

CANCER - TUR & RETUR

En studie baserad på självbiografier skrivna av kvinnor som överlevt bröstcancer

Författare:
Sara Andersson
Johanna Videpil Halvarsson

| | |
|---------------------------|--|
| Titel | CANCER - TUR & RETUR En studie baserad på självbiografier skrivna av kvinnor som överlevt bröstcancer. |
| Författare | Sara Andersson & Johanna Videpil Halvarsson |
| Utbildningsprogram | Utbildningsprogrammet för sjuksköterskor, 180 hp |
| Handledare | Lena Larsson Carlstedt |
| Examinator | Ulrica Hörberg |
| Adress | Linnéuniversitetet, Institutionen för hälso- och vårdvetenskap. 351 95 Växjö |
| Nyckelord | Bröstcancer, kvinnor, livsvärld, självbiografier, återhämtning |

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Varje dag drabbas cirka 20 kvinnor i Sverige av bröstcancer. Detta är ofta en omvälvande upplevelse som vänder livsvärlden upp och ned. Behandlingen är ofta intensiv vilket påverkar patienten både fysiskt och psykiskt. Det är därför viktigt att sjukvårdspersonal kan hantera den förändrade livsvärlden hos kvinnan.

Syfte: Syftet med studien var att belysa den förändrade livsvärlden hos kvinnor som överlevt bröstcancer, under och efter sjukdomen.

Metod: För att datainsamlingen skulle motsvara den kvalitativa ansatsen med livsvärldsperspektiv användes sex självbiografier som var skrivna av kvinnor som drabbats av bröstcancer. Innehållet av biografierna analyserades och granskades enligt Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa manifesta innehållsanalys.

Resultat: Kvinnorna upplevde livsvärlden som förändrad efter sin cancerdiagnos. De upplevde kränkning av sin kvinnlighet då de förlorade sitt hår och bröst samt var rädda för att inte få se sina barn växa upp. Stöd och gemenskap visade sig vara till stor betydelse. De påverkades positivt och negativt av vårdandet från vårdpersonal. Efter avslutad behandling och vårdtid upplevde kvinnorna ett hopp om framtiden samtidigt som de var rädda för återfall och att nu bli övergivna av vårdens trygga händer.

Slutsatser: Livsvärlden förändrades radikalt för kvinnorna och vardagen bytte fokus. Mer tid måste läggas på det praktiska bemötandet av patienter för att förhindra lidande relaterat till vårdandet.

INNEHÅLL

| | |
|---|----|
| BAKGRUND | 1 |
| Bröstcancer | 1 |
| Symtom | 1 |
| Diagnostik och behandling | 1 |
| <i>Kirurgi och strålbehandling</i> | 2 |
| <i>Hormonell behandling</i> | 2 |
| <i>Cytostatika</i> | 2 |
| Den förändrade livsvärlden | 3 |
| Betydelsen av det goda bemötandet | 3 |
| TEORETISK REFERENSRAM | 4 |
| PROBLEMFÖRMULERING | 5 |
| SYFTE..... | 5 |
| METOD..... | 5 |
| Datainsamling | 6 |
| Urvalsförfarande | 6 |
| Dataanalys | 6 |
| <i>Författarnas förförståelse</i> | 7 |
| Etiska överväganden | 7 |
| RESULTAT | 7 |
| Förändrad kropp och själ | 8 |
| <i>En känsloladdad situation</i> | 8 |
| <i>Behandlingen och dess biverkningar</i> | 8 |
| Omgivningen | 10 |
| <i>Relationen till partnern</i> | 10 |

| | |
|---|----|
| <i>Rädslan att överge barnen</i> | 10 |
| <i>Gemenskap som främjar välbefinnandet</i> | 11 |
| Att påverkas av vården | 11 |
| <i>God vårdrelation</i> | 11 |
| <i>Att bli sedd som en i mängden</i> | 12 |
| När allt är över | 12 |
| <i>Livet och framtiden</i> | 12 |
| DISKUSSION | 13 |
| Metoddiskussion | 13 |
| Resultatdiskussion | 15 |
| SLUTSATS | 18 |
| REFERENSER | 19 |
| BILAGOR | |
| 1. Sökschema över självbiografierna | |
| 2. Sammanfattning av självbiografierna | |

INLEDNING

Bröstcancer är en sjukdom som främst drabbar kvinnor i åldern 40 år och uppåt. Av de drygt 26 000 svenska kvinnor som år 2010 drabbades av cancer stod bröstcancer för 30 % av fallen. Detta innebär att det är den vanligaste cancersjukdomen hos kvinnor i Sverige (Socialstyrelsen, 2011). Som kvinnor själva känner vi stort engagemang för bröstcancer, både som privatperson och som blivande sjuksköterskor. Vi lever med vissheten om att vi antingen själva eller någon i vår närmaste omgivning kommer drabbas av bröstcancer någon gång i livet. Som allmänsjuksköterskor kommer vi även träffa på dessa patienter och ställas inför den svåra uppgiften att bemöta deras förändrade livsvärld. Med hjälp av denna studie vill vi ge oss själva, andra kvinnor och blivande sjuksköterskor en inblick i hur livet kan förändras vid bröstcancer.

BAKGRUND

Bröstcancer

Varje år får omkring 55 000 personer i Sverige diagnosen cancer. Dessa diagnoser inkluderar alla typer av cancersjukdomar hos både män, kvinnor och barn. När cancer uppstår i kroppen har vår normala celldelning blivit rubbad. I Sverige insjuknar cirka 20 kvinnor i bröstcancer varje dag. Det motsvarar ungefär 7000 bröstcancerdiagnoser per år. Detta är den vanligaste cancerformen hos kvinnor. Kvinnor från 40 år och uppåt är ofta de som drabbas, men det förekommer även bröstcancer längre ner i åldrarna. Ju tidigare cancer upptäcks desto större chans har patienten att bli frisk (Johansson & Berterö, 2003; Nystrand, 2012; Socialstyrelsen, 2011).

Bröstcancer är en slags cancer som satt sig någonstans i bröstet. De tidigare friska cellerna börjar dela sig okontrollerat, så mycket att det till slut bildas en klump, en så kallad tumör. Tumören fortsätter att växa i storlek och blir slutligen så stor att den kan kännas eller till och med synas utifrån. Kroppens normala celler dör och nybildas regelbundet. Cancerceller gör inte detta på grund av förändringar på gennivå, istället växer de ohämmat. Eftersom cancerceller saknar förmågan att dö behövs behandling som hjälper kroppen med detta (Einhorn & Sylwan, 2010).

Symtom

Enligt Nystrand (2012) finns det en mängd olika symtom vid bröstcancer. Det vanligaste symtomet är en eller flera knölar i bröstet. En knöl i armhålan, förstorat och hårt bröst, hudrodnad och ”apelsinhud”, indragningar i huden samt blod eller vätska från bröstvårtan är andra vanliga symtom vid bröstcancer. Det är inte speciellt vanligt att man har smärta och ömhet i bröstet som beror på cancer.

Diagnostik och behandling

Mammografi är en bröst-röntgen som alla kvinnor i Sverige erbjuds från och med 40 års ålder. Eftersom bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor görs denna röntgen för att upptäcka och behandla eventuell bröstcancer så tidigt som möjligt. I röntgenresultatet kan man se förändringar som är för små för att kännas (Wallskär, 2012). I Wildes, Miller, San Miguel de Majors, Otto och Ramirez studie (2011) framkom att kvinnor som varit nöjda med

sina eventuellt tidigare vårdrelationer följer den rekommenderade mammografiundersökningen i större utsträckning än kvinnor med sämre erfarenheter.

Behandlingarna är ofta mycket påfrestande och långa för de drabbade (Nystrand, 2012). Dagens behandling av bröstcancer är väl utvecklad och många kan med hjälp av denna bli botade från sin cancer (Allen, Savadatti & Gurmankin Levy, 2009). Den välutvecklade behandlingen tillsammans med den idag rutinmässiga mammografin gör att cancer snabbare kan upptäckas och behandling kan påbörjas tidigare (Johansson & Berterö, 2003). Enligt Thomas-MacLean (2004) har patienterna behov av att acceptera och vänja sig vid tanken på att man behöver behandling. Det är också viktigt för patienterna att det finns utrymme för autonomi, vilket innebär självbestämmande och delaktighet i sin behandling. I studien framkommer även att minnen av behandlingen finns kvar hos kvinnorna långt efter att den hade avslutats. Det var mycket känslor som lätt väcktes vid enbart tanken på behandlingsperioden.

Kirurgi och strålbehandling

Den främsta behandlingsformen för bröstcancer är med kirurgi. Det vanligaste i dagens kirurgi är att man gör en så kallad bröstbevarande kirurgi, vilket innebär att tumören och den närmsta vävnaden opereras bort. Under operationen sker en analys av tumören som visar om det finns risk för att tumörceller har spridit sig till närliggande lymfkörtlar. Om detta är fallet opereras lymfkörtlar bort från armhålan. Hos vissa kvinnor förekommer komplikationer efter operationen. Dessa kan till exempel vara svullnad i armhålan, svårigheter att röra armen och ökad risk för infektion på grund av eventuellt borttagna lymfkörtlar. Efter operationen följer vanligtvis en strålbehandling av det som återstår av bröstet samt närliggande lymfkörtlar. Detta görs för att förstöra eventuella cancerceller som finns kvar i bröstvävnaden (Nystrand, 2012). Strålningen påverkar även friska celler i kroppen, därför finns risk för biverkningar. Om och hur de drabbas är individuellt. De vanligaste biverkningarna är hudreaktioner, illamående, aptitlöshet, muntorrhet, håravfall och trötthet (Olsson, 2009).

