

Kvinnors upplevelser av vård vid bröstcancer

FÖRFATTARE

Ruth Lissledal
Angelina Saaränen
Sofia Sköld

PROGRAM/KURS

Sjuksköterskeprogrammet,
180 högskolepoäng/
Examensarbete

HT 2012

OMFATTNING

15 högskolepoäng

HANDLEDARE
EXAMINATOR

Monica Moene
Carina Furåker

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Kvinnors upplevelser av vård vid bröstcancer
Titel (engelsk):	Women's experiences of breast cancer related care
Arbetets art:	Självständigt arbete
Type of paper:	Independent paper
Program/kurs/kurskod/kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng, Examensarbete grundnivå, OM5250
Program/course/coursecode/ course description:	Nursing Bachelor Programme, 180 higher education credits, Degree project in Nursing, OM5250
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Paper's range:	15 higher education credits
Sidantal:	35 sidor
Number of pages:	35 pages
Författare:	Ruth Lissledal
Authors:	Angelina Saaranen Sofia Sköld
Handledare:	
Mentor:	Monica Moene
Examinator:	
Examinor:	Carina Furåker

SAMMANFATTNING (svenska)

Bakgrund: En cancerdiagnos är ofta startskottet för en livskris och påverkar många områden i livet så som familj, kroppsbild och sociala relationer. Att få ett cancerbesked kan skapa ett lidande hos kvinnan. Sjuksköterskans fyra huvudområden är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande. Hälsa är ett centralt begrepp i omvårdnad och människan kan uppleva hälsa även om kroppen uppvisar tecken på sjukdom. Hopp och hälsa ställs ofta i relation till varandra och anses vara ett primärt behov hos människan och att känna hopp kan leda till att situationen känns mer acceptabel. Begreppet KASAM innefattar; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Desto högre KASAM en människa har desto större möjlighet anses hon ha att hantera motgångar i livet.

Syfte: Syftet med uppsatsen är att studera hur bröstcancerdrabbade kvinnor upplever vården och relationen till sjuksköterskan.

Metod: Uppsatsen har sin grund i kvalitativ forskning. Databaserna Cinahl och Pubmed användes vid genomförandet av artikelsökning, därefter utfördes kvalitetsgranskningar av 14 valda artiklar.

Resultat: I artiklarnas resultat gick det att urskilja områden som placerades in i övergripande teman gällande; relationer, kunskap och information samt förändring och anpassning.

Diskussion: Mötet med vården i samband med en bröstcancerdiagnos väcker många känslor för de drabbade kvinnorna, och diagnosen påverkar kvinnornas olika relationer, även till sjuksköterskan. Kvinnorna längtar efter ett genuint och äkta bemötande för att våga vara sig

själva. Relationen till sjuksköterskan påverkar kvinnornas sjukhusvistelse och även tiden därefter. En bekräftande relation med en öppen och tillåtande ton som ger utrymme för att ställa frågor är en förutsättning för att hjälpa kvinnan att hantera sin situation. Kvinnorna mår bra av stöd och närvaro från en sjuksköterska och det kan räcka att sjuksköterskan är närvarande i nuet och bekräftar kvinnan under de naturliga möten som uppstår vid till exempel behandling, omvårdnad eller läkemedelsadministration.

Nyckelord: Breast Neoplasms, Experience, Nursing, Sweden, Support, Hope

ABSTRACT (english)

Background: Receiving a breast cancer diagnosis creates a suffering in the woman and often equals the beginning of a crisis which affects many aspects of her life, such as her family, body image and social relations. A nurse's four principal areas of competence are health promotion, preventive care, health recovery and pain reduction. Health is a central term in the field of nursing, and it is possible to feel healthy even though the body shows signs of disease. Health is often interrelated to hope and they are both considered to be primary human needs: feeling hope can make the situation appear more acceptable. Health and hope are also related to *Sense of coherence* which includes comprehensibility, manageability and meaning. The better *Sense of coherence* a person has, the better are her possibilities to handle setbacks.

Purpose: The purpose of this study is to gain a better understanding of how women suffering from breast cancer experience the medical treatment and their relation to their nurse.

Method: The essay is based on qualitative research, thus contributing to evidence-based nursing. During the search for articles, the data bases Cinahl and Pubmed were used. Thereafter, each of the 14 chosen articles was subjected to a qualitative examination.

Results: The results of the articles made it possible to discern various areas which were categorized under overarching topics concerning: relations: knowledge and information: and change and adaption.

