



HÖGSKOLAN
I SKÖVDE

Institutionen för vård och natur

**Kvinnor som drabbats av bröstcancer före menopaus förändrade
livssituation och deras behov av stöd**

En litteraturstudie

**Women suffering from breast cancer before menopause changing
life situation and their need for support**

A literature review

Examensarbete i omvårdnad
15 Högskolepoäng
Vårterminen 2011

Författare: Jaqueline Fabricius
Petra Gustafsson

Handledare: Stina Thorstensson

SAMMANFATTNING

Titel:	Kvinnor som drabbats av bröstcancer före menopaus förändrade livssituation och deras behov av stöd
Institution:	Institutionen för Vård och Natur. Högskolan i Skövde
Kurs:	Examensarbete inom ämnet omvårdnad 15 högskolepoäng
Författare:	Fabricius, Jaqueline, Gustafsson, Petra
Handledare:	Stina Thorstensson
Sidor:	19
Månad och år:	Mars 2010
Nyckelord:	unga kvinnor, bröst cancer, stöd, familjerelation, depression

Den vanligaste cancer formen hos kvinnor är bröst cancer. Det är bara fem procent av kvinnorna som insjuknar som är under 40år. Pågrund av den låga siffran av unga kvinnor som insjuknar finns det anledning att tro att de har en annorlunda upplevelse av sjukdomen än de äldre kvinnorna. Det finns också anledning att tro att vården av dessa unga kvinnor inte är anpassad till kvinnornas ålder och livssituation. Syftet med denna studie är att undersöka hur kvinnor som drabbats av bröstcancer före menopaus påverkas i sin livssituation och vilket behov av stöd dessa kvinnor har. Studien bygger på en kvalitativ metod baserad på nio vetenskapliga artiklar. Resultatet visar att unga kvinnor känner sig missanpassade i vården av bröst cancer. De upplever att det inte finns någon vård till kvinnor i deras ålder. Det är svårt för dem att leva mitt uppe i livet med barn, partner och karriär samtidigt som man lever med diagnos och behandling av bröst cancer vilket för många leder till ett livslidande. Det är viktigt att belysa de unga kvinnornas upplevelser för att göra vården mer anpassad till dem. Kunskapen underlättar sjuksköterskans arbete med att se varje patient som unik och behandla varje patient efter det.

ABSTRACT

Title: Women suffering from breast cancer before menopause changing life situation and their need for support

Department: School of Life Sciences, University of Skövde

Course: Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Author: Fabricius, Jaqueline, Gustafsson, Petra

Supervisor: Stina Thorstensson

Pages: 19

Month and year: March 2010

Keywords: young women, breast cancer, support, family relation, depression

The most common cancer by women is breast cancer. There are only five percent of the women who get sick under the age of 40. Because of the small number of young women who get sick there is reason to believe that they have a different experience of the sickness than the older women. There is also a reason to believe that the care of these women is not adapted to the women's age and life situation. The aim of this study is to investigate how women with breast cancer before menopause are affected in their life situation and the need of support these women have. The study is a qualitative method, based on nine scientific articles. The results show that young women felt misfit in the care of breast cancer. They experience that there is no care for women in their age. It is difficult to live in the middle of life with children, partner and carrier during the diagnosis and treatment of breast cancer which for many women leads to a life suffering. It is important to illuminate the young women's experience to make the care more fitted to the young women. This knowledge facilitates nurse's work to see every patient as a unique person and treat them after that.

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Cancer	1
Bröstcancer	1
Välbefinnande.....	2
Lidande	3
Livslidande.....	3
Sjukdomslidande.....	4
Vårdlidande.....	4
Lidande vid bröstcancer.....	4
Stöd.....	4
Socialt stöd.....	4
Professionellt stöd.....	5
Nationella riktlinjer.....	6
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE.....	7
METOD.....	7
Datainsamling	7
Analys	8
Etiska överväganden.....	9
RESULTAT	10
Familjerelation.....	10
Relationen mellan kvinnan och partnern	10
Relationen mellan mamma och barn.....	11
Kvinnornas behov av olika sorters stöd.....	12
Familjestöd.....	12
Stöd till den enskilda patienten	13
Gruppstöd.....	14
DISKUSSION	16
Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion	17

Slutsats och kliniska implikationer	19
BILAGA I	23
BILAGA II	24
Artikelmatris	24

INLEDNING

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor, varje år diagnostiseras ca 7000 personer i Sverige. Vilket blir omkring 15-20 kvinnor som får diagnosen varje dag. Medelåldern vid insjuknandet är 64 år, kvinnor under 40 år som får diagnosen bröstcancer bedöms vara under 5 % (Cancerfonden, 2010). Under de senaste 45 åren har antalet kvinnor som insjuknar dubblerats. Bröstcancer är en vanlig sjukdom och det pratas ofta om den. I och med att det är relativt låg procent som insjuknar i ung ålder finns det skäl att tro att omvårdnaden till dessa patienter inte är anpassad till deras unga ålder och livssituation. Ofta befinner sig många av dessa patienter mitt uppe i livet med karriär och familj.

En ung kvinna som drabbas av svår sjukdom vid denna tid i livet behöver hjälp att klara av vardagen då det ställs höga krav på dem, främst då från kvinnorna själva. Det är inte sällan de unga kvinnorna lever i en familj med små barn och samtidigt ska klara av arbete, familj och hushåll. I detta stadium i livet blir cancerbeskedet en stor påfrestning och omställning för kvinnorna. Unga kvinnor har i allmänhet en aggressivare form av bröstcancer vilket leder till att de lider av mer problem och högre grad av depression än äldre kvinnor (Breaden, Rudge & Maddocks, 2002). Förändras livssituationen till följd av en allvarlig sjukdom uppstår ofta en kris för individen och hennes närmaste (Jahren-Kristoffersen & Breievne, 2005). De kvinnor som lever med små barn, lever i en helt annan situation jämfört med de äldre kvinnorna då de yngre kvinnornas barn i många fall är beroende av dem. I en människas liv finns både lidande och välbefinnande som en naturlig del. Drabbas en människa av en allvarlig sjukdom finns risken att hamna i ett lidande (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003).

BAKGRUND

Cancer

År 2004 diagnostiserades över 50 000 nya fall av cancer i Sverige, i slutet av 2004 fanns det 353 000 personer i Sverige som någon gång diagnostiserats med cancer. Av dessa är det 152 000 som fått diagnosen under de senaste fem åren (Talbäck, Hakulinen & Stenbeck, 2008). De vanligaste cancerformerna i Sverige 2007 var prostatacancer på 17,7% och bröstcancer på 14,1% (Socialstyrelsen, 2009a).

Bröstcancer

Bröstcancer delas in i olika former, den vanligaste formen är ductal cancer som börjar i mjölkgångarnas celler. Denna form av cancer upptäcks i de allra flesta fall vid en mammografi undersökning. Lobulär är den andra sortens cancer och den börjar i mjölkkörtlarna och den ger varken kliniska symtom eller diagnostiseras vid mammografi, utan diagnostiseras ofta vid bröstkirurgi av annan anledning.

Bröstcancer är ovanligt för kvinnor som är runt 20 år men från 30 år och fram till klimakteriet ser man ett stigande antal som insjuknar. Efter klimakteriet planar det ut för att sen öka

kraftigt på nytt för de äldre kvinnorna (Bergh & Emdin, 2008). Bröstcancer är idag en av de vanligaste orsakerna till död hos kvinnor i medelåldern i Sverige. Idag är överlevnaden tio år efter en bröstcancer diagnos, vilket motsvarar cirka 80 procent det är betydligt bättre än för fyrtio år sedan (Socialstyrelsen, 2010b).

Risikfaktorer för att utveckla bröstcancer är bland annat, tidig menstruations debut, p-piller i tidig ålder, kvinnor utan barn, de som inte ammat och att man kommer in i klimakteriet sent (Bergh et. al., 2007). En förändring i bröstet upptäcks ofta av kvinnan själv som uppmärksammar en knöl, eller med hjälp av mammografi undersökningar, alla förändringar i bröstet bör utredas med hjälp av trippeltest. Som ett första steg efter att man märkt en förändring görs en palpation av bröstet av en läkare, då bröst och lymfkörtlar känns igenom. Efter detta görs en mammografi undersökning där man lyser igenom bröstet och letar efter förändringar, man gör även en ultraljuds undersökning vid behov. Utöver detta tas slutligen ett vävnadsprov, även kallat biopsi, då så gott som alla cancerfall upptäcks (Bergh et. al., 2007).

Det finns olika former av behandlingar för bröstcancer, det vanligaste är kirurgi, idag använder man sig oftast av bröstbevarande kirurgi vilket innebär att man opererar bort den del där tumören sitter. Båda metoderna har visat sig leda till samma överlevnad, om bröstbevarande kirurgi kompletteras med strålning. Strålbehandling är ett komplement till kirurgin där strålningen dödar de cancerceller som kan finnas kvar i eller omkring området som opererats. I de fall då tumören är i ett så sent stadium att den inte går att operera, kan man börja med att stråla tumören för att den ska minska och avstanna i tillväxt för att senare kunna operera (Bergh & Emdin, 2008). Som tilläggsbehandling förutom strålning ges behandling med cellgifter och antihormonell behandling för att minska risken för att sjukdomen ska sprida sig. Cellgiftsbehandlingen är den behandling som ger mest biverkningar. Exempel på de vanligaste biverkningarna är illamående, kräkningar och håravfall. Men det förekommer även andra biverkningar som viktuppgång, slemhinnepåverkan, sterilitet och minskad sexlust (Ingvar, 2004).