Hormonell behandling

Vissa bröstcancertumörer, cirka 70 procent, är beroende av det kvinnliga könshormonet östrogen för att växa. Detta innebär att hormonets produktion i kroppen måste reduceras eller blockeras. Kvinnan får därför äta anti-hormoner för att minska risken för återfall (Nystrand, 2012). Biverkningar som kvinnorna kan få av den hormonella behandlingen är liknande de symtom som förekommer vid klimakteriet. Kvinnorna kan exempelvis få blodvallningar (Edqvist, 2012).

Cytostatika

Cytostatika är ett cellhämmande läkemedel som hindrar delning av celler. Det används både som behandling av spridd cancer och som förebyggande av återfall. Ofta används cytostatika för att minska en tumör så den blir lättare att operera bort (Nystrand, 2012). Vanliga biverkningar på cytostatikabehandling är trötthet, håravfall, illamående, dålig aptit samt infektionskänslighet (Wallberg, 2010).

Den förändrade livsvärlden

Att få ett cancerbesked är en omvälvande upplevelse, det påverkar vardagen och förändrar livsvärlden. I studien skriven av Tobin (2008) framgår att förändringen av livsvärlden inte bara sker vid sjukdomsbeskedet utan även vid första misstanken om att någonting inte stämmer. Känslan av att veta men ändå inte, leder till ångest och bävan. När diagnosen sedan blivit bekräftad förändras normaliteten och ”vanligheten” i vardagen, livsvärlden är nu okänd och förändrad.

När en människa upplever en traumatisk händelse i livet går denne enligt Cullberg (1986) igenom fyra olika faser i sin bearbetning av det inträffade. Den första fasen är chockfasen som innebär att man har svårt att ta in vad som hänt. Den drabbade kan ge sken av att allt är som vanligt, fast det egentligen är kaosartat inombords. När chockfasen lagt sig inträder reaktionsfasen där den drabbade inte längre kan blunda för det som skett. Individen söker efter meningen med det hela och frågar som ”varför drabbar det mig?” är vanliga. Det kan dröja upp till ett år efter traumat tills individen lämnar reaktionsfasen och går in i bearbetningsfasen. Här sker ett accepterande av det som hänt och den drabbade börjar se framåt igen. Individen som till exempel fått en kroppsskada börjar här acceptera tanken av att leva med ett handikapp. Den sista fasen, nyorienteringsfasen, är en ständigt pågående fas där individen inte längre hindras av det som har skett. Självkänslan återgår till den normala för individen, men minnet av det som inträffat består och gör sig då och då till minnes. Många upplever även livet på ett nytt sätt (Ibid.).

Att förstå en patients berättelse utifrån en teori kan skapa en djupare förståelse av dennes livsvärld. Med denna förståelse kan vårdaren se förbi logiska och rimliga förklaringar och på djupet bli berörd av patientens situation (Wiklund, 2003). Något som kan vara bra att reflektera över är möjligheten att patientens livsvärld skiljer sig från sjuksköterskans egen. Det är en utmaning att som vårdare försöka förstå sig på patientens förändrade livsvärld. Det måste ske genom omsorg. För att skapa en omfattande förståelse för patientens levda värld måste sjuksköterskan få en inblick i många olika sidor av patientens normala liv (Birkler, 2007).

Betydelsen av det goda bemötandet

Att få bröstcancer är inte bara en fysisk åkomma, det påverkar även patienten psykiskt. Därför är det ytterst viktigt att sjukvårdspersonal har kunskap om hur en patients livsvärld förändras med en sjukdom. Genom den kunskapen kan lidande lindras och välbefinnande främjas hos patienten (Einhorn & Sylwan, 2010). I kompetensbeskrivningen för allmänsjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) belyses att det ingår i professionen att kunna möta patienter i förändringen som en sjukdom innebär.

Tidigare studier gjorda på kvinnor med bröstcancer belyser att kvinnorna vill bli vårdade av sjuksköterskor som innehar kunskapen och medvetenheten om deras psykologiska och emotionella behov. De vill få individuellt anpassat stöd genom att sjuksköterskan vet hur de känner och upplever situationen. För att kunna göra detta krävs det att sjuksköterskan har kunskap om sjukdomen och den förändrade livsvärlden hos patienten, men även förmågan att skapa en vårdande relation (Remmers, Holtgräwe & Pinker, 2009). Detta kan enligt Dahlberg och Segesten (2010) göras genom att bejaka, möta och besvara patientens uttalade och outtalade frågor.

I studien gjord av Arman, Rehnfeldt, Lindholm, Hamrin och Eriksson (2004) upplevde patienterna att de inte kände sig sedda som en unik individ, de blev behandlade som ”en kropp”, ”ett nummer” eller ”en diagnos”. Denna upplevelse bidrar till ett vårdlidande som går att undvika om sjuksköterskan har kunskap om professionell och individanpassad omvårdnad samt den förändrade livsvärlden. Patienterna upplevde även att de blev vidareslussade till andra professioner så som psykologer för att sjuksköterskan inte klarade av att stötta dem.

Som tidigare nämnts ur studien av Wildes et al. (2011) påverkar goda vårdrelationer patienter med bröstcancer att i större utsträckning gå på rekommenderade undersökningar. Det är därför viktigt att varje patient får en bra erfarenhet av vården och vårdrelationer då detta i senare skede kan avgöra om patienten väljer att göra en undersökning eller inte.

TEORETISK REFERENSRAM

En förståelse och en kunskap vill skapas, som kan förankras i verkligheten och användas av sjuksköterskor i mötet och i omvårdnaden av patienter. Självbiografier ger möjligheten att leva sig in i den andres livsvärld (Forsberg & Wengström, 2008). Enligt Wiklund (2003) är vårdvetenskap kunskap om vårdandet. Denna kunskap beskriver vad god vård är och kan användas av alla yrkeskategorier som vårdar människor.

Grunden i ett vårdvetenskapligt synsätt kretsar kring olika livsvärldar. Detta innebär bland annat att se, förstå och analysera världen så som den upplevs av andra människor. Det är av stor vikt att ta hänsyn till patientens levda verklighet (Birkler, 2007; Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Några vårdvetenskapliga begrepp som kommer vara genomgående i studien är levd kropp, livsvärld, välbefinnande, lidande och vårdrelation. I denna studie kommer livsvärld att innefatta kvinnornas olika relationer samt deras fysiska och känslomässiga förändringar. Vården och den vårdande relationen påverkar även kvinnornas fysiska och känslomässiga välbefinnande och lidande och kommer därför också att ingå i livsvärldsbegreppet. Begränsningarna beror på att livsvärldsbegreppet är väldigt omfattande.

Den levda kroppen kan beskrivas som kropp, själ och ande tillsammans. Dessa olika enheter går inte att dela på och samtliga enheter måste uppmärksammas hos den lidande människan. Vid varje förändring av kroppen sker automatiskt en förändring i livet (Wiklund, 2003). En livsvärld är en människas levda vardag. Den är väsentlig i vårdandet av den individuella patienten då den ger kunskap om personens upplevelser och erfarenheter (Dahlberg et al., 2003; Dahlberg & Segesten, 2010; Wiklund, 2003).

Välbefinnande är en känsla hos individen som inte kan definieras av varken sundhet eller friskhet. Begreppet utgår från personens livsvärld och har med personens inre upplevelser att göra (Dahlberg et al., 2003; Wiklund, 2003). Dahlberg och Segesten (2010) beskriver att trots en diagnostiserad sjukdom kan man ändå må bra och fungera väl i olika aktiviteter. Enligt Dahlberg et al. (2003) och Wiklund (2003) är motsatsen till välbefinnande lidande. Lidande kan orsakas av bland annat långvarig sjukdom. Målet med omvårdnaden är att lindra eller förhindra lidande. Vårdlidande är lidande som uppstår på grund av vården i form av brist på god omvårdnad eller kunskap.

Vårdrelation är en typ av relation som skapas mellan vårdare och patient. Relationen är mellanmänsklig och karaktäriseras av professionellt engagemang från vårdarens sida. En vårdrelation kan vara både vårdande och icke vårdande. Den har ett stort värde och inverkar på patientens välbefinnande (Dahlberg et al., 2003; Dahlberg & Segesten, 2010; Wiklund, 2003).

PROBLEMFORMULERING

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor. Varje dag får cirka 20 kvinnor i Sverige beskedet att de har bröstcancer (Nystrand, 2012). Detta vänder vardagen upp och ned, kvinnan förändras och likaså livsvärlden (Tobin, 2008). Tidigare forskning visar att empati hos sjuksköterskan underlättar den nya situationen för kvinnan. I tidigare studier upplevde kvinnorna att sjuksköterskor brister i kunskapen om att bemöta denna typ av förändring i en kvinnas livsvärld. I allmänsjuksköterskans kompetensbeskrivning står det klart och tydligt att sjuksköterskan ska kunna tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov såväl fysiska som psykiska. Patienten ska ses med en helhetssyn och sjuksköterskan ska möta patientens livsvärld genom dess sjukdomsupplevelse och genom detta ska lidandet lindras så långt som möjligt. Litteraturgenomgången visar att sjuksköterskor saknar den basala kunskapen om god omvårdnad i att möta och vårda patienter som en helhet där kropp och själ sammanflätas.

