

**KVINNORS UPPLEVELSE EFTER DIAGNOSEN
BRÖSTCANCER**
En litteraturstudie

Författare:
Sofie Andersson
Therese Ljung

Titel	Kvinnors upplevelser efter diagnosen bröstcancer En litteraturstudie
Författare	Sofie Andersson och Therese Ljung
Utbildningsprogram	Utbildningsprogrammet för röntgensjuksköterskor
Handledare	Åsa Calmell
Examinator	Sally Hultsjö
Adress	Linnéuniversitetet, Institutionen för hälso- och vårdvetenskap.
Nyckelord	Bröstcancerdiagnos, hantering, information, känslomässiga reaktioner och upplevelse

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Varje år drabbas ungefär 7000 kvinnor av bröstcancer, detta gör cancerformen till den vanligaste bland kvinnor. Trippeldiagnostik används för att påvisa sjukdomen. Behandlingsalternativen är kirurgi, strålbehandling och cytostatika. Röntgensjuksköterskan möter dessa patienter vid diverse undersökningstyper, både innan och efter diagnos. Kvinnorna som drabbas av bröstcancer ställs inför en känslösam och omvälvande tid med svåra beslut och mycket information att ta till sig av.

Syfte: Syftet med studien var att belysa kvinnors erfarenheter av tiden från att ha fått diagnosen bröstcancer fram till behandling.

Metod: En litteraturstudie med kvalitativ ansats utfördes. Studien baseras på tio olika vetenskapliga artiklar, varav nio är kvalitativa och en är kvantitativ. Artiklarna söktes i databaser och kvalitetsgranskades efter en sammanställd bedömningsmodell. Därefter analyserades de olika artiklarna utifrån en innehållsanalys och ett resultat sammanställdes.

Resultat: I studien framkom att kvinnorna upplevde mycket känslor efter att ha fått bröstcancerbeskedet och diagnosen hanterades på olika sätt. Stora förändringar skedde i tiden efter diagnosen både gällande individen och i vardagslivet. Stöd och brist på stöd, sjukvårdens roll och informationen var andra aspekter som påverkade kvinnornas upplevelser av sjukdomen.

Slutsats: Av litteraturstudien dras slutsatsen att det är viktigt med individuellt anpassad sjukvård för att skapa välbefinnande och motverka vårdlidande.

ABSTRACT

Background: Each year about 7000 women get breast cancer. This makes it the most common type of cancer among women. Triple diagnosis is used in order to detect the disease. Different types of treatments are surgery, radiation treatment and chemotherapy. The radiology nurse meet patients at all types of examinations, both before and after diagnosis. Women affected by breast cancer are put in front of an emotional period with hard decisions and a great deal of information to process.

Aim: The aim of this paper is to highlight women's experiences from the day they receive their diagnosis to that they receive their first treatment.

Method: A qualitative method was used to conduct a literature review. The review is based on ten different scientific articles. Nine of these are qualitative and one is quantitative. The articles were found in data bases and their academic quality was controlled by a quality

controlling model. Thereafter, the articles were analysed using a content analysis. From these findings a result were put together.

Result: This paper found that the women in our study experienced a great deal of emotions after receiving their diagnosis. Their ways of handling the diagnosis were different. Great changes occurred for the individual, both on the personal level and in their every day life. Other aspects affecting ones experiences were support and the lack of support, the role of the health care system and information provided.

Conclusion: The conclusion drawn from this study is the importance of an individually adapted health care system in order to create well-being and prevent suffering.

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Diagnos och behandling	1
Röntgensjuksköterskans roll	2
Känslomässiga reaktioner	2
TEORETISK REFERENSRAM	2
Livsvärld.....	3
Lidande och välbefinnande	3
Vårdrelation.....	3
PROBLEMFÖRMULERING	3
SYFTE.....	4
METOD.....	4
Datainsamling.....	4
Urval.....	5
Analys.....	5
Etiska överväganden	6
RESULTAT	6
Känslor i samband med diagnosbeskedet.....	6
Hantering av diagnosen.....	6
Ta kontroll	6
Att frambringa den mentala styrkan.....	7
Fysisk aktivering	7
Stöd och brist på stöd	7
Förändringar	8
Förändringar av den egna identiteten	8
Förändringar i vardagen	8
Nya perspektiv.....	8
Vikten av information	8
Sjukvårdens roll.....	9
DISKUSSION	9
Metoddiskussion.....	9
Resultatdiskussion.....	12
Känslor i samband med diagnosbeskedet.....	12
Hantering av diagnosen.....	12
Vikten av information	13
Sjukvårdens roll.....	13
Klinisk betydelse	14
Fortsatt forskning	14
Slutsats	15
REFERENSER.....	16

Bilagor

1. Artikelsökning
2. Kvalitetsbedömningsmall
3. Artikelöversikt

INLEDNING

I dagsläget sker ett stort informationsflöde som kretsar kring bröstcancer. Media riktar stor uppmärksamhet mot sjukdomen genom diverse insamlingsevenemang i form av galor eller andra tillställningar. En stor del av informationen kommer även ifrån nyheter och annan upplysning från radio, TV, Internet och tidningar. Källorna är många.

Under den verksamhetsförlagda utbildningen på röntgenavdelning som ingår i utbildningen till röntgensjuksköterska uppmärksammade författarna till studien vilken stor patientgrupp de bröstcancerdrabbade kvinnorna är. Förutom vid mammografiundersökningen påträffades de även vid andra undersökningstyper såsom datortomografi, isotopundersökning och magnetkameraundersökning. Vid flera tillfällen inträffade möten med kvinnor som nyligen hade fått diagnosen bröstcancer. En del verkade mycket upprörda medan andra inte visade så mycket känslor. Mötena på röntgenavdelningen blev ofta korta så det fanns varken tid eller möjlighet att fördjupa sig i hur dessa kvinnor upplevde sin sjukdom, deras tankar och erfarenheter. Det väcktes därför ett intresse av att få veta mer om detta.

BAKGRUND

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor, med cirka 7000 diagnoser varje år. De kvinnor som drabbas är framförallt i medelåldern eller uppåt. Vid diagnos är medianåldern 64 år (Nystrand, 2010). Det finns olika former av bröstcancer, beroende på varifrån tumören har sitt ursprung. Det vanligaste är att den växer från mjölkgångarnas celler, vilket kallas duktal cancer. Om den istället kommer från mjölkkörtlarna benämns den lobulär cancer (Holmberg, 2009). Utöver detta görs även en indelning efter storlek och spridning av tumören, i stadium 0 till IV. I stadium 0, även kallat cancer in situ, har canceren inte spridit sig från platsen där den uppstått. Stadium I innebär att tumören är mindre än två centimeter och att den inte har spridit sig till lymfkörtlarna, medan den i stadium II är mellan två och fem centimeter samt kan ha spridning till lymfkörtlar. I stadium III är tumören större än fem centimeter och i stadium IV som är det allvarligaste stadiet, har det bildats metastaser (Nystrand, 2010).

Diagnos och behandling

Diagnos ställs genom så kallad trippeldiagnostik, som innefattar klinisk undersökning, mammografi/ultraljud och cellprover. Dessa undersökningar genomförs oavsett om knölen har upptäckts av kvinnan själv eller vid hälsoundersökning med mammografi (Holmberg, 2009). Mammografi är en röntgenundersökning av kvinnors bröst. I Sverige undersöks mer än en halv miljon kvinnor varje år och ju tidigare bröstcancer upptäcks desto enklare behandlingsmetoder kan användas (Strålsäkerhetsmyndigheten, 2010).

Bröstcancer behandlas framförallt med kirurgi. Det vanligaste är att enbart tumören och en del av vävnaden runtomkring opereras bort, så kallad sektorresektion, men ibland måste hela bröstet avlägsnas (Nystrand, 2010). Andra behandlingsalternativ är strålbehandling, som används som ett komplement till operation med målet att minska risken för nya tumörer i bröstet. Hormonell behandling kan bli aktuell för att minska risken för återfall.

Bröstcancertumörer är hormonkänsliga och är beroende av kvinnliga könshormoner såsom östrogen, därför kan kvinnan få läkemedel i form av antihormoner som hämmar östrogenets effekt. Cytostatika är ett läkemedel som hämmar tillväxten av celler och används både som behandling mot vissa typer av bröstcancer och i förebyggande syfte så att canceren inte kommer tillbaka, det vill säga recidiv. Cytostatika kan även ges för att minska de tumörer som

är för stora inför operation (Ibid, 2010). Tack vare tidig upptäckt av tumör och effektiva behandlingsmetoder lever idag cirka 75 procent av alla bröstcancerdrabbade kvinnor längre än tio år efter diagnos (Socialstyrelsen, 2007a).

Röntgensjuksköterskans roll

Röntgensjuksköterskan kommer i och med mammografiundersökningen i kontakt med den bröstcancerdrabbade kvinnan vid ett flertal tillfällen såsom vid hälsokontrollen, men också vid återbesöket om det visar sig att man har hittat en misstänkt tumör och vid kontrollerna efter att diagnosen har ställts (Holmberg, 2009). Röntgensjuksköterskan möter även dessa kvinnor vid konventionella röntgenundersökningar, ultraljud, datortomografi, magnetkamera, isotopundersökningar och positronemissionstomografi eftersom dessa är vanliga undersökningsmetoder för att detektera metastaser (Edqvist, 2008). Det är röntgensjuksköterskans uppgift att avgöra hur en undersökning ska utföras och kompetensen är av stor betydelse för en säker diagnos och senare behandling (Vårdförbundet, 2011).

