt med strålbehandling för att minska risken för återfall (Bäcklund et al., 2016). Den inleds då operationssåret är läkt och detta är ett komplement till operationen då syftet är att döda eventuella tumörceller som finns kvar i eller runt operationsområdet (Cancerfonden¹, 2018).

En känslostorm

Att få ett cancerbesked innebär ofta upplevelsen av en stor kris vilket väcker många olika känslor. Det kan vara känslor som exempelvis sorg, oro, förvirring, rädsla och nedstämdhet (Cancerfonden², 2018). Många kvinnor kan också uppleva en känsla av dödsångest kopplat till bland annat rädslan för att lämna sina anhöriga (Bergh et al., 2007). Eftersom bröstcancer ofta inte gett några tydliga symtom innan upptäckten kommer beskedet många gånger som en chock och kan vara svårt att acceptera både för patienten och för närstående (Bäcklund et al., 2016). Många kan också känna vrede och ställa sig frågan "varför just jag?" vilket kan leda till känslor av skuld. I denna känslostorm vill många personer hitta orsaken till varför just de drabbats av cancer och mycket ansvar läggs på individen då det ständigt dyker upp olika rapporter om att exempelvis kost och stress kan leda till cancer (Cancerfonden², 2018). En person som drabbas av en kroppslig sjukdom, som exempelvis bröstcancer, kan också uppleva att personens identitet och självbild förändras till följd av att personens kropp inte längre ser ut eller fungerar som den gjort tidigare eller att man inte längre kan leva sitt liv på samma sätt som tidigare (Håkansson, 2014). Det är inte heller ovanligt att man till följd av symtom eller biverkningar som är kopplad till antingen diagnosen och/eller den behandling man genomgår upplever så kallad *sjukdomslidande* (Wiklund Gustin, 2014). Det är därför viktigt för många kvinnor att de, trots sin sjukdom, får känna sig som sitt vanliga jag (Cancerfonden², 2018).

Detta ställer stora krav på vården men också personens anhöriga då stöd, tröst och medmänsklig värme blir som allra viktigast när en person genomgår en kris. Det är dock inte heller ovanligt att patienten själv blir den som tar ansvaret över att trösta sina anhöriga (Cancerfonden², 2018). För att kunna hjälpa patienten är det viktigt att personalen bygger upp en bra relation tidigt i skedet där patienten ges möjlighet att delge sina tankar, farhågor och förväntningar och att personalen lyssnar, uppmuntrar och stöttar (Bäcklund et al., 2016). Att förmedla tröst som vårdpersonal kan också innebära att vårdpersonal behöver förmedla

trygghet så att patienten inte känner sig ensam eller övergiven i den situation sjukdomen satt personen i (Santamäki Fischer & Dahlqvist, 2014). Trots att en annan persons lidande kan framkalla känslor av ångest, rädsla eller obehag för sjuksköterskan är det vårdpersonalens ansvar att vara i det svåra utan att alltid söka lösningar på det som upplevs jobbigt av patienten och på det sättet förmedla tröst (Santamäki Fischer & Dahlqvist, 2014).

Tidigare forskning

Williams och Jeanetta (2014) skriver att bröstcancer påverkar patienter både fysiskt och psykiskt och att upplevelsen är komplex med alla dess olika aspekter. Mycket förändras som exempelvis sin kropp, ork och möjligheten till livskvalité men man ställs också inför ett komplext känslolöslöpp som innebär att känslor som ångest, rädsla och sorg blir en stor del av personernas vardag. Williams et al. (2014) belyser också vikten av stöttning och att ett starkt trygghetsnät är en central del av att hantera allt detta.

Holopainen, Nyström och Kasén (2014) belyser att det ställs stora krav på vårdpersonal i mötet med en kvinna som drabbats av bröstcancer. Vårdpersonalen skall förmedla trygghet, förtroende och medmänsklighet. De skall också ge patienten tid att berätta sin situation och då ta sig tiden att aktivt lyssna. Det är också viktigt att vårdpersonalen vågar sätta sig in i kvinnans situation trots att den är fylld av ångest, oro och lidande och våga stanna kvar i detta samtidigt som man skall förmedla någon form av trygghet i sin medicinska kunskap som en form av hopp för kvinnan. De menar att detta är något som inte är helt lätt då vårdpersonalens egna rädslor kan leda till brister i mötet med dessa kvinnor (Holopainen et al., 2014).

Personcentrerad vård

En av sjuksköterskans kärnkompetenser är att arbeta med personcentrerad vård. Svensk sjuksköterskeförening (2016) skriver att en grundläggande del i den personcentrerade vården är att bara för att man är sjuk blir man inte sin sjukdom eller sina symtom utan man är fortfarande sin egen person och ska bemötas utifrån den. En central aspekt i den personcentrerade vården är att patienten ska vara delaktig i sin vård och att personalen aktivt lyssnar på patientens berättelse och utgår från denna (Eldh, 2014). Genom en tydlig dialog mellan vårdare och patient kan personalen få kunskap om personens erfarenheter, föreställningar och hur de ser på sig själva. Genom denna kunskap kan sedan vården individualiseras efter personens önsningar och behov (Snellman, 2014). Inom den personcentrerade vården är det också viktigt att främja hälsa utifrån vad som är hälsa för den enskilda personen, även detta kräver att sjuksköterskan lyssnar på personens egen tolkning av sin situation och ger den tolkningen lika stor giltighet som den professionella och gör personen till en jämbördig partner i vårdteamet (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Genom att personens tolkning av sin situation ges utrymme i planeringen och genomförandet av vården kan sjuksköterskan verka för att personen ska kunna leva det liv den vill trots sjukdom eller ohälsa genom att beakta både de fysiska, psykiska, sociala, andliga och existentiella behoven hos personen (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Forskning visar att detta förhållningssätt ger positiva effekter för patienten, som exempelvis minskad ångest och depression samt ökad tillfredsställelse med vården. Detta förhållningssätt ger också positiva effekter för vården i form av kortare vårdtider och minskad samvetsstress för personalen (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Problemformulering

Eftersom bröstcancer är en väldigt vanlig diagnos är detta en patientgrupp en sjuksköterska antagligen kommer att möta någon gång under sitt yrkesliv. Vi båda känner kvinnor, både i vår närmaste och yttre omgivning, som har drabbats av bröstcancer vilket ger oss erfarenheten av att bröstcancer är en sjukdom som innebär mycket lidande för patienten själv och dennes omgivning. Tack vare vår sjuksköterskeutbildning har vi också en del teoretisk kunskap om bröstcancer och vad sjukdomen innebär.