Eftersom bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor i Sverige anser författarna att kunskap kring denna samt deras förändrade livsvärld är betydelsefull för vårt kommande yrke som allmänsjuksköterskor. Många tankar väcks kring denna livshotande sjukdom och frågorna som författarna ställer sig är;

Påverkas kvinnan fysiskt och psykiskt av bröstcancer? I så fall på vilket sätt?
Påverkas kvinnans olika relationer i vardagslivet?

SYFTE

Syftet med studien var att belysa den förändrade livsvärlden hos kvinnor som överlevt bröstcancer, under och efter sjukdomen.

METOD

Datainsamlingen till studien bestod av självbiografiska böcker om kvinnor som har eller haft bröstcancer. För att på bästa möjliga sätt nå kvinnornas tankar och upplevelser kring sin bröstcancer ansågs självbiografier som datainsamling vara det mest relevanta för att besvara syftet. För att besvara studiens syfte har en kvalitativ ansats valts med ett livsvärldsperspektiv för att kunna belysa individens unika upplevelser (Dahlberg et al., 2003).

Datainsamling

För att få med de självbiografierna som handlade om bröstcancer och besvarade studiens syfte gjordes en databassökning i Libris nationella bibliotekskatalog. Detta för att inte missa någon biografi som hade uteslutits i universitetsbibliotekets katalog. Sökorden som användes var ”bröstcancer” + ”biografi”. Sökningen gav 32 träffar, varav två på engelska. Dessa exkluderades och kvar var 30 svenska självbiografier om bröstcancer (se bilaga 1). Biografierna sorterades efter utgivningsår och biografier äldre än 12 år exkluderades, 23 böcker återstod. När de resterande inklusions- och exklusionskriterierna avgränsat sökningen återstod 11 biografier. Av dessa 11 återfanns sju på universitetsbiblioteket samt på författarnas hembibliotek. Av de sju böckerna valdes sex stycken ut. De sex utvalda böcker stämde överens med studiens syfte (se bilaga 2).

Urvalsförfarande

Inklusionskriterier för studien var att alla självbiografier skulle vara utgivna mellan åren 2000-2012, detta för att få så relevanta upplevelser som möjligt i förhållande till den behandling och vård som ges idag. Böckerna skulle vara skrivna på svenska eller översatta till svenska för att minimera risk för missuppfattningar. De skulle vara skrivna av kvinnor som överlevt sin bröstcancer och kvinnorna skulle inte ha någon annan tidigare känd sjukdom. Exklusionskriterier i studien var att biografierna inte fick vara skrivna av män med bröstcancer. Självbiografier om annan typ av cancer än bröstcancer exkluderas. Biografier skrivna med fokus på annat än den självupplevda situationen samt de som var skrivna utifrån en annan persons perspektiv valdes bort. Urvalet speglade den verklighet som ville beskrivas.

Dataanalys

Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa manifesta innehållsanalys användes då den är avsedd för att analysera stora mängder data så som biografier. Biografierna lästes förutsättningslöst av båda författarna. Därefter analyserades en bok i taget enligt det tidigare nämnda analys sättet. I varje bok plockades sedan meningsbärande enheter ut. Dessa kan beskrivas som mindre stycken av text som har relevans för syftet. De meningsbärande enheterna kondenserades, alltså förkortades, sedan och sorterades under koder. Koder, som är en kortfattad beskrivning av de kondenserade enheterna, som hade liknande innehåll bildade sedan tillsammans en kategori. Varje kategori relaterade till innehållet på en beskrivande nivå. Utifrån de olika kategorierna bildades sedan underkategorier för att få resultatet mer strukturerat och konkret.

Exempel på analys.

| Meningsbärande enhet | Kondenserad text | Kodning | Kategori |
|---|--|------------------|------------------------|
| Då kommer läkaren över till mig och låter mig få gråta ut i hennes famn. Det känns tryggt och jag ser att hennes vita rock blir blöt av mina tårar, men hon fortsätter att stryka mig över ryggen. (Tiger, 2010, s.15) | Läkaren låter mig gråta i hennes famn. Känns tryggt. | God vårdrelation | Att påverkas av vården |

Författarnas förförståelse

Enligt Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2008) är det viktigt som forskare att gå in i studien med en öppen inställning, vilket innebär att fenomenet studeras utan inverkan av tidigare kunskap hos författaren. Genom att forskaren överväger vilken metod som är bäst lämpad för studiens syfte gör denne sig mottaglig för fenomenet som ska studeras.

Författarna till denna studie gick in med förförståelsen att kvinnor som drabbas av bröstcancer förändras psykiskt och eventuellt även fysiskt. Synen på livet förändras, de närstående och hälsan blir den nya fokusen i livet. Genom medvetenheten av förförståelsen kunde denna kopplas bort under analysförfarandet. Detta bidrog till en öppenhet för alla typer av resultat.

Etiska överväganden

I studien användes självbiografier. Det var viktigt att informationen i självbiografierna respekterades av författarna till studien och att den insamlade data till forskningen inte skulle vara gällande för annat än den pågående studien (Helsingforsdeklarationen, 2008). Författarna till böckerna uttryckte i sina böcker sin önskan om att hjälpa andra genom sin kunskap och sina erfarenheter. Därför ansågs detta inte som ett etiskt hinder.

Författarna har tagit hänsyn till sin förförståelse för att minimera egna värderingar i resultatet. Ingen information undanhölls eller vinklades efter författarnas förhållningssätt.

RESULTAT

Resultatet presenteras i de fyra kategorier med tillhörande underkategorier som bildades i analysen. Tabellen nedan visar en översiktlig bild av kategoriindelningen.

| Kategori | Underkategori |
|---------------------------------|---|
| Förändrad kropp och själ | <i>- En känsloladdad situation - Behandlingen och dess biverkningar</i> |
| Omgivningen | <i>- Relationen till partnern - Rädslan att överge barnen - Gemenskap som främjar välbefinnande</i> |
| Att påverkas av vården | <i>- God vårdrelation - Att bli sedd som en i mängden</i> |
| När allt är över | <i>- Livet och framtiden</i> |

Förändrad kropp och själ

En känsloladdad situation

Det vanligaste var att kvinnorna av en slump upptäckte en knöl på egen hand i ett av sina bröst (Andersson, 2004; Krokfors-Lindsjö, 2000; Nyberg, 2008; Ullenius, 2000). Det förekom dock i ett av fallen att kvinnan först efter mammografin blev uppmärksam på knölen (Palmcrantz, 2011).

Upptäckten av knölen väckte mycket känslor hos kvinnorna. De första känslorna som uppstod var rädsla och skräck. Efter detta inträdde en känsla av ledsamhet och förtvivlan, även oro och ångest över att det kunde vara cancer. De upplevda känslorna övergick sedan till en förnekelse över att knölen de hittat inte skulle vara cancer (Andersson, 2004; Krokfors-Lindsjö, 2000; Nyberg, 2008; Palmcrantz, 2011). En av kvinnorna upplevde ingen av ovanstående känslor då hon inte ville ta ut något i förskott (Ullenius, 2000).

Det var då jag kände den. En knöl i vänstra bröstet! Den kändes hård och kantig som en buljongtärning.// Rädd blev jag ändå inte, en ofarlig cysta eller en inflammerad körtel, tänkte jag. Cancer kunde det ju inte vara. (Krokfors-Lindsjö, 2000, s.9)

När beskedet bröstcancer kom upplevde samtliga kvinnor ledsamhet, rädsla och ångest över att de kanske skulle dö. De upplevde det hela som mycket chockerande och kände ett stort behov av information. Ovissheten av vad som skulle ske gjorde situationen näst intill olidlig (Andersson, 2004; Krokfors-Lindsjö, 2000; Nyberg, 2008; Palmcrantz, 2011; Tiger, 2010; Ullenius, 2000). Tre av kvinnorna upplevde beskedet som en dödsdom, som att livet var slut (Andersson, 2004; Krokfors-Lindsjö, 2000; Ullenius, 2000).

När jag gick ut från mottagningen, började tårarna rinna. Jag kände en stor sorg. Ett ögonblick var det som om hela mitt liv hade försvunnit i en dimma. Jag tyckte, att allt var slut. (Krokfors-Lindsjö, 2000, s.11)

Det uppstod en känsla av tomhet och likgiltighet inför livet. För en stund spelade ingenting någon roll och de kändes som om det var lika bra att ge upp direkt (Krokfors-Lindsjö, 2000; Nyberg, 2008; Tiger, 2010). Några av kvinnorna upplevde även frustration över varför det drabbat just dem. De upplevde att deras liv stannade där och då (Andersson, 2004; Tiger, 2010; Ullenius, 2000). När beskedet lagt sig infann sig ett hopp och en vilja att kämpa för livet. Det fanns ingen chans att cancer skulle beröva dem på livet. De hade så mycket att leva för som var omöjligt att lämna (Andersson, 2004; Krokfors-Lindsjö, 2000; Nyberg, 2008; Tiger, 2010). *”Jag ska kämpa. Jag sätter mig på sängen och slår på sängbordet med knytnäven. Jag vill kämpa. Jag kan göra någonting. Jag har ett mål”* (Tiger, 2010, s.12).