Röntgensjuksköterskan genomför olika undersökningar och behandlingar för att få fram optimala bilder med så låg stråldos som möjligt, vilket ställer krav på tekniskt kunnande. Samtidigt är det viktigt att ge god omvårdnad i det korta mötet med patienten (Vårdförbundet, 2008). Som röntgensjuksköterska krävs det både vårdande och tekniska kunskaper. Det kan vara svårt att kombinera dessa skilda kunskapsområden på ett optimalt sätt (Andersson, Fridlund, Elgán & Axelsson, 2008).

Enligt Andersson et al. (2008) ger röntgensjuksköterskan patienten ett gott bemötande och god vård genom att lyssna samt stödja när det behövs, t ex. om patienten är orolig eller upprörd. Vidare bör undersökningen anpassas efter patientens behov och målet bör vara att upprätthålla individens integritet. Även de framtagna yrkesetiska koderna för röntgensjuksköterskor beskriver att röntgensjuksköterskan respekterar patienten och skyddar dennes integritet samt ger stöd inför fortsatta vårdhändelser (Vårdförbundet, 2008).

Känslomässiga reaktioner

Att få diagnosen kan leda till många tankar och känslor, det är vanligt att kvinnorna upplever oro och nedstämdhet. Alla reagerar på olika sätt. Koncentrationssvårigheter, en känsla av överklighet, rastlöshet, rädsla och nedstämdhet är vanliga känslor som kan gestalta sig den första tiden efter ett cancerbesked. Många kvinnor blir chockade och kan dessutom ha svårt för att ta till sig informationen. Tiden som följer efter att kvinnorna fått diagnosen upplevs också som mycket svår. Fler provtagningar som väntar och nya besked efter provtagningarna om hur allvarlig sjukdomen är (Leander, 2009). Kvinnorna kan känna det som att de förlorar kontrollen över sina liv och upplever även en stor osäkerhet kring framtiden. Det uppstår många viktiga beslut att fatta på kort tid, gällande bland annat behandling och sjukskrivning. Det kan finnas oro för familjen och den ekonomiska situationen (Socialstyrelsen, 2007b). När chocken har lagt sig är mottagligheten av att förstå innebörden av beskedet större och efter hand kan bearbetningen sätta fart. Vissa reagerar med förtvivlan och andra med ilska. Ofta lär sig de drabbade att leva med sin nya situation och acceptera den (Leander, 2009). Vårdpersonalen behöver ta sig tid och finnas till hands för kvinnorna både som känslomässigt stöd och för att besvara de flertal frågor som kommer upp (Holmberg, 2009).

TEORETISK REFERENSRAM

Studien har ett vårdvetenskapligt perspektiv. Vårdvetenskapen är den vetenskap som beskriver och analyserar vårdandet och kan besvara frågorna vad, varför och hur. Det kan till

exempel beröra vad god vård är, varför man vårdar och hur vården blir vårdande (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Inom vårdvetenskapen betraktas människan som en enhet av kropp, själ och ande i samspel med sin omvärld (Wiklund, 2003). Patienten ses som en lidande människa i behov av sjukvård och därtill upplever utsatthet och sårbarhet. Patienten är dessutom i beroendeställning till vårdaren (Dahlberg et al., 2003). Med anledning av det har vårdaren en etisk skyldighet gentemot patienten att möta dennes krav. Kravet ser olika ut beroende på personliga och sociala förutsättningar, samt i vilket sammanhang det visar sig (Ibid). Vårdaren ska sträva efter att ha ett patientperspektiv med en helhetssyn och förstå den unika människan i sitt sammanhang, samt hur hon tolkar det. Det gör att det också behövs förståelse för att sjukdom påverkar människan i sin helhet, inte enbart en del av henne (Wiklund, 2003). För att beskriva studiens resultat utifrån det vårdvetenskapliga synsättet kommer ett antal centrala begrepp att användas.

Livsvärld

En förutsättning för att ha ett patientperspektiv är att kunna se patientens livsvärld. Med livsvärld menas människors dagliga tillvaro, som måste ses, förstås och beskrivas på det sätt som människorna upplever den (Dahlberg et al., 2003). Enligt Jahren Kristoffersen (2007) kan hela livssituationen förändras vid sjukdom och lidande och därmed påverka upplevelsen av sin egen livsvärld med förändrade tankar kring omgivningen.

Lidande och välbefinnande

Då utgångspunkten sker från människans livsvärld inträffar även en kontakt med dennes lidande och välbefinnande. Målet inom vården är att motverka och lindra lidande samt att skapa välbefinnande. Välbefinnande är en känsla som kommer från personens inre upplevelser, vilket gör det unikt och subjektivt. Det är därför ett begrepp som inte går att mäta objektivt eller se på utifrån. Välbefinnande kan upplevas trots att det objektivt sett finns sjukdom och ohälsa (Wiklund, 2003). Det motsatta begreppet, lidande, innebär en inre process, utlöst av hot, kränkning eller förlust av människans själv. Det kan även beskrivas som känslan av att förlora kontrollen (Ibid). Lidandet anses vara en del av livet och behövs tillsammans med välbefinnandet för att människan ska ha möjlighet att fortsätta utvecklas och formas (Ibid). Tre olika sorters lidande brukar omnämnas: livslidande, sjukdomslidande och vårdlidande. Livslidande är det lidande som kopplas till levandet och livssituationen. Sjukdomslidande beskrivs som det lidande som beror på en sjukdom eller annan ohälsa exempelvis smärta, trötthet eller yrsel. Det lidande som uppkommer till följd av vårdandet eller brister i vårdandet benämns som vårdlidande (Dahlberg et al., 2003).

Vårdrelation

Dahlberg et al. (2003) beskriver att mellan vårdgivare och patient skapas en relation som kännetecknas av ett professionellt engagemang, där vårdaren inte eftersträvar att få ut något för egen vinning. Ansvar för att skapa en god vårdrelation ligger alltid hos vårdaren och speglas av närvaro. Vårdrelationen kan bidra till ökat lidande eller ökat välbefinnande beroende på hur patienten upplever relationen.

PROBLEMFÖRMULERING

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor och en sjukdom som skapar mycket oro samt en förändrad livssituation. Med tanke på att en stor del av kvinnorna får sin diagnos igenom mammografiundersökning och att dessa kvinnor är en stor patientgrupp på röntgenavdelningen så är det av stor vikt för röntgensjuksköterskan att få en ökad förståelse för kvinnors upplevelse kring diagnosen bröstcancer. Tiden från diagnos till behandling

upplevs ofta som jobbig med mycket ny information att ta till sig av och många beslut att fatta på kort tid. Ökad kunskap gör att möjligheten blir större för röntgensjuksköterskan att ge ett gott bemötande och en positiv vårdupplevelse. Med bakgrund av detta anses det behövas en översikt över kunskapsläget om kvinnors erfarenheter av att få diagnosen bröstcancer och tiden fram till behandling.

SYFTE

Syftet med studien var att belysa kvinnors erfarenheter av tiden från att ha fått diagnosen bröstcancer fram till behandling.

METOD

För att besvara syftet genomfördes en litteraturstudie med kvalitativ inriktning. Kvalitativa ansatser passar väl för att beskriva, skapa mening och förstå, förklara, göra tolkningar och ge en helhetsförståelse av en speciell situation. Fokus ligger på människans subjektiva upplevelser. Den kvalitativa ansatsen präglas av induktivt tänkande. En induktiv ansats innebär att forskaren samlar in information utifrån sitt problemområde och utvecklar detta till nya begrepp eller teorier (Forsberg & Wengström, 2008). Sohlberg P och Sohlberg B-M (2009) beskriver att vid induktivt förhållningssätt kan tolkningen växa fram utifrån det material som finns. Valet av att göra en litteraturstudie grundades i viljan av att få en helhetssyn över det aktuella forskningsläget. Dahlborg-Lyckhage, (2006) beskriver att litteraturöversikter passar bra då människors upplevelser och erfarenheter är i fokus. Avsikten med arbeten som baseras på litteratur är att kunskaperna i det aktuella ämnet kan inhämtas, fördjupas och utvecklas utifrån den kunskap som redan förekommer i befintliga texter. Segersten (2006a) menar att i litteraturbaserade arbeten kan flera olika texter användas som underlag men den senaste forskningen eller problemformuleringarna kring ett ämne finns i vetenskapliga artiklar.

Datainsamling

För att få fram relevanta artiklar utfördes systematisk informationssökning i fulltextdatabaser anpassade för vårdvetenskap. Databaser är lämpliga källor att använda, med tanke på att materialet i dessa har genomgått granskning av fackkunniga innan de publiceras (Östlundh, 2006). Databaserna där artiklar söktes var Cinahl, SweMed+, LibHub och PubMed. Sökprocessen utgick från Östlundhs (2006) modell för systematisk informationssökning, som började med att begrepp anpassade efter studies syfte valdes ut och översattes till engelska med undantag för SweMed+ där svenska sökord användes. Orden testades mot respektive databas ämnesordlista för att få fram förslag på nyckelord. Vissa sökningar gjordes med hjälp av nyckelorden medan andra sökningar gjordes med ursprungsbegreppen då dessa ansågs ge relevanta resultat. Nyckelorden som till sist valdes ut som sökord var: Bröstcancer, Psykosociala faktorer, Livskvalitet, Livserfarenheter och Coping. Resterande sökord var ursprungsbegrepp: Bröstcancerdiagnos, Kvalitativ, Nyligen diagnostiserad bröstcancer, Erfarenhet och Bröstcancer (Bilaga 1). Manuella sökningar utfördes också utifrån andra vetenskapliga artiklars och tidigare c-uppsatser referenslistor. Tillvägagångssättet dokumenterades under hela sökprocessen, för att få struktur och för att kunna hantera informationen. Ett stort antal studiers abstrakt lästes för att hitta artiklar som stämde in på litteraturstudiens syfte. De artiklar som passade studiens syfte kvalitetsgranskades, efter en checklista sammanställd utifrån Forsberg och Wengström (2008) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006) (Bilaga 2). Slutligen valdes tio artiklar med god kvalitet ut varav nio var av kvalitativ design och en var kvantitativ (Bilaga 3). I den kvalitativa bedömningen ansågs god

kvalitet vara då tolv utav 15 frågor besvarades positivt och i den kvantitativa bedömningen skulle ytterligare fyra utav fem frågor besvaras positivt. Detta motsvarar 80 procent, vilket enligt Willman et al. (2006) anses vara god kvalitet.

