

Kvinnors erfarenheter av att leva med bröstcancer

– En studie av självbiografier

Women's experiences of living with breast cancer

– A study of autobiographies

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Grundnivå
15 Högskolepoäng
Vårtermin 2015

Författare: Alexandra Larsson
Fanny Sävevik

SAMMANFATTNING

Titel:	Kvinnors erfarenheter av att leva med bröstcancer – En studie av självbiografier.
Författare:	Larsson, Alexandra; Sävevik, Fanny
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare:	Hertfelt Wahn, Elisabeth
Examinator:	Karlsson, Veronika
Sidor:	22
Nyckelord:	Bröstcancer, kvinnor, lidande, upplevelser.

Bakgrund: I Sverige blir varje år 8000 kvinnor diagnostiserade med bröstcancer. Tidigare forskning visar att dessa ofta upplever ett lidande. Det finns tre olika typer av lidande; sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjuksköterskor har en viktig roll i att stödja, skapa en trygghet och trösta patienten. **Syfte:** Syftet med denna studie var att undersöka kvinnors erfarenheter av att leva med bröstcancer. **Metod:** Till denna studie användes en kvalitativ innehållsanalys för att analysera sju självbiografier skrivna av kvinnor med bröstcancer. **Resultat:** Kvinnors erfarenheter och upplevelse vid bröstcancer resulterade i två kategorier; *uppleva rädsla och skräck* och *känna ångest*, med totalt sex underkategorier. **Konklusion:** Kvinnor som hade blivit diagnostiserade med bröstcancer upplevde någon form av lidande i alla delar av deras liv. De oroade sig för att lämna sina familjer och var ofta rädda för att dö. De upplevde även ofta att de blev behandlade som objekt inom sjukvården.

ABSTRACT

Title:	Women's experiences of living with breast cancer - A study of autobiographies.
Author:	Larsson, Alexandra; Sävevik, Fanny
Department:	School of Health and Education, University of Skövde
Course:	Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS
Supervisor:	Hertfelt Wahn, Elisabeth
Examiner:	Karlsson, Veronika
Pages:	22
Keywords:	Breast cancer, experience, suffering, women

Background: In Sweden 8000 women are diagnosed with breast cancer every year. Research show that these women often experience suffering. There are three types of suffering. They are caused by the illness, the healthcare and by the life. The nurse has an important role to listen, be a support for and to comfort the patient. **Aim:** The aim with this research was to study women's experiences of living with breast cancer. **Method:** In this study a qualitative content analysis is used to analysis seven autobiographies written by women with breast cancer. **Results:** Women's experiences of breast cancer resulted in two categories; *experiencing fear and terror* and *to feel anguish*, with a total of six subcategories. **Conclusion:** Women who had been diagnosed with breast cancer experience some form of suffering in every aspect of their lives. They worry about leaving their families and are often afraid to die. They also feel like they are being treated as objects by the healthcare system.

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Bröstcancer	1
Diagnostik och behandling	2
Lidande	2
Sjukdomslidande	3
Vårdlidande	3
Livslidande	3
Hälsa och ohälsa	4
Sjuksköterskans roll	4
PROBLEMFÖRMULERING	4
SYFTE	5
METOD	5
Urval	5
Datainsamling	5
Valda böcker	6
Analys	7
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	8
RESULTAT	9
Uppleva rädsla och skräck	9
Kaos efter besked	9
Vad händer om behandlingen inte hjälper	11
När kroppen förändras	12
Känna ångest	13
Rädsla för att dö	13
Obehag och oro inför sjukdomen, undersökningar och behandling	14
Utsatthet inom vården	16
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	19
KLINISKA IMPLIKATIONER	21
KONKLUSION	21
Förslag till fortsatt forskning	22
REFERENSER	23

INLEDNING

I Sverige blir varje år 8000 kvinnor diagnostiserade med bröstcancer och medianåldern på dessa kvinnor är cirka 60 år. Det är färre än fem procent av kvinnorna som är under 40 år. Ungefär 30 procent av all cancer bland kvinnor är bröstcancer och det är alltså den vanligaste formen av cancer hos kvinnor. Varje dag är det omkring 20 kvinnor som får diagnosen (Cancerfonden, 2014a). Enligt Cancerfonden (2014b) har prognosen för patienter med bröstcancer blivit bättre de senaste åren. Ungefär 80 procent av kvinnorna lever 10 år efter att de har fått diagnosen. Prognosen blir också bättre ju tidigare sjukdomen upptäcks. I en studie av Rosedale (2009) framkom att kvinnor som har bröstcancer upplevde en ensamhet som utvecklades till ett lidande. Författarna till detta examensarbete vill belysa kvinnors erfarenheter i samband med bröstcancer eftersom det sker en stor förändring i personen liv. För att som sjuksköterska kunna hjälpa kvinnorna på bästa sätt är det fördelaktigt att ha en uppfattning om vilka erfarenheter de får av sin sjukdom samt hur de upplever sin situation.

BAKGRUND

Bröstcancer

Enligt Ericson & Ericson (2012) kännetecknas bröstcancer som en tumör i körtelrören i bröstkörtlarna (duktal) eller i körtellobuli (lobulär). Den kan involvera omkringliggande vävnad (invasiv cancer), cancers stadie gör att det finns större risk för metastaser (dottertumörer). Den kan också vara avgränsad till körtelgången (cancer in situ), vilket innebär att den växer lokalt i körtelgången. Det finns många kända riskfaktorer för att drabbas av bröstcancer, där risken ökar ifall mamma eller syster haft det eller flera andra nära släktingar. Även tidig menarche, sen menopaus samt graviditet efter 30 års ålder har visat ge ökad risk för bröstcancer. Rökning, stor alkoholkonsumtion och övervikt innebär en viss riskökning. Exponering för röntgen och radioaktivstrålning i ökad omfattning ger också ökad risk i likhet med flertalet andra tumörformer.

De senaste 20 åren har bröstcancer hos kvinnor ökat med 1,2 - 1,4 procent årligen. Sedan 1960 har antalet bröstcancerfall i Sverige fördubblats, men antalet dödsfall har minskat med 30 procent (Socialstyrelsen, 2014). Bröstcancer utgör ca 23 procent av alla cancerfall i världen, och är den vanligaste typen hos kvinnor. Mer än hälften av de kvinnor som får bröstcancer bor i industrialiserade länder och i Europa utgör bröstcancer 27,3 procent av cancerfallen hos kvinnor. Anledning till hög incidens av bröstcancer i industrialiserade länder beror på möjligheten för kvinnor mellan 40-75 års ålder att vartannat år screenas för bröstcancer. På så vis upptäcks eventuell bröstcancer i tidigt stadie och behandling kan snabbt påbörjas (Parkin, Bray, Ferlay & Pisani, 2005)

Diagnostik och behandling

Bröstcancerscreening har beräknats minska dödligheten med 16 procent och två tredjedelar av bröstcancern upptäcks genom detta program. För att påvisa om det finns cancer i ett bröst används trippeldiagnostik, vilket innefattar mammografi som ibland kompletteras med ultraljud, klinisk undersökning och vävnadsprov. Denna metod har fem procent risk för falska negativa svar och en procent risk för falska positiva svar. Bröstcancer behandlas olika beroende på var i bröstet den är lokaliserad. Bröstcancer som inte har metastaser i andra organ i kroppen behandlas vanligen med bröstbevarande kirurgi vid begränsad sjukdom och borttagande av hela bröstet vid utbredd sjukdom. Om det rör sig om duktal cancer, i mjölkörtelgångarna, ges postoperativ strålbehandling ifall det finns riskfaktorer som exempelvis utbredd tumör (Nilbert, 2013).

När det rör sig om invasiv cancer finns det två olika operationer. Vid en tårtbitsoperation tas endast den delen av bröstet där cancer sitter bort och vid mastektomi tas hela bröstet bort. I samband med operation görs analyser på portvaktskörteln i armhålan och om denna innehåller cancerceller kan det bli aktuellt med axillarutrymning, vilket innebär att lymfkörtlar i armhålan tas bort. Ofta kompletteras operationen med cytostatikabehandling och om tumören har östrogenreceptorer kan även en östrogenhämmare ges (Nilbert, 2013). Nozawal et. al. (2013) menar att 65 procent av de kvinnor som genomgår mastektomi (borttagande av bröst) upplever sorg och lidande efter ingreppet. De visar även att de två symtom som påverkar kvinnorna mest är att tappa håret respektive att förlora ett bröst. I en studie av Webb et. al. (2014) framgår att 64,5 procent av kvinnor med bröstcancer har avlidit av sjukdomen på grund av att de inte gått på de regelbundna mammografikontrollerna och att cancer upptäcktes för sent.

Cancer behandlas ofta med cytostatika, cellgift. Cytostatika skadar cellens DNA och stoppar då celldelning och celltillväxt. Tumörceller delas snabbt och cytostatika är utformat för att attackera snabbväxande celler. I kroppen finns andra snabbväxande celler, bland annat hårsäckar och benmärgsceller. Därför tappar personer som får cytostatikabehandling ofta håret samt har ökad risk för blodbrist (Lindström, 2009). Gowley, Heyman, Stanton och Milner (2000) fann i sin studie att kvinnor med bröstcancer ofta inte förstår innebörden av tilläggsbehandling med cellgifter efter operation av bröstcancer. Kvinnorna ser cellgiftsbehandling som något mycket allvarligt och tror att deras situation är värre än vad den egentligen är. De vet inte skillnaden mellan tilläggsbehandling och botande behandling.