Välbefinnande

Välbefinnande står för en känsla av välmående och välbehag (Eriksson, 1989). För att kunna känna välbefinnande är det viktigt att även kunna vara i lidandet. Välbefinnande kan ofta skapas med enkla medel, det kan vara att bli tilltalad vid namn, att någon stannar upp och ser patienten och bryr sig just i den situation hon befinner sig just nu (Dahlberg, et. al., 2003).

Det är naturligt att känna både välbefinnande och lidande i livet (Dahlberg, et. al., 2003). Oftast är det när en människa hamnar i ett lidande, hon uppmärksammar att hon saknar välbefinnande (Torunn Björk & Breievne, 2005a). Målet för all vård är att försöka förhindra lidande och i stället hjälpa patienten att känna välbefinnande (Dahlberg, et. al., 2003).

En människas upplevelser om hon känner sig sjuk eller frisk är individuell, två personer kan lida av samma sjukdom men uppleva den på olika sätt. Även om en människa ligger inför döden finns det möjlighet för denna att känna välbefinnande (Eriksson, 1988). Att känna

välbefinnande innebär att personen har det så bra som möjligt i den situation hon befinner sig i, vilket innebär både fysiskt och psykiskt (Jahren-Kristoffersen, et. al., 2005a).

Flera studier som gjorts visar att det finns åldersrelaterade skillnader i livskvalitet och anpassning till livet efter en bröstcancerdiagnos. Även fast de yngre kvinnorna i de flesta fall har bättre fysisk förmåga, är det de äldre kvinnorna som klarar sig bäst när det gäller emotionellt välbefinnande och vad gäller kommunikationen med familjen (Avis, Crawford & Manuel, 2003). Äldre kvinnor upplever att de har högre grad av emotionellt välbefinnande än yngre kvinnor med bröstcancer (Danahauer, Rutherford, Hurt, Gentry, Lovato & McQuellon, 2007). Även kvinnor med högre självkänsla rapporterar högre grad av välbefinnande (Bloom, Stewart, Johnston, Banks & Fobair, 2001).

Lidande

Ordet lidande används ofta för att beskriva en människas upplevelser av ångest, plågor och nöd. Det är däremot viktigt att påpeka att smärta inte är detsamma som lidande. Man kan uppleva lidande utan att uppleva smärta och tvärtom (Eriksson, 1994).

Lidandet kan beskrivas som en kamp mellan det goda och det onda. Ofta är lidandet förknippat med det onda och innebär alltid en kamp. Oro och ångest kallas oftast för ett lidande, vilket inte stämmer. En människa som lider kan ha ångest, det är dock inte samma sak. För att kunna övervinna sin oro och ångest måste man göra om dem till lidande. Lidandet är ett helt annat stadium än oro och ångest. I lidandet gäller det att antingen kämpa eller helt enkelt ge upp, hur en människa tacklar lidandet beror helt på vilket livssituation hon befinner sig då hon går in i kampen mot ett lidande. När kampen mot lidandet är som tuffast klarar människan oftast inte av att kunna visa sitt lidande för andra människor, det är en kamp om livet (Eriksson, 1994).

Lidandet måste ses och bekräftas med det menas att man måste ge lidandet tid och rum. Många gånger i det vardagliga sammanhanget förklaras lidandet bort, det slätas över. Det professionella bemötandet av lidandet innebär att man ger den lidande människan möjlighet att lida ut vilket innebär att man ger patienten möjlighet att uttrycka sitt lidande (Eriksson, 1994).

En människa kan uppleva lidande på olika sätt. Det finns olika typer av lidande, livslidande, sjukdomslidande och vårdlidande.

Livslidande

En människa kan uppleva ett livslidande i det dagliga livet. Ett livslidande är förknippat med hur en människa har det i vardagen. I dagens samhälle är det ofta förknippat med tillexempel stress (Dahlberg, et. al., 2003). Ett livslidande kan uppstå till följd av allt ifrån att något hotar en människas liv men det kan även uppstå till följd av att olika sociala uppdrag misslyckas. Livslidande är det lidande som hör ihop med livet, vad det innebär att vara människa i dagens samhälle (Eriksson, 1994).

Sjukdomslidande

Det lidande som en människa drabbas av genom sjukdom eller annan ohälsa kallas sjukdomslidande. Hur sjukdomslidandet upplevs kan bero på många olika saker, det är ofta förknippat med olika symtom som smärta, illamående, trötthet, yrsel och klåda (Dahlberg, et. al., 2003). Smärta är den vanligaste orsaken till lidande i samband med sjukdom, men sjukdom i sig behöver inte medföra smärta, och smärta behöver inte medföra lidande. Sjukdom och behandling kan även ge ett andligt och själsligt lidande. Vid sjukdom och behandling kan även ett andligt och själsligt lidande uppkomma på grund av vårdpersonalens handlande, då det i stället benämns som ett vårdlidande (Eriksson, 1994).

Vårdlidande

Vårdlidande är det lidande som drabbar patienter på grund av att vården brister (Dahlberg, et. al., 2003). Det kan bero på vårdpersonalens bristande kunskaper och kan många gånger uppstå till följd av omedvetet handlande (Eriksson, 1994). Ett exempel på när ett vårdlidande kan uppstå är när man som patient inte förstår vad som händer eller vad som kommer ske. När man inte förstår känner man sig utsatt och självkänslan kränks, vilket förnekar den lidande människan (Dahlberg, et. al., 2003).

Lidande vid bröstcancer

Forskning visar att kvinnor som drabbas av bröstcancer upplever en stark psykisk påfrestning, ångest och depression som avbryter vardagen och minskar livskvaliteten (Matthews & Cook, 2008). De yngre kvinnorna lider i större utsträckning av depression, negativ medverkan, trötthet, svårigheter med kroppsutfattning och sexuell dysfunktion. En känslomässig stress ses hos de kvinnor som fått förtidig menopaus till följd av behandlingen (Danahauer, et. al., 2007). Många kvinnor med bröstcancer känner sig oroliga för framtiden, då främst för att få ett återfall. För de yngre kvinnorna är oron och rädslan oftast kopplade till problem som att inte få leva tillräckligt länge för att få se sina barn växa upp (Dunn & Steginga, 2000).

Omvårdnaden är en viktig del i cancervården, när en person insjuknar i cancer drabbas denne även av ett lidande. Det lidande som personen drabbas av kan vara både fysiskt, psykiskt, existentiellt och socialt. För att kunna lindra lidandet på alla dessa plan är det viktigt hur vårdpersonalen bemöter den drabbade. Tydlig och kontinuerlig information, delaktighet i behandling och omvårdnad samt rådgivning och stöd anses vara mycket viktigt för patienten (Socialstyrelsen, 2010d). Det centrala för vårdandet är att lindra och förebygga lidande. Befinner man sig i ett lidande, på grund av en långvarig sjukdom är det fullt möjligt att kunna känna välbefinnande (Dahlberg, et. al., 2003).

Stöd

Socialt stöd

Det finns olika typer av stöd som alla har viktig del i vården till patienten. Socialt stöd utgörs av de personer man har runt omkring sig i vardagen. Dessa personer betyder något för

varandra både på gott och ont. Kvaliteten på nätverket beror inte på antalet personer eller hur ofta man har kontakt. Att ha en eller flera personer som betyder mycket, som man kan lita på och som stöttar när det behövs är det som är allra viktigast (Lislerud Smebye, 2005).

Socialt stöd består av fyra huvudgrupper emotionellt stöd, bekräftande stöd, informativt stöd och instrumentellt stöd. Emotionellt stöd – handlar om att finnas till hands och visa sig delaktig. Det innebär att man som lyssnare visar empati och genuint har ett intresse för personen och hennes problem. En god lyssnare avbryter inte och behöver inte alltid komma med råd. Bekräftande stöd – genom att patienten känner sig unik och sedd i den situation hon befinner sig i ger den stödjande personen patienten bekräftelse i situationen. Det är viktigt att inte se på patienten som ett fall eller en diagnos utan som en hel människa. Det är även viktigt att ge positiv respons vid framsteg. Informativt stöd – är att ge anvisningar, råd och information. Detta kan till exempel handla om hur man som patient ska sköta om sitt operationssår hemma. Det kan även vara information om diagnos och olika sorters behandlingar. Instrumentellt stöd – detta kan vara olika sorters hjälpmedel. Det kan även vara att bistå med praktisk hjälp vilket till exempel kan vara hjälp med städning och tvätt (Langford, Bowsher, Maloney & Lillis, 1997).

Socialt stöd har visat sig bidra till ökad personlig kompetens, känsla av stabilitet, bättre självkänsla, minskad ångest, ökat psykiskt välbefinnande och minskad depression (Langford, et. al., 1997). Patientens familj spelar en stor roll i det dagliga livet därför är det viktigt att man uppmärksammar och stödjer dem i deras roll som anhörig. Patienten själv kan i vissa fall ha svårt att tala om sina behov och känslor till sin familj och det är därför viktigt att man som sjuksköterska stödjer patienten i detta (Hupcey, 2001).