I tidigare forskning delas denna upplevelse oftast upp i olika delar som exempelvis fysiska eller psykiska besvär eller olika delar i sjukdomsförloppet som exempelvis cytostatikabehandling eller operation. Genom denna studie vill vi undersöka kvinnornas egna berättelser kring helheten av att drabbas av bröstcancer och aspekter som påverkar deras upplevelse kring hälsa och ohälsa. Denna kunskap krävs för att ge denna patientgrupp adekvat omvårdnad.

Syfte

Syftet är att beskriva känslor och upplevelser hos kvinnor i Sverige i åldrarna 30-50 år som drabbats av bröstcancer och genomgått behandling.

Metod

Valet av metod var narrativ analys och tolkning och gjordes då syftet var att beskriva personliga upplevelser från kvinnor med bröstcancer. Enligt Dahlborg-Lyckhage (2017) är självbiografier en bra källa att använda för att de ofta använder rikliga och detaljerade beskrivningar samt ger en bild av hur personerna själva upplever sina erfarenheter.

Datainsamling

Datainsamlingen påbörjades genom att en inledande sökning gjordes i databasen Libris. Denna gjordes för att undersöka om det fanns tillräckligt med material för att genomföra studien. Vidare gjordes en sökning i databasen GOTLIB Folkbiblioteken i Göteborg där sökord valdes ut med hjälp av en bibliotekarie. Sökorden som användes var *Bröstcancer* i kombination med *Biografi* eller *Patienter*.

Urval

Inklusionskriterier som användes var böcker som var skrivna på svenska, böcker som var självbiografier, att författaren skulle vara den som blev drabbad och vid insjuknandet vara mellan 30-50 år, böckerna skulle vara skrivna efter år 2000 och att böckerna skulle finnas tillgängliga att låna vid söktillfället. Exklusionskriterier var att de inte fick vara antologier, E-böcker eller ljudböcker. Första sökningen gjordes med sökorden *Bröstcancer* och *Biografi* med begränsningen utgivningsår mellan år 2000-2018. Denna sökning gav 16 resultat varav fyra böcker passade in på inklusions- och exklusionskriterier. Efter detta gjordes ytterligare en sökning. Sökorden var då *Bröstcancer* och *Patienter* med samma avgränsning. Denna sökning gav 15 resultat varav tio stycken var samma som i första sökningen. Av resterande böcker passade endast en in på våra inklusions- och exklusionskriterier. (Se bilaga 1. för sammanfattning av böckerna.)

Dataanalys

I analysen av berättelser menar Scott (2012) att det är med utgångspunkt från sin förförståelse analysen och tolkningen av texten görs vilket leder till en mer fördjupad förståelse för texten som läses. Thurén (2007) menar också att förförståelsen är något vi inte kan vara utan då det är detta som gör att vi kan förstå vår omvärld då allt vi tänker och tycker grundas i vår egen förförståelse. Förförståelsen som använts som utgångspunkt är utifrån egna erfarenheter som anhörig men också genom kunskap från sjuksköterskeutbildningen. Förförståelsen var att bröstcancer påverkar den drabbade och dess omgivning negativt och väcker många starka känslor samt att det tar lång tid att återhämta sig både fysiskt och psykiskt.

Böckerna lästes enskilt för att undvika påverkan av varandra i hur texten analyserades. Analysen innebar att meningsbärande enheter plockades ut från de olika böckerna och sammanställdes (Scott, 2012). Dahlborg-Lyckhage (2017) skriver att man till en början skall se texten som en helhet för att sedan dela upp texten i mindre meningsbärande delar. Detta gjordes genom att biografierna först lästes i sin helhet för att sedan läsas igen och då plockades meningsbärande enheter ut. Dessa enheter skrevs sedan ner utan vidare tanke på tematisering. De meningsbärande enheterna ska sedan tolkas och göras till en ny helhet (Scott, 2012). Dahlborg-Lyckhage (2017) beskriver att detta kan göras genom att delarna kodalas utefter likheter och skillnader vilket i sin tur skapar teman (Se bilaga 2 för exempel på kodning). Citaten från böckerna sammanställdes därför gemensamt i ett dokument där likheter och skillnader uppmärksammades och utifrån detta skapades olika teman och subteman (Se bilaga 3 för sammanställning av teman).

Etiska överväganden

Enligt Kjellström (2012) är det viktigt att beakta källan vid insamling av data och att denna källa inte ska komma till skada. I detta arbete är källan till insamlad data självbiografier vilket innebär att författarna själva har valt vad de vill dela med sig av och redan tagit ett beslut om att delge dessa erfarenheter med allmänheten. Därav ses inte något etiskt dilemma som hindrar användandet av dessa källor.

Resultat

I resultatet presenteras sju teman och åtta subteman (se bilaga 3). För att förstå upplevelsen av att drabbas av bröstcancer är dessa teman och subteman viktiga för att få en helhetsbild kring de känslor som sjukdomen medför.

Att möta vården

Positiva upplevelser

Tre av kvinnorna berättar om möten med vården vilket har gett dem positiva upplevelser för att de av olika anledningar känt sig speciella och sedda (Björkegren Jones, 2014. Andersson, 2004, Palmcrantz, 2011). Andersson (2004) berättar om möten och samtal där hon har känt sig stärkt efteråt och känner en trygghet genom att personalen visat på sin professionella expertis vilket kunnat lugna hennes oro. Hon beskriver också samtal där personalen har visat genuina känslor kring hennes sjukdomsprogress vilket har gjort att hon känner en trygghet i att de bryr sig om henne och hennes situation och hon beskriver vikten av en bra personkemi mellan vårdare och patient (Andersson, 2004).

”Anneli, sa hon med tårar i ögonen, det är inte ofta man känner en så här stor förändring efter en behandling. Hon flyttade sig alldeles intill mig, log som den varmaste sommarsolen och viskade till mig: - Och förresten, dina lungor var jättefina. Där brast det... Jag tror vi grät allihopa. Glädjetårar. Denna dag var och kommer säkert att förbli den lyckligaste dagen i mitt liv.” (Andersson, 2004. s.40)

Även Björkegren Jones (2014) beskriver samtal där personalen visat glädje över positiva nyheter vilket gjort att hon har känt sig omhändertagen och lyssnad på och hon uttrycker en tacksamhet till vården. Palmcrantz (2011) berättar också om möten med vården där hon känt sig speciell för att personalen lyssnat till hennes oro och rädsla och kunnat bemöta henne där hon är.