Lidande

Cassell (1991) definierar lidande som ett tillstånd av nöd till följd av ett faktiskt eller upplevt hot mot hälsan, integriteten eller den fortsatta existensen som en hel människa. Enligt Younger (1995) har lidande sina rötter i att underkasta sig eller bli tvingad in i specifika omständigheter, att en person tvingas erkänna förekomsten av en tillvaro som inte är under vår kontroll. Därför är lidande ett hot mot självständigheten. Eriksson (1994) delar in lidande i tre kategorier; sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande.

Sjukdomslidande

Sjukdomen ger inte alltid smärta och smärta är inte alltid förenat med lidande även om relationen där emellan är av stor betydelse. Ett försök att reducera smärta kan lindra ett outhärdligt kroppsligt lidande (Eriksson, 1994). Det kan också enligt Eriksson (1994) uppkomma ett andligt och själsligt lidande som kan ta uttryck som skam och förnedring som relateras till upplevelser i förhållande till andra människor. Båda dessa har att göra med att människan känner sig mindre än vanligt, vilket leder till att de egna idealen inte uppnås. Patienten kan känna ett illabefinnande då den upplever att denne inte levt rätt och därför fått sjukdomen. Hela systemet runt sjukvården kan skapa lidande genom skam och förnedring då patienter hela tiden måste söka information, fråga och använda gemensamma utrymmen för intima åtgärder. Mosher et al. (2013) menar att kvinnor med bröstcancer är i riskzonen för emotionell plåga och ångslan. Exempel på dessa är depression, ångest, ensamhet samt existentiell ångslan. Det framkommer tydligt att personer som diagnosticeras med en allvarlig sjukdom ofta har tankar som ”Varför jag?”, ”Varför händer detta mig?” och ”vad händer när jag dör?”

Vårdlidande

Enligt Eriksson (1994) kan lidande uppkomma till följd av otillräcklig vård. Att kränka patientens värdighet är vanligaste formen av vårdlidande. Detta sker när patienten fräntas att fullt ut vara människa och då minskas möjligheten till användning av deras hälsoresurser. Detta kan ske genom slarv då det gäller att skydda patienten vid intima eller personliga vårdåtgärder och genom nonchalans, att inte se människan eller då den etiska förhållningen brister (Eriksson, 1994). I en studie av Arman, Rehnsfelt, Lindholm, Hamrin, Eriksson (2004) framkommer det att vårdlidandet ofta var orsakat av patienters känsla av att vårdpersonalen inte sett dem som unika individer, de kände att de inte fick tillräckligt med tid och information. Patienterna ansåg att de inte blev beaktade som en hel människa. De kände sig som en kropp som skulle bli botad från en sjukdom, ett nummer, en diagnos. Det psykiska välbefinnandet var det ingen som såg eller frågade om. Patienterna förstod inte hur personalen kunde missa att de upplevde sig må så dåligt. Detta ökade deras osäkerhet och lidande eftersom de fick kämpa för den vård de hade rätt till. Schmid-Büchi *et al.* (2013) menar att kvinnor med bröstcancer har stort behov av stödande omvårdnad då de upplever behandlingsrelaterade symtom. Då kvinnorna får fysiska och sociala funktionsnedsättningar på grund av behandling ökade deras psykosociala behov likväl som deras behov av omsorg och stöd. Utöver det ökade även deras behov av hälsovård och information från sjukvården. Om dessa behov inte möttes upplevde kvinnorna en ökad känsla av oro, plåga och depression. Corney, Puthussery och Swinglehurst (2014) nämner att många kvinnor upplever att behandlingen av deras bröstcancer är bra, men att den psykiska och emotionella vården kan förbättras i avsevärd utsträckning.

Livslidande

Ohälsa och sjukdom är berörande för hela människan och dess livssituation. Livet som varit självklart och invariant rubbas. Detta lidande som människan ställs inför innefattar hela livssituationen. Livslidandet kan vara relaterat till allt som har med livet att göra, som att vara människa bland andra människor. Hot om förintelse, rädsla och förtvivlan blandas med känsla av att vilja kämpa och leva. En förändring av människans livssituation som kommer plötsligt är inte naturlig och därför är det viktigt att människan får tid för att hitta nytt sammanhang där den känner mening. Ibland kan patienten känna sig orkeslös och ha

en vilja att ge upp, denne orkar inte kämpa längre. De kan uppleva att de saknar en uppgift i livet, vilket kan ge en känsla av att vara mindre värd. Det kan vara oerhört svårt för vårdpersonal att veta hur de ska handla när de ställs inför en patient med svårt lidande som är tyngd av livsleda och har en obotlig sjukdom (Eriksson, 1994). Enligt Lengacher *et al.* (2012) är många kvinnor som har bröstcancer rädda för återfall. Den rädslan kan vara i allt från ett par år upp till resten av kvinnornas liv och leder till en ofta närvarande känsla av ängslan, oro, stress och lidande.

Hälsa och ohälsa

WHO definierar god hälsa som fysiskt, socialt och mentalt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom. Hälsa är en resurs för vardagen och är ett positivt begrepp som betonar sociala och personliga möjligheter samt psykisk kapacitet i det dagliga livet (WHO, 2014). Eriksson (1996) skriver att det finns fyra olika positioner som en människa kan befinna sig relaterat till hälsa. Dessa är att människan känner hälsa trots sjukdom, upplever välbefinnande och har frånvaro av sjukdom, upplever sig ha en sjukdom trots att det inte finns några fysiska yttringar av en sådan. Den sista innebär att patienten känner illabefinnande och har en sjukdom. Elmir, Jackson, Baele och Schmied (2010) visar i sin studie att bröstkirurgi relaterat till bröstcancer är en livsförändrande upplevelse som leder till både emotionella, sociala och fysiska konsekvenser.

Sjuksköterskans roll

International council of nurses antog år 1953 den första etiska koden för sjuksköterskor, den säger att en sjuksköterska har fyra grundläggande ansvarsområden; att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening 2012). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) ska vård ges på ett sådant sätt att den grundar sig på respekt för patientens integritet och självbestämmanderätt samt med respekt för alla människors lika värde.

PROBLEMFÖRMULERING

Ungefär 8000 kvinnor i Sverige blir varje år diagnosticerade med bröstcancer. På grund av tidig diagnostik och behandling har överlevnadschansen ökat. Tidigare forskning visar att det är en livsförändrande situation att drabbas av bröstcancer. Förändringen innebär bland annat sorg, rädsla och mycket lidande. Detta är ett betydelsefullt område att belysa då kvinnorna upplever både sjukdomslidande och vårdlidande till följd av diagnosen och behandling. De upplever även livslidande i samband med att deras liv och deras kroppar förändras till följd av eventuell kirurgisk behandling. Därför är det av stor betydelse att belysa kvinnors erfarenheter relaterat till bröstcancer. En del i yrket som sjuksköterska är att kunna sätta sig in i och förstå patientens situation, det görs genom att skapa kunskap om hur sjukdomen både fysiskt och psykiskt påverkar patienterna.

SYFTE

Syftet med denna studie var att undersöka kvinnors erfarenheter av att leva med bröstcancer.

METOD

I denna studie har självbiografier analyserats med kvalitativ innehållsanalys utifrån (Lundman & Hällgren-Graneheim 2012). Dahlborg-Lyckhage (2012a) beskriver att en kvalitativ ansats är att föredra då önskan är att undersöka ett fenomenens egenskaper, alltså människors subjektiva upplevelser av en händelse eller situation. Intervjuer, berättelser och observationer används för att samla in data om fenomenet. Lundman & Hällgren-Graneheim (2012) beskriver att kvalitativ innehållsanalys främst används inom beteende-, vård- och humanvetenskap. Syftet med metoden är att analysera meningheter (citater) för att beskriva skillnader och likheter. Det kan göras med induktiv eller deduktiv ansats. Med en deduktiv ansats menas att analysen görs utifrån en förutbestämd mall eller ett kodningsschema som har utformats efter en modell eller teori. I den här studien användes en induktiv ansats, som innebär att en förutsättningslös analys av texten sker. Metoden kvalitativ innehållsanalys är lämplig att användas då stora mängder data ska analyseras. Enligt Dahlborg-Lyckhage (2012b) är självbiografier en form av livsberättelser som innehåller riktiga och utförliga beskrivningar av människors vardag. Det utgör därför ett intressant material som har ett vetenskapligt syfte. Kvalitativ innehållsanalys valdes utifrån att det var patienters egna upplevelser av ett fenomen som skulle undersökas. Den kändes lämplig då självbiografier ger en stor mängd data som ska analyseras på ett strukturerat sätt.

Urval

Inklusionskriterier för studien var självbiografier skrivna på svenska, att de handlar om en kvinna som har/har haft bröstcancer och att det är kvinnan själv som berättar sin historia. Biografierna ska vara utgivna under 2000-talet, eftersom behandling förändras över tid och detta är något som författarna inte vill undersöka, samt att de ska handla om kvinnor i åldrarna mellan 30-60 år. Exklusionskriterier var kvinnor som hade metastaser i flertalet organ vid cancerupptäckten.