Discussion: Coming into contact with the health-care system because of a breast cancer diagnosis stirs many emotions in the affected woman. Moreover, breast cancer has a great influence on her relations, even to her nurse. The women long for a genuine reception to have the courage to be themselves. The woman's relation to her nurse affects her stay at the hospital but also the ensuing time period. An open and permissive attitude providing room for questions is essential to the woman's ability to handle her situation. She appreciates the support and presence of a nurse and it can be enough that the latter sees the woman during the natural meetings that arise, for example during the treatment, the nursing or the administration of medicine.

FÖRORD

**Tack Monica Moene,
för god handledning och många givande samtal.**



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
DEN CANCERDRABBADE KVINNANS LIVSVÄRLD	1
NATIONELLA RIKTLINJER	3
Socialstyrelsen – kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska	3
ICN:s – Sjuksköterskans etiska kod	3
BRÖSTCANCER	4
Symtom och diagnos	4
Patofysiologi	4
Behandling.....	5
BEGREPPSDEFINITIONER	5
Hälsa.....	5
Känsla av sammanhang (KASAM)	6
Lidande	7
Hopp.....	7
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	8
METOD	9
VALD METOD	9
DATAINSAMLING	9
DATAANALYS	10
Trovärdighet.....	11
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	11
RESULTAT	12
RELATIONER	12
Familj och stöd	12
Bekräftande relationer och tillit till sjuksköterskan.....	13
Icke bekräftande relationer i vården	14
Gruppstöd.....	15
KUNSKAP OCH INFORMATION	15
Kontroll genom förståelse	15
FÖRÄNDRING OCH ANPASSNING	17

Att dela erfarenheter	17
Att påbörja en helande process	17
Framtiden	18
DISKUSSION	19
METODDISKUSSION	19
Förtydliganden	20
RESULTATDISKUSSION	21
Relationen till sjuksköterskan	22
Hanterbarhet	23
Betydelse i klinisk verksamhet.....	24
KONKLUSION	25
FRAMTIDA FORSKNING	25
REFERENSER	26
BILAGOR	30
BILAGA 1, Artikelpresentation	30

INLEDNING

Vad händer när en kvinna mitt i livet får ett sjukdomsbesked som kan ge dödlig utgång? I Sverige upplever årligen 6800 kvinnor detta och ungefär hälften av dem är under 60 år vid diagnostillfället (1). Bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor i Sverige och beroende på vilken fas i livet kvinnorna befinner sig i drabbas de på olika sätt, men alla som diagnostiseras med bröstcancer får sin livsvärld förändrad. Det är individuellt hur kvinnan hanterar denna förändring, men det är alltid viktigt att få känna hopp parallellt med det lidande som uppstår när liv och död ställs på sin spets. För många kvinnor innebär cancerdiagnosen början på en kris eftersom de värden i livet som tidigare varit självklara plötsligt blir hotade. I den här situationen möter kvinnan sjukvården och sjuksköterskan. Sjuksköterskans uppgift blir att hjälpa och stötta kvinnorna att finna hopp och meningsfullhet när de ska ta sig igenom denna svåra tid. För att kunna möta kvinnornas olika behov är det viktigt att sjuksköterskan har kunskap om bröstcancerdrabbade kvinnors upplevelser av värden.

BAKGRUND

DEN CANCERDRABBADE KVINNANS LIVSVÄRLD

Kvinnans livsvärld innefattar världen så som den framträder för henne, i relation till hennes känslor, upplevelser och sociala samvaro. Det är den värld som kvinnan lever sitt dagliga liv i. Livsvärlden finns inom kvinnan men den finns även utanför henne och den är ofta oreflekterad och självklar (2). En bröstcancerdiagnos kan vara startskottet för en livskris hos den drabbade kvinnan. Cancersjukdomen är ett hot mot livet och världen så som hon upplevt den innan, ofta mer hotfullt upplevt än en hjärtinfarkt, för att jämföra med något. Diagnosen utlöser en hård psykisk stress och en krisreaktion påbörjas i kroppen. Hur kvinnan hanterar krisen beror bland annat på hennes tidigare uppfattningar och erfarenheter av vad bröstcancer innebär, vilken behandling som blir aktuell och hur hon bemöts av sjukvården (3-5). En annan faktor som påverkar kvinnans hantering av stress är vilken fas i livet hon befinner sig. Äldre kvinnor har ofta mindre psykisk stress än yngre, vilket kan bero på att den yngre kvinnan har fler hotade områden runt sig. Exempel på sådana områden är *familj* (särskilt med yngre barn), *kroppsbild* och *sociala relationer* (4).