Urval

Inklusionskriterierna för urvalet bestod av vetenskapliga artiklar publicerade från år 2000 till 2011 och skrivna på svenska eller engelska. För att med säkerhet veta att artiklarna var vetenskapliga begränsades sökningen till artiklar som endast var publicerade i vetenskapligt granskade tidskrifter, som enligt Östlundh (2006) benämns som peer-reviewed. Deltagarna i studien skulle endast vara kvinnor bosatta i Europa, Nordamerika eller Australien, med anledning av den liknande sjukvården och samhället. Kvinnorna skulle även ha fått diagnosen bröstcancer. Exklusionskriterierna var studier som enbart riktade in sig på en viss åldersgrupp eftersom målet var att få bred kunskap av kvinnors erfarenheter av att få diagnosen bröstcancer. På grund av att inriktningen på studien var den första tiden efter diagnos valdes artiklar som enbart handlade om tiden innan beskedet och efter behandling bort. Enligt Forsberg och Wengström (2008) kallas detta för ett strategiskt urval, där de individer väljs som delar vissa karakteristika t ex att de har genomgått den situation som är aktuell. Det är vanligt att denna typ av urval görs vid kvalitativa studier, för att få en djupare förståelse. Urvalet bestäms utifrån det syfte studien har.

Analys

De kvalitativa artiklarna analyserades utifrån en innehållsanalys, som ger en beskrivning av studiesyftet och blir medveten om mönster som inte är så tydligt uttalade (Forsberg & Wengström, 2008). Innehållsanalysen är därför en passande metod vid kvalitativ ansats, där det strävas efter att skapa förståelse för patienten och dennes erfarenheter (Segesten, 2006b). Den kvantitativa artikeln analyserades utifrån Fribergs (2006) analysmodell som innebar att påståenden som kunde urskiljas i resultatet plockades ut och jämfördes sedan med resultaten i de kvalitativa artiklarna för att få fram likheter och skillnader.

Innehållsanalysen som utgick ifrån Graneheim och Lundmans (2003) modell började med att de vetenskapliga artiklarna lästes igenom noggrant flera gånger, för att få en bild av helheten i respektive artikel. Sedan plockades meningsbärande enheter ut ur texten, som bidrog till att besvara studiesyftet. Dessa enheter kondenserades sedan till kortare fraser, där kärnan i de meningsbärande enheterna beskrevs. Analysen fortsatte med att varje enhet gavs en kod, som bestod av ett eller några få ord. Fram till det här stadiet i processen arbetade författarna i studien var för sig. Därefter jämfördes koderna gemensamt och de med liknande betydelse samlades under kategorier, som fick namn efter kodernas gemensamma innehåll. Detta arbetssätt valde studiens författare för att först kunna göra en egen bedömning och sedan komma överens om lämpliga kategorier som motsvarade syftet. Efter att kategorier hade tagits fram upptäcktes det att flera av kategorierna hade liknande betydelse, därför sammanfördes de till huvudkategorier. Variationerna som framkom inom de olika huvudkategorierna utgjorde på så sätt underkategorierna (Graneheim & Lundman, 2003). Den här typen av analys, där man delar upp helheten i delar och bygger upp en ny helhet, är ett tankesätt som används vid kvalitativa analyser (Friberg, 2006). I den här studien användes ett manifest perspektiv vid analysen, vilket innebär att det är det synliga och uppenbara i texten som analyseras utan utrymme för egna tolkningar. Det framställs en beskrivning av texterna och inte ett försök till tydning av den underliggande meningen (Graneheim & Lundman, 2003).

Etiska överväganden

Alla artiklar i litteraturstudien skulle ha genomgått en etisk prövning och dessutom skulle det föras ett etiskt resonemang där det framgick att deltagarna i respektive studie ställde upp frivilligt, hade gett informerat samtycke och att de kunde avbryta sitt deltagande när som helst. Eftersom denna patientgrupp är i ett sårbart läge skulle det tydligt redovisas i artiklarna att forskningens syfte var att främja patientgruppens hälsa. Artiklarna analyserades objektivt och ingen fakta undanhölls vid redovisningen av resultatet, eftersom målet var att ge en så sann bild som möjligt av det aktuella forskningsläget (Helsingforsdeklarationen, 2008). Förutom de nämnda aspekterna lyfter även Forsberg och Wengström (2008) fram vikten av att redovisa alla artiklar som ingår i litteraturstudien.

RESULTAT

Efter genomförd datainsamling och analys av artiklar framkom sex olika kategorier som belyste kvinnors erfarenheter tiden efter att ha fått diagnosen bröstcancer fram till behandling. Dessa kategorier var känslor, hantering av diagnosen, stöd och brist på stöd, förändringar, informationen och sjukvårdens roll.

Känslor i samband med diagnosbeskedet

Att drabbas av bröstcancer satte igång starka känslor hos kvinnorna i de olika studierna. Genomgående känslor som framkom var chock och rädsla över bröstcancerbeskedet, många kvinnor upplevde även ångest och sorg (Beatty, Koczwara, Oxlad & Wade, 2008; Kovero & Tykkä, 2002). Lally (2010) beskriver att oberoende på hur väl förberedda kvinnorna trodde att de var så blev de överraskade över beskedet och känslomässig förlamning uppstod. Landmark & Wahl (2002) menar att diagnosen väckte starka emotionella reaktioner och oro kring behandling och vilka konsekvenser sjukdomen skulle ha på framtiden. Efter ett tag insåg kvinnorna att sjukdomen var något som de fick acceptera och ta sig igenom, där viljan att leva blev en stark drivkraft.

Lyons, Jacobson, Prescott och Oswald (2002) framhäver att kvinnor upplevde stor rädsla kring behandlingsprocessen, döden och att inte finnas till hands för sin familj. I samband med detta uppstod mycket tankar vilket resulterade i stress och påverkan på vardagen. Drageset, Lindström och Underlid (2009) lyfter även fram kvinnors rädsla att förlora bröstet och risken för metastaser efter behandling. En annan vanlig reaktion var ilska, patienterna menade att de hade gjort allt rätt men ändå fick cancer. Andra kände skuld och anklagade sig själva för vad de skulle ha gjort och inte ha gjort för att undvika att få bröstcancer (Beatty et al., 2008). Det fanns också de som kände sig optimistiska och hoppfulla om att de skulle överleva bröstcancer (Lally, 2010).

Hantering av diagnosen

Diagnosen hanterades på flera olika sätt, varje kvinna hade sitt egna tillvägagångssätt. Framträdande strategier var att ta kontroll, frambringa den mentala styrkan samt genom fysisk aktivering.

Ta kontroll

Det var vanligt att fokusera på en sak i taget och att ignorera problem som kunde bli aktuella senare. Detta var ett sätt för många av kvinnorna att undvika att bli överväldigade av känslor. Många fortsatte att leva som vanligt med de vardagliga rutinerna eftersom detta gav en känsla av kontroll. Andra funderade på vad som verkligen var viktigt och meningsfullt i livet och ville bara fokusera på det (Drageset et al., 2009). Genom att själva välja hur stor plats

sjukdomen skulle ta i livet kunde kvinnorna behålla känslan av kontroll. Kontroll över situationen kunde också uppnås av att försöka förstå meningen med sjukdomen och försöka hitta en orsak till att ha blivit drabbad. Det ansågs viktigt att vara en förebild för andra genom att visa sig vara stark och kämpa, ingen ville bli sedd som ett offer eller definieras av sin cancerdiagnos (Lally, 2010). Enligt Lyons et al. (2002) var alla kvinnorna i studien beslutsamma att kämpa emot cancer genom att ta kontroll över sjukdomen. Detta gjordes med hjälp av att följa läkarens rekommendationer för behandling, gå på bestämda möten och uppföljningar.

Att frambringa den mentala styrkan

Enligt Lyons et al. (2002) kände kvinnorna att de behövde upprätthålla styrka inför familj och vänner. Många berättade även att de antog en tröstande roll för att hålla samman familjen och se till att de hade en fungerande vardag. Liknande resultat framkom i studien av Beatty et al. (2008) där deltagarna fick ta hand om andras reaktioner och känslor. Behovet av att visa upp en fasad lyftes fram som ett sätt att hantera bröstcancerdiagnosen. Kvinnorna förberedde sig på det värsta möjliga som kunde hända i och med bröstcancerdiagnosen och det fanns funderingar kring möjliga framtida livsscenarion. Samtidigt försökte de hitta en positiv mening med sjukdomen och tyckte att det var viktigt att ha ett gott humör (Drageset et al., 2009; Lally, 2010).

Fysisk aktivering

En vanlig strategi som valdes för att hantera sjukdomen var att fokusera på annat, särskilt på aktiviteter som skapade välbefinnande (Drageset et al., 2009; Landmark & Wahl, 2002). Det kunde innebära fritidsaktiviteter, musik, trädgårdsarbete, fysiskt arbete eller att umgås med andra (Drageset et al., 2009). Vissa kvinnor upplevde att fysisk aktivitet gav en känsla av kontroll över kroppen. Detta gjorde i sin tur att de kände sig levande och det gav dem styrka att överleva sjukdomen (Landmark & Wahl, 2002). Enligt Drageset et al. (2009) och Lally (2010) skapades välbefinnande av att skriva dagbok, då det sågs som ett sätt att avreagera sig på.