Negativa upplevelser

Trots att det presenteras positiva upplevelser av mötet med vården i böckerna är det flera av kvinnorna som beskriver möten med vården som gett en negativ upplevelse (Andersson, 2004. Björkegren Jones, 2014. Tenor, 2012. Titor, 2014.). Björkegren Jones (2014) beskriver i sin bok att bristen av information är en faktor som kan leda till att upplevelsen av vården blir negativ.

”På bröstcentrum berättade de att det inte alls är ovanligt, inte i deras värld, och tydligen vätskar det sig mer om man gjort cytostatikabehandlingen innan operationen. Tack, det hade jag velat veta innan. Det hade inte förändrat något, man är ju där man är. Men jag vill ha information. Jag vill veta mer och jag vill veta innan vad jag ska gå igenom för att kunna ställa in mig.” (Björkegren Jones, 2014. s.125)

Hon beskriver i texten att hon känner en frustration inför det faktum att hon inte fått tillräcklig information och egentligen inte över det faktum att hennes symtom varit påfrestande (Björkegren Jones, 2014).

Flera av kvinnorna har också upplevt möten där de har behandlats som en i mängden och de beskriver att de inte blivit bemötta som människor utan exempelvis siffror i någon statistik, som en uppgift personalen vill ha överstökad eller som något som helst inte skall ha varken tankar eller känslor (Björkegren Jones, 2014. Tenor, 2012. Andersson, 2004). Andersson (2004) beskriver ett möte med en läkare där det ställs rutinmässiga frågor och där hennes rädsla och skräck inte alls tas i beaktning utan bemöts istället med irritation från läkarens sida. En av kvinnorna beskriver också att hon kunde få känslan av att vara en i mängden och att hon var en uppgift personalen bara vill ha överstökad genom att personalen berörde henne med kalla och hårda händer (Björkegren Jones, 2014).

”Jag är känslig och säkert mer känslig nu än någonsin, men den känsla som jag hatar är när man blir undersökt och känner sig ovärdig. När någon tar i en på det där sättet man inte vill. När man så tydligt känner skillnad på händerna som rör en. När de bara vill få det överstökad, att man är en i mängden.” (Björkegren Jones, 2014. s. 80)

En annan orsak till att ett bemötande gett negativa upplevelser har visats sig vara brist av respekt för kvinnans integritet och att denna hotas vid utsatta situationer (Andersson, 2004. Björkegren Jones 2014.) Björkegren Jones (2014) berättar i sin bok om en undersökning hon varit med om där läkare inte respekterat hennes integritet.

”Jag låg ganska synligt där inne. Jag: Kan ni stänga dörren. Det är inte så trevligt. Jag ligger här naken. Så märkligt. De var ändå ganska unga, lite trist om de har blivit så blasé redan. Jag är visserligen patient, men jag är INTE sugen på att visa upp mig för alla som går förbi.” (Björkegren Jones, 2014. s.153)

I detta mötet var det läkare och sjuksköterskor som gick in och ut genom dörren till undersökningsrummet vilket gjorde att de till slut inte stängde dörren efter sig vilket upplevdes som väldigt kränkande för hennes integritet (Björkegren Jones, 2014). Även Andersson (2004) berättar om en annan typ av utsatthet hon upplevde vid rondan på sjukhuset när olika medicinska professioner omringat hennes säng där samtliga kan mer om hennes sjukdom än hon själv och därför inte riktigt vet hur hon skall vara eller vad hon bör säga.

”Så var det dags för rondan. Operationsläkaren med team samlades runt respektive säng och en viss oro spred sig i salen. Som patient känner man sig oerhört liten i den situationen.” (Andersson, 2004. s.46)

Tenor (2012) beskriver ett möte där flera olika aspekter spelar in för den totala upplevelsen kring mötet med en läkare som skall utföra finnålspunktion av hennes tumör. Läkaren bemöter inte alls hennes känslor vid detta tidiga skede av sjukdomsförloppet. Inte heller har han informerat henne tillräckligt om hur undersökningen skall gå till eller varför detta behöver göras och när hon ber honom att sluta respekterar han inte detta. Detta sammantaget ger Tenor (2012) en negativ upplevelse av vårdmötet.

”Väl där fick jag träffa en tämligen dryg läkare som inte kunde bemöta vare sig min skräck eller ångest, han grävde runt flera gånger med nålen i tumören, jag bad honom sluta efter första runtgrävningen men fick höra att det krävdes för diagnostiken.” (Tenor, 2012. s.19)

Känslor kring sin kropp i förändring

Alla kvinnorna har på något sätt berättat om känslorna kring sin kropp och hur den förändrats på grund av sjukdomen. Det är känslor kring sitt sjuka bröst, kroppens förändringar vid cytostatikabehandling och frånvaron av sitt bröst för de som genomgått den typen av operation (Andersson, 2004. Björkegren Jones, 2014. Palmcrantz, 2011. Tenor, 2012. Titor, 2014.).

Palmcrantz (2011) och Tenor (2012) beskriver en svindlande och panikartad känsla över att ha cancer i kroppen som något som eventuellt kan döda dem. I sin bok beskriver Tenor (2012) ofta en känsla av panik och rädsla kring att ha cancer närvarande i sin kropp som ett ständigt hot mot hennes liv och som när som helst skulle kunna förgöra henne. Denna känsla

resulterade ofta till att hon kände en vilja att själv skära bort sitt bröst för att få bort detta hot (Tenor, 2012).

”Jag grät och hulkade, kände paniken ta form, kände instinktivt att jag genast ville skära bort med kniv den tumör som var i min kropp och som ville förgöra mig” (Tenor, 2012. s.14)

Under cytostatikabehandlingen är det mycket som händer med kroppen och flera av kvinnorna beskriver olika kroppsliga förändringar på olika sätt. Tar man exemplet om att tappa håret till följd av cytostatikabehandling är det vissa kvinnor som känner rädsla inför att visa sig för familj och andra människor utan hår medan andra är bekväma med detta och med att bära peruk (Björkegren Jones, 2014. Andersson, 2004. Titor, 2014. Palmcrantz, 2011). Detta är också något som för vissa kvinnor förändras över tid som för exempelvis Titor (2014) som till en början inte ville visa sig skallig inför sin familj men som efter en tid inte längre tyckte det var något jobbigt. Björkegren Jones (2014) beskriver en annan typ av känsla hon upplever till följd av cytostatikabehandlingen där det är hela hennes kropp som har förändrats till det sämre.

”Dessutom är jag så himla blek, det är som om jag sakta suddas ut. Alla mina konturer, hela jag. Det är en sån obehaglig känsla. Vem vill vara konturlös? Jag känner mig som en sådan där slemmig, genomskinlig manet.” (Björkegren Jones, 2014. s. 91)

Tenor (2012), Andersson (2004) och Palmcrantz (2011) har genomgått en operation där hela det sjuka bröstet togs bort och de beskriver i sina böcker hur de kände kring detta. Både Tenor (2012) och Andersson (2004) känner en lättnad över att det sjuka bröstet nu är borta och känner både frid och lycka över att cancer och då också bröstet opererats bort.