Hotet mot *familjen* handlar ofta om modersrollen. Behandlingsperioderna kan vara långa och likaså sjukhusvistelserna. Om kvinnan har små barn hemma kan oron över hur de hanterar moderns sjukdom leda till starkare längtan att komma ifrån sjukhuset, och depression är inte ovanligt. När sjukdomen är långt gånge kan vissa kvinnor känna behov av att ha sina barn nära, medan andra avvisar barnen då de inte orkar hantera insikten av att snart lämna dem för alltid. Som sjuksköterska kan det vara svårt att

hantera och stötta sådana etiska dilemman, om sjuksköterskan anser att kvinnan tar felaktiga beslut. Inte bara kvinnan är i behov av stöd och tröst, även partnern och barnen har olika behov. Dessa olika behov är viktigt för sjuksköterskan att kunna hantera, till exempel genom att bistå med kontakt till andra personer som kan hjälpa familjen, så som kurator, präst och anhöriga (6). Hotbilden mot familjen kan också ses i relationen med partnern, då kvinnans självbild i förhållande till hennes kvinnlighet förändras (7).

Alla uppfattningar människan har om sitt utseende och sina kroppsliga funktioner samlas i *kroppsbilden*. Kroppsbilden är mycket betydande för självbilden, som speglar kvinnans inre, mentala bild av sig själv och hur hon uppfattar sig själv i sin normala miljö. Vid en cancerdiagnos förändras kroppsbilden, och kvinnan blir kanske för första gången ställd inför insikten att livet är begränsat och att döden kan komma tidigare än vad hon räknat med. Kroppsbilden påverkas redan innan de fysiska förändringarna som kan uppstå vid bröstcancer träder in. Det beror bland annat på de föreställningar kvinnan har av cancer, som att kroppen ”äts upp” eller ”tynar bort”. När sjukdomssymtom som viktnedgång och smärta börjar visa sig upplever många kvinnor att de tappar kontrollen över sin kropp, och att den betar sig oförutsägbart. Behandlingsbiverkningar som bröstoperation med medföljande utseendeförändring och ärrbildning är ofrånkomligt att tänka på vid bröstcancer, men trötthet, håravfall, hudförändringar, illamående, infertilitet och ödem är ytterligare fysiska förändringar och funktionsnedsättningar som påverkar kvinnans kroppsbild. Att förlora ett bröst är ofta det som påverkar kroppsbilden mest, då det är synligt för omgivningen och ofta direkt kopplat till kvinnans feminitet och sexualitet. Den förändrade kroppsbilden kan komma att ge kvarstående konsekvenser och förändra förhållandet till både familj och andra sociala relationer, och kvinnan måste lära sig att leva med det. Sjuksköterskans uppgift blir att utforska och beakta den förändrade kropps- och självbilden som en väl invävd del i kvinnans samlade välbefinnande, och vara medveten om hur det kan påverka rehabiliteringen (7).

Hotet mot livet som en cancerdiagnos medför skapar en ovisshet om framtiden. Osäkerheten i kombination med den förändrade kroppsbilden resulterar ofta i att kvinnan börjar minska sina *sociala relationer* (umgänge, arbete och aktiviteter). Schölberg (7) beskriver att kvinnan får en roll som ”cancerpatient” vilken blir dominant över andra roller så som mor, väninna, partner och arbetskamrat. Hur omgivningen hanterar kvinnans diagnos och kroppsliga förändring påverkar hennes reaktion, och hur mycket hon klarar av att behålla runt omkring sig, alternativt känner att hon måste välja bort (7). Yngre kvinnor kan i större utsträckning än äldre känna sig ensamma i sin situation, då det inte är lika vanligt med bröstcancer i unga åldrar. Den äldre kvinnan har kanske flera vänner i samma eller liknande situation (4).

Krisreaktionen som föds av de fysiska och psykiska påfrestningarna följer mer eller mindre ett bestämt mönster som kan överblickas genom att dela in dem i olika faser. Genom dessa faser växer en sjukdomsinsikt fram för kvinnan och hennes anhöriga (5).