Att arbeta som vanligt var också ett sätt för kvinnorna att tänka på annat. Det uppskattades även att fortfarande vara en del av det sociala sammanhanget (Drageset et al., 2009). Likaså Landmark, Strandmark och Wahl (2002) såg i sin studie att arbetet var en viktig social källa. När deltagarna i deras studie blev sjukskrivna ansåg de att sjukdomen fick större fokus.

Stöd och brist på stöd

I flertalet av studierna framkom olika former av stöd som en viktig faktor under perioden efter att ha fått beskedet om bröstcancer. En förklaring till det var känslan av att inte behöva kämpa ensam (Dickerson-Coward & Kahn, 2005). Många kvinnor ville bli behandlade som vanligt efter diagnosen, somliga ansåg att sympati och medlidande ökade negativa känslor som rädsla och utsatthet (Drageset et al., 2009). Landmark et al. (2002) och Lyons et al. (2002) påvisade i sina studier att stödet från anhöriga var det viktigaste. Även Kwan et al. (2010) kom i sin studie fram till att ju större det sociala stödet var desto större livskvalitet upplevde deltagarna. En del av kvinnorna uppskattade att få prata om diagnosen och att kunna uttrycka sina känslor inför stödjande personer medan andra fick en känsla av självömkan, minskad styrka och att det tog för mycket energi (Drageset et al., 2009). Det framkom även att stöd från kvinnor med liknande erfarenheter samt deltagande i stödgrupper gjorde att den egna situationen upplevdes som mindre svår (Dickerson-Coward & Kahn, 2005). Deltagarna i Beattys et al. (2008) studie framhävde det praktiska stödet som värdefullt. Stöd kunde även finnas i religionen

(Dickerson-Coward & Kahn, 2005) och vissa hade behov av något mäktigare än de själva som ledsagning genom sjukdomen (Lyons et al., 2002).

Brist på stöd upplevdes av kvinnor vars anhöriga inte visade förståelse för deras situation. De som hade barn kände sig hjälplösa när barnen distanserade sig från sjukdomen och vägrade prata om det. Vissa blev besvikna på vänner och grannar som drog sig undan och undvek kontakt (Landmark et al., 2002).

Förändringar

Cancersjukdomen medförde diverse förändringar för kvinnorna såväl fysiskt och psykiskt som emotionellt (Beatty et al., 2008; Dickerson-Coward & Kahn, 2005; Lally, 2010; Lyons et al., 2002). Framträdande aspekter som kunde urskiljas var förändringar av den egna identiteten, förändringar i vardagen och nya perspektiv.

Förändringar av den egna identiteten

Bröstcancerdiagnosen innebar att kvinnornas identitet blev hotad (Beatty et al., 2008; Dickerson-Coward & Kahn, 2005; McCann, Illingworth, Wengström, Hubbard & Kearney, 2010) och de visste inte vilka de var längre, vilket skapade ett behov av att upprätthålla den tidigare identiteten och inte enbart ses som bröstcancerdrabbade (Beatty et al., 2008). Diagnosen bidrog även till hot mot hälsan, hot mot synen av sig själv och hot mot den egna integriteten i perioden mellan bröstcancerbeskedet och behandlingen. En del nämnde dessutom en oro över att förlora sin självständighet och bli en börda för andra (Lally, 2010).

Förändringar i vardagen

Att bli bröstcancerpatient gjorde att kvinnorna hamnade i en ny värld med främmande miljö, nya människor, nya roller och ett nytt språk (Lally, 2010). Vardagslivet förändrades och det blev svårt att klara av allt de klarade tidigare (Beatty et al., 2008). Många kvinnor upplevde att den förändrade situationen gjorde att det blev nödvändigt att anpassa sig till sjukdomen (Beatty et al., 2008; Lally, 2010; Lyons et al., 2002). Bröstcancer gjorde att kvinnorna hamnade inför svåra beslut som skulle fattas på kort tid angående kommande vård och behandling (Dickerson-Coward & Kahn, 2005; Lyons et al., 2002). Kvinnorna blev tvungna att vara delaktiga i valen kring vilken typ av operation de skulle genomgå och om de skulle få cytostatika eller strålbehandling (Lyons et al., 2002).

Nya perspektiv

Livet ändrades men gick vidare med sjukdomen (Beatty et al., 2008; Lyons et al., 2002). Vissa kvinnor såg beskedet som en möjlighet till personlig förändring, ett uppvaknande och tacksamhet för livet och människorna runtomkring (Lally, 2010). Sjukdomen förde med sig att kvinnorna omprioriterade vad som var viktigt i livet och en del berättade att erfarenheten hade gett dem nya vänner och möjligheter (Dickerson-Coward & Kahn, 2005). Många upplevde att de fick nytt perspektiv på livet och lärde sig att prioritera sig själva. Det blev också en möjlighet till att förbättra vissa relationer (Beatty et al., 2008). Det ansågs viktigt att göra livsstilsförändringar, såsom hälsosam kost och motion, för att minska risken för återfall (Dickerson-Coward & Kahn, 2005; Lyons et al., 2002).

Vikten av information

Information om sjukdom och behandling var viktigt för många kvinnor. Tidpunkten då informationen gavs, innehållet och sättet att ge informationen på framkom som viktiga aspekter (Drageset et al., 2009; Kovero & Tykkä 2002). Vissa kände sig trygga om de visste vad som skulle hända och ville därför ha all information på en gång. En del kvinnor blev

skrämda av för mycket information och ville därför bara ha relevant information då de kände sig redo att ta emot den (Drageset et al., 2009). Enligt Kovero & Tykkä, (2002) påpekade några kvinnor att det egna sinnessillståndet påverkade mottagligheten för informationen. En annan aspekt som kom fram var att kvinnorna tyckte det var viktigt att få information kring sjukdomens förlopp, prognos och andra vårdalternativ. Ett behov som uttrycktes var att få individanpassad och personlig information (Ibid.). Informationsinhämtningen gick till på olika sätt, dels genom att lyssna på läkaren och dels genom att leta information på egen hand via läsning och att söka på Internet (Lyons et al., 2002).

Sjukvårdens roll

Inom sjukvården mötte kvinnorna på både positiva och negativa erfarenheter. Stödet från sjukvårdspersonalen var viktigt för de flesta av deltagarna (Dickerson-Coward & Kahn, 2005; Lyons et al., 2002). De som bemöttes med omtanke och vänlighet från personalen kände att de fick tillit till sjukvården (Lyons et al., 2002). Vissa ansåg att personalens bemötande och uppmuntran gjorde att de fick en känsla av kontroll. Andra tyckte att de fått för lite stöd och att personalen inte hade tid för dem (Kovero & Tykkä, 2002). Landmark och Wahl (2002) lyfte också fram att många upplevde brist på socialt stöd från institutionen och sjukvården. Då sjukvårdspersonalen inte gav tillräckligt med stöd upplevdes det som en extra börda. Kvinnorna kände att de var tvungna att kämpa för sig själva och emot sjukhusets rutiner. Exempel på detta var att ringa och kontrollera mötestider och att behöva fråga efter nödvändig information (Ibid.). Rutinerna för uppföljning uppfattades som bristfälliga och många saknade kontinuitet i läkarkontakten, då de inte fick träffa samma läkare varje gång (Landmark et al., 2002).

Vidare ansågs det påfrestande och sårande att inte bli sedd som individ vid olika undersökningar, till exempel ultraljud, då personalen endast fokuserade på själva undersökningen och inte pratade med patienten. Det upplevdes som att patienten försvann i den tekniska världen (Landmark et al., 2002). I andra studier framkom att kvinnorna hyste tillit till läkaren (Lally, 2010; Lyons et al., 2002). Landmark et al. (2002) beskriver att kvinnorna uppskattade att bli sedda som egna individer av sjukvården. Läkare som lyssnade på kvinnorna och svarade på deras frågor hade stor betydelse. Meningsfulla samtal gav uppmuntran och åtskilliga kände sig trygga i sjukvården.

DISKUSSION

Viktiga aspekter som kom fram i studiens resultat var att efter diagnosbeskedet väcktes starka emotionella känslor såsom chock, rädsla och oro. Kvinnorna var bland annat rädda inför behandlingsprocessen och risken att avlida. Situationen hanterades genom att ta kontroll och fokusera på en sak i taget. Det var även vanligt att upprätthålla en fasad inför vänner och familj samt att förbereda sig mentalt inför kommande händelser och känslor. Individuellt anpassad information om sjukdom och behandling var viktig för kvinnorna i studien. Sjukvårdspersonalen påverkade kvinnornas sjukdomsupplevelse i hög grad. De som inte fick tillräckligt med stöd och tid fick minskat förtroende för sjukvården medan de som blev sedda som egna individer kände större tillit till vården och kände även att de hade kontroll över situationen.

Metoddiskussion

I början av arbetet då ämnet skulle bestämmas fanns viljan att göra en studie som behandlade bröstcancer utifrån ett röntgenperspektiv och samtidigt hade vårdvetenskaplig inriktning. Informationssökningen påbörjades men det upptäcktes att det inte fanns mycket material som

kombinerade de båda ämnena. Det fanns artiklar som behandlade röntgenperspektivet ur en mer medicinsk synvinkel men dessa var inte inriktade på ett vårdvetenskapligt synsätt.