Att berätta om beskedet för familj och vänner framkallade ångest och frustration hos kvinnorna. De upplevde det mycket jobbigt då de var tvugna att uttala det hemska ordet cancer, det blev mycket svårare att förneka det då (Andersson, 2004; Palmcrantz, 2011; Ullenius, 2000). En del av kvinnorna blev väldigt ledsna då de blev tvugna att prata om det och se andra bli ledsna och oroliga. De ville inte bli en börda för sina nära (Andersson, 2004; Krokfors-Lindsjö, 2000; Palmcrantz, 2011).

Behandlingen och dess biverkningar

Enligt tre av kvinnorna var en av de värsta biverkningarna av behandlingen att tappa håret. De

upplevde detta som förfärligt, de hade ångest och var väldigt ledsna. Det var när håret trillade av som de började känna sig så sjuka som de såg ut (Nyberg, 2008; Palmcrantz, 2011; Ullenius, 2000). Till skillnad från dessa kvinnor upplevde Andersson (2004) att förlusten av håret enbart var en bisak, om det betydde att hon fick leva. Enligt Andersson (2004), Nyberg (2008) och Palmcrantz (2011) vänjer man sig efter ett tag vid att håret är borta och att det inte är hela världen.

- Och håret bara försvinner, titta här, gnäller jag med tårar i ögonen. Varje gång jag borstar det faller ett smärre fågelbo ner i handfatet, varje gång jag stryker mig över kalufsen följer en hel hög hårstrån med och de jag inte lyckas fånga upp lägger sig som spindelväv över hela hemmet. (Ullenius, 2000, s.129)

Fyra av kvinnorna beskrev att de upplevde stor sorg före och efter bortoperationen av bröstet, dessa kvinnor upplevde sig även som stympade efter operationen (Krokkors-Lindsjö, 2000; Tiger, 2010; Ullenius, 2000). *"Hur kan det se bra ut går det genom min trötta hjärna. Jag har ju förlorat mitt bröst. Jag har blivit stympad, en halv kvinna!!"* (Tiger, 2010, s.14). En av kvinnorna upplevde att operationen av bröstet ledde till dålig självkänsla, att det skulle ta lång tid att anpassa sig till sitt nya jag och att känna att man duger som man är (Krokkors-Lindsjö, 2000). Palmcrantz (2011), Tiger (2010) och Ullenius (2000) förhindrade den dåliga självkänslan genom att acceptera sitt nya jag och göra det bästa av situationen. Två av kvinnorna upplevde stark separationsångest över att förlora sitt ena bröst. Trots att de inte alltid uppskattat sina bröst när de var friska kände de mer än någonsin att de betydde någonting för deras välbefinnande (Palmcrantz, 2011; Ullenius, 2000). Tre av kvinnorna som fick ersättningsbröst kände att det nya bröstet inte var en del av dem. De upplevde det som besvärligt och tyckte att det såg konstigt ut, att det inte passade på deras kropp (Andersson, 2004; Tiger, 2010; Ullenius, 2000). *"Förbaskade lösbröst, att jag ska behöva hålla reda på mina reservdelar också"* (Tiger, 2010, s.43).

Samtliga kvinnor upplevde trötthet i samband med cellgiftsbehandlingen. De tappade all ork och kände sig avskärmade från omgivningen (Andersson, 2004; Krokkors-Lindsjö, 2000; Nyberg, 2008; Palmcrantz, 2011; Tiger, 2010; Ullenius, 2000). Dagarna efter behandling förekom också illamående (Andersson, 2004; Nyberg, 2008; Palmcrantz, 2011). Kvinnorna beskriver att biverkningarna som uppkom efter operationen var smärta i bröst och arm, svullnad av körtlar i armhåla och huvudvärk (Andersson, 2004; Krokkors-Lindsjö, 2000; Tiger, 2010; Ullenius, 2000).

När jag har avverkat två tredjedelar av kuren börjar biverkningarna också plötsligt rada upp sig. // Borta är den käcka det-här-är-väl-ingen-match-människan och kvar finns bara en ynkelig, matt och desillusionerad cancerpatient. (Ullenius, 2000, s.130)

Några av kvinnorna upplevde att de under behandlingsperioden tappade greppet och kontrollen över verkligheten, sjukdomen var konstant i fokus och tidigare vardagsrutiner försvann (Krokkors-Lindsjö, 2000; Nyberg, 2008; Palmcrantz, 2011; Tiger, 2010; Ullenius, 2000). De upplevde från och till ångest över sin situation och de kommande behandlingarna. Ovissheten över vad som skulle hända dem upplevdes mycket påfrestande (Nyberg, 2008; Palmcrantz, 2011; Ullenius, 2000). Bland kvinnorna förekom rädsla över eventuell spridning (Ullenius, 2000) och lättnad över beskedet om att det inte spritt sig (Nyberg, 2008). Palmcrantz (2011) och Tiger (2010) upplevde sig förfulade av behandlingarna då de förlorade håret och fick permanenta märken från strålbehandlingen. Det var inte tillräckligt att de skulle

få cancer, de skulle förlora bröstet också. Tiger (2010) beskrev också att det var viktigt att våga leva trots de motgångar som sjukdomen innebar. Andersson (2004) och Ullenius (2000) menade att positiva tankar och ett inre lugn hjälpte dem genom sjukdomen. Det blev lättare att tackla de motgångar som uppstod under vägen.

I den här sjukdomen är det lätt att tappa greppet om verkligheten, att tappa taget om livet för att allt är utanför ens kontroll. Man är ju van att ha koll på allt, fixa allt, och när det plötsligt inte går längre blir man så liten och rädd. Det är så fruktansvärt ångestladdat. (Nyberg, 2008, s.53)

Omgivningen

Relationen till partnern

Kvinnorna upplevde sin partner som en trygghet i allt det okända. Partnern fanns där när de behövdes och lämnade inte deras sida, de gav tröst och stöttade. De hade gemensamt tagit emot cancerbeskedet och skulle ta kampen mot sjukdomen tillsammans (Andersson, 2004; Palmcrantz, 2011; Tiger, 2010; Ullenius, 2000). Andersson (2004) och Palmcrantz (2011) kände av sin partners oro i olika situationer vid till exempel undersökningar och läkarbesök. Oron skapade en spänning mellan dem och kvinnorna frågade sig själva om det kanske var jobbigare att stå bredvid som partner.

Så var det dags. Kjelle hade tagit ledigt från sitt arbete och det kändes skönt att ha honom vid min sida. Vi hade fått det hemska cancerbeskedet tillsammans och nu skulle vi naturligtvis fortsätta kampen tillsammans. (Andersson, 2004, s.18)

Tiger (2010) och Ullenius (2000) upplevde det jobbigt att visa sig avklädd för sin partner efter bröstoperationen. Detta påverkade förhållandet negativt då mannen kände sig avvisad och upplevde sin kärlek ifrågasatt. När kvinnorna insåg att han tyckte om henne precis som hon var stärktes dock förhållandet och deras kärlek till varandra.

Jag sitter spänd fortfarande med ryggen mot honom. Jag vill inte att han ska känna sig äcklad av min fula kropp.// Då tar han sina armar runt omkring mig och viskar i mitt öra. Det är ingen fara. Jag vet att du bara har ett bröst och ett långt ärr, men jag bryr mig inte om det. (Tiger, 2010, s.42)

Rädslan att överge barnen

Enligt Andersson (2004), Palmcrantz (2011) och Tiger (2010) var en av de jobbigaste tankarna att man kanske inte skulle få vara med och se sina barn växa upp. *"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). De skulle kanske tvingas lämna det som betydde mest för dem. Kvinnorna upplevde stor ångest över detta. För att om möjligt lindra sin ångest var det viktigt för kvinnorna att försäkra sig om att någon fanns där för barnen om hon skulle försvinna. Palmcrantz (2011) upplevde även att det var svårt att lämna barnen, även för korta stunder, då hon inte ville förlora någon tid med dem. Hon ville inte gå miste om någonting i deras liv så länge hon levde.

Gemenskap som främjar välbefinnandet

Kvinnornas övriga familj var stort stöd under sjukdomen och avlastade genom att till exempel passa barnen så att kvinnorna skulle få egentid. De fanns med under alla stegen i sjukdomsförloppet och stärkte kvinnorna med positiva tankar (Andersson, 2004; Nyberg, 2008; Palmcrantz, 2011). Stödet från familj och vänner gav tröst och stärkte kvinnorna i sin kamp mot cancer. Deras peppande ord gjorde det värt att kämpa (Andersson, 2004; Krokfors-Lindsjö, 2000; Nyberg, 2008; Ullenius, 2000). *”Jag pratar med Maggan. // Hon försöker trösta mig, vi pratar länge och hon får till det där som hon brukar, att jag känner mig stärkt efter samtalet”* (Nyberg, 2008, s.45).

Kvinnorna tyckte det var viktigt att ha någon annan än partnern att prata med och få stöd av. Det kändes skönt att någon orkade lyssna på dem och att de även kunde skratta ihop och glömma sjukdomen för en stund. Kvinnorna upplevde även att det var skönt att prata med medpatienter som delade samma erfarenheter och förståelse. De kändes skönt att kunna vara den som kunde lindrade andras oro och lidande med hjälp av sina egna erfarenheter (Andersson, 2004; Krokfors-Lindsjö, 2000; Nyberg, 2008; Palmcrantz, 2011; Tiger, 2010; Ullenius, 2000). *”Vi tittar på varandra. Systrar i nöden känns det som. Vi börjar prata, och efter ett tag åker skynket mellan våra sängar bort. // Hennes historia liknar min, fast ännu värre”* (Palmcrantz, 2011, s.64). I biografierna framkom också att humor är viktigt för välbefinnandet. Kvinnorna menade att det var viktigt att kunna skratta och skoja trots att de led av en allvarlig sjukdom. De positiva energierna gjorde det lättare att hantera situationen (Andersson, 2004; Krokfors-Lindsjö, 2000; Tiger, 2010).