Professionellt stöd

Professionellt stöd utgörs av den vårdpersonal och det team som arbetar kring patienten (Hupcey, 2001). Det team som arbetar kring en cancersjuk är till exempel läkare, sjuksköterskor, kurator, psykolog, sjukgymnast/lymfaterapeut, arbetsterapeut och dietist. Ibland är cancerpatienterna i behov av stöd utöver det som ges, vilket bland annat kan vara i form av en sjukhuspräst. I vissa fall erbjuds även stöd och informationsgrupper och på vissa sjukhus erbjuds även föreläsningar och fysiska aktiviteter. För att kunna erbjuda patienten bästa möjliga vård måste man ta hänsyn till patientens individuella behov (Johnsson, 2007).

Sjuksköterskan har en viktig roll i att stödja svårt sjuka patienter. Det är viktigt att lyssna på patientens behov av stöd där kvalitet har en större roll än kvantitet när det gäller antalet tillfällen man ses. Det är viktigt att man som sjuksköterska tar vara på tillfällena och verkligen tar sig tid att lyssna på patienten så relationen mellan sjuksköterska – patient blir så bra som möjligt redan från början (Hupcey, 2001). Tillit är en del av den personliga relationen, både den som ger stöd och den som tar emot måste lita på varandra för att det ska fungera. I ett professionellt stöd behöver nödvändigtvis inte sjuksköterskan lita på patienten men det är av största vikt att patienten litar på sjuksköterskan. Patienten måste lita på att sjuksköterskan har den kompetens att kunna agera för patientens bästa i utsatta situationer (Hupcey & Morse, 1997).

I de flesta fall är svårighetsgraden av sjukdomen större för yngre kvinnor, därför krävs det en aggressivare behandling. Det är av största vikt att kvinnorna får professionellt stöd, de är oftast i sina produktiva år, håller samman en familj och är mitt uppe i arbetslivet där det ställs höga krav på dem. Professionellt stöd antas vara av största vikt vid stressande livssituationer som vid diagnos och behandling av bröstcancer. Desto bättre stöd en kvinna får, desto bättre är hennes psykiska hälsa. (Bloom, et. al., 2001). De yngre kvinnorna har oftast stort behov av stöd och information en tid efter att diagnos och behandling är avslutad då de ofta upplever en rädsla för återfall (McLachlan, 2009).

Nationella riktlinjer

Nationella riktlinjer finns upprättade för ett antal olika sjukdomar, ett av sjukdomstillstånden är bröstcancer. Riktlinjerna för god vård bygger på medicinska kunskaper och är anpassade till en hel grupp, därför måste hänsyn tas till varje enskild patient. Socialstyrelsen har tagit fram ett antal kvalitetsindikationer utifrån sex kvalitetsområden. De kvalitetsområdena utgör tillsammans definitionen god vård. De sex kvalitetsområdena är: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta varje patients behov på bästa möjliga sätt. Säker hälso- och sjukvård, förebygger aktivt skador. Patientfokuserad hälso- och sjukvård, ges med respekt och lyhördhet för varje enskild patients behov. Effektiv hälso- och sjukvård, utnyttjar tillgängliga resurser på bästa sätt för att nå uppsatta mål. Jämlig hälso- och sjukvård, ges och fördelas på lika villkor för alla. Hälso- och sjukvård i rimlig tid, innebär att ingen patient ska behöva vänta för länge på vårdinsatser.

Dessa sex kvalitetsområden ska uppmärksammas då de är mycket viktiga för sjukvårdens utveckling. Dessutom ska hälso- och sjukvården uppfylla kraven på god vård, vilket betyder att vara lättillgänglig, öka patientens delaktighet i vårdandet och hjälpa till att upprätta kontakt mellan sjukvård och patient. Det framgår ur hälso- och sjukvårdslagen att den person som är i störst behov av vård ska få det först, vilket betyder att prioriteringar behöver göras.

Prioriteringarna grundas på tre etiska principer, människovärdeprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Människovärdeprincipen går ut på att alla människor har lika värde. Prioriteringar får inte göras utifrån personliga egenskaper, ålder eller inkomst. Principen tar hänsyn till hur vården kan hjälpa den enskilde patienten i dennes situation. Den totala bedömningen av patientens behov avgör insatsen. Behovs- och solidaritetsprincipen går ut på att pengarna ska ges dit det finns störst behov. Principen tar hänsyn till de svagaste i samhället som kan ha svårt för att göra sina röster hörda. Kostnadseffektivitetsprincipen menar att pengar och personal ska användas på ett effektivt sätt. Är en behandling billig och även ger större hälsovinster ska naturligtvis den väljas (Socialstyrelsen, 2010c).

PROBLEMFÖRMULERING

Det innebär stor psykisk påfrestning för en ung kvinna att drabbas av bröstcancer. I många fall är kvinnan mitt uppe i livet med karriär, familj och barn. Det finns anledning att tro att unga kvinnors upplevelse av bröstcancer är annorlunda än äldre kvinnors. Vården bör vara

individ Anpassad, med detta menas att man ser till varje enskild patients livssituation och dess förutsättningar.

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie är att undersöka hur kvinnor som drabbats av bröstcancer före menopaus påverkas i sin livssituation och vilket behov av stöd dessa kvinnor har.

METOD

Metoden som valts utgår ifrån Friberg (2006) modell, att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i kvalitativ forskning. Med denna modell blir inblicken i kvinnornas livssituation större och bilden av kvinnornas behov av stöd och hjälp blir klarare. Vid användningen av kvalitativa studier, förbättras förståelsen för patienters lidande, upplevelser, erfarenheter, förväntningar och deras behov kan lättare uppmärksammas (Friberg, 2006). När en studie görs utifrån den valda modellen sammanställs tidigare forskning för att få bredare kunskap kring det valda området genom att identifiera vetenskaplig kunskap kan den realiseras till kunskap som kan användas praktiskt i vårdarbetet.

Datansamling

När data samlades in användes sökmotorerna CINAHL och Medline. Utifrån Friberg (2006) beskrivs vikten av att välja bra sökord, de ska väljas utifrån det valda problemområde och syfte. Ord som breast cancer, young women, family relation, support och depression användes. För att välja artiklar till studien användes inklusionskriterier, vilka var att artiklarna skulle vara vetenskapligt granskade, beröra unga kvinnor och i huvudsak handla om hur sjukdomen påverkar deras livssituation och handla om stöd. För att ytterligare avgränsa sökningarna avgränsades årtalen till 2005-2011 för att få fram de nyaste artiklarna. Fulltext lades till för att lättare komma åt artiklarna.

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal valda artiklar	Dubbla träffar
CINAHL	Breast cancer* AND young women* AND support*	7st	5st	0

CINAHL	Breast cancer* AND younger women* AND family relation*	2st	1st	1
MedLine	Breast cancer* AND younger women* AND depression*	6st	1st	0

Figur 1. Översikt av litteratursökning

Genom sökningarna hittades sammanlagt 15 artiklar, dessa lästes igenom och sju stycken valdes bort på grund av att de inte uppfyllde inklusionskriterierna. En artikel var med i både den första och andra sökningen, därför är det bara en vald artikel i den andra sökningen på grund av att den andra artikeln redan var vald i den första sökningen. Efter artikelsökningen gjordes en sekundär sökning där artiklarnas referenslistor granskades för att säkerställa att all forskning som berör studien kommer med, där hittades ytterligare två artiklar Friberg (2006). Dessa två artiklar uppfyllde inte kraven om att vara publicerade efter 2005, dessa används trots det, då de innehåller bra material och passar i vår studie.

För att bedöma de valda artiklarnas kvalitet användes Fribergs (2006) modell där det tas upp viktiga punkter vid granskningen av artiklarna. Det är viktigt att artiklarna har ett väl formulerat problem och syfte. Det ska framgå tydligt hur de har gått tillväga (metod) även framgå om deras syfte med studien blir besvarat i resultatet. Slutligen ska det även innehålla en metoddiskussion. Det är viktigt att göra en granskning av studiernas kvalitet för att undersöka om artiklarna innehåller det som författarna har avsett med studien (Friberg, 2006).

Analys

Till en början samlades artiklar in som såg ut att belysa det valda området, artiklarna granskades enligt Fribergs (2006) modell, där kontrollerades om artiklarna var av god kvalitet och om de studerade det som den avsåg att göra. När artiklarna som används i arbetet valts ut, gjordes en större granskning. Till en början lästes artiklarna flera gånger av båda författarna för att få en bättre överblick av materialet. Arbetet gjordes utifrån en helhet där alla artiklar gemensamt granskades för att sedan brytas ned till mindre delar där varje artikel granskades. När detta gjordes låg fokuset på artikelns resultat och olika nyckelfynd hittades. Med hjälp av dessa nyckelfynd kunde teman och subteman växa fram. Likheter och skillnader mellan de olika artiklarna jämfördes och de teman och subteman som återkom valdes ut. Materialet har sedan jämförts och sammanställts med studiens syfte där de teman och subteman som ska ingå i studien har växt fram (Friberg, 2006).

Etiska överväganden

Studien som genomförts har genom hela processen utgått från Medicinska forskningsrådets etiska riktlinjer. Vid en litteraturbaserad studie är det viktigt att tänka på att oredlighet i forskning inte får förekomma. Det är förbjudet att kopiera data eller forskning och presentera som sitt eget. Används data eller information från forskning är det viktigt att korrekt referenshantering följs, det är inte heller tillåtet att hitta på eller förvränga någon annans forskning. Enligt upphovsrättslagen (SFS 1960:729) får inte data framföras på ett sätt som kränker författaren, vilket betyder att det är förbjudet att förändra eller förvränga författarens verk så författarens material kränks. All fakta som är publicerad i studien är taget ur material som tidigare är vetenskapligt granskad, dessa riktlinjer har följts under hela forskningsprocessen.