Efter ämnesvalet fördes ett resonemang kring valet av datainsamlingsmetod, där funderingar fanns på att utföra intervjuer eller enkäter. Valet föll till slut på att göra en kvalitativ litteraturstudie eftersom detta bäst motsvarade studiens syfte. Enligt Forsberg och Wengström (2008) och Friberg (2006) är kvalitativa studier det bästa alternativet då ökad förståelse kring individers livsvärld är av högst betydelse. Genom att endast välja vetenskapliga artiklar ökar tillförlitligheten i informationen och är därför en lämplig metod vid kvalitativa studier. Även Segesten (2006a) lyfter fram tillförlitligheten i vetenskapliga artiklar då den senaste forskningen runt ett ämne finns publicerad här. Det krävs att vissa krav uppfylls för att det ska vara en vetenskaplig artikel såsom att den redovisar ny kunskap, att den är möjlig att granska, att den har varit utsatt för bedömning och publicerad på engelska. Forsberg och Wengström (2008) lyfter fram att artiklarna karakteriseras av att de presenteras på ett tillförlitligt och enhetligt sätt, samt är kritiskt granskade av experter. Intervjuer valdes bort eftersom de blir mer inriktade på ett fåtal individers personliga upplevelser och ger därmed inte den överblick och bredd som var målet. Enkäter sågs inte heller som ett optimalt metodval då de ger en begränsad möjlighet för deltagarna att utveckla sina svar och blir i och med det inte lika djupgående som en litteraturstudie. Att hitta deltagare som ställer upp på intervjuer och enkäter kan dessutom vara svårt och ofta krävs speciella tillstånd för genomförandet och på grund av tidsbegränsningar sågs det inte som ett alternativ.

Vid datainsamlingen valdes sökord ut för att passa studiens syfte. Först och främst gjordes sökningar med hjälp av de olika databasernas nyckelord. Detta gav dock inte tillräckligt med artiklar som motsvarade studiens syfte därför användes även ursprungsbegreppen som gav fler relevanta resultat. För att sökningarna ska kunna göras om av andra och ge samma resultat tydliggjordes det i texten vilka begrepp som var nyckelord respektive ursprungsbegrepp.

Från början var avsikten att undersöka ett större sammanhang ur sjukdomsprocessen, men eftersom ämnet ansågs bli alltför omfattande ville författarna begränsa sig till en tidsperiod. Det fanns inte så mycket information om just tiden efter att ha fått diagnosen fram till behandling. Med anledning av detta upplevdes den som mest intressant. Det fanns vissa svårigheter att hitta artiklar som endast berörde den valda perioden, därför valdes även material som behandlade hela sjukdomsförloppet. Dock var författarna mycket noga med att enbart analysera de avsnitten som skulle besvara syftet. Författarna hade med i beaktning att detta kan ha haft effekt på resultatet men det sågs som det bästa metodvalet med tanke på det begränsade utbudet av material. De fynd som kunde urskiljas ansågs bidra med tillräckligt viktig fakta och valdes därför inte bort. Enligt författarnas bedömning hade det blivit mindre innehållsrikt resultat utan dessa artiklar. Vid artikelsökningen påträffades ett antal artiklar som verkade lämpliga för studien men fanns inte tillgängliga i fulltext och valdes därför bort.

Endast artiklar med god kvalitet (Willman et al., 2006) valdes ut efter att ha blivit kvalitetsgranskade, detta leder det till ökad trovärdighet. Författarna till studien sammanställde en egen kvalitetsgranskningsmall utifrån litteratur. Tillförlitligheten kan ha påverkats då de egna åsikterna kan ha speglat vilka kriterier som valdes att ingå i bedömningsmallen men eftersom mallen finns som bilaga kan läsaren själv bedöma om kriterierna är relevanta eller inte. Willman et al. (2006) framhåller att ett systematiskt tillvägagångssätt vid granskning ger artiklarna mer trovärdighet samt underlättar att genomföra sammanställningen av kvalitetskriterierna på ett objektiva sätt. Flertalet av artiklarna som valdes var kvalitativa och endast en var kvantitativ. Fler kvantitativa artiklar

hade kunnat ge större variation på det insamlade datamaterialet dock fanns det ett begränsat antal som motsvarade studiens syfte och belyste kvinnors upplevelser. Då de valda artiklarna upplevdes ge tillräcklig information var det enligt författarna inte nödvändigt att välja ut ytterligare material. Detta stöds av Patel och Davidson, (2003) som poängterar att trovärdigheten ökar då det finns tillräckligt underlag för att undersöka det som studien avser att undersöka. Alla artiklar utom en var skrivna på engelska, för att undvika missförstånd i översättningen användes ordlista då det var nödvändigt. Därmed blev resultatet mer trovärdigt.

Tidsbegränsningen på artiklarna sattes mellan åren 2000 och 2011 på grund av att det gav ett större utbud av studier utan att ge för inaktuell information. Dessutom ansågs inte en tioårsperiod påverka kvinnornas upplevelser nämnbart, vilket även bekräftades när de utvalda artiklarna granskades. I Kovero och Tykkäs (2002) artikel insjuknade informanterna på 1980- eller 1990-talet. Det fanns diskussioner att utesluta artikeln eftersom det ansågs vara ett gränsfall att kvinnornas upplevelser av den bestämda tiden kan ha förändrats. Men då fynden ansågs vara betydelsefulla och styrktes av de andra studierna inkluderades den. Beatty et al. (2008) belyser i sin studie både sjuksköterskors, volontärarbetares och patienters perspektiv. Det gick att urskilja patienternas upplevelse från de övriga så detta bedömdes inte vara något hinder. Valet att utesluta män i studien grundas på att endast fåtalet män drabbas av bröstcancer och kvinnor står för den största delen av cancerdiagnoserna. Detta kan ha påverkat tillförlitligheten eftersom inte alla sidor belyses men då den största informationen handlar om kvinnor gjordes valet att utesluta män. Det fanns flera artiklar som behandlade perspektivet från kvinnor i andra kulturer och samhällen som inte inkluderades i resultatdelen av studien men inkluderades i diskussionsavsnittet eftersom de ändå visade likheter och skillnader som var intressanta att belysa. Beslutet grundades i att detta kunde ha påverkat möjligheten att dra paralleller till verksamheten på röntgenavdelningar i Sverige. Det hade funnits en ökad risk att det framkomna resultatet inte speglade erfarenheter kring sjukdomen som de upplevs av kvinnor bosatta i Sverige. Då flertalet av kvinnorna som drabbas av bröstcancer är i medelåldern, exkluderades artiklar som endast berörde yngre eller äldre kvinnors tankar runt diagnosen. Dessa kvinnor befinner sig ofta på andra stadier i livet och kan därför ha skilda perspektiv på sjukdomen.

Graneheim och Lundmans (2003) modell för innehållsanalys användes för analys av de kvalitativa artiklarna. Den kvantitativa artikeln analyserades utifrån Fribergs (2006) analysmodell. Dessa modeller valdes dels för att de är enkla att förstå och följa och dels för att de passade studiens syfte väl. Eftersom analysmodellerna finns väl beskrivna blir det mindre risk för misstolkningar och analysen kan göras om av andra med liknande resultat, därmed ökar studiens tillförlitlighet. Valet att först granska materialet individuellt och sedan gemensamt resonera fram lämpliga kategorier hade fördelar och nackdelar. Det kan ha påverkat studien då det fanns lite olika sätt att tänka på och vissa diskussioner fick föras kring kategorival men författarna upptäckte att materialet helhetsmässigt hade analyserats med samma resultat. Arbetssättet medförde att studien fick ett bredare perspektiv. Patel och Davidson, (2003) påpekar att tillförlitligheten i en studie ökar om två forskare individuellt har granskat ett material och dessa granskningar överensstämmer med varandra.

För att stärka validiteten i en kvalitativ studie, där varje situation på något sätt är unik och det saknas klara regler om hur god kvalitet uppnås, är det viktigt att hela tillvägagångssättet och alla val beskrivs mycket noggrant. På så vis kan läsaren själv bedöma om studien håller god kvalitet och resultaten är trovärdiga (Patel & Davidson, 2003). Då den här studiens författare utfört en grundlig beskrivning av processen anses validiteten vara stärkt.

Det finns alltid en viss risk för att den egna förförståelsen kan påverka studien. Författarna har mött den aktuella patientgruppen under sin verksamhetsförlagda utbildning på röntgenavdelning och genom tidigare yrkeserfarenheter inom vården vilket gör att det delvis finns en förförståelse. Erfarenheterna av dessa möten är dock mycket skilda, med tanke på att varje kvinna har sitt egna sätt att agera på. Vissa patienter var oroliga medan andra verkade oberörda. Därför fanns det inga bestämda åsikter eller fördomar om vad litteraturstudien skulle ge för resultat, utan ett öppet sinne hölls inför alla sorters upplevelser för att försöka uppnå en djupare förståelse för patientgruppen. Författarna till studien har försökt att ha ett så objektivt förhållningssätt som möjligt och sortera bort egna tankar och åsikter som kan ha påverkat.

Resultatdiskussion

Huvudresultatet i denna studie visar att kvinnor tiden från att ha fått diagnosen bröstcancer fram till behandling upplever starka känslor och hanterar diagnosen på skilda sätt. Ett annat framträdande fynd i studien är informationen som är av stor vikt för kvinnorna. Dessutom har sjukvården en betydande roll för hur situationen uppfattas.