Datainsamling

För att söka svenska självbiografiska böcker om kvinnor som lever med bröstcancer användes databaserna Libris – Kungliga Biblioteket, Bokus, Adlibris och Skaraborgs Sjukhus sjukhusbibliotek. Sökord som användes var bröstcancer, biografi och självbiografi. Karlsson (2012) menar att en manuell sökning med hjälp av exempelvis bibliotekarie kan göras, vilket användes i denna studie. Några av de självbiografier som hittades fanns på flera av databaserna. En sökning på SkaS sjukhusbibliotek och på

biblioteket vid Högskolan i Skövde gjordes för att hitta böcker som fanns tillgängliga för utlåning.

Valda böcker

Andersson, A. (2004). *När du blir flintis kan pappa köra mig till fritids då? – att leva med bröstcancer.*

Anneli upptäckte knölen i bröstet på våren men tryckte undan vad hon kände och aktade sig för att komma åt området igen. På hösten tog hon mod till sig och bokade en undersökning, det visade sig vara bröstcancer. Vi får följa hennes resa med man och en son på 9 år, hennes oro för att hon och sonen ska bli lämnade ensamma samt hennes egen kamp mot sjukdomen.

Lind, H. (2012). *Jag vill inte veta – inte nu.*

Helena var 56 år när hon drabbades av bröstcancer. Hon försökte skjuta bort tanken på undersökning men insåg till slut att hon borde träffa en läkare. Vad hon inte visste då var att hon skulle få allvarliga biverkningar som hon aldrig hade hört talas om av cellgifterna.

Målevik, M. (2011). *Cancer som resesällskap - Min uppmuntran till dig.*

Margareta 46 år, eller Maggie som hon kallas, är ute i skogen och jagar när hon upptäcker en knöl i bröstet. Hennes första tanke var att trycka undan det och låtsas som ingenting, lättare sagt än gjort. Maggie försöker vara positiv till det hela och allt som händer, dock är det inte alltid lätt att vara stark. Genom boken får läsaren följa hennes sjukdomsupplevelse från början och till behandlingen är färdig, hon beskriver också tankarna på ett eventuellt återfall.

Tiger, M. (2010). *Jag vill leva...*

Boken handlar om Monica och hennes resa från det att hon får beskedet att hon har bröstcancer vidare till operation och behandling. I början känner hon hela tiden oro och rädsla inför framtiden och vad som kommer hända, för att senare kunna acceptera sin situation och att det är så här hennes kropp och hennes liv nu se ut.

Tenor, L. (2013). *Hope.*

Lotta 37 år berättar om sitt liv från det att hon fick beskedet bröstcancer och 8,5 år framåt. Boken handlar om den rädsla, skräck, förtvivlan, panik och dödsångest Lotta kände varje dag och inför varje sjukhusbesök. Även inför sin egen kropp, inför det andra bröstet och rädslan att få cancer där också.

Palmcrantz, U. (2011). *Bröstresan*

Ulrika var helt säker på att det inte var cancer hon hade, därför kom beskedet som en chock. Att sedan få reda på alla behandlingar och hur lång tid de skulle ta utlöste ångest och panik. Det här är en resa från chock till rädsla och ångest vidare till acceptans och slutligen tillbaka till en normal vardag

Nyberg, E. (2008). *När livet rämnar.*

Eva beskriver hur det var då hon fick cancer i först ena bröstet och sedan några år senare även i det andra. Det var inget återfall, utan två olika sorters cancer. Hon beskriver den rädsla och det lidande sjukdomen medför men även den livsresa och självkänedom det inneburit.

Analys

För att analysera materialet användes kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats, utvecklad av Lundman & Hällgren-Graneheim (2012). Författarna till den aktuella studien började med att läsa självbiografierna enskilt. För att säkerställa att de delar av böckerna som svarade på syftet inte fabrikerades eller feltolkades diskuterades självbiografierna av författarna. Författarna identifierade enskilt meningar och stycken som svarade på studiens syfte, så kallade meningsenheter. För att nå samstämmighet om vilka meningsenheter som svarade på studiens syfte, diskuterades dessa och de som inte gjord det exkluderades. De kondenserades så att den egentliga innebörden inte ändrades. Exempel från datanalysen finns i tabell 1. Meningsenheterna gavs koder, som jämfördes för att finna likheter och skillnader mellan dessa. De bildade 12 stycken preliminära kategorier. I ett senare skede sammanslogs de preliminära kategorierna till 2 kategorier med totalt 6 underkategorier. För att kunna säkerställa att innebörden inte hade förändrats eller försvunnit fanns meningsenheterna med under hela analysprocessen. Meningsenheterna användes sedan som citat i resultatet för att stärka textens validitet (Lundman och Hällgren Graneheim, 2012).

Tabell 1. Exempel på hur dataanalysen genomfördes.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Jag var inte beredd på att få sådana biverkningar efter behandlingarna. Min kropp är fortfarande stel i leder och jag känner mig allmänt äldre.	Biverkningar efter behandlingen, stel i leder och känner sig gammal.	Biverkningar efter behandling	Obehag inför sjukdomen, undersökningar och behandling	Känna ångest
Det svindlar till sådär igen, skriker till någonstans långt där inne. Herregud, tänk om det inte går bra det här!	Känner inombords att det kanske inte går bra.	Kanske dör	Vad händer om behandlingen inte hjälper	Uppleva rädsla och skräck

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Deltagandet i en studie ska enligt Helsingforsdeklarationen (2008) bygga på frivillighet. Författarna till denna studie har gjort bedömningen att deltagandet blir frivilligt då självbiografier är en offentlig handling eftersom de gjorts tillgängliga för allmänheten. Däremot skrevs böckerna troligtvis inte med avsikten att de skulle användas i en uppsats och kvinnorna menade säkerligen inte att böckerna och citat ur böckerna skulle analyseras. Kvinnorna har dock gett ut sina böcker för att de vill sprida kunskap bland drabbade, anhöriga och sjukvårdspersonal. Då denna studie ger ökad kunskap om kvinnornas erfarenheter och upplevelser vid bröstcancer anser författarna till detta arbete att det kan bidra till att kvinnor med liknande diagnos får träffa personal som har mer kunskap och en ökad förståelse för deras situation. Det litterära verket får inte ändras så att den får en annan mening eller så att upphovsmannen till verket blir kränkt. Upphovsmannen skall också bli angiven på ett sådant sätt och i den omfattning som god sed kräver (SFS 160:729). Författarna till denna studie har därför behandlat materialet med respekt för upphovsrättsmannen. Målet är att citat och referenser skall bli korrekt angivna för att undvika plagiat (Vetenskapsråden, 2011). Det finns en risk för att texter förvrängs och tolkas under läsning. Därför har författarna till denna studie valt att diskutera och jämföra sina tolkningar av texten.

RESULTAT

I resultatet beskrivs de erfarenheter och upplevelser de sju kvinnorna fick under den tid de hade bröstcancer. Resultatet presenteras i två kategorier med totalt sex underkategorier. Tabell 2 anger dessa kategorier och underkategorier.

Tabell 2: Översikt av kategorier och underkategorier.

Kategori	Underkategori
Uppleva rädsla och skräck	<ul style="list-style-type: none">- Kaos efter besked- Vad händer om behandlingen inte hjälper- När kroppen förändras
Känna ångest	<ul style="list-style-type: none">- Rädsla för att dö- Obehag och oro inför sjukdomen, undersökningar och behandling- Utsatthet inom vården

Uppleva rädsla och skräck

Kvinnorna beskriver hur de upplevde att få beskedet bröstcancer och hur de då reagerade samt deras förtvivlan över varför just de hade fått bröstcancer. Kvinnornas oro och rädsla över att kanske inte bli friska och det potentiella hotet om återfall skildras också. ”Vad kommer att hända? Tänk om det kommer tillbaka. Tänk om jag dör!” Slutligen skildras kvinnornas tankar om deras utseende och hur det kommer förändras.

Kaos efter besked

Utifrån kvinnornas berättelser kan det förstås att situationen då de får beskedet att de har bröstcancer är skrämmande, upprivande och chockerande. Kvinnorna kastas in i ett kaos av rädsla, skräck och tumult. En av kvinnorna skriver att hon inte ens hade tänkt tanken att det kunde vara cancer, utan var helt säker på att det bara var förkalkningar i bröstet. Därför kom beskedet för henne som en enorm chock och hon blev överrumplad av den plötsligt allvarliga situationen. För andra kvinnor var beskedet om bröstcancer ändå något väntat. De hade känt en knöl i bröstet och misstänkte genast att det kunde vara cancer. Men att få beskedet gör situationen till verklighet. Innan var det bara en misstanke, ett eventuellt hot och nu var det på riktigt. Flera kvinnor beskriver scenariot då de får beskedet som ett töcken. De hör orden ”Du har bröstcancer”, därefter hör de bara mummel eller ett dånande och susande i öronen. De kan varken höra eller ta till sig vad läkaren säger.

”Jag bara sitter där, tyst, och det ilar och skriker igen därinne i bröstet, högt nu, skräcken griper tag om mig, hårt. Får inte ur mig något, börjar darra. Jag ska dö!”(Palmcrantz 2011, s. 37).

Det faktum att de flesta inte är kapabla att ta till sig mer information än att de faktiskt har bröstcancer orsakar oro, rädsla och ångest efter att beskedet har hunnit sjunka in. Några kvinnor fick med sig broschyrer hem, men de kom inte ihåg vad som sagts under mötet med läkaren. De hörde ordet cancer och associerade det genast med döden. Skräcken växte och frågorna snurrade runt i huvudet på dem; vad ska hända nu? Kommer jag att dö? När? Hur ska det gå för barnen?