”Jag vaknade till lite dimmig förstås men utan något som helst illamående. Det första jag gjorde var att känna på bröstet. Var det borta? Tänk om det av någon anledning fanns kvar. Med en otrolig lycka kände jag det kala, tomma området som förut var Dolly Partonliknande. Jag var fri – äntligen!” (Andersson, 2004. s.45)

Detta är något som skiljer sig från Palmcrantz (2011) känslor kring att operera bort sitt bröst. Hon beskriver i sin bok en känsla av obehag när hon vaknar upp efter operationen och ser det område där bröstet tidigare var och nu istället är täckt av förband med slangar som sticker ut. Hon beskriver det opererade området som något som inte är hon och något som är onämnt. Denna känsla förändras dock efter en tid och hon vänjer sig till slut vid att inte ha bröstet kvar (Palmcrantz, 2011).

Att växla mellan en stark livslust och fullständig dödsångest

Flera av kvinnorna beskriver att diagnosen väckt en stark livslust, att de vill ta vara på livet och uppskattar det på ett annat sätt än vad de gjorde innan de blev sjuka, men att de också samtidigt drabbas av en stark dödsångest som håller dem fast (Andersson, 2004. Björkegren Jones, 2014. Palmcrantz, 2011. Tenor, 2012.). Björkegren Jones (2014) beskriver att det är mycket i livet hon ännu inte har hunnit göra och som hon vill få uppleva och att hon vill ta vara på livet hon har och verkligen vara närvarande i det.

”Nu vill jag bara förädla mitt liv. Jag vill vara närvarande. Jag vill lyssna, se och vara med, sådär att det känns, inte bara slentrianmässigt.” (Björkegren Jones, 2014. s.209)

Samtidigt beskriver hon också att det fanns dagar där hon inte orkade göra någonting och bara grät av dödsångest över rädsla att behöva lämna de hon älskar (Björkegren Jones, 2014).

”Men många var dagarna när jag inte orkade, när jag grät förtvivlat och hade dödsångest. Inte så mycket för att jag skulle dö, utan för att jag kanske skulle lämna de jag älskar, det var jag rädd för. Jätterädd.” (Björkegren Jones. 2014, s.23)

Även Palmcrantz (2011) lyfter att hon lever här och nu och vill ta vara på det samtidigt som hon är rädd för döden och att hon inte ska få uppleva allt hon vill och få se sina barn växa upp. Andersson (2004) beskriver hur sjukdomen leder till en tacksamhet över att få leva som inte hade funnits där utan den. Livslusten beskrivs också av flera av kvinnorna som en vilja att kämpa och slåss mot cancern, att de inte är beredda att ge sig utan en kamp (Andersson, 2004. Björkegren Jones, 2014. Tenor, 2012.).

”-Din jävla cancer! Du ska inte tro att du får omkull mig.” (Andersson, 2004. s.15)

Att leva med en förändrad självbild

Identitet

Till följd av sjukdomen, dess behandling och eventuella biverkningar är det en del av kvinnorna som beskriver att deras identitet sätts på prov på olika sätt. (Björkegren Jones, 2014. Andersson, 2004. Titor, 2014). Björkegren Jones (2014) beskriver att sjukdomen har gjort att hon förändrat sitt sätt att se på saker och ting men den har också gjort att hon fått upp ögonen för vem hon själv är. Hon beskriver också i sin bok att hon fick påminna sig om att hon *har* cancer och att detta inte betyder att hon *är* cancer. Både Andersson (2004) och Titor (2014) beskriver att sjukdomen hindrar dem från att vara de personer de brukar vara. Att de inte längre har den ork som krävs för att vara den personen som hjälper andra, den som improviserar och hittar på roliga saker eller att vara den fru man tidigare varit till sin partner. Titor (2014) beskriver det som att vara en svagare kopia av sig själv.

”Det finns två saker som är jobbiga. Den ena är det här med hur jag nu tvingas se mig själv. Jag är inte längre den starka, den som alltid rycker ut och hjälper andra, skjutsar, bär, puttar på, ordnar. Jag är en svag kopia av mig själv.” (Titor, 2014. s.10)

Kvinnlighet

Björkegren Jones (2014) och Tenor (2012) är två kvinnor som i sina böcker reflekterar över deras kvinnlighet i samband med förlust av hår och ett av sina bröst. Björkegren Jones (2014) berättar att hon vägrar tro att hennes kvinnlighet sitter i sina bröst men samtidigt oroar sig då hon inte längre har det som många skulle se som kvinnliga attribut. Björkegren Jones (2014) berättar också att hon ganska tidigt i sjukdomsförloppet fick berättat för sig om de kvinnliga

krigarna som skar bort sina bröst för att bli tuffare krigare. För henne hjälpte det att fokusera mer på kampen för att överleva istället för förlusten av sina kvinnliga attribut. Denna inställning var något som överensstämde med vad Tenor (2012) beskriver i sin bok.

”Min kvinnlighet satt inte i bröstet - jag var mer intresserad av mitt överhuvudet varande - att få vara frisk och existera så länge som möjligt.”
(Tenor, 2012. s.44)

Omgivningen

Behovet av ett trygghetsnät

Att få hjälp och stöd av sin omgivning är något som flera av kvinnorna lyfter som viktigt för att orka ta sig igenom tiden av sjukdom. Det upplevs som viktigt både psykiskt och fysiskt för att kvinnorna ska orka ta sig igenom en vardag med behandlingar, barn och andra bestyr och måsten. (Andersson, 2004. Björkegren Jones, 2014. Titor, 2014.). Titor (2014) tar upp vikten av att våga be om hjälp och att inte behöva klara allt själv för att orka.

”Väl hemma ber jag min man ta barnen till ett kalas på söndagen – OCH hämta dem. – Visst, säger han. Tänk, det var inte svårare än så här. Att be om hjälp. Jag kan inte alltid klara allting själv, och det är bra.” (Titor, 2014. s.11)

Björkegren Jones (2014) beskriver en tacksamhet över att hon inte behövde gå igenom sjukdomen ensam och hur älskad hon kände sig när alla hennes vänner hjälpte henne. Hon tar även upp hur skönt det var att det alltid var någon med henne under behandlingar och möten i vården, både som en trygghet men också som någon som antecknade vad som sades för att hon skulle slippa det och bara kunna sitta och lyssna (Björkegren Jones, 2014). Andersson (2004) lyfter också hur tacksam det gjorde henne att hennes nära kämpade med henne genom sjukdomen och hur viktigt det var att hennes familj slöt upp för att stötta henne och hennes make och lyfte henne när hon rasade. Alla kvinnorna upplever dock inte familjen som en trygghet när de tar sig igenom sjukdomen. Tenor (2012) beskriver att hon inte berättade för sin mamma om sjukdomen för att hon visste att det istället skulle bli hon som skulle få trösta sin mamma, hon hade istället vänner som hjälpte henne i vardagen och med behandlingar.