Känslor i samband med diagnosbeskedet

Framträdande fynd i studien är att de bröstcancerdrabbade kvinnorna erfar mycket starka känslor, såsom chock, rädsla och oro. Liknande resultat kan urskiljas i en studie av Fu, Xu, Liu och Haber (2008), som handlar om kinesiska kvinnors perspektiv, där de beskriver att en massa känslor rördes upp och förutom de redan nämnda reaktionerna såg de även att kvinnorna upplevde sorg, utmattning och känslor av förlust. Det är en omvälvande situation för kvinnorna och enligt Dahlberg et al. (2003) uppstår härmed ett sjukdomslidande. Vid röntgenundersökningar krävs det att hänsyn tas till varje patients individuella tillstånd och behov (Andersson et al., 2008), därför bör röntgensjuksköterskan vara uppmärksam och lyhörd på dessa patienters känslor. Lindholm (2001) lyfter fram ett annat perspektiv av bröstcancersjukdomen då de beskriver de närmast anhörigas erfarenheter. Det upptäcktes att de går igenom ungefär samma känsloreaktioner som de drabbade kvinnorna. Skillnaden är att de förväntas vara den stöttande parten vilket gör att deras behov kommer i andra hand och de får bristfälligt stöd från omgivningen. Dessa fynd behöver beaktas även på röntgenavdelningen, då patienten ofta har med sig någon anhörig vid undersökningarna. Andersson et al. (2008) menar att det är viktigt att röntgensjuksköterskan erbjuder både patienten och anhöriga stöd vid undersökningar, genom att lyssna och anpassa undersökningen efter situationen.

Hantering av diagnosen

Alla kvinnorna i litteraturstudien hanterade diagnosen genom att ta kontroll över situationen. Det yttrar sig på olika sätt, vissa är fast beslutna att kämpa emot cancer och inte se sig som offer, andra fortsätter att leva som vanligt och väljer själva att inte låta sjukdomen ta för stor plats. Ytterligare några tar aktiv del i sin sjukdom genom att gå på bestämda möten och lyssna på läkaren. Fu et al. (2008) kommer fram till att kvinnorna är medvetna om sin brist på kunskap. De väljer därför, som de själva uttrycker det, att ta en aktiv del av behandlingen genom att ha tillit till läkare och sjuksköterskor, ställa frågor för att lära sig om sjukdomen och sedan följa läkarens råd. Boehmke och Dickerson (2006) upptäcker i sin studie att de kvinnor som tar tag i sin diagnos verkar hantera den bättre än de som har en negativ inställning och blir handlingsförlamade. De anpassar behandling så att det ska fungera med det dagliga livet, fortsätter jobba och ta hand om sin familj. Flera ser sig själva som kämpare och överlevare. Andra kvinnor, som inte tar tag i diagnosen, upplever fler symtom och biverkningar av behandlingen samt avsaknad av energi. Vidare antas det bero på att dessa

kvinnor inte har någon familjehistoria av bröstcancer och att de fortfarande befinner sig i chock och misstro. Precis som litteraturstudien visar även Gonzalez och Lengacher (2007) att kvinnorna känner ett behov av att upprätthålla en fasad för anhöriga och vill inte visa sina rädslor och känslor eftersom de är oroliga över reaktionerna de skulle mötas av. Enligt Dahlberg et al. (2003) kan vårdlidande uppstå då individen inte får möjlighet att prata om sina tankar och känslor. Av fynden framgår det tydligt hur viktigt det är att ha någon form av strategi för att ta kontroll över sjukdomen och situationen som följer, för att öka välbefinnandet och motverka lidande. Välbefinnandet är individuellt och beror på personens egna upplevelser och tankar, stor del handlar om den egna inställningen. En individ kan bära på sjukdom och vara medveten om den men accepterar situationen och kan därmed uppleva välbefinnande (Wiklund, 2003).

Vikten av information

I litteraturstudien urskiljs hur viktig informationen är för kvinnorna. Även Arman et al. (2004) redogör för informationens betydelse. Får inte patienten tillräckligt med tid och information från vårdpersonalen påverkas vårdrelationen negativt. Enligt Blomberg, Brulin, Andertun och Rydh (2010) är informationen en mycket viktig faktor vid radiologiska undersökningar. Frånvaro av information före undersökningen kan leda till oro och rädsla. Wiklund (2003) poängterar att bristen på kontroll som uppstår vid för lite information orsakar ett vårdlidande för patienten. Det framkommer även i resultatet av litteraturstudien att kvinnorna värderar individuellt anpassad information och att alla vill ha olika mycket information. Paralleller kan dras till en studie av Murphy (2001) som belyser informationen kring röntgenundersökningar. Även om informationsblad uppskattas vill patienterna helst ha personlig information av röntgensjuksköterskan. Att röntgensjuksköterskan sätter sig ner och förklarar undersökningsförfarandet skattas högt. Vissa deltagare vill även titta på röntgenutrustningen innan. Likaså Bolejko, Sarvik, Hagell och Brinck (2008) framhäver hur betydelsefull informationen är för att patienterna ska kunna förbereda sig mentalt innan röntgenundersökningen. Andersson et al. (2008) anser att patienterna blir mer delaktiga då de får information. Patienterna får större möjlighet att förstå vad som händer och kan ta aktiv del i undersökningen.

Till skillnad från de artiklar som analyserades i studien, som har ett västerländskt perspektiv, verkar de kinesiska kvinnorna i Fu et al. (2008) studie se det mer som en självklarhet att lita på informationen de får från sjukvården. Resultatet i litteraturstudien visar att kvinnorna söker mycket information på egen hand som ett komplement till sjukvårdens information och råd. Litteraturstudiens författare tror att det kan finnas kulturella skillnader som medför de olika synsätten på kunskapsinhämtning, till exempel att det kinesiska samhället eventuellt av tradition har större tillit till auktoriteter såsom läkare eller att kineser möjligtvis känner sig mindre trygga med att söka information på Internet.

Sjukvårdens roll

Ur litteraturstudien framkommer sjukvårdens roll som en viktig faktor för kvinnor med bröstcancerdiagnos. Det som tydliggörs är att många kvinnor upplever att de behöver kämpa för sig själva och för att få den vård de behöver. Arman et al. (2004) framhäver på liknande sätt att deltagarna behöver kämpa för att få den vård de har rätt till. Deltagarna tror att det berodde på att vårdgivarna gömde sig bakom sjukhuskultur och rutiner för att slippa bli berörda. Dahlberg (2003) påpekar att vårdlidande kan förekomma då för mycket rutiner styr personalens arbete istället för att patientens behov står i centrum. Wiklund (2003) lyfter fram att vårdpersonalen har makt och då den utnyttjas för att bestämma över patienten och inte

tillfredsställande vård ges uppstår en negativ vårdrelation. Om inte vårdaren är lyhörd och respekterar patienterna kan det orsaka vårdlidande.

Enligt Arman et al. (2004) upplever deltagarna att det finns en känsla av att inte bli sedd som en hel individ utan istället bli sedda som siffror, kroppar eller diagnoser. Lidande i vården orsakas ofta av misslyckade vårdrelationer, då patienten inte blir sedd som en unik levande varelse vilket även framgår i den aktuella studien. Det stöds av Dahlberg (2003) som anser att då patienten inte känner sig sedd eller hörd kan det bidra till känslor som förolämpning och förödmjukelse och ett vårdlidande kan uppkomma. Likaså kan tekniken ha inverkan på kvinnornas upplevelser av inte bli sedda som egna individer i de fall personalen endast fokuserar på själva undersökningen och inte kommunicerar med patienten. Detta framkommer i litteraturstudien och även Murphy (2001) lyfter fram hur personalen påverkar patienternas inställning till tekniken. När de bemöts väl av röntgensjuksköterskan uppnås en känsla av trygghet och utrustningen ses inte som något hinder. Arman et al. (2004) menar att sjukvårdspersonalens fokus ligger på att behandla det fysiska och så fort kvinnorna vill lyfta fram känslor kring den existentiella situationen hänvisas de till psykiatrin. Alla aspekter av patientens behov måste tillgodoses för att det skall anses vara en god vårdande relation (Wiklund, 2003).

För att varje individs behov ska kunna tillfredsställas krävs att vårdaren ser och försöker förstå patientens livsvärld (Dahlberg et al., 2003).

Klinisk betydelse

Inom sjukvården kan stor del av de kunskaperna som kommit fram i resultatet om känslorna, hanteringen, informationen och sjukvårdens roll utnyttjas. På röntgenavdelningen är de också till stor hjälp vid bemötandet av denna patientgrupp och förståelsen för patienterna. Kvinnorna som kommer för att genomgå röntgenundersökningar har mycket känslor och befinner sig i ett utsatt läge med många funderingar kring kommande vårdhändelser och obesvarade provsvar. De har dessutom olika sätt att hantera diagnosen på. Detta ställer stora krav på röntgensjuksköterskan att på kort tid sätta sig in i patientens situation och anpassa undersökningen därefter, vilket blir lite lättare när det finns en viss förståelse för patientgruppens upplevelser under den här tiden. Då informationen visas som en betydelsefull del för kvinnorna är det viktigt att tillräcklig information ges inom röntgenverksamheten. Eftersom det framkom att personlig information var mest uppskattat, bör röntgensjuksköterskan alltid informera patienten före undersökningen även om informationsblad har delats ut innan. Detta gör att patienten blir mer delaktig i undersökningen och är medveten om vad som kommer att hända och anledningen till det. Sjukvårdspersonalen står för en stor del av kvinnornas erfarenheter av sjukdomen. När de blir sedda som individer och upplever att någon lyssnar på dem skapas en positiv relation och bidrar till känslor av stöd och tillit, vilket underlättar sjukdomsprocessen. I den högteknologiska miljön med ett stort antal patientmöten varje dag, ska röntgensjuksköterskan därför sträva efter att inte låta tekniken ta för stor plats eller låta sig styras av rutiner och därigenom åsidosätta patienten. Andersson et al., (2008) sammanfattar på följande vis att röntgensjuksköterskan främjar god vård genom ett omsorgsfullt undersökningsförfarande med patientens individuella tillstånd och behov i beaktning. Detta uppnås genom att vårdaren fungerar som ett stöd och bryr sig om patienten och de anhöriga, lyssnar, visar omtanke, är vaksam och försäkrar patientsäkerhet.