När kvinnorna kom tillbaka till sina arbetsplatser möttes de med öppna armar. Arbetskamraterna visade intresse för deras tillfrisknad och var inte rädda för att skoja och skratta tillsammans. De visade omtanke och peppade dem till att fortsätta kämpa. Detta fick kvinnorna att känna sig bättre till mods (Andersson, 2004; Palmcrantz, 2011; Tiger, 2010; Ullenius, 2000).

Att påverkas av vården

God vårdrelation

Under sin vårdtid mötte kvinnorna många olika vårdare och etablerade många olika typer av vårdrelationer. Det som upplevdes som viktigast i relationen för att kvinnorna skulle känna mer välbefinnande var att få möjlighet att prata om det man går igenom och känna att vårdarna tog sig tid till att lyssna och svara på frågor (Andersson, 2004; Krokfors-Lindsjö, 2000; Nyberg, 2008; Palmcrantz, 2011; Tiger, 2010).

De vårdare som var mest omtyckta bland kvinnorna var de som utstrålade värme, glädje och medmänsklighet. Det var de som kunde visa sina känslor på ett medmänskligt sätt utan att gömma sig bakom sin profession (Andersson, 2004; Palmcrantz, 2011; Tiger, 2010; Ullenius, 2000).

Idag är det den pratsamma och glada sköterskan. Hon som alltid sjunger med i låtarna på radion som står på i bakgrunden och som alltid ger mig en liten klapp när de ställt in allt och säger “då så tjejen, då kör vi”. (Palmcrantz, 2011, s.123)

De mest omtyckta vårdarna var inte heller rädda för fysisk kontakt. De höll om kvinnorna i svåra och jobbiga situationer, vilket ingav ett lugn och de kände sig omhändertagna. Även om

de inte hade någon anhörig bredvid sig kände de sig inte ensamma i dessa situationer (Nyberg, 2008; Palmcrantz, 2011; Tiger, 2010). *"Hennes ord lugnar mig en liten aning, men jag känner mig helt tom. All kraft har runnit ur kroppen, jag darrar. Hon står och håller om mig och jag gråter, gråter, gråter"* (Nyberg, 2008, s.19).

Kvinnorna upplevde det som en trygghet när de hade samma vårdare vid upprepade tillfällen. De lärde känna varandra och kvinnorna kände förtroende för vårdaren. Kvinnorna behövde inte ständigt lära känna nya vårdare och berätta sin historia flera gånger om (Andersson, 2004; Krokfors-Lindsjö, 2000; Nyberg, 2008; Ullenius, 2000).

Att bli sedd som en i mängden

Flertalet kvinnor beskrev läkarna som att vara väldigt kompetenta när det gäller den medicinska biten, men att de ofta glömde bort människan bakom sjukdomen. Kvinnorna upplevde sig själva som objekt i deras ögon (Andersson, 2004; Krokfors-Lindsjö, 2000; Nyberg, 2008; Ullenius, 2000). Tre av kvinnorna upplevde sjukvården som en industri där man avverkades på löpande band och var en i mängden (Andersson, 2004; Palmcrantz, 2011; Ullenius, 2000).

Jag undrar ibland hur läkare tänker. Dom är helt inne på den medicinska biten, och det är bra, men ibland kanske dom glömmar av hur viktig kopplingen kropp - själ är. Förstår han verkligen inte hur jag vårdats och plågats den här veckan? // Men dom har förstås fullt upp, dom lämnar över den biten till kuratorerna. (Nyberg, 2008, s.85)

Under vissa undersökningar upplevde kvinnorna lidande då vårdpersonal var envisa vid provtagningar samt när vårdpersonal ignorerat deras frågor och oro. Det skapade en känsla av att de inte brydde sig om dem, att de var helt ensamma (Krokfors-Lindsjö, 2000; Nyberg, 2008; Palmcrantz, 2011). Tiger (2010) upplevde lidande då hon hörde vårdpersonal prata om henne i korridoren. Hon blev illa till mods och kände sig som en börda.

När allt är över

Livet och framtiden

När alla behandlingar var över började hoppet om en framtid födas. Det kändes inte längre som en omöjlighet att få göra sakerna de drömt om och få glädjas åt dessa. Det kändes heller inte lika hemskt att leva vidare med eller utan ett bröst (Andersson, 2004; Nyberg, 2008; Palmcrantz, 2011; Tiger, 2010; Ullenius, 2000). *"Parker kommer till oss! Det blev hund! // Ännu mera liv i vår redan lite trånga lägenhet. Bort med sjukdom och död, här ska livet in!"* (Palmcrantz, 2011, s.111).

Minnet av sjukdomen kommer alltid att finnas kvar och det är en ständig påminnelse om att ingenting är för evigt, men när håret började komma tillbaka och kroppen återgick till det normala föddes en strimma hopp om framtiden (Palmcrantz, 2011; Ullenius, 2000). Efter att ha överlevt bröstcancer känner kvinnorna mer tacksamhet och uppskattar livet mer än vad de gjorde innan sin diagnos. Sjukdomen gjorde dem starkare. De ser på motgångar med helt andra ögon och uppskattar varje dag med sina nära (Andersson, 2004; Tiger, 2010; Ullenius, 2000).

När vårddagen och behandlingarna var slut var det dags att återgå till vardagen utan sjukdom. Förutom återbesöken var det ingen vårdpersonal som längre tittade till dem. Kvinnorna upplevde sig övergivna och ensamma. De kände en tomhet och en otrygghet av att inte längre ha någon professionell omvårdnad (Krokfors-Lindsjö, 2000; Palmcrantz, 2011; Ullenius, 2000). ”*Lika plötsligt som cancern började tar behandlingen slut en dag och sjukhuset släpper sitt järngrepp. // Visst är det en befrielse att slippa de förhatliga cellgifterna, men likväl känns det som om en navelsträng klippts av*” (Ullenius, 2000, s.185).

Då och då återkommer tankarna och oron kring risken för återfall och att inte vara garanterad att inte behöva gå igenom samma process en gång till. Att inte veta skapade ångest hos kvinnorna (Palmcrantz, 2011; Tiger, 2010; Ullenius, 2000). Krokfors-Lindsjö (2000) upplevde det svårt att känna någon riktig glädje efter återbesöken eftersom hon visste att de redan vid nästa återbesök kunde hitta något igen.

Än så länge är Emlan kvar där i skåpet, en tyst påminnelse om att cancern kan komma tillbaka och att det kan bli en ny cellgiftsomgång. Men vem vet, kanske fattar jag mod och slänger ut den en vacker dag? (Ullenius, 2000, s.133)

DISKUSSION

Syftet med studien var att belysa den förändrade livsvärlden hos kvinnor som överlevt bröstcancer. För att på bästa sätt få fram den upplevda livsvärlden användes självbiografier som datamaterial. Genom detta metodval fick författarna tillgång till kvinnornas unika livsvärld. I resultatet framkom att livsvärlden förändrades hos kvinnorna efter att de fått sin bröstcancerdiagnos. Kvinnorna förändrades både psykiskt och fysiskt och såg livet på ett nytt sätt. Relationer och sjukvården visade sig påverka kvinnornas välbefinnande och lidande.

Metoddiskussion

Studien är skriven med en kvalitativ ansats vilket anses vara den mest lämpliga metoden för studiens syfte eftersom meningen är att komma åt kvinnornas unika upplevelser av hur livsvärlden förändras i samband med sjukdomen. Datainsamlingen gjordes genom att sex utvalda självbiografierna skrivna av kvinnor som överlevt bröstcancer lästes. Enligt Dahlberg (1997) ger biografier ofta detaljerade och rikliga beskrivningar av en persons upplevelser. Detta är lämpligt i ett vetenskapligt syfte då man vill åt den individuella människans livsvärld. Vi anser dock att eftersom biografierna är individuellt skrivna och kvinnorna gör ett personligt och aktivt val av innehållet kan viktiga händelser och upplevelser utelämnats, vilka hade kunnat påverka studiens resultat. En alternativ metod till självbiografier kan vara att intervjua bröstcancerdrabbade kvinnor. Enligt Helsingforsdeklarationen (2008) ska inte forskning innefattande patienter utföras av personer som saknar lämplig utbildning och kvalifikationer. Vi anser oss inte ha tillräcklig kunskap inom intervjuteknik och följer därför Helsingforsdeklarationens (2008) föreskrifter. Att utforma studien med vårdvetenskapliga artiklar valdes bort då dessa redan är bearbetade en gång tidigare och inte anses vara tillräckligt djupgående för studiens syfte.