RESULTAT

Under analysarbetet av artiklarna har två huvudteman och fem subteman växt fram, figur 2. Resultatet visar hur kvinnor som drabbats av bröstcancer före menopaus påverkas i sin livssituation och deras behov av stöd. Ett fåtal citat har använts för att styrka vissa delar av resultatet.

Temat	Subtema
Familjerelation	Relationen mellan kvinnan och partnern Relationen mellan mamma och barn
Kvinnornas behov av olika sorters stöd	Familjestöd Stöd till den enskilda patienten Gruppstöd

Figur 2. Översikt av teman och subteman

Familjerelation

När en kvinna får diagnosen bröstcancer, är det många som vill bevara familjen så som den varit. Många kvinnor kämpar med att vara öppna och ärliga mot sina barn, men samtidigt skydda dem mot de känslomässiga trauman som kvinnan och hennes partner upplever i samband med diagnosen. (Coyne & Borbasi, 2006). Som ung kvinna har man oftast redan mycket att göra, man är mitt uppe i arbetslivet och i många fall barnuppfostran samtidigt som man ska klara av att hantera diagnosen, behandlingen och eftervården. Att försöka hitta en väg för dem själva och familjen utgör oftast en enorm utmaning (Gould, et. al., 2006).

Relationen mellan kvinnan och partnern

Det finns de kvinnor som beskriver hur relationen till deras partner blivit starkare efter sjukdomen, att de har fått ett starkare band och mer respekt för varandra (Walsh, et. al., 2005). Andra kvinnor menar att de fått en förändrad livssyn. Efter att de gått igenom en sådan kris i livet som det innebär med bröstcancer, är de på ett annat stadium, och värdesätter händelser i livet på ett helt annat sätt än innan. De menar att de inte kan vänta på sin partner att komma till samma insikt som de gjort och de vill ta vara på livet för de vet hur skört det kan vara (Öhlén & Holm, 2006).

Många kvinnor beskriver hur upplevelsen av bröstcancer påverkar hela deras familj, de kämpar för att behålla livet med partnern och barnen som det varit tidigare, samtidigt som de genomgår en mycket tuff tid med behandlingar och känslomässiga påfrestningar. En del

kvinnor menar att det är svårt att släppa taget om det vardagliga livet, de oroar sig över hur deras partner ska klara av att hålla familjen flytande helt själv (Coyne & Borbasi, 2006).

Naturligtvis är det en påfrestande tid för hela familjen, det blir förändringar för alla inblandade. Den intima relationen man har med sin partner förändras och det tar på relationen att man får så mycket biverkningar (Thewes, et. al., 2004). Självkänslan efter eventuella operationer är oftast väldigt låg vilket påverkar sexualiteten. Många kvinnor beskriver att de hade ett större behov av att prata om sin sjukdom än vad deras partner orkade med (Walsh, et. al., 2005), de kände att partnern tog avstånd från dem (Öhlén & Holm, 2006).

Det är viktigt att kvinnans partner är insatt i sjukdomen och hennes liv för att kunna förstå vad hon går igenom. Gör han inte det är det inte lätt att kunna ge det stöd kvinnan behöver, vilket kan förvärra både relationen och situationen de befinner sig i (Walsh, et. al., 2005). Starkt familjestöd har visat sig hjälpa kvinnorna att behålla en positiv, säker bild av sig själv (Coyne & Borbasi, 2006).

Att få vara sig själv tillsammans med sin partner och få visa att man är ledsen, nedstämd och har det jobbigt, att inte behöva sätta på en mask och försöka hålla uppe en fasad av att allt är bra, var av stor betydelse för kvinnorna (Öhlén & Holm, 2006). Många gånger vill kvinnan försöka hålla en positiv bild inför familjen, vilket leder till att de sätter sina egna känslor åt sidan och de blir i stället mentalt utmattade (Coyne & Borbasi, 2006). Det var viktigt för kvinnorna att antingen bara vara tillsammans med sin partner och prata om situationen eller att kunna gråta tillsammans. Ofta kämpar båda parterna för att försöka behålla det vardagliga livet. Många känner en osäkerhet hur man ska möta partnerns och ens egna reaktioner och känslor. Det kan vara lätt att familjen hamnar i otakt, för att hitta rytmen igen innebär det att alla familjemedlemmar erbjuds och tar emot hjälp och stöd (Öhlén & Holm, 2006).

Relationen mellan mamma och barn

Att vara som vanligt i familjen innebär att kunna skydda, trösta och upprätthålla dagliga rutiner för att livet ska vara som normalt. Man måste våga möta livets hot tillsammans med barnen, vilket innefattar förmågan att hitta balans mellan att bekräfta alla typer av oro från barnen men inte visa sin rädsla fullt ut för sina barn (Öhlén & Holm, 2006). Många kvinnor menar att det är svårt att veta hur man ska prata med sina barn om den svåra situationen man befinner sig i (Gould, et. al., 2006). En kvinna beskrev hur svårt det var när barnen skulle besöka henne på sjukhuset, när hon såg dem komma innanför dörren blev hon påmind om att hon kanske inte skulle få se dem växa upp och bli tonåringar, hon klarade inte av det (Öhlén & Holm, 2006). Många kvinnor beskriver deras rädsla för att inte få se barnen växa upp och tankar på framtiden leder till en känslomässig stress (Coyne & Borbasi, 2006).

En bröstcancerdiagnos kommer för många helt oväntat, stressen av att behöva stödja andra, främst sina barn under en tid man kanske måste lägga stor kraft och energi på sig själv är oftast mycket högre hos yngre kvinnor (Coyne & Borbasi, 2009). Det leder till ökad stress att ha barn hemma under sjukdomstiden (Wong-Kim & Bloom, 2005). Många kvinnor menade att det innebar ett djupt lidande när de inte klarade av att stödja sina barn, och att ha vetskapen om att sjukdomen kan leda till en tidig död vilket påverkar barnen (Öhlén & Holm, 2006).

Yngre kvinnor med små barn är ofta väldigt rädda för att dö och oroar sig väldigt mycket för deras unga familjer (Thewes, et. al., 2004). Många mammor är frustrerade över att de inte orkar lika mycket som de gjort innan och de missar mycket av barnens uppväxt. Man förlorar tid med sina barn och även att få vara mamma under sjukdomstiden (Walsh, et. al., 2005). Att vara mamma och leva med en cancerdiagnos är inte en lätt kombination och det leder ofta till ökad stress och psykiskt lidande (Coyne & Borbasi, 2006).

Ett annat orosmoment för de unga kvinnorna är att bröstcancer och dess behandling kan förstöra framtida val om att skaffa mer barn (Coyne & Borbasi, 2006). Behandlingen kan påverka fertiliteten vilket kan förstöra för de som överlevt sjukdomen och inte är färdiga med att bilda sina familjer. De kvinnor som överlevt sjukdomen och har barn menar att familjen är den stora tillfredsställelsen och är mycket viktig för livskvaliteten (Gorman, et. al., 2010).

Kvinnornas behov av olika sorters stöd

I den cancer drabbade kvinnans liv spelar stödet en viktig roll. Det handlar om stöd från professionell personal, från sin familj och i grupp. Unga kvinnor som är mitt uppe i livet med karriär, familj och barn är ofta i stort behov av stöd då de konfronteras med sin sjukdom samtidigt som de försöker få livet med familj, karriär och barn att gå ihop (Öhlén & Holm, 2006).

Familjestöd

Familjen får ofta dra ett tungt lass och är viktig i kvinnans liv, kvinnor upplever att familjen är viktig när de är i behov av att prata och när de behöver en axel att gråta mot (Thewes, Butow, Girgis & Pendlebury 2004). Ett starkt stöd från familjen har visat sig hjälpa kvinnorna att behålla en säker självbild vilket i sin tur hjälper i bearbetningen av sjukdomen (Coyne & Borbasi, 2006). För att klara av pressen som blir på kvinnan och hennes familj vid cancerbeskedet behövs det stöd. De är i behov av stöd om hur de ska hantera situationen. Det är mycket som ska fungera, det kan vara barn, karriär, hus och mycket mer. Ett cancerbesked är ofta förknippat med mycket oro inför framtiden och många frågor. Kvinnor upplever att det stöd som erbjuds inte är riktat till unga familjer som är mitt uppe i livet. Stödet som de får känns missanpassat och de upplever inte att det blir sedda i den situationen de befinner sig i (Gould, Grassau, Manthorne, Gray & Fitch 2006). Kvinnan som drabbas av bröstcancer har ofta fullt upp med att klara av sin situation med olika behandlingar och bearbetningen av sin egen sorg. Den övriga familjen försöker samtidigt att klara av alla sysslor i hemmet, hålla ihop vardagen och familjen vilket ofta leder till ett lidande för hela familjen (Öhlén & Holm, 2006). Det är viktigt att man ser till hela familjens hälsa, då alla blir involverade. När familjens hälsa sätts på spel finns risken att stödet hemma minskar på grund av att familjen har fullt upp med sitt eget sorgearbete. Kvinnor upplever att de är i behov av stöd från deras familj i tillfrisknandet och under sjukdomsförloppet. På grund av familjens roll i stödet till kvinnan är stödet som ges till hela familjen mycket viktig (Coyne & Borbasi, 2006).