Fortsatt forskning

Efter att ha studerat det aktuella ämnet blev det tydligt att information som enbart hanterar tiden från diagnos till behandling för bröstcancerdrabbade kvinnor är begränsad. Det finns

mer fakta om mammografiundersökningar och tiden efter behandling vilket gör att det uppstår en lucka i helhetsförståelsen för hela sjukdomsprocessen. Därför anses det behövas mer forskning kring den nämnda perioden, då det är en jobbig tid för kvinnorna som innefattar mycket ovisshet. Hela den existentiella tillvaron kan påverkas då identiteten och livsvärlden hotar att förändras i och med sjukdomsbeskedet. Forskning som belyser de svenska kvinnornas erfarenheter av bröstcancer hade varit önskvärt för att kunna förstå och ge dessa kvinnor bättre vård eftersom alla länder skiljer sig då det gäller sjukvård. I övrigt finns det ett stort behov av forskning kring patientupplevelsen ur ett röntgenperspektiv. Visserligen går det att dra paralleller utifrån det allmänna perspektivet då dessa patienter ofta genomgår röntgenundersökningar. Dock kommer inte tekniken och det korta mötet som påverkar intrycken av röntgenundersökningen fram lika tydligt. Det skulle vara intressant och värdefullt att få reda på mer om hur inte bara mammografi, utan även andra undersökningstyper upplevs av patientgruppen.

Slutsats

Författarna anser att resultaten som kommit fram i studien är användbara inom både röntgenverksamheten och på vårdavdelningar. Det går tydligt att urskilja att individuellt anpassad vård är det som krävs för att skapa välbefinnande hos patienterna, då alla personer är olika, hanterar situationen på olika sätt samt har olika synsätt på vårdens funktion. För att röntgenundersökningen ska kunna bli individuellt inriktad krävs det att röntgensjuksköterskan eftersträvar att ge personligt anpassad information, som tar hänsyn till patientens kunskapsnivå och informationsbehov. Även om alla är olika finns det begränsat med tid för röntgensjuksköterskan att sätta sig in i patientens livsvärld vid undersökningen. Det är därför väsentligt att ha viss kunskap om dessa kvinnors livssituation för på så sätt kunna känna av sinnesstämning och behov lättare. Detta medför att undersökningen kan utföras på ett bättre sätt för både patient och röntgensjuksköterska och en god vårdrelation kan skapas.

REFERENSER

Andersson, B., Fridlund, B., Elgán, C. & Axelsson, Å. (2008). Radiographers' areas of professional competence related to good nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22, 401-409

Arman, M., Rehnsfeldt, 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.

Beatty, L., Oxlad, M., Koczwara, B. & Wade, D. T. (2008). The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: a qualitative study of patient nurse and volunteer perspectives. *Health Expectations*, 11, 331-342.

Blomberg, F., Brulin, C., Andertun, R. & Rydh, A. (2010). Patients' perception of quality of care in a radiology department: A medical-physical approach. *Journal of Radiology Nursing*, 29, 10-17.

Boehmke, M. M. & Dickerson, S. S. (2006). The diagnosis of breast cancer: transition from health to illness. *Oncology nursing forum*, 33(6), 1121-1127.

Bolejko, A., Sarvik, C., Hagell, P. & Brinck, A. (2008). Meeting patient information needs before magnetic resonance imaging: development and evaluation of an information booklet. *Journal of Radiology Nursing*, 27, 96-102.

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

Dahlborg Lyckhage, E. (2006). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I: Friberg, F. (red.). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.

Dickerson Coward, D. & Kahn D. L. (2005). Transcending breast cancer: making meaning from diagnosis and treatment. *Journal of Holistic Nursing*, 23 (3), 264-283.

Drageset, S., Lindström, T. C. & Underlid, K. (2009). Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (1), 149-158.

Edqvist, L. (2008). *Metastaser*. Cancerfonden. Hämtad 2 februari 2011, från <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Cancersjukdomar/Metastaser/>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.

Friberg, F. (2006). Att bidra med evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I: Friberg, F. (red.). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.

Fu, M. R., Xu, B., Liu, Y. & Haber, J. (2008). Making the best of it': Chinese women's experiences of adjusting to breast cancer diagnosis and treatment. *Journal of Advanced Nursing*, 63(2), 155-165.

Gonzalez, L. O. & Lengacher, C. A. (2007). Coping with breast cancer: A qualitative analysis of reflective journals. *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 489-510.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Helsingforsdeklarationen. (2008). Hämtad 31 januari, 2011, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Holmberg, L. (2009). *Bröstcancer. Sjukvårdsrådgivningen*. Hämtad 28 januari, 2011, från <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Brostcancer/>

Holmberg, L. (2009). *Mammografi. Sjukvårdsrådgivningen*. Hämtad 28 januari, 2011, från <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Undersokningar/Mammografiundersokning/>

Jahren Kristoffersen, N. (2007). Hälsa och sjukdom. I: Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (red) *Grundläggande omvårdnad del 1*. Stockholm: Liber: S. 28-77

Kovero, C. & Tykkä, E. (2002). Att insjukna i bröstcancer. *Vård i nordn*, 22 (3), 15-20.

Kwan, M. L., Ergas, I. J., Somkin, C. P., Quensenberry Jr, C. P., Neugut, A. I., Hershman, D. L., Mandelblatt, J., Pelayo, M. P., Timperi, A. W., Miles, S. Q. & Kushi, L. H. (2010). Quality of life among women recently diagnosed with invasive breast cancer: the Pathways study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 123, 507-524.

Lally, R. M. (2010). Acclimating to breast cancer – A process of maintaining self-integrity in the pretreatment period. *Cancer Nursing*, 33 (4), 268-279.

Landmark, B. T., Strandmark, M. & Wahl, A. (2002). Breast cancer and experiences of social support – In-depth interviews of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 216-223.

Landmark, B. T. & Wahl, A. (2002). Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 40 (1), 112-121.

Leander, G. (2009). *Efter cancerbeskedet. Cancerfonden*. Hämtad 22 januari, 2011, från <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Vardagen-forandras/Efter-cancerbeskedet/>

Lindholm, L., Rehnsfeldt, A., Arman, V. & Hamrin, E. (2002). Significant others' experience of suffering when living with women with breast cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 248–255.

Lyons, M., Jacobson, S., Prescott, B. & Oswald, D. (2002). Women's experiences during the first year following diagnosis of breast cancer. *Southern online journal of nursing research*, 3 (1), 1-26.

McCann, L., Illingworth, N., Wengström, Y., Hubbard, G. & Kearney, N. (2010). Transitional experiences of women with breast cancer within the first year following diagnosis. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1969-1976.

Murphy, F. (2001). Understanding the humanistic interaction with medical imaging technology. *Radiography*, 7, 193–201.

Nystrand, A. (2010). *Bröstcancer. Cancerfonden*. Hämtad 28 januari, 2011, från <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Cancersjukdomar/Bröstcancer/?gclid=CPON3YHP3KYCFQzxAod524K8Q>

Patel, R. & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder – Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Segesten, K. (2006a). Användbara texter. I: Friberg, F. (red.). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.

Segesten, K. (2006b). Att välja modell för sitt examensarbete. I: Friberg, F. (red.). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2007a). *Nationella riktlinjer för bröstcancersjukvård*. Hämtad 28 februari, 2011, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8942/2007-102-2_20071022.pdf

Socialstyrelsen. (2007b). *Nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancer*. Hämtad 28 februari, 2011, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8947/2007-102-9_200710291.pdf

Sohlberg, P. & Sohlberg, B-M. (2009). *Kunskapens former – vetenskapsteori och forskningsmetod*. Malmö: Liber.

Strålsäkerhetsmyndigheten. (2010). *Mammografi*. Hämtad 22 februari, 2011, från <http://www.stralsakerhetsmyndigheten.se/Allmanhet/Vard/Mammografi/>

Vårdförbundet. (2011). *Röntgensjuksköterska*. Hämtad 27 februari, 2011, från <https://www.vardforbundet.se/Min-profession/Profession/Rontgensjukskoterska/>

Vårdförbundet. (2008). *Yrkesetisk kod*. Hämtad 28 februari, 2011, från https://www.vardforbundet.se/Documents/Trycksaker%20-%20egna/Nationella/Foldrar%20Broschyler/Yrkesetisk%20kod%20for%20rontgensjukskoterskor_0809.pdf

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (2:a upplagan) Lund: Studentlitteratur.

Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I: Friberg, F. (red.). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.

Databas	Sökord	Antal Träffar	Antal valda artiklar
Cinahl 2011-02-21	Breast neoplasms* AND Coping*	9228 342	0
Cinahl 2011-02-21	Breast cancer diagnosis AND Coping*	364 39	2
Cinahl 2011-02-21	Breast cancer diagnosis AND Psychosocial factors*	364 118	2
Cinahl 2011-02-22	Breast cancer AND Coping* AND Qualitative	9241 400 58	1
SweMed+ 2011-02-22	Bröstkancer	8	1
Cinahl 2011-02-24	Radiological nursing*	12	0
Cinahl 2011-02-24	Breast neoplasms* AND Radiology	9228 11	0
LibHub 2011-02-24	Breast neoplasms* AND Radiology AND Experience	1724 116 8	0
LibHub 2011-02-28	Breast cancer diagnosis AND Quality of life*	364 303	1
Cinahl 2011-03-02	Breast cancer diagnosis AND Life experiences*	364 6	2
Cinahl 2011-03-03	Newly diagnosed breast cancer AND Experience	151 23	1

* = Nyckelord

Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ och kvantitativ metod

Sammanställning utifrån Forsberg och Wengström (2008) och Willman och Stoltz (2006).