Självbiografierna som var tillgängliga på bibliotek i Växjö eller på författarnas hembibliotek valdes, detta för att underlätta åtkomsten. Detta kan dock ha begränsat tillgången och

resultatet då eventuellt andra relevanta biografier kan ha uteslutits. Tillräckligt stort antal biografier ansågs ändå ha hittats för att ge ett trovärdigt resultat. Sökningen av biografierna avgränsades med hjälp av inklusions- och exklusionskriterier för att passa in på studiens syfte. I avgränsningarna fanns inga restriktioner på hur gamla kvinnorna fick vara eftersom det då hade försvårat att finna tillräckligt med biografier. Detta anses dock inte påverka studiens resultat då det visade sig att kvinnorna i urvalet hade ungefär samma ålder. Ingen hänsyn togs heller till om kvinnorna genomgått en bröstbevarande operation eller en bortoperation av hela bröstet. Båda delarna finns därför med i studien och kan ha påverkat dess resultat genom kvinnornas olika behandlingar. Ett inklusionskriterie var också att kvinnorna skulle överleva sin bröstcancer och att de skulle avsluta böckerna själva för att deras upplevelser och känslor skulle vara genomgående i hela böckerna. Författarna anser i efterhand att ett inklusionskriterie gällande barn skulle funnits med eftersom detta var en stor del av resultatet från böckerna där kvinnorna hade barn. På grund av detta stöds inte alla kategorier av alla biografier, vilket kan anses som en svaghet i studien. Vi tycker samtidigt att detta visar på variation av människors liv och förutsättningar.

Alla valda biografier är skrivna eller översatta på svenska. Enligt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) ska materialet vara på ett språk som författarna behärskar för att det inte ska bli misstolkningar.

Analysen av materialet gjordes enligt Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa manifesta innehållsanalys. Eftersom det var väldigt mycket material som skulle analyseras och att det var första gången metoden användes, upplevdes kategoriseringen som svår. Båda författarna läste samtliga biografier för att skapa en övergripande kunskap och förståelse. Under tiden som biografierna lästes markerades meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna diskuterades sedan tills enbart enheter motsvarande syftet återstod. Dessa kondenserades sedan vilket ledde fram till olika koder. Koderna diskuterades sedan och bildade fyra kategorier som återfinns i resultatet. Diskussionen anses som ett positivt inslag i analysen då det resulterade i väl avvägda och relevanta kategorier. Vi anser att resultatets trovärdighet ökar när båda författarna läst samtliga böcker enskilt och samtidigt markerat meningsbärande enheter. Detta kan ha bidragit till att eventuell utesluten men relevant data fångats upp av den andra författaren. En svaghet med denna metod anses dock vara att markeringarna från den första författaren var synliga i boken när den andra läste den. Detta kan ha påverkat urvalet av meningsbärande enheter. Analysförfarandet anses vara lämpligt upplagt då det bidragit till goda diskussioner som gett studien ett tydligt resultat. Pålitligheten av studiens resultat anses vara hög då tillvägagångssättet är beskrivet på ett tydligt vis. För att öka trovärdigheten i studien skedde analysen enligt föreskrifter och ingen data uteslöts. Detta bidrog till sann kunskap i relation till tiden vi lever i.

Citaten i studiens resultat lyfter fram upplevelser och känslor som de är beskrivna i böckerna. Detta anses styrka trovärdigheten eftersom kvinnornas egna ord framkommit. Studiens resultat anses inte vara generaliserbart dock kan det gälla för fler kvinnor än de som ingår i studien. Ett generaliserbart resultat var heller inte avsikten då det inte anses möjligt på grund av den unika kvinnans upplevelser. Författarna ville ge och få djupare kunskap om upplevelsen av bröstcancer och hur det förändrar livsvärlden för individen. Detta för att underlätta kommande möten med drabbade patienter och medmänniskor. Vi är medvetna om att våra egna erfarenheter och upplevelser kan ha påverkat resultatet. För att i största möjliga grad undvika detta har vi försökt att problematisera vår förförståelse tillsammans.

Resultatdiskussion

I studiens resultat framkom att de flesta av kvinnorna vid upptäckten av en okänd knöl i bröstet upplevde känslor som oro, ångest, förtvivlan och rädsla. När knölen sedan blev bekräftad som bröstcancer förändrades livsvärlden radikalt. Några förnekade och ignorerade diagnosen eftersom de kände sig friska, medan andra distanserade sig från sin nya verklighet. Precis som Tobin (2008) beskrev förändras livsvärlden redan vid första misstanken om att något inte är som det ska vara. Osäkerheten kring det som sker skapar ångest och oro. Liknande resultat har även redovisats i studien gjord av Drageset, Lindstrom och Underlid (2009) där kvinnorna beskrivs vara fokuserade på att ignorera det inträffade. De stängde av verkligheten. I samtliga resultat har det skett en förändring av kvinnornas kropp. Enligt Wiklund (2003) medför alltid en förändring av den levda kroppen en förändring av livet och därmed livsvärlden. Vi drar slutsatsen att det är mycket som händer inom kvinnorna vid ett bröstcancerbesked. Livet vänds upp och ned och ingenting känns längre som en självklarhet. Livsvärlden förändras hastigt. Det är viktigt att reflektera över att alla säkerligen inte reagerar på samma sätt när livsvärlden förändras och att det därför är viktigt att förstå varandras olikheter och acceptera dessa. Det är också viktigt att veta hur de olika sätten ska bemötas, för att ge patienterna det individuella stöd de behöver.

I föreliggande studie framkommer det att viljan att kämpa för livet uppstod när beskedet hade lagt sig och kvinnorna accepterade diagnosen. Detta är också ett resultat i studien skriven av Russel, Von Ah, Giesler, Storniolo och Haase (2008). Där framkommer att kvinnorna efter ett tag utvecklar ett mer positivt sätt att se på situationen och genom det upplever dem viljan att leva. Resultaten av dessa studier stödjer Dahlberg och Segesten (2010) som menar att välbefinnande kan infinna sig hos personer trots en diagnostiserad sjukdom. Detta anses vara av stor vikt att ha i åtanke vid vårdandet av patienter. Att ha fått en diagnostiserad sjukdom innebär alltså inte alltid att patienten i fråga har gett upp viljan till livet.

Delar av vår studies resultat kan sättas i förhållande till Cullbergs (1986) teori om hanteringen av en akut kris. I studien framkom att kvinnorna först går in i chockfasen där de har svårt att ta in sin cancerdiagnos, inom dem är det kaos och de ger skenet av att allt är som vanligt för omgivningen. När kvinnorna sedan går in i det som Cullberg (1986) beskriver som reaktionsfasen kan de inte längre blunda för det inträffade, de söker efter meningen med händelsen. Som Tobin (2008) redovisade i sin studie är det ett chockartat besked att få en cancerdiagnos. Livsvärlden blir okänd och kvinnorna upplever ångest över situationen. Enligt Dahlberg et al. (2003), Einhorn och Sylwan (2010) och Wiklund (2003) är det viktigt som sjukvårdspersonal att förstå och kunna hantera patientens förändrade livsvärld för att kunna lindra lidande och främja välbefinnande. Författarna kan dra slutsatsen att kunskapen om patientens förändrade livsvärld är viktig att ha med sig i sin profession som allmänsjuksköterska. Detta framgår även i Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för allmänsjuksköterskor då det ingår i professionen att kunna möta patienter i de förändringar en sjukdom innebär (Socialstyrelsen, 2005).

Kvinnorna i denna studie upplevde många biverkningar under behandlingens gång. En av de värsta var att behöva tappa håret. Det väckte ångest och gjorde kvinnorna väldigt ledsna. I vår studie framkom även att förlusten av sitt ena bröst väckte starka känslor och påverkade kvinnornas syn på sig själva. De kände inte igen sig själva och fick dålig självkänsla. I Russel et al. (2008) beskriver kvinnorna den svåra upplevelsen av att tappa håret och att med håret förlorade en del av sin kvinnlighet. Detta är även resultat som framkommit i tidigare studier gjorda på kvinnor med bröstcancer (Engel, Kerr, Schlesinger-Raab, Sauer & Hölzel, 2004;

Ganz, Kwan, Stanton, Krupnick, Rowland, Meyerowitz, Bower & Belin, 2004; Rosedale, 2009; Russel et al., 2008; Salonen, Tarkka, Kellokumpu-Lehtinen, Åstedt-Kurki, Luukkaala & Kaunonen, 2009; Salonen, Kellokumpu-Lehtinen, Tarkka, Koivisto & Kaunonen, 2010; Wonghongkul, Dechaprom, Phumivichuvate & Losawatkul, 2006). I dessa studier berättar kvinnorna hur deras operationer fick dem att känna sig mindre attraktiv och att de inte kände sig som den hel människa. De hade svårt att acceptera sitt nya jag. Enligt Remmers, Holtgräwe och Pinker (2009) är det genom kunskap om sjukdomen och den förändrade livsvärlden som ett individuellt anpassat stöd kan ges av sjuksköterskan. Detta kan enligt författarna leda till goda vårdrelationer. Goda vårdrelationer inverkar i sin tur på patientens välbefinnande (Dahlberg et al., 2003; Dahlberg & Segesten, 2010; Wiklund, 2003).