För att sjuksköterskan på bästa sätt ska kunna hjälpa kvinnan behöver hon få en samlad bild av kvinnans situation. Det kan till exempel göras genom olika former av intervjuer där tankar, förutsättningar, resurser, känslor och erfarenheter kan få komma fram och bidra till en bild av omvårdnadsbehovet (7). För att göra en bedömning behövs kunskap om krisutvecklingen då kvinnans behov och möjligheter att hantera situationen skiftar och förändras med tiden, beroende på vilken fas hon befinner sig i. Det är viktigt för sjuksköterskan att beakta föränderligheten, ovissheten och sårbarheten som kvinnan går igenom under hela sjukdomsförloppet (8).

Fas	Tid	Symtom
1. Chock	Sekunder-minuter	Förvirrad. Hör ej. Gråter. Takykardi.
2. Reaktion	Timmar-dagar	Ångest och glömska.
3. Bearbetning	Veckor-månader	Läser allt om cancer. Talar med närstående. Tänker på alt. behandlingar. Sörjer.
4. Rekonstruktion	Månader-år	<i>Adaption:</i> lära sig leva med cancer. <i>Icke-adaption:</i> utvecklar depression, ångest, sexuella problem.

Figur 1: Krisutvecklingens olika faser (9, s. 133).

NATIONELLA RIKTLINJER

Socialstyrelsen - Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor.

Kompetensbeskrivningen är en skrift som ges ut av Socialstyrelsen och innehåller rekommendationer kring yrkeskunnande och förhållningssätt för legitimerade sjuksköterskor. Där betonas bland annat sjuksköterskans ansvar att tillvarata det friska hos patienten samt tillgodose patientens fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga omvårdnadsbehov. Sjuksköterskan ska vidare uppmärksamma patientens sjukdomsupplevelse och lindra dennes lidande. Särskild vikt läggs även vid information. Sjuksköterskan ska informera och undervisa patienten samt förvissa sig om att patienten förstått given information. Hon ska även ge patienten det stöd som krävs för att möjliggöra optimal delaktighet i vården. Det är även sjuksköterskans ansvar att värna om etiska aspekter i vårdmiljön (10).

ICN - Sjuksköterskans Etiska Kod

ICN - Sjuksköterskans Etiska Kod är en internationell skrivelse som i Sverige ges ut av Svensk Sjuksköterskeförening. I inledningen fastslås att:

*”Behovet av vård är universellt.
I vårdens natur ligger respekt för mänskliga rättigheter,
kulturella rättigheter, rätten till liv, till värdighet
och till att behandlas med respekt”(11, s. 3)*

Vidare i dokumentet betonas att sjuksköterskans fyra huvudområde är att; främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande. I koden framhålls även att sjuksköterskan är skyldig att delge patienten den information som krävs för att denne ska kunna ta ställning till olika vårdalternativ eller till valet att avstå från vård (11).

BRÖSTCANCER

Symtom och diagnos

Oftast känner sig kvinnor som diagnostiseras med bröstcancer friska vid diagnostiseringstillfället. Symtom som viktnedgång och smärta visar sig i ett senare skede i sjukdomsförloppet. Ungefär hälften av alla tumörer upptäcks genom screeningprogram med mammografiundersökningar och hälften upptäcks genom att kvinnan själv känner en knöl i bröstet och kontaktar sjukvården. För att fastställa diagnos använder läkare så kallad trippeldiagnostik. Först undersöks knölen kliniskt genom att läkaren palperar bröst och omkringliggande vävnad, samt letar efter svullna lymfkörtlar. Därefter görs en mammografiundersökning av bröstet och ibland även en ultraljudsundersökning och till sist tas en biopsi (ett vävnadsprov) för att fastställa om det är cancer och i så fall vilken typ av tumör det rör sig om (4).

Patofysiologi

Genom att kroppens celler delar på sig och bildar exakta kopior av sig själva pågår en ständig nybildning av celler i kroppen. Cellbildningen styrs av olika gener som bestämmer när en cell skall dela sig eller när den skall upphöra med det. Cancer uppstår när balansen rubbas och generna sänder fel signaler, vilket leder till att cellerna börjar dela sig på ett felaktigt sätt och i snabbare takt. Dessa nya celler bildar till slut en kompakt massa – en tumör. Bröstcancer uppstår när detta sker i bröstcellerna i mjölkkörtlarna. Det finns två sorters tumörer; benigna (godartade) och maligna (elakartade). De benigna tumörerna växer inte genom cellmembran utan håller sig i de områden där de uppstod. Maligna tumörer växer genom cellmembran och kan därför tränga in i andra organ och skicka metastaser (dottertumörer) till andra delar av kroppen. Om cancercellerna sprids via blodbanan eller via lymfsystemet kan de få fäste i organ långt ifrån ursprungstumören, så kallad fjärrmetastasering (4).