”Detta hemska första dygn kommer jag ihåg nästan minut för minut. En ångest som är svår att beskriva. Hur sjuk var jag? Hur långt hade det spridit sig. Var jag kanske full av metastaser? Skulle jag leva en månad till? Längre? Kortare? Jag önskade av hela mitt hjärta att jag skulle klara mig över julen. Jag har alltid älskat julen och det kändes viktigt för mig.” (Andersson 2004, s. 14).

Det första beskedet om cancer innebär en stor chock, men sedan följer en mängd andra besked om bland annat operation, behandling, provsvar och återfallsrisk. Alla besked innebär oro, ångest, rädsla samt frågor som ”vad kommer hända nu?” och ”hur kommer det egentligen gå det här?”. Denna ständiga skräck inför nya besked kommer från rädslan att cancer kan ha spridit sig, situationen kan ha blivit värre och kvinnorna kanske inte överlever trots allt. En av kvinnorna beskriver att när läkaren kommer in i salen där hon ligger blir hon kallsvettig. Hon varken vill eller kan ta emot fler hemska besked just nu. Några av de andra kvinnorna uttrycker liknande tankar och känslor. När en person drabbs av en allvarlig sjukdom frågar de sig förmodligen ”varför jag?”. En kvinna undrar varför just hon har drabbats av bröstcancer trots att hon alltid har ätit sunt, motionerat och aldrig rökt. En annan undrar om hennes otur inte redan är uppnådd. Hennes pappa har nyss dött och hennes syster har haft bröstcancer, båda inom ett år.

”Jag har varit så arg på livet, känt ett sådant hat mot det för denna kränkning, för det är just vad det är, kränkning och förnedring. Vad har jag gjort? Varför, varför, varför?”(Nyberg 2008, s. 39).

De kvinnor som har mindre barn beskriver hur deras värld och tillvaro rasar. De undrar hur något så hemskt som bröstcancer kan hända någon som har små barn hemma. Barnen behöver sin mamma, så varför skulle just de få cancer? De funderar över varför de har fått cancer, varför skulle just de bli drabbade av denna hemska sjukdom?

”Här får du din dumma cancer. Jag avskyr dig. Varför just jag som har små barn som behöver mig. Det är inte rättvist. Hjälp mig Gud. Du ser att jag inte orkar mer. ”Här får du!” Jag skriker ett hjärtskärande skrik långt inifrån. Jag tar upp bitar av porslinet och kastar dem igen och igen. Mina armar värker och mitt hjärta värker. Jag sjunker ner på en stol och tårarna kommer.” (Tiger 2010, s. 35).

Vad händer om behandlingen inte hjälper

Under alla olika stadier av sjukdomen och behandlingen funderade kvinnorna över hur det skulle gå. Skulle de bli friska? Skulle de dö i förtid? Skulle de behöva gå igenom behandling under lång tid för att sedan ändå inte bli friska? De kvinnor som hade barn undrade om de skulle få se dem växa upp, de funderade över om deras barn skulle förlora sin mamma.

”Tänk om, tänk om det faktiskt inte går bra?! Tänk om jag inte får se mina killar växa upp! Jag kanske aldrig får bli en gammal tant med bilder på barnbarnen i vardagsrummet?” (Palmcrantz 2011, s. 19)

Kvinnorna försökte försäkra både sig själva och sina barn, men också nära och kära om att allt kommer bli bra efter operationen och behandlingen. De tänkte att cancer kommer försvinna och allt kommer bli som vanligt igen. Eller?! Hur mycket de än försökte intala sig själva att allt skulle bli bra, att de skulle överleva det här, så fanns ändå alltid rädslan och tankarna i bakhuvudet. Jag kanske inte blir frisk, behandlingen kanske inte hjälper, jag kanske dör. Samtidigt fanns tankarna på metastaser. En kvinna uttrycker att hon i tankarna haft cancer i varenda kroppsdel sedan hon fick beskedet om bröstcancer. Flera av kvinnorna tänkte att om cancer finns i bröstet kanske den finns på andra ställen i kroppen också. De tänkte även tankar som ”cancer kanske sprider sig trots behandling” och ”det kanske finns cancerceller som behandlingen inte hjälper på”. Denna ständiga rädsla om att kanske inte bli frisk blev en vanligt förekommande tanke som kunde dyka upp i huvudet flera gånger per dag. Speciellt efter beskedet och i början av behandlingen

”Hur stor är chansen att jag kommer att bli frisk? Hur lång tid kommer jag behöva vård? Vart ska jag ta vägen med alla känslor som bara sköljer över mig? Kan jag jobba under tiden? Hur blir livet sedan? Kommer jag att dö?” (Målevik 2011, s. 13).

Alla kvinnor uttryckte i sina berättelser någon form av oro, rädsla eller skräck över att risken finns att de kan få ett återfall. Några av dem tänkte att i och med att de har bröstcancer så finns det kanske små cancerceller på andra ställen i kroppen som bara väntar på att slå till. En kvinna beskriver att när hon tänker på att hon kanske kunde ha metastaser i lungor och skelett kändes det som att ha en järnhand i bröstet som kramar åt med sina klor. Trots positivt besked angående provsvar kunde många av kvinnorna ändå inte känna sig glada. De tvivlade på beskedet, kände ångest och var skräckslagna för återfall.

”Lukas, en av pojkarna lägger en sjal om halsen på mig. Han tycker att jag blir så fin. Då, när jag ska ta av mig sjalen, känner jag någonting på halsen. En ny knöl!!!! Jag blir iskall. Jag har en knöl på halsen. Ska allt börja om igen, tänker jag förskräckt. Har jag fått ett återfall?” (Tiger 2010, s. 58).

Att ständigt gå omkring med en rädsla för återfall och att tro att alla förändringar och alla finnar eller knölar kan vara eller är cancer, det förstör på ett sätt livet. Flera av kvinnorna undrar om den skräck de känner varje gång de inte mår bra någonsin kommer att försvinna. En kvinna skriver att hon nu tvingas leva med ett mått av rädsla för tid och evighet.

”Men det står också klart att jag aldrig blir kvitt diagnosen - Det är tungt. Så fort kroppen krånglar eller jag får ont någonstans så kommer tankarna på metastaser. Nu är det kört. HOTET finns där hela tiden, det känns som att gå omkring med en apterad bomb.” (Lind 2012, s. 47).

När kroppen förändras

Inför operation upplevde flera av kvinnorna en oro för hur de skulle komma att se ut efter att de tagit bort ena bröstet. De funderade på om de skulle kunna ha samma kläder som tidigare, exempelvis klänningar med tunna axelband. Eller skulle det synas då, se konstigt ut? Denna ovisshet var för några av kvinnorna ganska jobbig. En av kvinnorna undrade hur bröstet skulle bli sen. Hårt och dött? Hon undrade även hur hon som kvinna skulle komma att se ut sen, efter operationen. Många av kvinnorna använde ordet stympas då de skrev om att de skulle ta bort ena bröstet. Några av dem påpekar också att då de förlorade sitt ena bröst förlorade de även halva sin kvinnlighet. Brösten var en del av kroppen och att bli av med en kroppsdel är alltid psykiskt svårt och det väcker många tankar och frågor om utseende och hur andra människor kommer reagera och vad de kommer tänka. För de flesta kvinnor är bröstet även en viktig del av att vara en kvinna och att se kvinnlig ut, så att förlora det ena orsakar både oro och ångest, men även i vissa fall en försämrad självbild. Alla kvinnor i de valda böckerna blev tvungna att operera bort ett bröst. En av dem ville gärna operera bort sitt bröst så snabbt som möjligt då hon såg det som ett hot mot sitt liv, men vissa av kvinnorna upplevde efteråt en sorg och ett visst obehag över hur de nu såg ut.

”Jag tycker att det ser så tomt ut med bara ett bröst. Det blir en ful obalans, ett mjukt vackert bröst och bredvid ett platt, hårt, ärrigt... ingenting. Jag vill inte själv titta ner på min kropp” (Tiger 2010, s. 25.).

Då denna kvinna hade svårt att acceptera hur hon såg ut efter operationen ledde det till att hon inte ville att hennes man skulle se henne med bar överkropp. Därför vände hon sig bort från honom då hon bytte om, hon var själv medveten om det men kunde inte hjälpa hur hon reagerade. Hon ogillade sitt utseende så starkt att hon inte ens ville se sig själv i spegeln. Flera av kvinnorna reagerade på liknande sätt. De tyckte de såg annorlunda och konstiga ut. Däremot hade en av kvinnorna störst problem med att hon tappade håret av cellgiftarna. Efter en undersökning på sjukhus där hon ombads byta om i ett rum, och lämna kvar sin sjalett, och sedan gå till ett annat rum skriver hon så här:

”Jag kan inte gå genom korridoren med mina tunna testar. Jag ser snart ut som Gollum i Sagan om Ringen!” (Palmcrantz 2011, s. 88).

Hon visste dock att efter cellgiftsbehandlingen var över skulle hon få tillbaka sitt hår, men in i det längsta höll hon fast vid det lilla hon hade kvar. Flera kvinnor beskrev att de visste att de skulle tappa håret och trodde att de var beredda på det. Men när de sedan duschade och fick händerna fulla av hår blev kvinnorna ändå chockade och förfärade. Att se sitt kala huvud i spegeln var för de flesta en egendomlig upplevelse och de var oftast mycket noga med att ha peruk, sjal eller en mössa på huvudet så fort de gick utanför dörren. Detta dels för att inte se annorlunda ut, men även för att inte se så sjuk ut. Vissa dagar ville kvinnorna inte att ytligt bekanta skulle ställa frågor eller att de skulle behöva förklara att de hade bröstcancer. De ville bara smälta in och se ut som alla andra.