I vår studie framkom att kvinnornas förändrade syn på sig själva och sin kropp påverkade relationen till partnern negativt. Detta beskriver även kvinnorna i studierna skrivna av Engel et al. (2004), Russel et al. (2008), Salonen et al. (2009), Salonen et al. (2010) samt Wonghongkul et al. (2006). De hade svårt att visa sin opererade kropp och att känna sig bekväma med partners närhet. Vi upplever att det kan vara svårt att vara nära någon annan om man inte har accepterat sig själv som man är. Precis som Wiklund (2003) skriver sker automatiskt en förändring av den levda kroppen när livet förändras och detta kan i sin tur skapa lidande hos individen. Det anses därför viktigt att sjuksköterskor ser hela människan bakom lidandet och vågar tala om sjukdomens eventuella påverkan på relationen och uppmuntra patienten till samtal med sin partner. God kommunikation leder till att partnern känner sig mer delaktig, vilket i sin tur kan leda till att kvinnan känner stöd och att de är två som kämpar mot samma mål. Kvinnorna i föreliggande studie upplevde partners stöd i kampen mot sjukdomen som viktig, vilket även beskrivs i Rosedale (2009) samt Russel et al. (2008). Kvinnorna i dessa studier lyfter fram sin partners stöd som meningsfullt och att det reducerade stress hos dem.

I vår studie beskriver kvinnorna oro och rädsla för att kanske behöva lämna sina barn. Detta beskrivs även i flertalet studier (Kaiser, 2008; Rosedale, 2009; Russel et al., 2008; Salonen et al., 2009). Kvinnorna hoppades att behandlingen skulle medföra att de fick vara med tills barnen blivit vuxna och slippa lämna dem när de var små. Dessa känslor upplever vi som självklara hos en mamma med en livshotande sjukdom. Det måste vara en kaotisk känsla att kanske behöva lämna de personer man älskar mest. Även här är det viktigt med en öppen dialog inom familjen. Utan kommunikation kan det kanske bli så att kvinnan tvingas bygga upp en fasad inför sina barn, som ibland kan vara svår att hålla upp. Det blir en onödig börda att bära.

Enligt Remmers (2009) vill patienter få individuellt anpassat stöd av kunnig vårdpersonal. Detta är även något som framkom i studiens resultat. Kvinnorna upplevde det som viktigt att personal tog sig tid och lyssnade samt svarade på deras frågor. Detta lindrade deras oro och skapade förtroende. Vikten av stöd från vårdpersonal lyfts också fram i andra studier samt att information kring kvinnans situation lindrar oro (Russel et al., 2008; Salonen et al., 2009; Wonghongkul et al., 2006). Birkler (2007) menar att det är en utmaning för vårdpersonal att försöka förstå patienters livsvärld vid förändringar och att detta måste ske med omsorg. Thomas-MacLean (2004) menar att minnet från vårdtiden finns kvar långt efter det att behandlingen är avslutad, därför är det viktigt att skapa goda minnen av vården. Detta görs på bästa sätt genom att erbjuda varje enskild patient den bästa individuellt anpassade vården och genom detta skapa en god vårdrelation. Enligt Wildes et al. (2011) kan goda erfarenheter av vården vara avgörande för om patienten tar emot en behandling eller inte i framtiden. Vi anser

att det är viktigt att sträva efter goda vårdrelationer och att det med hjälp av kunskapen som denna studie bidrar till är möjligt att ge varje bröstcancerpatient den individuellt anpassade vården som de behöver. Genom medvetenheten att vården har en stor inverkan på patienternas välbefinnande kan strävan efter en god omvårdnad genomsyra vårt arbete som sjuksköterska.

Trots att man enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för allmänsjuksköterskor (Socialstyrelsen, 2005) ska kunna vårda och möta patienten i deras sjukdom och förändrade livsvärld förekom det tyvärr vårdlidande bland föreliggande studies kvinnor. De upplevde likt kvinnorna i Arman et al. (2004) att vissa sjuksköterskor saknade förmågan att ge stöd i deras svåra situation. Även kvinnorna i Russel et al. (2008) upplevde sig negativt påverkade av relationen till vårdpersonalen. Författarna anser att vårdlidande är ett onödigt lidande som kan förhindras genom basal kunskap inom omvårdnad och bemötande av patienter. Att vårdlidande är något som uppstår på grund av bristande kunskap är även något som Dahlberg et al. (2003) och Wiklund (2003) menar.

Att drabbas av bröstcancer medför mycket lidande. Trots detta upplever kvinnorna i studien att deras syn på livet har förändrats till det bättre. De var tacksamma och uppskattade livet mer än vad de gjorde innan. Sjukdomen gjorde dem starkare och den förändrade livsvärlden medförde nya, mer positiva sätt att se på livet. Flertalet tidigare studier visar att kvinnor som har överlevt bröstcancer upplevde sig som stärkta och mer positivt inställda till livet. De upplever sig själva som bättre personer genom att de nu ser livet på ett nytt sätt och lägger energin på det som verkligen betyder något, de upplever att sjukdomen medförde något bra (Engel et al., 2004; Kaiser, 2008; Rosedale, 2009; Russel et al., 2008; Salonen et al., 2009; Wonghongkul et al., 2006). Vi vill här återkoppla kvinnornas känslor och agerande till Cullbergs (1986) bearbetningsfas. Kvinnorna visar tecken på ett accepterande av det inträffade och börjar se framtiden som en möjlighet. Tankarna kring cancer är inte längre det som är centrum i livet, förnekelsen som funnits tidigare minskar i takt med bearbetningen. Författarna anser att motgångar gör människor starkare som personer. Vetskapen om att man har klarat det ger mer självförtroende och om man skulle ställas inför en liknande utmaning igen, känns det inte lika besvärligt.

När kvinnorna i studien genomgått bearbetningsfasen återstår nyorienteringsfasen som är ständigt pågående (Cullberg, 1986). Kvinnorna hindras inte av det som skett men minnet av sjukdomen finns kvar och gör sig ibland påmind. De tänker från och till på risken för återfall. Tidigare studier visar att rädslan för återfall påverkar livskvaliteten hos kvinnor som överlevt bröstcancer. Rädslan för att drabbas igen är stor och finns alltid med i bakhuvudet (Kaiser, 2008; Rosedale, 2009; Russel et al., 2008; Wonghongkul et al., 2006). Den överhängande rädslan för återfall är lätt att förstå då kvinnorna vet att det finns en risk att de kan drabbas igen. Det anses viktigt att uppmuntra patienterna till att leva i nuet och ägna mindre tid åt att oro sig för framtiden då detta inte är något vi kan styra.

Med kunskapen som denna studie gett oss anser vi att framtida forskning relaterad till kvinnor med bröstcancer bör fokuseras på sjukvårdens kunskap om stöd och hur vårdlidandet bland dessa kvinnor kan förhindras. Sjukvården måste få en djupare förståelse för hur stor inverkan vårdpersonalens omvårdnad har på dessa kvinnors välbefinnande och lidande.

SLUTSATS

I denna studie har syftet besvarats genom en tydlig beskrivning av hur livet kan förändras för en kvinna när hon drabbas av bröstcancer. Det framgick tydligt att livsvärlden förändrades med sjukdomens olika stadier och att fokuset i vardagen övergick från att leva till att överleva. En viktig del av resultatet var hur stor inverkan vårdpersonal hade på patienternas välbefinnande. Det som behövdes från personalens sida var inte något avancerat utan bara medmänsklig empati och förståelse. Trots detta förekom vårdlidande. Författarna frågar sig därför; Saknar vårdpersonal förmågan att känna empati och förståelse för en annan människas lidande? Eller är det så att det saknas något i den grundläggande utbildningen? Studiens resultat stöds av litteraturen då båda sidor kommit fram till att vårdrelationer har stor påverkan på kvinnornas välbefinnande och lidande.

Det vårdvetenskapliga perspektivet upplevs inte få tillräckligt med utrymme i dagens vård, då det ofta får stå tillbaka för det medicinska perspektivet. Utbildningen till allmänsjuksköterska lägger mycket tid på teoretisk kunskap kring empati och bemötande, men inte tillräckligt mycket tid till att översätta detta till praktiken. Detta kan vara bidragande till den bristande kunskapen inom vården. Det bör läggas mer energi på att lära blivande sjuksköterskor att se och ta hand om patientens lidande bakom sjukdomen och inte bara fokusera på det sjuka.

REFERENSER

Allen, J.D., Savadatti, S. & Gurmankin Levy, A. (2009). The transition from breast cancer "patient" to "survivor". *Psycho-Oncology*, 18, 71-78. Doi: 10.1002/pon.1380

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

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.

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: etik och människosyn*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Cullberg, J. (1986). *Kris och utveckling*. Lund: Sandby grafiska.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.

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

Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K. & Segersten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. (1. uppl.) Stockholm: Natur & kultur.

Drageset, S., Lindstrom, T.C. & Underlid, K. (2009). Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 149-158. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05210.x

Edqvist, L. (2012). *Hormonbehandling*. Hämtad 19 april, 2012, från <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Undersokningar-och-behandlingar/Behandlingar/Hormonbehandling/>

Einhorn, S. & Sylwan, L. (2010). *Vad är cancer?* Hämtad 23 januari, 2012, från <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Vad-ar-cancer/Vad-ar-cancer/>

Engel, J., Kerr, J., Schlesinger-Raab, A., Sauer, H. & Hölzel, D. (2004). Quality of Life Following Breast-Conserving Therapy or Mastectomy: Results of a 5-Year Prospective Study. *The Breast Journal*, 10(3), 223-231.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (2., [uppdaterade] uppl.) Stockholm: Natur & Kultur.