”Min mamma var ovetandes - vad skulle jag säga till henne? Jag har cancer och kanske dör snart? Det kunde jag inte säga - alltså sa jag inget - hon är så nervöst lagd att hon skulle plågat ihjäl mig med sin egen ångest kring det här och då skulle jag inte ha orkat fokusera på min dotter och mig själv - vi hade nog med oss själva.” (Tenor, 2012. s.29)

Att känna oro och skuld över att anhöriga blir lidande

Trots att flera av kvinnorna känner behovet av ett trygghetsnät är det samtidigt kvinnor som lyfter upp känslorna över att anhöriga också påverkas av deras sjukdom. Kvinnorna är både rädda för att berätta om sjukdomen då de vet att deras anhöriga kommer att bli ledsna och kvinnorna är rädda för vad det kommer att sätta för spår i deras barns liv om de får veta att deras mamma är allvarligt sjuk. Kvinnorna är också rädda för vad som ska hända med och hur det skulle påverka deras barn och partner om de skulle dö och kvinnorna känner också en skuld

och att det är deras fel att deras anhöriga är ledsna. (Andersson, 2004. Björkegren Jones, 2014. Tenor, 2012.)

”Själva tanken på den oro, rädsla och sorg som min cancerdjävul orsakat andra människor gör ont ända in i märgen. Jag vill inte att människor som jag tycker om ska vara rädda och ledsna och oroliga för mig.” (Björkegren Jones, 2014. s.212)

Att hitta strategier för att hantera sin sjukdom

Många av kvinnorna hittar olika strategier för att hantera sin sjukdom och den nya livssituation de hamnat i. Flera av kvinnorna hanterar sjukdomen genom att försöka fortsätta leva livet som innan sjukdomen och ha kvar så många delar som möjligt av sin vardag. Det kan handla om rutiner som promenader, att fortsätta gå till jobbet och att fortsätta skoja om saker i vardagen (Andersson, 2004. Björkegren Jones, 2014. Palmcrantz, 2011. Titor, 2014.).

”Får jag spela Farmville nu? Jag hämtar genast datorn, allt som är vanligt och vardagligt känns som en räddning just nu.” (Palmcrantz, 2011. s.42)

Andersson (2004) ville prata mycket om sin sjukdom både med vänner och med andra i samma situation medan Titor (2014) försökte ha en normal vardag genom att inte berätta för alla om sin sjukdom vilket gjorde att hon inte behandlades annorlunda på något sätt. Några av kvinnorna försökte kontrollera vad de åt och hur de tränade för att ge kroppen bästa fysiska möjlighet till tillfrisknande samtidigt som de hade ett positivt tänkande kring framtiden (Andersson, 2004. Björkegren Jones, 2014. Titor, 2014.).

Att våga fortsätta leva

Att leva med en rädsla för återfall

Alla kvinnorna tar upp en återkommande rädsla för att cancer ska komma tillbaka. De har svårt att lita på att man blir helt frisk och känslan av att ha drabbats av cancer kommer de att leva med hela sina liv (Andersson, 2004. Björkegren Jones, 2014. Palmcrantz, 2011. Tenor, 2012. Titor, 2014.).

”Nu blev jag påmind om den här manteln som hänger över ryggen som ett litet hot.” (Palmcrantz, 2011. s.135)

Även om kvinnorna kommit förbi olika perioder i behandlingen beskriver Andersson (2004) hur rädslan fortfarande finns där och att vid varje krämpa eller sjukdomstecken kommer oron tillbaka.

”Jag tror jag har haft cancer på de flesta av mina kroppsdelar vid det här laget - i mina tankar vill säga.” (Andersson, 2004. s.71)

Att känna skuld känslor kring sin överlevnad

Tenor (2012) och Titor (2014) beskriver i sina böcker två olika typer av skuld kopplad till överlevnad. Tenor (2012) beskriver en känsla av skuld att hon överlevt denna diagnosen när många andra tyvärr inte gör det.

”Jag har fortfarande svårt att känna genuin glädje – lider en hel del av survival guilt – överlevnadsskuld – jag har mycket funderingar över varför jag ska klara mig när andra inte gör det.” (Tenor, 2012. s.68)

Titor (2014) beskriver istället en annan typ av skuld som är relaterad till att hon inte är gladare över att hon överlevt.

”Får se nu, säger hon. Du har kryssat i att du sällan är glad och att du nästan aldrig ler längre. Sällan glad, vad otacksamt, tänker jag och känner att jag blir röd i ansiktet. Hade jag vetat att hon personligen skulle gå igenom alla mina klagokryss, så hade jag aldrig svarat så, förstås. Nu skäms jag. Jag som blivit frisk och allt.” (Titor, 2014. s.40)

Diskussion

Metoddiskussion

Val av metod gjordes då biografier på ett bra sätt kunde besvara syftet och ge en helhetsbild av kvinnornas upplevelse. Även intervjuer hade kunnat vara en bra metod för att få svar på syftet men tidsbegränsningen i att skriva ett examensarbete och den extra tid som hade behövts läggas på att hitta intervjupersoner, genomföra intervjuer och sedan transkribera dem gjorde att denna metod valdes bort. En strukturerad informationssökning valdes bort då vetenskapliga artiklar ofta lyfter delar av upplevelsen vilket resulterar i att helheten går förlorad.

Syftet kan tyckas vara stort i förhållande till tidsbegränsning och storleken på arbetet men helhetsbilden var något som intresserade oss och hur detta kan tas tillvara inom vården. En tid in i arbetets gång upplevdes syftet ändå vara hanterbart och valdes därför hållas kvar. Syftet avgränsades istället genom tydliga inklusions- och exklusionskriterier. Valet av svenska böcker gjordes för att eliminera eventuella risker för feltolkningar och för att resultatet skulle vara direkt överförbart till den svenska vården. För att få kvinnornas egna upplevelser och tankar, utan större påverkan av någon annan, valdes bara böcker som var skrivna av den drabbade kvinnan själv. Kvinnorna skulle också vara mellan 30-50 år vid insjuknandet för att fånga upplevelsen hos en kvinna som befinner sig mitt i livet och allt vad detta innebär. Böckerna skulle också vara skrivna efter år 2000 för att få en så aktuell bild som möjligt samtidigt som antalet böcker inte blev för litet. Att ett inklusionskriterium var att böckerna skulle finnas tillgängliga att låna kan ifrågasättas då detta kan ha färgat resultatet samtidigt som arbetets begränsade tid resulterade till detta kriterium. Valet av antologier som ett exklusionskriterium gjordes då berättelserna i dessa böcker var väldigt korta och helheten kring hela sjukdomsförloppet gick förlorad.