Känna ångest

Genom hela deras sjukdomstid upplevde kvinnorna en rädsla inför döden och en oro över att lämna familj och vänner. Framför allt var kvinnorna oroliga över att kanske behöva lämna sina barn och inte finnas där för dem under deras uppväxt. Kvinnorna beskriver en ångest inför sjukdomen och allt den innebär; eventuell död, undersökningar och biverkningar av de olika behandlingarna. De berättar också om den jobbiga och tärande väntan på alla olika svar kvinnorna upplevde. Slutligen beskrivs den utsatthet kvinnorna kände då de vistades inom vården.

Rädsla för att dö

Alla kvinnor beskrev någon form av dödsångest vid minst ett tillfälle. Ofta handlade denna ångest om att de inte ville lämna sina barn och sin familj. En kvinna beskriver att varje kväll när hon går och lägger sig är hon rädd att hon inte ska vakna igen.

”Dagarna går, jag blir piggare fysiskt men i skallen går tankarna i raketfart, jag våndas provsvaren som skall ge besked om hur stor tumören exakt var samt hur elakartad den var. Om den är så stor som kirurgen sa så är den säkert mer aggressiv, mina chanser att överleva minskar i takt med storleken så dödsångesten är total.” (Tenor 2013, s. 33).

En av kvinnorna skriver att hon plågas av tankarna på sin egen begravning. Hon tänker på lidandet och hur mycket hon kommer att lida av sjukdomen. Hon funderar på hur länge till hon kommer att få leva, hur det blir mot slutet och om detta är sjukdomen hon kommer dö av. Flera av de andra kvinnorna beskriver liknande tankegångar.

”Jag hade cancer och nu ska jag dö ifrån min dotter och hon skulle bli moderlös. Smärtan - skräcken var total”. (Tenor, s 14).

Dessa kvinnor ville inte dö, de ville inte lämna sina familjer och sina vänner, sina liv. Därför slogs de ibland av panik och ångest då de tänkte på att de kanske inte skulle överleva, att de kanske skulle bli tvungna att lämna sina barn att växa upp utan en mor. De flesta kvinnorna hade barn vid tillfället av insjuknandet. De uppgav en stor ångest för hur deras barn skulle reagera inför det omvändande beskedet. En stor oro spred sig bland kvinnorna för hur deras barn skulle klara sig utan sin mamma. En av kvinnorna resonerade att det kanske var dags för barnens pappa att ta mer plats och att hon skulle hålla sig mer i bakgrunden. Detta för att saknaden efter henne inte skulle bli så stor, att det fanns en trygghet kvar trots att hon var borta. En av de andra var däremot rädd för att skrämman barnen. Sonen vaknade upp en natt efter hennes operation och hörde att hon var ledsen och grät. På morgonen frågade han henne varför hon varit ledsen. Hon slätade genast över det med att såret gjorde ont och att hon inte kunde sova. Hon var rädd för att han skulle bli orolig över sin mammas sjukdom och vad den kunde göra med henne. Flera av kvinnorna upplever en stor rädsla för att deras barn ska bli moderlösa alldeles för tidigt i sina liv. Livet får inte vara så orättvist skriver en av kvinnorna, det kan inte vara okej att dö ifrån sin tioåriga dotter. Det hade alltid varit bara de två. Vem skulle kunna älska dottern lika mycket som hon? Kvinnorna ville vara med under deras barns uppväxt och undrade hur det skulle gå för dem ifall deras mammor skulle dö. Barnen hade också fått växa upp och ta

alldeles för mycket ansvar alldeles för fort. Det var en stor sorg för en av kvinnorna att hennes sjukdom drabbat familjen under dotterns barndom. Den hade blivit präglad med mycket oro istället för glädje och ansvarslöshet.

”Jag hade ingen trygghet att ge min dotter, inga svar och dessutom var jag själv så skräckslagen för just denna sjukdom så jag hade inte heller någon tilltro till ett friskt liv. Jag var själv helt övertygad om att jag skulle dö inom några år i det här så för mig att försöka skapa trygghet åt henne i det här var inte lätt.” (Tenor 2013, s. 28).

Skulle de bli en i statistiken och behöva oro sina nära och kära. Det ville de absolut inte. De möttes av medmänniskor som försökte uppmuntra dem med att forskningen gått framåt de senaste åren. Trots detta tryckte sig rädslan på, den försvann inte. De upplevde även situationer där människor sagt att det inte är så farligt, de flesta överlever och att sjukvården har blivit bättre på att behandla sjukdomen, men kvinnorna tyckte inte att någon förstod dem. En av kvinnorna längtar efter att någon ska förstå hennes situation och hur jobbig den kan vara. Hon funderade över varför omgivning ville att hon skulle vara stark och önskade att någon skulle frågat ifall hon vill ha hjälp med något istället för att förneka att smärtan fanns där. Livet tog inte heller vid där det slutade utan det krävdes att nya vägar hittades för att livet skulle kunna fortsätta. Andra människor önskade dem lycka till, men vad hon egentligen ville var inte att ha kramarna eller lyckönskningarna utan bara att allt skulle få vara som vanligt. En av kvinnorna har förstått att omgivningen anser att en människa kommer stärkt ur en allvarlig kris. Som svar på tal berättar hon att det hade varit bättre utan den erfarenheten, att hon hellre varit utan den.

”De har förmodligen hört att de flesta klarar sig. Men det är inte riktigt sant. 10 årsöverlevnaden för hela gruppen kvinnor med bröstcancer är cirka 79 procent idag: 21 av 100 kvinnor dör. Det är många och döden slår blint.” (Lind 2012, s. 16).

Obehag och oro inför sjukdomen, undersökningar och behandling

Kvinnorna i alla de böcker som används i detta arbete uttrycker ångest över antingen enbart sjukdomen eller över både sjukdomen och undersökningarna i sina berättelser. Hela situationen framställs som överklig, några celler i kroppen har löpt amok och kommer sluka dem. Cancern beskrivs som en inkräktare som tagit makten över deras liv. De försöker att inte tänka för mycket på sjukdomen, för när de gör det blir det för obehagligt och den svarta avgrunden kommer fram.

”Det har varit en mörk höst med oro, ångest, förvirring och rädsla att tappa taget. Sjukdomen förknippad med den vedervärdigaste ångest, bottenlös förtvivlan och avgrundsoro.” (Nyberg 2008, s. 28).

Två av kvinnorna upplevde undersökningarna och tiden innan dem som mycket jobbiga. De var inför och efter varje röntgenundersökning rädda för vad läkarna skulle se på bilderna och var efter varje blodprov oroliga över vad de skulle visa. En av dessa berättar om när hon var på röntgenundersökning och sjuksköterskan sa att de måste röntga om ena bröstet i en annan apparat, då förstod hon direkt att det handlade om cancer. Hon kände en fruktansvärd ångest inför sin diagnos och skriver på flera ställen att hon fick stoppa sig

själv från att ta en kniv och skära bort bröstet själv i väntan på operation. Den andra kvinnan upplevde undersökningarna som ett skräckmoment och var varje gång rädd att något nytt skulle hittas. En tredje kvinna berättar så här om en liknande situation:

”Jag förstår att det är bra med de här kontrollerna, en extra säkerhet. Men det är också tortyr. Alla de gamla nedstoppade rädsorna kryper fram och gör sig påmind. Tänk om man hittar någonting som inte är bra. Det finns kanske kvar någon spretig liten cancercell som bara väntar på att få slå till och förstöra mitt liv. Kommer jag aldrig mera att känna mig lugn och säker igen?” (Tiger 2010, s 44).

Innan behandlingarna började var flera av kvinnorna nervösa. De hade tankar som; Vad kommer hända? Kommer jag må illa, kräkas och tappa håret? Kommer jag bli matt, orkeslös och svag? Kommer behandlingen hjälpa? När de väl fått första behandlingen upplever de biverkningar som illamående, kräkningar och svaghet. En kvinna började tappa håret redan efter första behandlingen och skriver att hon inte visste att man kunde ha ont i hårrötterna, men det hade hon. En av de andra fick ont i skelettet, ryggen och benen, hon kan inte heller sitta still, som om det inte var nog får hon även urinvägsinfektion och svampinfektion i munnen. Biverkningarna blir för flera av kvinnorna värre och värre för varje behandling.

”För varje gång blir det värre. Jag vet. Cytostatika, denna djävulska brygd som gör mig ledsen, rädd och klen. Var tredje vecka reser jag neråt i en svindlande hastighet. Helvetesdagar och vaknätter. När ingenting fungerar, när kroppen är satt ur spel, stänger jag av. Slutar existera.” (Lind 2012, s. 36).