Ganz, P.A., Kwan, L., Stanton, A.L., Krupnick, J.L., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E., Bower, J.E. & Belin, T.R. (2004). Quality of life at the End of Primary Treatment of Breast Cancer: First Results From the Moving Beyond Cancer Randomized Trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 95(5), 376-387. Doi: 10.1093/jnci/djh060

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Helsingforsdeklarationen (World Medical Association Declaration of Helsinki). (2008). Hämtad 16 februari, 2012, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>

Johansson, I. & Berterö, K.M. (2003). Getting no respect: barriers to mammography for a group of Swedish women. *Health care for women international*, 24, 8-17. Doi: 10.1080/07399330390169990

Kaiser, K. (2008). The meaning of the survivor identity for women with breast cancer. *Social Science & Medicine*, 67, 79-87. Doi: 10.1016/j.socscimed.2008.03.036

Karakoyun-Celik, O., Gorken, I., Sahin, S., Orcin, E., Alanyali, H. & Kinay, M. (2009). Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Medical Oncology*, 27, 108-113. Doi: 10.1007/s12032-009-9181-4

Krokbors-Lindsjö, G. (2000). *Ovanför molnen är himlen blå*. Karleby: Eget förl..

Nyberg, E. (2008). *När livet rämnar*. (1. uppl.) Borås: Recito.

Nystrand, A. (2012). *Bröstcancer*. Hämtad 23 januari, 2012, från <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Cancersjukdomar/Brostcancer/>

Olsson, T. (2009). *Strålbehandling*. Hämtad 26 mars, 2012, från <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Undersokningar-och-behandlingar/Behandlingar/Stralbehandling/>

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

Remmers, H., Holtgräwe, M. & Pinker, C. (2009). Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(1), 11-16. Doi: 10.1016/j.ejon.2009.07.002

Rosedale, M. (2009). Survivor Loneliness of Women Following Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 36(2), 175-183.

Russel, K.M., Von Ah, D., Giesler, R.B., Storniolo, A.M. & Haase, J.E. (2008). Quality of Life of African American Breast Cancer Survivors. *Cancer Nursing*, 31(6), 36-45.

Salonen, P., Tarkka, M-T., Kellokumpu-Lehtinen, P-L., Åstedt-Kurki, P., Luukkaala, T. & Kaunonen, M. (2009). Telephone Intervention and Quality of Life in Patients With Breast

Cancer. *Cancer Nursing*, 32(3), 177-190.

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

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005-105-1)*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 24 januari, 2012, från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2011). *Cancer Incidence in Sweden 2010 (2011-12-15)*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 21 februari, 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-12-15>

Thomas-MacLean, R. (2004). Memories of Treatment: The Immediacy of Breast Cancer. *Qualitative Health Research*, 14(5), 628-643. Doi: 10.1177/1049732304263658

Tiger, M. (2010). *Jag vill leva*. Upplands Väsby: Monica Tigers bokförlag.

Tobin, G. A. (2008). Receiving Bad News: A Phenomenological Exploration of the Lived Experience of Receiving a Cancer Diagnosis. *Cancer Nursing*, 31(5), 31-39. Doi: 10.1097/01.NCC.0000305767.42475.7a

Ullenius, A. (2000). *Bara mitt bröst: en överlevnadsbok för cancerdrabbade*. (Ny uppl.). Stockholm: Norstedt.

Wallberg, B. (2010). *Cytostatikabehandling*. Hämtad 26 mars, 2012, från <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Undersokningar-och-behandlingar/Behandlingar/Cytostatikabehandling/>

Wallskår, H. (2012). *Mammografi*. Hämtad 26 mars, 2012, från <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Forebygga-och-risker/Tidig-upptackt/Mammografi/>

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

Wildes, K., Miller, A., San Miguel de Majors, S., Otto, P. & Ramirez, A. (2011). The Satisfaction of Latina Breast Cancer Survivors with Their Healthcare and Health-Related Quality of Life. *Journal of women's health*, 20(7), 1065-1074. Doi: 10.1089/jwh.2010.2141

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Wonghongkul, T., Dechaprom, N., Phumivichuvate, L. & Losawatkul, S. (2006). Uncertainty Appraisal Coping and Quality of Life in Breast Cancer Survivors. *Cancer Nursing*, 29(3), 250-257.

Sökschema över självbiografierna

| Databas | Sökord | Antal träffar | Utvalda biografier |
|---------|--|--|---|
| LIBRIS | <p>Bröstcancer</p> <p>Avgränsningar: Bröstcancer + biografi (böcker skrivna på svenska valdes som avgränsning)</p> | <p>709 st</p> <p>30 st</p> <p>Klart jag klarar mig!: dagbok om min bröstcancer (Ihre, 1994)</p> <p>Bara mitt bröst: en överlevnadsbok för cancerdrabbade (Ullenius, 1996)</p> <p>Evelina ska minna om mig (Höglin, 1995)</p> <p>När du blir "flintis" kan pappa köra mig till fritids då? (Andersson, 2004)</p> <p>Boken jag saknade när jag fick bröstcancer: tankar, känslor, fakta behandling och alternativa metoder (Wachtmeister, 1997)</p> <p>Enbröstad (Grahn, 2003)</p> <p>Ovanför molnen är himlen blå (Krokkors-Lindsjö, 2000)</p> <p>Livet i retur (Pettersson, 1995)</p> <p>Mellan köksfönstret och evigheten: om kärlek, vänskap och arbete (Thunberg, 2006)</p> <p>Möte med döden mitt i livet (Tuft, 1992)</p> | <p>6 st</p> <p>När du blir "flintis" kan pappa köra mig till fritids då? (Andersson, 2004)</p> <p>Ovanför molnen är himlen blå (Krokkors-Lindsjö, 2000)</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>Förändringar: tio kvinnor skriver om cancer (Landin, 2000)</p> <p>Alla frågor börjar med varför? (Eneslätt, 2004)</p> <p>Min cancer - mitt ansvar? (Tuft, 1988)</p> <p>Leva vore ett fint alternativ (Wander, 1989)</p> <p>När livet rämnar (Nyberg, 2008)</p> <p>Mina goda jättar: frisk genom alternativ medicin: en kvinnas kamp mot sin bröstcancer (Brohn, 1987)</p> <p>Pia Almström - min version av vården (Almström, 2006)</p> <p>Brösttoner: en liten bok om tankar och känslor kring bröstcancer (Hållén, 2000)</p> <p>Bara mitt bröst: en överlevnadsbok för cancerdrabbade (Ullenius, 2000, ny utg.)</p> <p>Cancer som resesällskap (Målevik, 2011)</p> <p>Bröstresan (Palmcrantz, 2011)</p> <p>Den enda vägen (Alberts, 2008)</p> <p>Hjärtat gråter (Jonsson, 1997)</p> <p>- och du skall tacka (Löfgren, 2007)</p> <p>Ett bröst är borta: anteckningar från en överklig resa i livet</p> | <p>När livet rämnar (Nyberg, 2008)</p> <p>Bara mitt bröst: en överlevnadsbok för cancerdrabbade (Ullenius, 2000, ny utg.)</p> <p>Bröstresan (Palmcrantz, 2011)</p> |
|--|---|--|

| | | |
|--|--|------------------------------------|
| | <p>(Malmberg, 2011)</p> <p>Jag hörde orden (Olsson, 2010)</p> <p>En andra chans (Rexroth, 2007)</p> <p>Jag vill leva (Tiger, 2010)</p> <p>Mellan köksfönstret och evigheten: om kärlek, vänskap och arbete (Thunberg, 2006, pocketutg.)</p> <p>Mellan köksfönstret och evigheten: om kärlek, vänskap och arbete (Thunberg, 2006, talbok)</p> | <p>Jag vill leva (Tiger, 2010)</p> |
|--|--|------------------------------------|

Sammanfattning av självbiografierna

| Författare: Titel: Årtal: | Metod | Beskrivning |
|---|---------------|---|
| Anneli Andersson, När du blir "flintis" kan pappa köra mig till fritids då?, 2004 | Självbiografi | Anneli var 39 år när hon upptäckte något konstigt i ena bröstet. Hon är gift och har en son. I boken berättar hon om sitt liv före och efter cancerbeskedet och hur det påverkar henne och hennes familj. |
| Greta-Lis Krokfors- Lindsjö, Ovanför molnen är himlen blå, 2000 | Självbiografi | Dagen efter att Greta-Lis upptäckt en knöl i bröstet konstateras att tumören troligen är elakartad. Hon skriver om de olika känslor som sjukdomen väcker samt om sin starka vilja att beseгра sjukdomen. |
| Eva Nyberg, När livet rämnar, 2008 | Självbiografi | Eva får bröstcancer för första gången när hon är 43 år. Hon är ensamstående med två barn. Efter tre år trodde hon att hon hade avklarat cancer. Då kom det tillbaka, cancer i andra bröstet. |
| Ulrika Palmcrantz, Bröstresan, 2011 | Självbiografi | Ulrika jobbar som journalist, hon har man och tre barn. Efter en rutinmässig mammografiundersökning hittas en knöl i Ulrikas bröst. Hon får diagnosen bröstcancer och börjar sin kamp för att överleva. |
| Monica Tiger, Jag vill leva, 2010 | Självbiografi | Monica har en man och tre barn. En dag hittar hon en knöl i sitt ena bröst som läkarna opererar bort, det visar sig vara cancer. Här börjar en lång kamp mot cancer och rädslan över att inte få se sina barn växa upp. |
| Agneta Ullenius, Bara mitt bröst: en överlevnadsbok för cancerdrabbade, 2000 | Självbiografi | Boken handlar om Agnetas kamp mot cancer. Hon skildrar de olika faserna i behandlingprocessen och kastas mellan ångest och överlevnadshopp. |