I kvalitativa undersökningar är det inte nödvändigtvis kvantiteten på källor som är viktigt utan snarare källornas kvalité och att innehållet är rikt (Scott, 2012). Alla författarna har beskrivit

sina upplevelser på ett detaljerat sätt men på olika sätt. Självklart hade enstaka nya teman kunnat uppkomma om ytterligare böcker hade använts som källor men i sin helhet upplevde vi tillräcklig teoretisk mättnad efter dessa fem böcker. Detta innebär att ny information inte längre framkommer trots att fler källor skulle läggas till (Sandgren, 2017).

Enligt Scott (2012) är det genom förförståelsen en djupare kunskap kan uppstå kring texten. Men kan förförståelsen påverkat utplockandet av meningsbärande enheter? Vår förförståelse var att bröstcancer är något hemskt och jobbigt att drabbas av och att detta är en stor påfrestning för både kvinnan som drabbas och hennes anhöriga. Trots att samtliga böcker först lästs i sin helhet utan att plocka ut meningsbärande teman har vår förförståelse ändå medfört att vi lättare uppmärksammar vissa typer av upplevelser eller dess raka motsatser när detta beskrivs i böckerna vilket i sin tur färgat resultatet.

Vid granskning av arbetets kvalitet reflekteras det kring begreppen *trovärdighet*, *pålitlighet*, *bekräftelsebarhet* och *överförbarhet*. Trovärdigheten i arbetet stärks av att arbetet skrivits av båda författarna tillsammans samt att det under tiden granskats av handledare. Resultatet som presenteras är också trovärdigt och rimligt då det går i linje med tidigare forskning (Mårtensson & Fridlund, 2017). Genom noggrann reflektion och beskrivning kring vår egen förförståelse och tidigare erfarenhet under hela arbetets gång och hur detta påverkat datainsamling, tematisering och tolkning stärker denna studies pålitlighet. (Mårtensson & Fridlund, 2017) Bekräftelsebarhet uppnås i arbetet genom att analysprocessen är tydligt beskriven med exempel och att vi har eftersträvat att vara neutrala (Mårtensson & Fridlund, 2017). För att uppnå överförbarhet krävs att de tre tidigare begreppen, *trovärdighet*, *pålitlighet* och *bekräftelsebarhet* är uppnådda samt att resultatet är tydligt redovisat (Mårtensson & Fridlund, 2017). Resultatet behöver också enligt Mårtensson och Fridlund (2017) vara överförbart till andra grupper eller kontexter vilket kan diskuteras i detta fall. Samtliga kvinnor har exempelvis genomgått operationer där hela bröstet opereras bort vilket inte är det vanligaste vid bröstcancer och då inte heller representativt för hela gruppen kvinnor som drabbas av bröstcancer. Samtidigt kan det ändå vara överförbart i vissa delar av sjukdomsförloppet, som exempelvis känslor kring att få diagnosen, eller till andra allvarliga sjukdomar.

I denna studie har de etiska övervägandena inte varit speciellt omfattande på grund av att valda källor är kvinnor som själva redan valt att dela med sig om sina upplevelser och tankar kring bröstcancer.

Resultatdiskussion

Det är mycket som påverkar kvinnornas upplevelse av bröstcancer. I resultatet framkommer det att en stor del av kvinnorna beskriver upplevelsen av att leva med en förändrad självbild och hur detta påverkar deras identitet och sättet att se på sig själv som person och kvinna. Enligt Håkansson (2014) kan det i samband med en svår sjukdom vara svårt att fortsätta leva sitt liv på samma sätt som innan då sjukdomen medför att man inte har samma ork och att man inte längre känner sig som samma person. Många av kvinnorna beskriver denna sorgsna känsla av att inte längre vara samma person men det finns också kvinnor som beskriver att sjukdomen bidragit till en fördjupad insikt om vem man är och vad man tycker är viktigt i livet.

I resultatet framkommer det att alla kvinnor på något sätt har berättat kring mötet med vården och hur dessa upplevelser påverkat dem i sitt sjukdomsförlopp. Positiva upplevelser är ofta kopplat till att kvinnorna känner sig sedda och speciella i mötet med vårdpersonal medan kvinnornas negativa upplevelser påverkas av flera olika aspekter. Exempel på dessa aspekter är att bli sedd som en i mängden, brist på information och att personalen inte respekterar kvinnans integritet. Man kan se en tydlig koppling mellan vad som kännetecknade positiva upplevelser av mötet med vården och delar av vad som kännetecknar personcentrerad vård. En central del i personcentrerad vård är att se personen som en individ och lyssna på deras tankar och känslor (Eldh, 2014) vilket personalen i de positiva mötena lyckats med att förmedla. Holopainen et al. (2014) skriver att vårdpersonal kan förmedla trygghet och hopp genom sin medicinska kunskap, vilket tydliggörs i Anderssons (2004) beskrivning av ett av sina möten med vården. Holopainen et al. (2014) belyser också att vårdpersonal ska visa medmänsklighet i mötet med patienten. Resultatet av denna studie tyder på att kvinnorna uppskattar när vårdpersonal visar genuina känslor kring deras situation. På samma sätt som de positiva upplevelserna ofta går att koppla till personcentrerad vård kan man också se att bemötandet i de negativa upplevelserna ofta är motsatsen till personcentrerad vård. Resultatet visar att i dessa möten får de vårdande rutinerna styra behandlingen och patientens egna uppfattning av situationen får inte ta rättvis plats och patienten blir då inte en jämbördig partner.

På olika sätt involveras också kvinnornas omgivning i deras sjukdom. Resultatet visar att flera av kvinnorna känner ett stort stöd och behov av att deras familj och vänner involverar sig i deras sjukdom och upplever att de inte hade klarat sig utan det. Detta är också i enlighet med studien av Williams et al. (2014) som belyser att trygghetsnätet är en viktig del i att hantera sin sjukdom. Samtidigt oroar kvinnorna sig också över hur det påverkar deras anhöriga och känner en skuld över att göra dem ledsna vilket enligt Cancerfonden² (2018) kan leda till att kvinnan får ansvaret att trösta sina anhöriga. Dessa motstridiga känslor skulle kunna ge kvinnorna en inre stress, för de känner ett behov och vill ha sina anhöriga nära, samtidigt som de hela tiden påminns om hur situationen sårar dem och de har inte själva alltid ork, på grund av sin sjukdom, att trösta.