Efter cytostatikabehandlingen blev en av kvinnorna först hungrig och åt mycket, men sen kom illamåendet och hon fick springa till toaletten och kräkas sex-sju gånger på en eftermiddag. Det fanns ingen lättnad, bara illamående. Några av kvinnorna berättar om en ökad känslighet för dofter och en metallsmak i munnen. En av kvinnorna fick förutom cytostatikabehandling även strålbehandling och beskriver att sista tiden av den var jobbigast. Hon kom då, på grund av behandlingen, in i klimakteriet och upplevde bland annat värmevallningar. Hon skriver också att hon på grund av behandlingen fortfarande är stel i leder och känner sig allmänt äldre. Vidare beskriver kvinnorna att väntan på svar var en fruktansvärd tid. Väntan på svar om biopsi, på röntgensvar och väntan på svar om tumörens storlek, om den var elakartad eller inte, och slutligen väntan på svar angående om behandlingen hade hjälpt eller om tumören hade blivit större eller spridit sig. Väntan på operation upplevdes också som mycket jobbig. Under ett besök på sjukhuset där en av kvinnorna skulle få svar på undersökningar hon gjort, fick hon vänta en stund innan sköterskan kom. Under den tiden hann hon fantisera om alla möjliga hemskheter. ”Nu skulle jag dö. Minuterna gick och skräcken tilltog”. Efter biopsin kom en mycket lång väntan på provsvaren om vad för sorts tumör hon hade. Hon skulle få besked inom fem veckor, men det drog ut på tiden. Att gå omkring med en ständig oro och rädsla under så lång tid tär på psyket. Det går knappt att föreställa sig de tankar som ideligen måste snurrat i hennes huvud.

”För säkerhets skull så opererade man snabbt bort den lilla knölen i mitt vänstra bröst. Sedan kom väntan, den svarta gastkramande väntan som helt slukade mig.” (Tiger 2010, s. 6).

Kvinnorna upplevde mycket väntan vid flera olika situationer och på många olika svar. En kvinna upplevde upprepade gånger väntan. Det var väntan på olika provsvar vilket gjorde henne arg och trött, vilket också ledde till en känsla av orättvishet. En kvinna beskriver en känsla av att ingen kan ge henne tröst mot något som ännu inte är verklighet. Hon vet inte svaret än, men hon är ändå säker på att det är bröstcancer och känslan av att finnas i ett vakuum är påtaglig.

”Att det ska behöva ta sådan tid, har man inte haft cancer så fattar man inte vad jag pratar om. Jag vill ha ett halmstrå - ett besked så fort det går - inom en vecka för att kunna mobilisera kraft och kunna planera nästa drag i schackspelet mot döden. Ju snabbare jag vet hur min fiende ser ut desto snabbare kan jag attackera tillbaka om jag har en chans.” (Tenor 2013, s. 35).

Utsatthet inom vården

Kvinnorna känner utsattheten från första gången de lägger sig på britsen för att göra biopsi på knölen i bröstet. De beskriver hur de känner att nålen förs in och ”grötar” runt efter skadade celler och hur ultraljudsapparaten förs fram och tillbaka över bröst och lymfkörtlar. De har många tankar om vad som ska komma, vad läkaren ska hitta när han utför undersökningarna på dem. Kvinnorna ser med fruktan på nålarna som används vid biopsi. Nålarna är alltid grova och de känner det som att de blir av med en del av sig själva och undrar varför det ska vara nödvändigt att skär i en sådan rund och mjuk kroppsdel.

”Jag gillar inte sprutor i bröstet. Bröst är mjuka, runda, och ska inte behöva få en massa stick i sig. De är vana vid en helt annan hantering, smek och kel och så har tre små barnmunnar dragit och slitit i dem. Men aldrig något vasst.” (Palmerantz 2011, s. 32).

Sjukhus associeras med smärta och en känsla av att vara utelämnad för dessa kvinnor. De upplever en lång väntan inför olika undersökningar. En väntan som innebär en stor oro för kvinnorna. De undrar vad undersökningarna kommer att visa och vad det kommer innebära för dem själva efteråt, detta byggs upp till en stor rädsla och oro inom dem.

”Jag ser min amputerade kroppsdel ligga i en kall hink, som avfall. Min fantasi har inga gränser.” (Lind 2012, s. 19).

Flertalet av kvinnorna beskriver hur de i sina mest utsatta situationer blev utelämnade av vårdpersonalen. De upplever sig själva som objekt i vårdpersonalens ögon och hur de bara är ett föremål för olika undersökningar. De beskriver situationer där de exempelvis blivit bortglömda eller träffat läkare som bara är inriktade på att prestera för att visa sig duktiga. En kvinna beskrev att vården var mycket bra utvecklad i form av medicinsk utrustning och teknik, men det var ingen som såg till hennes själ. Det var ingen vårdpersonal som hjälpte henne att återskapa den trygghet som hon förlorat när hon blev sjuk.

”Smärtan i min själ då, tänker jag?” (Tiger 2010, s. 15).

Hur läkarna uppträder inför kvinnorna har stor betydelse för deras upplevelse av vården. Kvinnorna befinner sig i en mycket utsatt situation där det är viktigt att få bra information och kunna känna trygghet hos personalen. Det kvinnorna beskriver är något helt annat.

Läkare säger bara till dem vad de ska göra för att det är en del av proceduren. De känner sig utelämnade och får inte förklarat för sig varför vissa undersökningar är nödvändiga, utan sjukvårdspersonalen säger bara att det ska göras för att rutinerna är sådana. Läkarna har heller ingen förståelse för att det kan kännas som att bli av med en del av sin kvinnlighet när ett av bröstet måste opereras bort. Sjukvårdspersonalen ger också bara order om att kläderna ska tas av inför exempelvis en röntgen eftersom det måste göras, men tänker inte på hur det känns för den enskilda kvinnan.

”- Nej nu måste du ta av dig. Det är ju därför du är här. Som ett barn grät jag hejdlöst. - Jag är rädd, sa jag, jag är skräckslagen. - Jag vill bara inte, nästan skrek jag. Nu började läkaren tappa tålamodet.” (Andersson 2004, s. 10).

En annan del som kvinnorna också tycker är ett problem inom sjukvården är den bristande informationen. När en av kvinnorna fick sitt besked om att hon hade drabbats av cancer, gav läkaren henne det i skriftlig form utan att ge någon förklaring till vad det innebar. När hon senare kom hem fick hon googla för att förstå alla latinska ord som stod i det. Det var ingen som hade berättat för henne hur det skulle tolkas. Senare drabbades hon även av en komplikation i form av att kärlen på hennes armar förstördes under behandlingen. Detta var något som ingen tidigare hade nämnt. Det blev en stor chock för henne att upptäcka de svarta strängarna som sträckte sig upp för hennes armar. En del av kvinnorna var väldigt noga med att få ha kvar så mycket av sitt bröst som var möjligt, då de tyckte att det symboliserade deras kvinnlighet. De tyckte att det var upp till dem själva ifall de ville ta bort endast en ”tårtbit” eller hela bröstet. En av kvinnorna å andra sidan träffade flertalet läkare där ingen ville operera bort det bröstet som inte var angripit av cancer, trots att det orsakade henne enorm oro och rädsla för ett eventuellt återfall.

”Vi är olika, reagerar olika, har olika erfarenheter med oss - bemöt oss individuellt - inte som statistik i en årssammanställning av friska efter 5 år, friska efter 10 år, döda inom 2 år, 5 år osv.” (Tenor 2013, s. 78).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Självbiografier valdes som datamaterial att analysera till denna studie eftersom de beskriver kvinnornas egna upplevelser och erfarenheter. Självbiografier är inte sedan tidigare tolkade av någon annan, vilket ofta är fallet med vetenskapliga artiklar. En annan form av studie för att undersöka människors upplevelser kunde vara att göra en intervjustudie. Danielson (2012) skriver att följdfrågor är fördelaktiga att använda då dessa kan bekräfta att patientens erfarenheter har uppfattats korrekt samt att vissa detaljer i deras upplevelser då kan utforskas djupare. Eftersom denna möjlighet inte finns vid studier av självbiografier, kan detta jämfört med intervjustudier ses som en begränsning. En intervjustudie kräver dock tid för planering och transkribering samt etiskt tillstånd. Det krävs också erfarenhet och kunskap för att genomföra en intervjustudie, vilket författarna till denna studie inte har. Därför valdes självbiografier till den aktuella studien.

Inklusionskriterierna var att böckerna skulle vara skrivna av kvinnorna själva. Om en anhörig skriver om kvinnans erfarenheter och upplevelser av bröstcancer, finns risk att en tolkning sker. Därför valde författarna till denna studie att endast inkludera självbiografier som kvinnorna själva skrivit. De har också uteslutande varit skrivna på svenska, vilket kan ses som gynnsamt då det inte medför lika stor risk för feltolkningar vid översättning. Dock kan det innebära att urvalet begränsas vilket kan leda till att variationer i resultatet förbises. Urvalet resulterade i sju stycken böcker, vilket ansågs vara en tillräcklig datamängd då det gav en variation i kvinnornas upplevelser. Fler böcker skulle kunna valts, men det ger ingen garanti för att det skulle blivit ett annorlunda resultat. Tidsbegränsningen som denna studie hade gjorde dock att möjligheten till större datamängd inte fanns. Sökningen av datamaterial hade en stor bredd men trots det var antalet träffar hanterbart. En begränsning kan vara att enbart kvinnor valdes för studien. Självbiografierna skulle också vara publicerade på 2000-talet då upplevelsen över tid inte ville studeras eftersom författarna ville få en aktuell bild av patienternas erfarenheter. En skillnad över tid kan inte helt uteslutas eftersom det tog olika lång tid för kvinnorna att skriva och publicera sina böcker. Graneheim och Lundamn (2004) menar att studiens trovärdighet kan öka om det finns en variation av ålder och kön. I detta arbete finns en variation av ålder då kvinnorna var olika gamla då de diagnosticerades med bröstcancer.