Stöd och information till familjen är viktig, för att den ska vara så bra som möjligt bör den anpassas till den enskilda familjen. Personalen som jobbar kring patienten spelar en viktig roll

i stödet till familjen. Det är viktigt att familjen känner förtroende för personalen, att de har en bra relation som medför att familjen känner att de kan fråga personalen om allt. Det är viktigt att involvera familjen i patientens sjukdom för att de ska få bättre förståelse för kvinnan och hennes situation. För att fullt ut kunna förstå hur kvinnan har det och hur hon mår behövs information, men även stöd där man som partner kan få ventilera sig och uttrycka sin sorg (Coyne & Borbasi, 2009). Familjen har ofta ett behov av att känna att de klarar av att hålla ihop vardagen trots sjukdom vilket upplevs som svårt utan stöd (Coyne & Borbasi, 2006). Det är viktigt att låta patientens eventuella partner vara delaktig i stöd och information under hela sjukdomsprocessen från diagnos, under behandling, och under de stunder då situationen även är stabil, och inte glömmer bort dem då bara för att läget inte är kritiskt just då. Detta för att förbättra deras möjligheter att dela glädje, sorg och att öka förtroendet och förbättra relationen mellan kvinnan och familjen. Om kvinnan har barn ska deras behov av uppmärksamhet och stöd även uppmärksammas. Familjestöd till familjer med små barn finns endast i vissa undantag i den svenska cancervården idag (Öhlen & Holm, 2006).

Många kvinnor upplever att de vill ha med sina barn och sin partner till sjukhusen, men känner att det är svårt när det inte finns någonstans för barnen att vara (Gould, et. al., 2006). Sjukhusen upplevs som en stressande faktor och familjer önskar att det fanns mer barnvänliga anläggningar där barnen kunde få bearbeta deras oro och rädsla för vad deras mamma går igenom (Coyne & Borbasi, 2006). Det framkommer att föräldrar i en situation som denna är i stort behov av stöd när det gäller föräldraskapet och hur de ska hantera det tillsammans med sin egen sorg. Men även att det finns behov av att barnen får det stöd de är i behov av. Stödet till familjen och barnen bör vara individualiserad (Öhlen & Holm 2006).

Stöd till den enskilda patienten

Unga kvinnor som överlevt bröstcancer upplever att det professionella stödet spelar en avgörande roll i om man har ett långsiktigt psykiskt välbefinnande efter avslutad behandling (Gorman, Malcarne; Roesch, Madlensky & Pierce 2010).

Stödet som de flesta kvinnor känner att de får hemifrån upplevs inte som tillräcklig, det är viktigt, men det professionella stödet upplevs viktigare (Wong-Kim & Bloom, 2005). Kvinnor har haft problem med relationen till vårdpersonalen och upplever att de mår psykiskt dåligt på grund av det (Montazeri, et. al., 2001). Läkare upplevdes stressade och endast intresserade av det fysiska, om canceren har kommit tillbaka eller spridit sig. Det var ingen som tog sig tid och såg till den enskilda kvinnans behov. Kvinnorna upplevde att de inte vågade fråga något eller prata om deras psykiska välbefinnande då de trodde det var något de skulle klara själva (Thewes, et. al., 2004). De unga kvinnorna upplevde sig oförberedda för framtiden och inte alls beredda på den emotionella berg och dalbana som sjukdomen innebar på grund av att de inte fick det stöd av vårdpersonalen som de behövde (Gould, et. al., 2006).

“..you read all that stuff and it talks about hair loss, it talks about getting wigs and it talks about all that stuff but i ’t doesn ’t tell you that emotionally it ’s going to destroy you”(Gould, et. al., 2006 s.165).

Kvinnorna tycker att det professionella stödet borde vara rutin och en del i behandlingen, det ska följa med under hela processen och inte avslutas när behandlingar och annat är klara, då det ofta är när man kommer hem som verkligheten kommer ikapp en (Thewes, et. al., 2004).

När en kvinna drabbas av bröstcancer är det mycket information, då kan det vara bra med olika sorters information då de är svårt att ta in allt på samma gång, det är bra att höra det, men även läsa det. Många kvinnor upplever att de är i en bubbla och har svårt att ta in informationen som sägs då de är upptagna med sina egna tankar och oro. Det kan även vara bra med information som man kan ta med hem och läsa i lugn och ro (Thewes, et. al., 2004). Många kvinnor upplevde att de fick mycket information men ingen som var till kvinnor i deras ålder. Det var många frågor som förblev obesvarade då informationen inte var anpassat till kvinnornas ålder eller deras behov (Gould, et. al., 2006).

"I was bombarded with pamphlets and booklets and I read everything possible I could get my hands on, but I found that none of it really suited me or my specific situation... I found that nothing fit me."(Gould, et. al., 2006 s.163).

Yngre kvinnor vill ha information som passar deras ålder och livssituation, det ska vara information om fertilitet, för tidig menopaus och kroppsuppfattning. De vill även ha information från sjukhuset var de kan få stöd till dem själva, deras familjer, och hjälp med hur man kan prata med barnen om cancer (Gould, et. al., 2006).

En viktig del i dessa kvinnors liv vid en kris som sjukdomen innebär, är att behålla självkänslan så gott det går. Låg självkänsla, lågt känslomässigt stöd och smärta är tre faktorer som leder till att unga kvinnor med bröstcancer utvecklar depression. Hög självkänsla är en skyddande faktor mot depression. Jobbar man med att sätta in emotionellt stöd från början för att mildra effekterna av diagnos och behandling, leder det till en lägre nivå av depression. Det är viktigt att man sätter in resurser tidigt för att underlätta för patienten och familjens anpassning till sjukdomen (Wong-Kim & Bloom 2005). Det är viktigt att jobba förebyggande med de unga kvinnorna på grund av deras risk att hamna i depression i samband med sjukdom, vilket inte bör hända på grund av brist på kommunikation och stöd (Walsh, Manuel & Avis 2005).

Onkologer och all sjukvårdspersonal som är med i teamet kring patienten spelar en viktig roll i patientens psykiska välmående (Walsh, et. al., 2005). Det är viktigt att sjukvårdspersonalen förstår att upplevelsen av bröstcancer för unga kvinnor är svårare på grund av vart de befinner sig i livet (Coyne & Borbasi, 2009). Sjukvårdspersonalen måste se till varje unik patient och dess familjs behov av information och stöd. Även om kroppsuppfattning och kvinnlighet var viktigt för de unga kvinnorna berodde den främsta oron på bristfällig information (Coyne & Borbasi, 2006).

Gruppstöd

För att lättare hitta de kvinnor som ligger i riskzonen för att utveckla en depression, gäller det att man arbetar förebyggande genom bland annat att använda sig av stödgrupper. Det har visat

sig att stödgrupper har ökat kvinnors självkänsla och det emotionella stödet har upplevts som bra och viktigt i deras situation (Wong-Kim & Bloom 2005).

Genom att medverka i stödgrupper kan man få chansen att berätta, lyssna och söka svar på de frågor man har. Det ger även en möjlighet att få sociala kontakter med kvinnor som är i samma situation som man själv (Öhlen & Holm 2006). De flesta kvinnor upplever att stödgrupperna är viktiga, de kände att mötena var givande när det gällde hopp, frågor och råd om praktiska saker. Stödgrupper har visat sig vara en resurs för kvinnornas psykiska problem, och även ha en positiv effekt för att långsiktigt minska ångest och depression (Montazeri, et. al., 2001).

Många unga kvinnor känner sig missanpassade i sjukdomen redan från början. De upplevde att de inte tagits på allvar redan vid första mötet då ingen trodde att de kunde ha drabbats av bröstcancer. De passade inte in i den ”typiska bröstcancer patienten”, vilket även har följt dem i de stödgrupper de medverkat i (Gould, et. al., 2006). De unga kvinnorna upplever sig isolerade på grund av deras ålder. De upplever att stödgrupperna inte är för kvinnor i deras ålder och de kände sig ensamma (Thewes, et. al., 2004).

”I’ve been to one meeting, and I wouldn’t go to another. I left because I was very young. I was the youngest one there. I’d here ‘ooh look how young she is’ and that kind of thing. It’s like well, I don’t want to be here either, you know. In a sense I felt a bit alienated... I just wanted to be with a group of women my age, just to get things of your chest, that’s what I would have liked.” (Thewes, et. al., 2004 s.184).

Många unga kvinnor vill vara med i stödgrupper men med människor i deras ålder och livssituation som de själva är i. De vill dela upplevelser och lyssna på andras, gärna de positiva. Genom att ha stödgrupper som är baserade på ålder har man möjlighet att se de obesvarade behov och frågor som de unga kvinnorna har (Thewes, et. al., 2004).

Vårdpersonalen har en viktig roll att se till att de unga kvinnorna kommer i kontakt med stödgrupper (Montazer, et. al., 2001). Många unga kvinnor önskar att de möten som stödgrupperna har ska vara utanför sjukhusets miljö. De upplever att de inte vill vara på sjukhuset om de inte behöver, det kändes extra jobbigt då påminnelsen blev för stor (Thewes, et. al., 2004).