Utöver att beakta kvinnan som person lyfter Hebblethwaite (2013) begreppet relationscentrerad vård för att vården skall beakta behovet av ett trygghetsnät. Detta innefattar alla aspekter som personcentrerad vård innebär men tar också i beaktning att patienten befinner sig i relationer, exempelvis med sina anhöriga och närstående, som bör beaktas vid vårdandet av patienter. Detta skulle kunna vara av värde då resultatet i denna studie visar att kvinnans trygghetsnät ofta är en viktig del i att hantera sin sjukdom. Dock kan detta enligt Hebblethwaite (2013) vara svårt då den medicinska modellen för hur vård skall utformas fortfarande dominerar. Hon menar också att relationscentrerad vård kräver interprofessionella samarbeten vilket kan vara svårt då verksamheternas strukturer och policys försvårar detta arbete (Hebblethwaite, 2013).

I linje med Williams et al. (2014) framkommer det även i denna studies resultat att kvinnor som drabbas av bröstcancer upplever många olika känslor genom sjukdomens alla steg. På grund av sjukdomen är det många av kvinnorna som känner en stark livslust och vilja att ta till vara på livet samtidigt som de också kämpar med en ständig dödsångest. Många av känslorna kvinnorna upplever är också kopplade till kroppen och hur den förändras. Detta kan tolkas som en form av sjukdomslidande (Wiklund Gustin, 2014) då dessa känslor är en direkt följd av behandlingen de genomgår. Genom dessa känslostormar är det viktigt att vården finns

där för att stötta och trösta (Cancerfonden², 2018). Det är viktigt i dessa situationer att inte vara fokuserad på att endast hitta lösningar utan att vara i mötet med den lidande även om det kan väcka svåra känslor inom en själv (Santamäki Fischer & Dahlqvist, 2014). Det aktiva lyssnandet till patientens egna berättelse är en stor del av den personcentrerade vården vilket kan bidra till att sjuksköterskan tillgodoser patientens psykiska och existentiella behov (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016).

I resultatet framkommer det att kvinnorna valt att hanterat sin situation på olika sätt. Enligt Cancerfonden² (2018) är det viktigt att kvinnorna får känna sig som sitt vanliga jag vilket dessa kvinnor gjort genom att bibehålla sina vardagliga rutiner och försöka leva som vanligt med sin familj. Vissa kvinnor har hanterat sin sjukdom genom att lägga stort fokus på mat och träning. Det går att reflektera kring om detta val är utan påverkan av olika rapporter av vad som kan ge cancer. Nya rapporter om att viss kost och stress kan resultera i cancer publiceras frekvent. Enligt Cancerfonden² (2018) kan det ge kvinnor en känsla av att detta är orsaken till deras cancer. Eventuellt är detta anledningen till att några av kvinnorna väljer att hantera sin sjukdom genom kontroll av kost och träning men det kan också vara för att kunna ha kontroll över något när allt annat känns kaos.

När cancer är borta och behandlingen är över finns det en förväntan att kvinnorna ska uppleva glädje och lättnad. Resultatet visar dock att det inte är så enkelt. Kvinnorna får kämpa med en ständig rädsla över att cancer ska komma tillbaka vilket resulterar i en stor oro. Kvinnorna talar om att varje signal i kroppen som inte känns som vanligt leder till en rädsla och tro att cancer nu är tillbaka. Några av kvinnorna kämpar också med en känsla av överlevnadsskuld och en känsla av skuld över att inte vara mer glad över att blivit friskförklarad. För kvinnorna kommer livet inte att bli som innan sjukdomen men trots detta kan sjukdomen ändå ge goda erfarenheter som de bär med sig resten av livet.

Något som kan ses som en svaghet i denna studie är att böckerna som använts är kommersiella vilket innebär att böckerna ska kunna säljas. Detta kan påverkat innehållet i böckerna och vad som valts att lyftas fram då innehållet skall vara intresseväckande vilket kunnat innebära att vissa delar av upplevelsen förstärkts och andra delar valts bort. Detta kan ha en direkt påverkan på resultatet. För att stärka arbetets kvalitet hade en icke-kommersiell källa, exempelvis intervjuer, varit ett bra komplement.

Slutsats

I studien framkommer det att det är en komplex upplevelse att drabbas av bröstcancer då både fysiska, psykiska och existentiella faktorer påverkar kvinnans helhetsupplevelse. Resultatet visar på att varje kvinna är unik i sina upplevelser och känslor. Trots detta påvisar resultatet också att det går att se likheter i vad som är framträdande i deras berättelser. Därför är det viktigt att se helheten för att kunna ge denna patientgrupp adekvat omvårdnad.

Implikation för omvårdnad

Studiens resultat kan på många sätt kopplas till det kliniska arbetet. Då denna sjukdom innebär att kvinnorna tillbringar mycket tid inom vården gör det att bemötandet från vården blir en viktig del av upplevelsen av sjukdomen i sin helhet. Resultatet påvisar att personcentrerad vård ger positiva upplevelser för kvinnorna vilket talar starkt för att

sjukvårdspersonal bör arbeta utefter detta arbetssätt. Genom att arbeta personcentrerat kan man förmedla en känsla där kvinnan känner sig speciell och sedd. För många kvinnor är det också viktigt att kunna leva ett så normalt liv som möjligt. Genom ett personcentrerat förhållningssätt kan vården individualiseras för att möjliggöra detta. Flera av kvinnorna berättar också om vikten av att få adekvat information genom hela sjukdomsförloppet. Detta kan vara utmanande för sjuksköterskor då mycket kan kännas självklart när man arbetar med detta varje dag. Det betyder dock inte att detta är lika självklart för kvinnan. Genom att ge adekvat information kan detta enligt många av kvinnorna lindra mycket onödig oro, ångest och lidande.

Förslag på vidare forskning

Ett sätt för att använda detta resultat vidare hade kunnat vara att teman som presenteras i resultatet diskuteras i fokusgruppsintervjuer med kvinnor som själva drabbats av bröstcancer. Detta hade kunnat fördjupa kunskapen kring upplevelsen av bröstcancer och samtidigt kunnat stärka resultatet genom att påvisa om kvinnorna har samma upplevelser som resultatet eller om det skulle skilja sig.