Om förförståelse är något som ska utnyttjas av författare till studier eller inte råder det delade meningar om. Vissa tycker att den ska läggas åt sidan (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Författarna till denna studie ser ett problem med detta eftersom våra tolkningar av texter ofta sker omedvetet och därför inte går att välja bort. Författarna till denna studie läste självbiografierna med ett öppet sinne och försökte lägga åt sidan förförståelsen att kvinnorna lider mycket samt att det måste vara svårt för dem att hitta glädje i vardagen. Det kan vara svårt att helt ignorera sin förförståelse eftersom den påverkar hur en text tolkas. Kvalitativ innehållsanalys, som är den valda metoden, anses vara lämplig då syftet är att belysa patienters upplevelser. Självbiografier innebär att en

stor datamängd ska analyseras, vilken den valda metoden passar till. Enligt Lundman & Hällgren-Graneheim (2012) är kvalitativ innehållsanalys en metod som är lämplig att använda när variationer, skillnader och likheter vill undersökas. Önskan med detta arbete var att hitta både likheter och skillnader mellan kvinnornas erfarenheter och upplevelser. För att minska risken för eventuella feltolkningar av datamaterialet har detta lästs av båda studieförfattarna var för sig, för att sedan diskuteras. Detta gäller också för kodning och kategorisering. Under analysprocessen har meningsenheterna funnits med i sin helhet för att minska risken för feltolkningar och för att försäkra studieförfattarna om att meningsenheternas betydelse inte förändras. Henricsson (2012) menar att en studie är pålitlig om den går att reproducera utifrån den beskrivna metoden och analysförfarandet, därför har metodavsnittet i detta arbete beskrivits så noggrant som möjligt. Enligt Graneheim & Lundman (2004) kan resultatet med fördel stärkas genom att använda citat eftersom det ökar trovärdigheten. Detta har därför använts till denna studie. En studie med kvalitativ innehållsanalys kan enligt Danielson (2012) inte generaliseras, men resultatet kan ändå vara överförbart på grupper i liknande sammanhang. Den aktuella studien kan därför vara överförbar på kvinnor i liknande situation i Sverige, dock kanske inte i andra länder i och med att kultur och sjukvård ser olika ut i olika länder.

Resultatdiskussion

Resultatet i denna uppsats visar tydligt att situationen då kvinnorna fick besked om bröstcancer samt den närmaste tiden därefter var mycket chockerande och kaosartad. Kvinnorna upplevde stark rädsla och trodde direkt att de skulle dö. De hade redan misstankar om att de kunde ha bröstcancer men beskedet kom ändå som en chock. Att få ett cancerbesked är enligt kvinnorna i denna studie från första minuten en livsförändrande situation. Världen vändes upp och ner och gråten kom hela tiden. Mosher et al. (2013) undersökte hur kvinnor med bröstcancer upplevde sin situation genom att be dessa kvinnor skriva ner sina tankar och känslor. Många beskrev beskedet som chockerande och att de sedan kände sig isolerade från omgivningen, nära och kära. Kvinnorna beskrev känslor som mycket stark skräck, en känsla av förlamning och att det var som att leva i en hemsk mardröm.

Vidare visade den aktuella studien att kvinnor som blivit diagnostiserade med bröstcancer hela tiden var rädda för återfall. Dessa kvinnor kände en stor skräck så fort de hittade en förändring på kroppen, så som en böld som sedan visade sig vara en finne. De blev rädda att de hade fått ett återfall så fort de kände sig trötta och hängiga eller när de kände att någonting inte var normalt. Denna rädsla fanns hela tiden i bakhuvudet på kvinnorna och gav sig till känna vid varje ny hudförändring och varje gång de kände sig orkeslösa. De kände fasa och undrade om allting skulle börja om igen. Att ständigt leva med denna rädsla är enligt Eriksson (1994) ett livslidande då det påverkar hela människan för resten av livet. Enligt Erikssons (1996) fyra positioner av hälsa upplevde dessa kvinnor en närvaro av sjukdom trots hälsa varje gång de kände sig hängiga eller upptäckte en hudförändring på kroppen. Johnson Vickberg (2001) visade i sin studie att kvinnor som har haft bröstcancer upplevde större rädsla för återfall när de umgicks och pratade med andra personer som har haft cancer. Det berodde på att kvinnorna då blev påmindas om en hemsk situation i deras egna liv och rädslan triggades igång. Vidare beskriver Johnson Vickberg (2001) hur kvinnorna i studien var rädda för återfall på grund av att de nästa gång kanske inte skulle

överleva och då skulle tvingas lämna sina barn. WHO (2014) beskriver hälsa som en resurs i vardagen för att orka med sociala och personliga åtaganden. Eriksson (1996) beskriver fyra positioner av upplevelsen av hälsa och ohälsa, en av dem är frånvaro av sjukdom men närvaro av psykiskt illabefinnande. Det är detta kvinnorna i studien upplever då de hela tiden är rädda för återfall samt mår dåligt när de blir påmind om sin situation. Resultatet visade också att kvinnor som blivit diagnostiserade med bröstcancer redan från första misstanken om att det var cancer kände en dödsångest. De ville inte dö, de var inte redo att dö och de hade mycket kvar att leva för. Denna dödsångest bottnade främst i att kvinnorna inte ville lämna sina barn och sin familj. Detta styrks av Johnson Vickberg (2001) som i sin studie fann att kvinnor som har eller har haft bröstcancer ofta var rädda för att dö ifrån sina barn. Vidare visade den här delen av resultatet att kvinnorna led av tankar på sin egen död och begravning. Eriksson (1994) skriver att ett hot om döden leder till att personen känner en stark vilja att kämpa för att överleva. Kvinnorna i denna studie kämpade främst för att få stanna kvar hos sina barn och se dem växa upp. Eriksson (1994) beskriver kvinnornas känslor som ett sjukdomslidande då det är sjukdomen och rädslan att dö som orsakar kvinnorna oro, ångest och skräck.

I resultatet framkom att kvinnorna hade många frågor angående behandlingen innan den startade. De undrade vad för biverkningar de skulle få och om behandlingen skulle hjälpa. Kvinnorna beskrev jobbiga biverkningar så som illamående, trötthet och värk. Deras välbefinnande försämrades kraftigt under dagarna efter varje behandling, men de fick också kvarstående men, som exempelvis värk i leder och en känsla av att ha blivit äldre. De kroniska biverkningarna leder enligt Eriksson (1994) till ett livslidande i den mån att kvinnorna kommer påverkas av dem under en längre tid, eller för resten av livet. Salonen, Kellokumpu-Lehtinen, Tarkka, Koivisto och Kaunonen (2010) beskriver att till följd av bieffekter av cytostatikabehandling, strålbehandling eller hormonell behandling försämras välbefinnandet under en tid för kvinnor med bröstcancer. De känner en lättnad då behandlingen är över och de kan se ljusare på framtiden. Tighe, Molassiotis, Morris & Richardson (2011) fann att kvinnor som har bröstcancer kan uppleva tröttheten som följer behandlingen som mycket överväldigande. De var förberedda på de fysiska aspekterna av behandlingen men hade inte förväntat sig hur överväldigande stressen och känslorna över sjukdomen kunde vara. Enligt Denieffe, Cowman och Gooney (2013) spelar trötthet relaterat till diagnosen bröstcancer och den efterföljande behandlingen en stor roll i att sänka kvinnornas välbefinnande. Resultatet visade vidare att flera kvinnor hade svårt att acceptera hur de såg ut efter att de opererat bort ett bröst. De tyckte att de såg konstiga ut och var rädda att andra människor skulle se att de saknade ett bröst eller i vissa fall att det ena bröstet var konstgjort. McKean, Newman och Adair (2013) skriver att operation för att avlägsna ett bröst leder till en känsla av att förlora en viktig del av sig själva. Ett sätt för kvinnorna att få tillbaka lite av sin normala självbild var att genomgå bröstrekonstruktion, det fick dem att känna sig mer som sig själva igen. Flera kvinnor i studien uttryckte att deras bröst var en del av deras femininitet och förlusten av ett bröst var som att förlora en del av sin identitet. McKean, Newman och Adair (2013) beskriver vidare hur kvinnor som genomgått mastektomi (borttagande av bröst) kände oro över sitt utseende och de upplevde att de inte kunde bära samma kläder som de tidigare hade gjort. Det var viktigt för dem att se "normala" ut, att se ut som tidigare. Därför valde många kvinnor att göra en bröstkonstruktion för att på så vis känna att de har en bättre livskvalitet igen.