Många kvinnor upplever att det skulle vara lättare att gå igenom sjukdomen om man hade kvinnor i ens egen ålder att dela erfarenheter med. Att känna sig missanpassad i sin situation, sjukdom och att uppleva att man inte får det stöd man behöver, gör sjukdomen svårare att anpassa sig till och leva med (Gould, et. al., 2006).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Denna studie är litteraturbaserad och syftet var att beskriva hur kvinnor som drabbats av bröstcancer före menopaus påverkas i deras livssituation och deras behov av stöd. Denna metod valdes på grund av att kvalitativa studier beskriver upplevelsen av sjukdomen och därför passade detta studiens syfte. Med hjälp av kvalitativa studier fås en djupare kunskap än om kvantitativa studier hade valts, då resultatet blivit bredare men inte så djupt. Resultatet i studien är grundat på nio vetenskapliga artiklar. Till resultatet användes databaserna MedLine och Cinahl på grund av att dessa är de största databaserna inom hälso- och sjukvård (Friberg, 2006).

Vid sökningen användes sökord som baserades på studiens syfte och problemformulering. För att begränsa sökningen valdes inklusionskriterier vilket bland annat var att artiklarna skulle vara publicerade inom tidsramen 2005-2011. Vilket var bra eftersom det specificerar sökningen till nyare forskning, vilket även kan ses som negativt då man inte får möjlighet att jämföra nyare forskning med äldre. Litteratursökningen som gjordes resulterade i ganska få artiklar, vilket hade kunnat undvikas genom en bredare sökning. Om sökorden hade varit mindre specifika och tidsramen hade varit mindre snäv hade även det kunnat bidra till ett bredare resultat och fler artiklar. Sökningen som gjordes var snäv vilket bidrog till att artiklarna var specifika på det sökta området. Genom att använda sig utav flera specifika sökord på en gång gjorde att artiklarna passade studien bra. Hade det istället används bredare sökningar hade det bidragit till att fler artiklar hade behövts gå igenom vilket sparade tid. Utöver detta gjordes en sekundär sökning där koncentrationen lades på referenslistorna på artiklarna för att inte missa någon bra information. Där hittades ytterligare två artiklar som passade syftet. Vilket stärker studiens realibilitet på grund av att det visar att artiklarna granskats noggrant.

Alla artiklar granskades utifrån Friberg (2006) modell, där koncentrationen låg på syftet, hur det var formulerat och beskrivet. Vidare undersöktes metoden och hur data var analyserad. Efter detta granskades även resultatet, vad resultatet visade och hur det hade tolkats, även om det fanns en metoddiskussion. Genom granskningen var det lättare att få en helhet över artiklarna vilket underlättade arbetet. Analysarbetet bestod utav att båda författarna läste artiklarna enskilt och diskuterade sedan gemensamt vilket bidrog till att missförstånd och misstolkningar undveks. Genom att göra på detta sätt stärks studiens realibilitet och validitet (Holme & Krohn Solvang, 1997).

Nackdelar med att gör en litteraturbaserad studie är att det i vissa fall kan vara svårt att tolka vad andra författare menar och det lätt kan ske misstolkningar när det blir tolkning på tolkning. Hade denna studie i stället baserats på intervjuer som metod hade resultatet blivit mer personligt och känslor hade lättare kunnat beskrivas. Intervjuer hade i sin tur varit tidskrävande, då författaren måste anpassa sig till sina informanter och är beroende av dem. För att styrka innehållet i resultatet användes citat. Under analysarbetet lästes artiklarna

igenom av båda författarna för att sedan diskutera artiklarna ihop och jämföra likheter och skillnader. Artiklarna analyserades utifrån en helhet till del till en ny helhet där teman och subteman valdes ut. Anledningen till att teman och subteman valdes istället för kategorier är på grund av att studien baserats på Friberg (2006) modell där teman och subteman används. Teman kan användas vid resultat där linjerna mellan de olika temana inte är knivskarp, vilket det ska vara vid kategori.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka hur kvinnor som drabbats av bröstcancer före menopaus påverkas i sin livssituation och vilket behov av stöd dessa kvinnor har. Resultatet visade att de yngre kvinnorna upplevde ett stort livslidande då de kände en stress i samband med sjukdomen. De upplevde lidande med vetskapen om att deras bröstcancer diagnos kunde leda till döden och innebära att de inte skulle få se sina barn växa upp (Öhlén & Holm, 2006). Ett lidande kan leda till att en människa blir avskärmad från omvärlden och sig själv som en hel människa (Eriksson, 1994). Livslidande är något som ofta kommer i samband med sjukdom, det är viktigt som sjukvårdspersonal att uppmärksamma lidande då en människa trots sjukdom kan uppleva välbefinnande. Det centrala för vårdandet är att lindra och förebygga lidande (Dahlberg, et. al., 2003). För att möjliggöra att lidandet lindras är det viktigt att patienten får bra och kontinuerlig information. Patienten bör även vara delaktig i sin behandling och omvårdnad där även stöd anses som en viktig del (Socialstyrelsen, 2010d).

Lidande blir en stor del av dessa unga kvinnors liv. Sjukdomen kan i sig leda till ett sjukdomslidande. Många kvinnor upplever en stress i samband med sjukdomen vilket kan leda till ett livslidande (Dahlberg, et. al., 2003). Författarna menar att de olika typerna av lidande påverkar varandra. En ung kvinna drabbas av bröstcancer, bara diagnosen i sig kan ge henne ett sjukdomslidande. I många fall bidrar sjukdomen även till ökad stress. Stress är en bidragande faktor till att en människa upplever livslidande (Dahlberg, et. al., 2003). Livslidandet blir en ökad belastning för kvinnan och hela hennes sjukdomssituation. Lidandet blir som en ond cirkel där det ena lidandet kan förvärra det andra.

Lever kvinnan dessutom tillsammans med barn som är beroende av henne kan detta öka stressen som i sig kan öka livslidandet. Kvinnan känner sig i många fall otillräcklig och oförmögen att klara av det hon klarat innan, att inte kunna ge det stöd till sina barn som de behöver upplevs som en stressande faktor. Tanken på att inte få se sina barn växa upp och tankar på framtiden leder till stress för många kvinnor (Coyne & Borbasi, 2006). Många kvinnor tycker det är svårt att kombinera sjukdomen och allt vad den innebär med det dagliga livet. Sjukdomen bidrar till att kvinnan behöver lägga mycket tid på sig själv då det är mycket behandlingar som tar all ork. När orken tar slut och kvinnorna inte orkar finnas till och stödja deras barn upplevs stressen som mycket stor (Coyne & Borbasi, 2009). Det har visat sig att många kvinnor kämpar för att hålla en positiv fasad uppe inför familjen vilket kan leda till att deras egna känslor och tankar sätts åt sidan vilket bidrar till att kvinnan blir mentalt utmattad (Coyne & Borbasi, 2006). Det är viktigt att man inte förklarar bort och slätar över lidandet.

För att kunna bearbeta lidandet måste det bekräftas, lidandet måste ges tid och rum (Eriksson, 1994).

En viktig del i resultatet är att många kvinnor känner sig missanpassade i vården av bröstcancer idag. De upplever att det finns mycket och bra vård, men de känner att det inte är anpassat för kvinnor i deras unga ålder (Gould, et. al., 2006). Idag bör all vård oavsett sjukdom, ålder och kön vara individanpassad, varje människa bör känna sig unik.

Stödet som ges upplevs inte passa kvinnornas livssituation då de oftast lever i en familj med små barn. Det är viktigt för de unga kvinnorna att de känner sig väl omhändertagna och inte blir en i mängden då de redan upplever sig som missanpassade. Resultatet visade att kvinnorna upplevde att det professionella stödet som består av det team som arbetar kring patienten spelade störst roll i deras situation men även stödet från deras partner och familj var viktigt. För att partnern ska klara av att vara ett bra stöd åt kvinnan måste även han involveras i vården kring henne. Det har visat sig vara av stor betydelse för kvinnan att de kan visa sina känslor öppet i familjen och att få förståelse för detta (Öhlén & Holm, 2006). När man är i detta stadium i livet, med i vissa fall små barn är det extra viktigt att se till hela familjen och även involvera dessa i stödet som ges. Det är mycket som kretsar kring familjen i denna tid och det blir en stor påfrestning för alla. Hupcey (2001) beskriver att det är viktigt att uppmärksamma och stödja de anhöriga på grund av att de har en stor och viktig roll i det dagliga livet för patienten. Många kvinnor har svårt att visa sina känslor och behov främst till sin egen familj vilket kan bli en påfrestning. Där har sjuksköterskan en viktig roll genom att stödja kvinnan genom att uppmuntra henne till att visa känslor då det behövs för att kunna bearbeta lidandet.

Gruppstöd har visat sig vara bra och nyttigt i många lägen. Resultatet visar att många unga kvinnor upplever sig missanpassade i gruppen på grund av deras ålder (Thewes, et. al., 2004). De unga kvinnorna beskriver att sjukdomssituationen skulle vara lättare att gå igenom om de hade någon i samma situation och i sin egen ålder att dela erfarenheter med (Gould, et. al., 2006). Författarna tror att det skulle vara till stor nytta för många unga kvinnor om stödgrupperna blev mer åldersanpassade. Även om de yngre kvinnorna är få och det kanske finns risk att de bor långt ifrån varandra finns det idag bra möjligheter att kunna hålla kontakten med varandra trots avstånd. Ett möte kanske inte alltid behöver vara fysiskt utan kan kanske i många fall räcka med att kvinnorna kan hålla kontakten med varandra via internet. Vårdpersonalen spelar här en viktig roll genom att göra kvinnorna uppmärksamma på de möjligheter som finns.