- Beskrivning av studien

- Patientkaraktäristiska: Antal:
 Ålder:
 Man/kvinna:

- Tydlig avgränsning/problemformulering?	Ja	Nej	Vet ej
- Är kontexten presenterad?	Ja	Nej	Vet ej
- Finns ett etiskt resonemang?	Ja	Nej	Vet ej
- Är urvalet relevant?	Ja	Nej	Vet ej
- Är urvalet strategiskt?	Ja	Nej	Vet ej
- Urvalsförfarande tydligt beskrivet?	Ja	Nej	Vet ej
- Datainsamling tydligt beskriven?	Ja	Nej	Vet ej
- Analys tydligt beskriven?	Ja	Nej	Vet ej
- Är resultatet logiskt, begripligt?	Ja	Nej	Vet ej
- Är resultatet trovärdigt?	Ja	Nej	Vet ej
- Råder datamätnad?	Ja	Nej	Vet ej
- Är data systematiskt insamlad?	Ja	Nej	Vet ej
- Redovisas resultatet klart och tydligt?	Ja	Nej	Vet ej
- Har resultaten klinisk relevans?	Ja	Nej	Vet ej
- Motsvarar resultatet syftet?	Ja	Nej	Vet ej

Huvudfynd

- Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

Specifika kriterier för kvantitativa studier

- Är undersökningsgruppen representativ?	Ja	Nej	Vet ej
- Erhölls signifikanta skillnader?	Ja	Nej	Vet ej
- Kan resultaten generaliseras till annan population?	Ja	Nej	Vet ej
- Diskuterades reliabilitet?	Ja	Nej	Vet ej
- Diskuterades validitet?	Ja	Nej	Vet ej

Sammanfattande bedömning av kvalitet	Bra	Medel	Dålig
---	-----	-------	-------

Författare År Land Tidskrift	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat
Beatty, L., Oxlad, M., Koczwara, B. & Wade D. T. 2008 Australien Health Expectations	The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: a qualitative study of patient nurse and volunteer perspectives	Att undersöka psykosociala värden och behov hos kvinnor från Australien som nyligen fått diagnosen bröstcancer.	Kvalitativ metod med olika diskussionsgrupper bestående av patienter, onkologisjuksköterskor och frivilligarbetare från ett center för cancer. Diskussionerna utgick från ämnesguider och ljudinspelades.	N= 34 (9)	Resultatet visar att kvinnorna hade behov av socialt stöd. Det var viktigt att anpassa sig till förändringarna och hitta en normalitet i vardagen. Det var till stor hjälp att dela sina tankar och känslor med kvinnor med liknande erfarenheter.
Dickerson Coward, D. & Kahn, D. L. 2005 USA Journal of holistic nursing	Transcending breast cancer: making meaning from diagnosis and treatment	Syftet med studien var att undersöka hur nydiagnostiserade kvinnor med bröstcancer som till en början känner sig som offer, förändras och ser sig själva som överlevare.	Kvalitativ studie där deltagarna från början deltog i ett större stödgruppsprojekt. Deltagarna delades in i en kontrollgrupp och en interventionsgrupp. Interventionsgruppen uppmuntrades att ha problemlösning kring diagnos och behandling med varandra. Individuella intervjuer utfördes vid tre tillfällen som sedan analyserades enligt Colaizzi's teknik.	N= 14 (0)	Ett slående mönster i studien var att kvinnorna upplevde att välbefinnande erhöles genom att möta andra kvinnor med bröstcancer. Att inte ha kontroll, chock och rädsla var andra känslor som framkom. Deltagarna upplevde att det var viktigt med stöd från andra.
Drageset, S., Lindström, T. C. & Underlid, K. 2009 Norge Journal of advanced nursing	Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery	Syftet med studien var beskriva copingstrategier som användes av kvinnor mellan diagnos av bröstcancer och operation.	Kvalitativ studie med deskriptiv design. Datainsamling gjordes genom semistrukturerade individuella intervjuer. Kvalitativ innehållsanalys utifrån Kvale's riktlinjer användes för att analysera det insamlade materialet.	N= 21 (27)	Resultatet visar att den vanligaste copingstrategin var att fokusera på nuet och ta en sak i taget. De flesta kvinnorna fortsatte leva precis som vanligt och några började fundera över vad som var viktigt i livet och valde att endast fokusera på det. Kvinnorna hade olika upplevelser och uttryckte sina känslor på olika sätt.

Författare År Land Tidskrift	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat
Kovero, C. & Tykkä, E. 2002 Finland Vård i Norden	Att insjukna i bröstcancer	Studiens syfte var att klargöra hur kvinnorna i Finland upplever den diagnostiska processen, operationen, interaktionen med vårdpersonalen och informationen de fick när dom blev sjuka.	En kvalitativ och fenomenologisk ansats där data samlades in med individuella halvstrukturerade intervjuer. Kvalitativ innehållsanalys användes vid analysen.	N= 18 (0)	I resultatet framkommer att allvarlig sjukdom orsakar psykologisk stress. Ovisshet, väntan och misslyckade kontakter med läkare och sjuksköterskor gjorde att stressen blev större.
Kwan, M. L., Ergas, I. J., Somkin, C. P., Quensenberry Jr, C. P., Neugut, A. I., Hershman, D. L., Mandelblatt, J., Pelayo, M. P., Timperi, A. W., Miles, S. Q. & Kushi, L. H. 2010 USA Breast Cancer Research and Treatment	Quality of life among women recently diagnosed with invasive breast cancer: the Pathways study	Att ta reda på vilka faktorer som påverkar livskvalitet hos kvinnor som nyligen fått en bröstcancerdiagnos.	Kvantitativ metod, där en enkät med 36 påståenden om olika typer av välmående användes. Deltagarna fick med hjälp av en skala bedöma hur sant varje påstående var, sedan räknades poäng för livskvalitet ut. En regressionsanalys gjordes för att jämföra samband mellan livskvalitet och olika sociodemografiska faktorer	N=950 (0)	Studiens resultat visar att kvinnor med större socialt stöd hade högre livskvalitet. Man såg även att änkor upplevde större välmående och livskvalitet. Ju yngre kvinnorna var när de fick sin diagnos desto lägre livskvalitet hade de.
Lally R. M. 2010 USA Cancer Nursing	Acclimating to breast cancer – A process of maintaining self-integrity in the pretreatment period	Att ta reda på tankeprocesser och beteenden under perioden innan behandling hos kvinnor som fått diagnosen bröstcancer.	Kvalitativ metod utifrån Grounded Theory, med öppna intervjuer. Analys har skett parallellt med datainsamling, genom att hela tiden jämföra data, koder och kategorier.	N= 18 (0)	Huvudfyndet i studien var upplevelsen av hotad integritet, hälsa och identitet. Perioden präglades av att kvinnorna försökte hitta sätt för att anpassa sig till den nya situationen.

Författare År Land Tidskrift	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (Bortfall)	Resultat
Landmark, B. T., Strandmark, M. & Wahl, A. 2002 Norge Scandinavian Journal of Caring Sciences	Breast cancer and experiences of social support – In-depth interviews of 10 women with newly diagnosed breast cancer	Att utforska erfarenheterna av socialt stöd hos kvinnor med nyligen diagnosticerad bröstcancer samt olika dimensioner av socialt stöd.	Kvalitativ ansats med djupgående, öppna intervjuer baserade på temaguider. Analysen utfördes utifrån proceduren beskriven i Grounded theory.	N= 10 (0)	Studien visar att kvinnorna har både positiva och negativa upplevelser av socialt stöd. Emotionellt, praktiskt och informativt stöd var olika dimensioner som framkom.
Landmark, B. T. & Wahl, A. 2002 Norge Journal of advanced nursing	Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer	Studiens syfte var att utifrån kvinnors perspektiv beskriva upplevelsen av att leva med bröstcancer.	En kvalitativ studie där individuella intervjuer med öppna frågor utfördes och analyserades utifrån Grounded theory.	N= 10 (2)	Resultatet visar att upplevelser kring att leva med nyligen diagnostiserad bröstcancer inkluderade fysiska, psykologiska, sociala och existentiella aspekter. Ett tydligt tema som framkom var viljan att leva och att kämpa för sin existens. Diagnosen orsakade starka känslomässiga reaktioner hos deltagarna. Socialt stöd ansågs vara viktig för kvinnorna.
Lyons, M., Jacobson, S., Prescott, B. & Oswalt, D. 2002 USA Southern Online Journal of Nursing research	Women's experiences during the first year following diagnosis of breast cancer	Syftet var att fastställa betydelsen av bröstcancerupplevelsen för kvinnor som lever med sjukdomen.	Kvalitativ metod där intervjuer med öppna frågor och strukturerad reflektiv analys utfördes framställd av Giorgi.	N= 20 (0)	Tre olika faser framkom av upplevelsen av att leva med bröstcancer, den diagnostiska fasen, behandlingsfasen och efterbehandlingsfasen. I den diagnostiska fasen ingick att få beskedet, rädsla, att vara stark, flera stressfaktorer och andligt medvetande.
McCann, L., Illingworth, N., Wengström, Y., Hubbard, G. & Kearney, N. 2010 England Journal of Clinical Nursing	Transitional experiences of women with breast cancer within the first year following diagnosis	Att ta reda på vilka erfarenheter kvinnor med bröstcancer har samt hur de upplever övergången mellan hälsa och sjukdom.	Kvalitativ ansats med intervjuer vid tre olika tillfällen under det första året efter besked om bröstcancer. De transkriberade intervjuerna analyserades med hjälp av Glaser och Strauss metod	N= 12 (0)	Resultatet visar att kvinnorna ansåg att deras identitet förändrades samt att det var svårt att anpassa sig till förändringarna.