Referenslista

Andersson, A. (2004). *När du blir "flintis" kan pappa köra mig till fritids då? Att leva med bröstcancer*. Eskilstuna: Anelia.

Bergh, J., Brandberg, Y., Ernberg, I., Frisell, J., Fürst, C. J., & Hall, P. (2007). *Bröstcancer*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press.

Björkegren Jones, K. (2014). *Jag vill fan leva*. Stockholm: Pocketförlaget.

Bäcklund, J., Sandberg, M., & Åhsberg, K. (2016). Bröst- och plastikkirurgi. I C. Kumlien & J. Rystedt (Red.), *Omvårdnad & Kirurgi* (s.346-354). Lund: Studentlitteratur AB.

Cancerfonden¹. (2018). *Bröstcancer*. Hämtad 2018-10-26, från <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/brostcancer>

Cancerfonden². (2018). *Efter cancerbeskedet*. Hämtad 2018-10-26, från <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/efter-cancerbeskedet>

Dahlborg-Lyckhage, E. (2017). Att analysera berättelser (narrativer) . I F. Friberg (Red.) *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (3 uppl., s. 171-181). Lund: Studentlitteratur AB.

Eldh, A. C. (2014). Delaktighet i rollen som patient. I F. Friberg och J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder – Perspektiv och förhållningssätt* (s. 485-504). Lund: Studentlitteratur AB.

Folkhälsomyndigheten. (2018). *Dödlighet i bröstcancer*. Hämtad 2018-11-29, från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/dodlighet-i-cancer/brostcancer-dodlighet/>

Hebblethwaite, S. (2013). 'I Think That It Could Work But...': Tensions Between the Theory and Practice of Person-Centred and Relationship- Centred Care. *Therapeutic Recreation Journal*, 47(1), 13-34.

Holopainen, G., Nyström, L., & Kasén, A. (2014). Day by Day, Moment by Moment - the Meaning of the Caring Encounter. *International Journal of Caring Science*, 7(1), 51-57.

Håkansson, C. (2014). Kroppslighet och kroppslig omvårdnad. I F. Friberg och J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder – Perspektiv och förhållningssätt* (s. 213-231). Lund: Studentlitteratur AB.

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbetet. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.421-438). (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur AB.

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

Sandgren, A. (2017). Grounded theory. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.355-373). (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur AB.

Santamäki Fischer, R & Dahlqvist, V. (2014). Tröst och trygghet. I F. Friberg och J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder – Perspektiv och förhållningssätt* (s. 297-321). Lund: Studentlitteratur AB.

Scott, C. (2012). Berättelser - narrativ analys och tolkning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.237-248). (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur AB.

Snellman, I. (2014). Vårdrelationer - en filosofisk belysning I F. Friberg och J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder – Perspektiv och förhållningssätt* (s. 439-462). Lund: Studentlitteratur AB.

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Personcentrerad vård*. Hämtad 2018-10-25, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf

Tenor, L. (2012). *Hope*. (1. uppl.) Norsborg: Recito.

Thurén, T. (2007). *Vetenskapsteori för nybörjare*. (2., [omarb.] uppl.) Stockholm:Liber AB.

Titor, M. (2014). *Kul med cancer: hur man tar sig igenom bröstcancer*. Stockholm: Gryf.

Wiklund Gustin, L. (2014). Lidande – en del av människans liv. I F. Friberg och J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder – Perspektiv och förhållningssätt* (s. 269-295). Lund: Studentlitteratur AB.

Williams, F., & Jeanetta, S. C. (2014). Lived experiences of breast cancer survivors after diagnosis, treatment and beyond: qualitative study. *Health expectations*, 19(3), 631-642. doi: 10.1111/hex.12372

Bilaga 1.

Sammanfattning av böcker

Titel	Författare/årtal	Förlag	Sammanfattning
Jag vill fan leva	Karin Björkegren Jones 2014	Pocketförlaget	Karin drabbas av inflammatorisk bröstcancer när hon är 48 år. Hon lever med sin man Ray och har en vuxen dotter. Under sin resa har Karin bloggat kring sina tankar och upplevelser och denna bok är baserad på dessa blogginlägg.
HOPE	Lotta Tenor 2012	Bokutgivning.se[distributör]	Lotta lever ensam med sin 10-åriga dotter. En dag hittar hon en knöl i sitt bröst som visar sig vara bröstcancer. I denna bok får vi följa Lottas resa som hon väljer att göra utan sin familj. Lottas resa skiljer sig från övriga biografier då hon själv är sjuksköterska.
När du blir "flintis" kan pappa köra mig till fritids då?	Anneli Andersson 2004	Anelia	Anneli drabbas av bröstcancer när hon är 39 år och när livet är som bäst. Hon lever med sin man och sin son. I sin bok försöker Anneli visa på att glädjen i livet går att bibehålla trots sjukdomen.
Bröstresan	Ulrika Palmcrantz 2011	Frank	Ulrika lever med sin man och sina tre söner. På en rutinkontroll hon egentligen inte tänkt att gå på upptäcktes hennes bröstcancer. Denna bok baseras på hennes dagboksanteckningar och man får följa hennes resa från diagnos till friskförklaring.
Kul med cancer	Monika Titor 2014	Publit[distributör]]	Monika lever med sin man och två barn. I denna bok får man följa Monikas resa där hon genom hela sjukdomen försöker att ha roligt och fokusera på det som är bra.

Bilaga 2.

Exempel på kodning

Citat	Kod	Subtema	Tema
<i>"Men jag vägrar tro att min kvinnlighet sitter i mina bröst eller i mitt hår. Vägrar, Vägrar."</i>	Vad är kvinnlighet?	Kvinnlighet	Att leva med en förändrad självbild
<i>"Det finns två saker som är jobbiga. Den ena är det här med hur jag nu tvingas se mig själv. Jag är inte längre den starka, den som alltid rycker ut och hjälper andra, skjutsar, bär, puttar på, ordnar. Jag är en svag kopia av mig själv."</i>	Tvingas se på sig själv annorlunda.	Identitet	

Bilaga 3.

Översikt av teman

Tema	Subtema
Att möta vården	Positiva upplevelser
	Negativa upplevelser
Känslor kring sin kropp i förändring	
Att växla mellan en stark livslust och fullständig dödsångest	
Att leva med en förändrad självbild	Identitet
	Kvinnlighet
Omgivningen	Behovet av ett trygghetsnät
	Att känna en oro och skuld över att anhöriga blir lidande
Att hitta strategier för att hantera sin sjukdom	
Att våga fortsätta leva	Att leva med en rädsla för återfall
	Att känna skuldkänslor kring sin överlevnad