Som sjukvårdspersonal är det viktigt att ha kunskap om dem man vårdar, detta för att göra det möjligt att individanpassa vården så mycket som möjligt. Har man ingen kunskap om hur det är att leva med bröst cancer för unga kvinnor är det också svårt att anpassa en bra vård till dem. Det framkommer att den främsta oron bland yngre kvinnor beror på bristfällig information (Coyne & Borbasi, 2006). Det borde kunna förhindras genom att informationen anpassas till varje patient. Informativt stöd innebär att ge råd, information och anvisningar (Langford, et. al., 1997).

Resultatet visar att informationen upplevs vara både missanpassad och bristfällig på många plan. Författarna menar att om informationen som ges till patienterna inte är anpassad efter dem eller deras behov blir informationen onödig. Sätts det in information från början som är anpassad efter varje individ kan onödig oro förhindras. Alla människor är olika och alla människor tar in saker på olika sätt vilket är viktigt att tänka på. Vissa kan behöva både skriftlig och muntlig information, och vissa bara någon del. Att oro framkommer på grund utav att informationen de får inte är anpassad till dem eller att den inte är tillräcklig borde kunna undvikas. Det kan spara kvinnorna mycket onödigt lidande. Det framkom även att kvinnor i vissa fall upplevde att de inte blev tagna på allvar och att läkarna inte hade tid för dem (Gould, et. al., 2006). Att inte bli tagen på allvar och uppleva att det inte är någon som lyssnar kan vara grund i ett outhärdligt lidande. Det är en jobbig situation då upplevelsen blir att varje försök till att få hjälp känns meningslös (Eriksson, 1994). Författarna tycker att det är viktigt som sjuksköterska att man tar sig tid till att se varje patient. Det finns många patienter som inte vill "vara i vägen" och det är många som inte visar sina känslor öppet vilket gör det extra viktigt för personalen att ge tid till att lyssna. Det kan många gånger kräva mycket tid och tålamod innan en tillitsfull relation skapats.

Slutsats och kliniska implikationer

Det är många yngre kvinnor som upplever sig missanpassade i vården vid bröstcancer. Deras behov av stöd är stort och deras livssituation förändras drastiskt. Många av kvinnorna upplevde en psykisk stress i livet på grund av den livssituation de lever i. En stress över att inte hinna med och orka det som de "borde" och en stress över att inte veta om de får se sina barn växa upp. Sjukdomen i sig leder ofta till ett sjukdomslidande på grund utav olika anledningar. Den stress som sjukdomen framkallar hos kvinnorna kan bidra till att kvinnan även upplever ett livslidande. Det är inte bara kvinnan själv som drabbas utan hela familjen blir delaktig i kvinnans sjukdom. Det kan innebära ett livslidande hos hela familjen och det är därför viktigt att man som vårdpersonal även uppmärksammar dem. Kvinnan upplever i många fall att de har svårt att släppa taget om vardagen och istället koncentrera sig på sjukdomen. Situationen blir ett dilemma för kvinnan då hon inte vill släppa taget och låta partnern sköta det mesta samtidigt som hon vändas över att hon inte orkar.

Denna studie har ökat kunskapsvärdet kring unga kvinnors upplevelser av deras behov av stöd samt hur diagnosen bröstcancer påverkar deras livssituation. Kunskapen kan öka sjuksköterskans förmåga att ge en mer individanpassad vård. Det har framkommit i studien att det stöd som de unga kvinnorna får är bristfälligt, vilket kan vara bra kunskap till sjukvårdspersonal idag när det handlar om stödet till unga kvinnor med bröstcancer. I alla vårdsituationer bör vården vara anpassad efter den unika patienten. Genom att individanpassa vården skulle det onödiga lidandet som framkommit genom bristfällig information hindras.

REFERENSER

*Artiklar som används i resultatet

Albertsson, M. (2004). Tumörutveckling. In Roland Andersson., Bengt Jeppsson., Christina Lindholm., Anders Rydholm., & Kerstin Ulander, (Red.), *Kirurgiska sjukdomar - patofysiologi, behandling & specifik omvårdnad* (sid. 48). Författarna och Studentlitteratur.

Andersson R, Jeppsson B, Lindholm C, Rydholm A & Ulander K (red)(2004) *Kirurgiska sjukdomar – patofysiologi, behandling och specifik omvårdnad* Författarna och Studentlitteratur.

Avis, N., Crawford, S., & Manuel, J. (2003). Psychosocial problems among younger women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 13, 295-308.

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

Bergh, J., & Emdin, S. (2008). bröstcancer. In Ulrik Ringborg., Tina Dalianis., & Roger Henriksson. (Red.), *Onkologi* (sid. 265-275). Liber AB, Stockholm.

Bloom, J.R., Stewart S.L., Johnston., M., Banks, P., & Fobair, P. (2001). Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Social science & medicine*, 53, 1513-1524.

Breaden, K., Rudge, T., & Maddocks, I. (2002). I used to be stunning and slim: advanced breast cancer in young women. *Australian Journal of Cancer Nursing*. 3(1), 13-19.

*Coyne, E., & Borbasi, S. (2006). Holding it all together: Breast cancer and its impact on life for younger women. *Contemporary Nurse*, 23(7), 157-169.

*Coyne, E., & Borbasi, S. (2009). Living the experience of breast cancer treatment: the younger women´s perspective. *Australian journal of advanced nursing*, 26(4), 6-13.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Författarna och Studentlitteratur.

Danhauer, S-C., Rutherford, C-A., Hurt, G., Gentry, S., Lovato, J., & McQuellon, R-P. (2007). Providing psychosocial group support for young women with breast cancer: findings from a wellness-based community collaboration. *Journal of psychosocial oncology*, 25(1), 103-120.

Dunn, J., & Steginga, S. (2000). Young women´s experience of breast cancer: defining young and identifying concerns. *Psycho-oncology*, 9, 137-146.

Eriksson, K. (4:e uppl) (1988). *Vårdprocessen*. Liber AB.

Eriksson, K. (2:a uppl) (1989). *Hälsans idé*. Almqvist & Wiksell.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Liber Utbildning.

Friberg, F. (2006). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. In Febe Friberg, (Red). *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (sid. 105-114). Författarna och studentlitteratur.

*Gorman, J., Malcarne, V., Roesch, S., Madlensky, L., & Pierce, J. (2010). Depressive symptoms among young breast cancer survivors: the importance of reproductive concerns. *Breast cancer res treat*, 123, 477-485.

*Gould, J., Grassau, P., Manthorne, J., Gray, R., & Fitch, M. (2006). Nothing fit me: nationwide consultations with young women with breast cancer. *Health expectations*, 9, 158-173.

Holme, I-M., & Krohn Solvang, B. (2:a uppl) (1997). *Forskningsmetodik – om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Studentlitteratur.

Hupsey, J.E. (2001). The meaning of social support for the critically ill patient. *Intensive and critical care nursing*, 17, 206-212.

Hupsey, J.E., & Morse, J.M. (1997). Can a professional relationship be considered social support. *Nursing outlook*, 45(6), 270-276.

Ingvar, C. (2004). Bröstkirurgi. In Roland Andersson., Bengt Jeppsson., Christina Lindholm., Anders Rydholm., & Kerstin Ulander, (Red.), *Kirurgiska sjukdomar - patofysiologi, behandling & specifik omvårdnad* (sid. 192-193). Författarna och Studentlitteratur.

Jahren Kristoffersen, N., & Breievne, G. (2005). Lidande, hopp och livsmod. In Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt & Eli-Anne Skaug, (Red.), *Grundläggande omvårdnad 3*. (sid. 157-160) Liber AB.

Johnsson, A. (2007). Rehabilitering. In Maria Carlsson, (Red.), *Psykosocial cancervård*. (sid. 235) Studentlitteratur.

Langford, C.P., Bowsher, J., Maloney, J.P., & Lillis, P.P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of advanced nursing*. 25, 95-100.

Lindblom, A., & Nordenskjöld, M. (2008). Ärftlig cancer. In Ulrik Ringborg., Tina Dalianis., & Roger Henriksson. (Red.), *Onkologi* (sid. 90). Liber AB, Stockholm.

Lislerud Smebye, K. (2005). Kontakt med andra. In Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt & Eli-Anne Skaug, (Red.), *Grundläggande omvårdnad 3*. (sid. 81) Liber AB.

Matthews, E., & Cook, P-F. (2008). Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 716-726.

McLachlan, K. (2009). Information and support needs of young women with breast cancer. *Cancer nursing practice*, 8(8), 21-24.

Medicinska forskningsrådet. (2003). *MFR-rapport 2. Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*. Hämtad från WWW 2010-11-23
http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk_humanforskning_13.pdf.

*Montazeri, A., Jarvandi, S., Haghghat, S., Vahdani, M., Sajadian, A., Ebrahimi, M., & Haji-Mahmoodi, M. (2001). Anxiety and depression in breast cancer patients before and after participation in a cancer support group. *Patient education and counseling*, 45, 195-198.

Ringborg U, Dalianis T & Henriksson R (red)(2008) *Onkologi* (2:a uppl.) Liber AB.

SFS 1960:729. *Upphovsrättslagen*. Hämtad från WWW 2010-11-23:
<http://notisum.se/Pub/Doc.aspx?url=/rnp/sls/lag/19600729.htm>.