Författarna till denna studie förvånas över hur fort dessa kvinnor blir en del av systemet, en i mängden. De ska på olika undersökningar, men det förefaller inte som att vårdpersonalen ser till hela människan. Vårdpersonalen ser bara det medicinska - det som ska bota sjukdomen. Var tog omvårdnaden vägen? Omvårdnaden som svenska sjuksköterskor får lära sig under sin utbildning syns inte i kvinnornas berättelser. Den aktuella studien fick samma resultat som Arman, Rehnsfelt, Lindholm, Hamrin och Eriksson (2004), alltså att kvinnor med bröstcancer upplever ett lidande inom vården. Arman *et al.* (2004) beskriver hur kvinnor upplevde att de inte togs om hand som en hel människa, utan endast som kroppar, ett nummer och en diagnos. Det framgick i samma studie att vårdpersonalen endast var intresserade av kvinnornas kroppsliga sjukdom och inte brydde sig om det psykiska lidandet. I likhet med den aktuella studien och Arman *et al.* (2004), fann Corney, Puthussery och Swinglehurst (2014) att kvinnor med bröstcancer uppfattade den medicinska vården som mycket bra, medan den emotionella vården hade stora brister. Sjukvårdpersonalen fokuserade enbart på att bota cancer och inte alls på den påverkan som diagnosen och behandlingen hade på kvinnorna. Eriksson (1994) menar att det kvinnorna erfor var ett vårdlidande i och med att det i dessa fall var vården som orsakade dem obehag och illabefinnande.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Denna studie kan användas av sjuksköterskor för att förstå vad kvinnor med bröstcancer går igenom och hur de upplever sin situation. Det handlar om att sjuksköterskor bör ta tillvara på kvinnornas erfarenheter, både negativa och positiva. En ökad förståelse för fenomenet kan leda till ökad kunskap hos sjuksköterskan vilket i sin tur leder till att patienterna får mer stöd och förståelse. Sjuksköterskan kan genom att bli medvetna om varför kvinnornas negativa erfarenheter uppkommer arbeta för att sådana situationer inte ska ske i framtiden.

KONKLUSION

Patienter som blivit diagnostiserade med bröstcancer upplever lidande i flera olika situationer. Det sker både hemma och inom vården. De är oroliga för att behöva lämna sina anhöriga alldeles för tidigt och så upplever de sig förbisedda på sjukhuset då läkaren verkar vara där för att ta hand om en kropp utan att se människan bakom sjukdomen. Kvinnorna lider av dödsångest och tankar på att kanske inte bli friska och det ständiga hotet om ett eventuellt återfall finns hela tiden i deras tankar. Den här studiens resultat stämmer överens med ett flertal andra studier, vilket tyder på att lidandet svenska kvinnor med bröstcancer upplever även är befintligt hos kvinnor i liknande situation i övriga världen. Lidandet bland dessa kvinnor är stort, därför är det viktigt att sjuksköterskan bekräftar det och gör allt för att lindra lidandet och därmed främja hälsa.

Förslag till fortsatt forskning

Förslag på fortsatta studier är att fokus läggs på endast en aspekt, exempelvis på familjen eller sjukvården. Ett annat förslag är att studien görs i större skala med fler deltagare. Det är även intressant att jämföra resultat mellan olika länder för att se om kultur och miljö påverkar kvinnornas erfarenheter av sjukdomen och hur de upplever sin situation.

REFERENSER

*Böcker som använts i resultatet

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

Arman, M., Rehnsfelt, A., Lindholm, L., Hamrin, E. & Eriksson, K. (2004). Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences. *International journal of nursing practice*, 10, 248–256.

Cancerfonden. (2014b). *Bröstcancer*. Hämtad 5 december, 2014, från <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Cancersjukdomar/Brostcancer/>

Cancerfonden. (2014a). *Om bröstcancer*. Hämtad 5 december, 2014, från <http://www.cancerfonden.se/sv/Om-Cancerfonden/Fragor-och-svar/Vanliga-fragor-om-brostcancer/>

Cassell, E. (1991). Recognizing suffering. *Hastings Center Report*. 21, 24-31.
DOI: 10.2307/3563319

Corney, A., Puthussery, S. & Swinglehurst, J. (2014). The stressors and vulnerabilities of young single childless women with breast cancer: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 18, 17-22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2013.10.003>

Dahlborg-Lyckhage, E. (2012a). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s 23-35). Lund: Studentlitteratur AB.

Dahlborg-Lyckhage, E. (2012b). Att analysera berättelser (narrativer). I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s 161-171). Lund: Studentlitteratur

Danielsson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricsson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 329-343). Lund: Studentlitteratur AB.

Denieffe, S., Cowman, S. & Gooney, M. (2013). Symptoms, clusters and quality of life prior to surgery for breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 2491–2502, doi: 10.1111/jocn.12430

Elmir, R., Jackson, D., Beale, B. & Schmied, V. (2010). Against all odds: Australian women's experiences of recovery from breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2531-2538. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03196.x

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

Eriksson, K. (1996). *Hälsans idé*. Stockholm: Liber AB.

Gowley, L., Hayman, B., Stanton, M. & Milner, S.J. (2000). How women receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer cope with their treatment: a risk management perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 314-321.
DOI: 10.1046/j.1365-2648.2000.01295.x 10.

Graneheim, U. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105–112. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Helsingforsdeklarationen. (2008). *WMA Declaration of Helsinki- Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 21 maj 2015, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>

Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricsson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 472 - 479). Lund: Studentlitteratur AB.

Johnson Vickberg, S.M. (2001). Fears about breast cancer recurrence: Interviews with a diverse sample. *Cancer Practice* 9(5).

Karlsson, E.K. (2012). I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 96-113) Lund: Studentlitteratur AB.

Lengacher, C.A., Shelton, M.M., Reich, R.R., Barta, M.K., Johnson-Mallarsd, V., Moscoso, M.S., Paterson, C., Ramesar, S., Budhrani, P., Carranza, I., Lucas, J., Jacobsen, P.B., Goodman, M.J. & Kip, K.E. (2012). Mindfulness based stress reduction (MBSR(BC)) in breast cancer: evaluating fear of recurrence (FOR) as a mediator of psychological and physical symptoms in a randomized control trial (RCT). *Journal of Behavioral Medicine* 37 185–195. doi:10.1007/s10865-012-9473-6

*Lind, H. (2012). *Jag vill inte veta – inte nu*. Stockholm: Författares bokmaskin.

Lindström, E. (2009). Tumörer. I P. Norlén och E. Lindström (Red.), *Farmakologi*. (s. 338-352). Stockholm: Liber AB.

Lundman, B. & Hällgren-Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär och B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB.

McKean, L.N., Newman, E.F. & Adair, P. (2013) Feeling like me again: a grounded theory of the role of breast reconstruction surgery in self-image. *European Journal of Cancer Care* 22, 493–502. doi: 10.1111/ecc.12055

Mosher, C.E., Johnson, C., Dickler, M., Norton, L., Massie, M.J. & DuHamel, K. (2013). Living with metastatic breast cancer: A qualitative analysis of physical, psychological, and social sequelae. *The Breast Journal*, 19, 285–292. doi: 10.1111/tbj.12107

*Målevik, M. (2013). *Cancer som resesällskap – Min uppmuntran till dig*. Mjölby: Atremi AB.

Nilbert, M. (2013). *Klinisk onkologi*. Lund: Studentlitteratur AB.

Nozawal, K., Shamizu, C., Kikamoto, C., Mizota, Y., Yamamoto, S., Takahashi, Y., Ito, A., Izumi, H. & Fujiwara, Y. (2013). Quantitative assessment of appearance changes and related distress in cancer patients. *Psycho-Oncology*, 22, 2140–2147. doi: 10.1002/pon.3268

*Nyberg, E. (2008). *När livet rämnar*. Recito Förlag AB.

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

Parkin, M., Bray, F., Ferlay, J. & Pisani, P. (2005) Global cancer statistics, 2002. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 55, 74-108. doi: 10.3322/canjclin.55.2.74

Rosedale, M. (2009). Survivor loneliness of women following breast cancer. *Ocology nursing forum*. 36(2) 175-183. DOI: 10.1188/09.ONF.175-183

Salonen, P., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Tarkka, M-T., Koivisto, A-M. & Kaunonen, M. (2010). Changes in quality of life in patients with breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 255–266. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03422.x

Schmid-Büchi, S., Halfens, R. J.G., Müller, M., Dassen, T. & van den Borne, B. (2013). Factors associated with supportive care needs of patients under treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 17, 22-29 doi:10.1016/j.ejon.2012.02.003

SFS 1960:729. *Lag om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 5 december, 2014, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-1960729-om-upphovsratt-_sfs-1960-729/

Socialstyrelsen (2014). *Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård 2014. Stöd för styrning och ledning*. (Artikelnr 2014-4-2). Hämtad från Socialstyrelsens webbplats 20150312: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19383/2014-4-2.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *ICN's etiska kod för sjuksköterskor*.

*Tenor, L. (2013). *Hope*. Recito Förlag AB.

*Tiger, M. (2010). *Jag vill leva...* Books-on-Demand. (trycks på beställning).

Tighe, M., Molassiotis, A., Morris, J. & Richardson, J. (2011). Coping, meaning and symptom experience: A narrative approach to the overwhelming impacts of breast cancer in the first year following diagnosis. *European Journal of Oncology Nursing*, 15, 226-232. DOI:10.1016/j.ejon.2011.03.004

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Hämtad 21 maj 2015, från https://publikationer.vr.se/webbpdf/2011_01.pdf

Wallgren, C. & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M, Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 481 – 496) Lund: Studentlitteratur AB.

Webb, M.L., Cady, B., Michaelson, J.S., Bush, D.M., Zabicki Calvillo, K., Kopans, D.B. och Smith, B.L. (2014). A failure analysis of invasive breast cancer. *Cancer*. 120(18) 2839-2846. DOI:10.1002/cncr.28199

WHO. (2014). Health. Hämtad 5 december 2014 från <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>

Younger, J. B. (1995). The alienation of the sufferer. *Advances in Nursing Science*, 17(4) 53-72. DOI: 10.1097/00012272-199506000-00006