Socialstyrelsen (2010a) Populärvetenskaplig fakta om cancer. Hämtad från WWW 2010-11-09
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8348/2009-126-127_2009126127.pdf.

Socialstyrelsen (2010b) Bröstcancer. Hämtad från WWW 2010-11-09
<http://www.socialstyrelsen.se/folkhalsa/sjukdomar/cancer/brostcancer>.

Socialstyrelsen, (2010c) Nationella riktlinjer för bröstcancer. Hämtad från WWW 2010-11-28.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9085/2007-114-51_200711453.pdf.

Socialstyrelsen, (2010d) Nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancer. Hämtad från WWW 2010-11-28.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8947/2007-102-9_200710291.pdf.

Talbäck, M., Hakulinen, T., & Stenbeck, M. (2008). Cancerförekomst. In Ulrik Ringborg., Tina Dalianis., & Roger Henriksson. (Red.), *Onkologi* (sid. 17). Liber AB, Stockholm.

*Thewes, B., Buttow, P., Girgis, A., & Pendelbury, S. (2004). The psychosocial needs of breast cancer survivors: a qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors. *Psycho-Oncology* 13, 177-189.

Torunn Björk, I., & Breievne, G. (2005). Kropp och välbefinnande. In Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt & Eli-Anne Skaug, (Red.), *Grundläggande omvårdnad 1*. (sid. 129) Liber AB.

*Walsh, S., Manuel, J., & Avis, N. (2005). The impact of breast cancer on younger women's relationships with their partner and children. *Families Systems & Health*, 23(1), 60-93.

*Wong-Kim, E., & Bloom, J. (2005). Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 14, 564-573.

*Öhlén, J., & Holm, A-K. (2006). Transforming desolation into consolation: Being a mother with life- threatening breast cancer. *Health care for women international*, 27, 18-44

BILAGA I

ARTIKEL	STÖD			RELATION		BETYG (skala 1-3)
	Familj	Patient	Grupp	Partner	Barn	
1	x	x	x	x	x	3
2	x	x	x		x	3
3	x	x			x	2
4	x	x		x	x	3
5	x	x			x	1
6	x	x	x	x	x	3
7		x	x		x	2
8		x	x			1
9		x		x	x	2

Artiklar:

1. Thewes, B., Buttow, P., Girgis, A., & Pendelbury, S. (2004). The psychosocial needs of breast cancer survivors: a qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors.
2. Gould, J., Grassau, P., Manthorne, J., Gray, R., & Fitch, M. (2006). Nothing fit me: nationwide consultations with young women with breast cancer.
3. Coyne, E., & Borbasi, S. (2009). Living the experience of breast cancer treatment: the younger women's perspective.
4. Coyne, E., & Borbasi, S. (2006). Holding it all together: Breast cancer and its impact on life for younger women.
5. Gorman, J., Malcarne, V., Roesch, S., Madlensky, L., & Pierce, J. (2010). Depressive symptoms among young breast cancer survivors: the importance of reproductive concerns.
6. Öhlén, J., & Holm, A-K. (2006). Transforming desolation into consolation: Being a mother with life- threatening breast cancer.
7. Wong-Kim, E., & Bloom, J. (2005). Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer.
8. Montazeri, A., Jarvandi, S., Haghighat, S., Vahdani, M., Sajadian, A., Ebrahimi, M., & Haji-Mahmoodi, M. (2001). Anxiety and depression in breast cancer patients before and after participation in a cancer support group.
9. Walsh, S., Manuel, J., & Avis, N. (2005). The impact of breast cancer on younger women's relationships with their partner and children.

BILAGA II

Artikelmatis

Artikel	Syfte	Metod	Huvudresultat
1. B. Thewes, P. Butow, A. Girgis, & S. Pendlebury (2004) "The psychosocial needs of breast cancer survivors; a qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors"	Samla data om behoven hos bröstcancer överlevande. Identifiera likheter och skillnader i de psykosociala behoven hos äldre gentemot yngre bröstcancer överlevande.	Kvalitativ metod. 18 kvinnor deltog i studien, genom telefon intervjuer. Alla kvinnor var över 18år och hade avslutat behandlingen på sjukhus för 6-24 månader sedan.	Yngre kvinnor visade på att ha fler psykosocial behov, praktiska behov, informations behov än de äldre kvinnorna visade.
2. J. Gould, P. Grassau, J. Manthorne, R. Gray & M. Fitch (2006) "Nothing fit me: nationwide consultations with young women with breast cancer"	Undersöka de yngre kvinnornas behov, deras upplevelser av information och stöd.	Kvalitativ metod. 65 kvinnor deltog som diagnoserats med bröstcancer vid eller före 45års ålder.	De yngre kvinnorna upplevde att stödet, programmen och informationen inte var anpassade efter deras ålder, de upplevde att inget passade dem.
3. E. Coyne, & S. Borbasi (2009) "Living the experience of breast cancer treatment: The younger women's perspective"	Undersöka upplevelsen av bröst cancer för kvinnor under 50år och beskriva deras upplevelse av coping i bröst cancer behandlingen.	En tolkande kvalitativ metod användes. Sex kvinnor deltog i åldern 28 – 45 år, som hade diagnostiserats med bröst cancer de senaste 12 månaderna.	Sjukdomens behandling startade snabbt och de unga kvinnorna hann inte anpassa sig till situationen. Behandlingen påverkade kvinnornas förmåga att ta hand om familjen.
4. E. Coyne, & S. Borbasi (2006) "Holding it all together: Breast cancer and it's impact on life for younger women"	Undersöka upplevelsen av diagnosen bröstcancer för kvinnor under 50år. Undersöka deras behov av stöd med tanke på deras fas i livet och familjesituation.	Kvalitativ studie som bygger på djupintervjuer. Studien bygger på intervjuer från sex kvinnor som fått diagnosen bröstcancer inom de senaste 12 månaderna.	De unga kvinnorna upplevde en känslomässig stress i samband med diagnosen relaterat till moderskapet, familjen och fertilitet.
5. J. Gorman, V. Malcarne, S. Rosech, L. Madlensky, J. Pierce "Depressive symptoms among younger breast cancer survivors: the importance of reproductive concerns"	Undersöker huruvida de unga kvinnorna upplever oro med tanke på reproduktion efter bröstcancer behandlingen och hur det var förknippade med långsiktiga depressiva symtom.	Kvantitativ studie. Studien bygger på 131 kvinnor under 40år diagnostiserade med en bröstcancer i ett tidigt stadium.	Oro kring reproduktionen visade sig ha en bidragande faktor till långvarig depression efter bröstcancer behandling för kvinnor under 40år.

<p>6. J. Öhlen, & A-K. Holm (2006)</p> <p>“Transforming Desolation Into Consolation: Being a mother with Life-Threatening Breast Cancer”</p>	<p>Syftet var att beskriva både erfarenheter av att vara sjuk i bröstcancer för mödrar med barn. Särskilt fokus låg på att undersöka betydelsen av ödslighet och tröst, och betydelsen av att omvandla tröst.</p>	<p>Kvalitativ studie som bygger på nio intervjuer med öppna frågor. Kvinnorna som deltar är mellan 29-52 år och har barn mellan 1-15 år. Dessa kvinnor deltar i en svenskt stödjande nätverk för unga kvinnor med bröstcancer.</p>	<p>Det visade sig ha stor betydelse för de unga kvinnorna att delta i gruppstöd och nätverk, där de kunde dela erfarenheter, få tröst och stärkas av de andra kvinnornas erfarenheter.</p>
<p>7. E. Wong-Kim & J. Bloom (2005)</p> <p>“Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer”</p>	<p>Undersöka depressiva symtom hos unga kvinnor som nyligen diagnostiserats med bröst cancer.</p>	<p>Kvantitativ tvärsnittsstudie som bygger på 331 intervjuer med kvinnor under 51 år som nyligen diagnostiserats med bröstcancer.</p>	<p>De yngre kvinnorna har svårare att anpassa sig till sjukdomen än äldre kvinnor. De visar på mer känslomässig stress och lägre livskvalitet än äldre kvinnor.</p>
<p>8. A. Montazeri, S. Jarvandi, S. Haghighat, M. Vahdani, A. Sajadin, M. Ebrahimi & M. Haji – Mahmoodi (2001)</p> <p>”Anxiety and depression in breast cancer patients before and after participation in a cancer support group”</p>	<p>Undersöka långsiktiga effekter av att delta i en stödgrupp.</p>	<p>Prospektiv studie som bygger på 56 kvinnor i åldern 25-78 år som har medverkat i stödgrupper under ett år. De har använt sig utav ett frågeformulär med 14 frågor.</p>	<p>Stödgrupper visade sig långsiktigt minska ångest och depression hos kvinnor med bröstcancer. Det var den mest bidragande faktorn till kvinnornas välbefinnande.</p>
<p>9. S. Walsh, J. Manuel & N. Avis (2005)</p> <p>“The impact of Breast Cancer on Younger Women’s Relationships With Their Partner and Children”</p>	<p>Undersöka konsekvenserna av yngre kvinnor med bröstcancer och hur det påverkar deras förhållande till partner och barnen.</p>	<p>Tvärsnittsstudie som bygger på 204 kvinnor som diagnostiserats med bröstcancer innan 50års ålder.</p>	<p>Det har visat sig vara många konsekvenser i samband med bröstcancer hos unga kvinnor. Förhållandet mellan mamma – barn upplevdes jobbigare än relationen till partnern.</p>