Behandling

Nästan alla bröstcancerpatienter opereras. Om tumören är mindre än 3-4 centimeter opereras den bort via ett mindre ingrepp och det som bevarats av bröstet strålas. Om tumören är större eller om det är många små tumörer så avlägsnas hela bröstet. För att avgöra spridningsrisk avlägsnas även den första körteln som lymfbanorna i området går till - portvaktskörteln. Senare års forskning visar att den alltid innehåller cancerceller om det skett en spridning (4). Metastaser är oftast det som avgör allvaret i sjukdomen och just lymfkörtlar, lungor, lever, hjärna och skelett är områden där metastaser ofta börjar växa (12).

Ursprungstumören kan ofta opereras eller strålas bort, men vid spridning är det svårare att behandla, även om det framkommit flera effektiva metoder på senare år (12). Genom att ge strålning, hormon- eller cytostatikabehandling kan kvarvarande cancerceller slås ut för att förhindra ett återfall av sjukdomen (3). Strålning är en relativt lindrig efterbehandling som syftar till att döda de cancerceller som kan finnas kvar i operationsområdet. Den vanligaste biverkan är brännskador vid strålningsstället samt trötthet. Majoriteten av kvinnor med bröstcancer erhåller strålning som efterbehandling (4).

Cytostatika eller cellgift ges intravenöst direkt i blodet eller ibland som tablettbehandling. Cytostatika är samlingsnamnet på ett 50-tal läkemedel som skadar tumörcellen vid delningen och därigenom hindrar den från att föröka sig. Eftersom cancerceller delar sig så ofta är det ett effektivt behandlingsalternativ, men det ger många biverkningar då det även slår på friska celler. Vanliga och svåra biverkningar är håravfall, kraftigt illamående, förstoppning och fatigue – en mycket kraftig trötthet och håglöshet som inte går att vila bort. Andra biverkningar är värk i leder och skelett, sköra slemhinnor, smakförändringar, viktförändringar, nedsatt immunförsvar samt domningar i tår, ben, fingrar och handflator (4).

Ungefär en tredjedel av bröstcancertumörerna är känsliga för könshormonet östrogen, och då är hormonbehandling ett alternativ till cytostatikabehandling. Det ges oftast i tablettform och behandlingen brukar pågå mellan fem och tio år. Vanliga biverkningar är klimakteriebesvär som svullningar och sköra slemhinnor och yngre kvinnor försätts i ett förtidigt klimakterie (4).

BEGREPPSDEFINITIONER

Hälsa

Hälsa kan definieras på olika sätt. Ur ett naturvetenskapligt, biomedicinskt perspektiv är hälsa det samma som frånvaro av sjukdom och under historiens gång har det varit den

rådande synen på hälsa (13). Relationen mellan omvårdnad och hälsa grundlades dock redan år 1860 av Florence Nightingale som förespråkade att sjuksköterskans uppgift var att bevara hälsa samt återge hälsa till patienter vid sjukdom. Hon betonade även att patienten skulle betraktas som mer än bara en fysisk kropp (14). År 1948 kom Världshälsoorganisationen ut med sin första definition av hälsa vilken även den betonar vikten av att se hälsa som något mer än frånvaro av sjukdom. Hälsa är ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom (15).

Hälsa är ett centralt begrepp i omvårdnad och ur ett humanistiskt, holistiskt perspektiv betraktas hälsa som något mer än frånvaro av sjukdom. Det holistiska perspektivet beskriver människan som en helhet som utgörs av flera olika delar och hälsan definieras av den egna individens självupplevda välbefinnande. Individens förmåga till handling anses vara centralt för hälsa och välbefinnande då handling förknippas med hälsa och oförmåga till handling förknippas med oförmåga att utföra hälsofrämjande handlingar vilket leder till ohälsa. Individens känsla av sammanhang och mening är också avgörande faktorer som inkluderas i begreppet. Hälsoupplevelsen blir därför ytterst personlig vilket gör att den måste utgå från varje enskild individ (13, 16). Omvårdnadsforskaren Katie Eriksson (17) menar att människan kan uppleva hälsa även om kroppen uppvisar tecken på fysisk sjukdom likväl som att en till synes fysiskt frisk person kan uppleva ohälsa. Hon beskriver hälsan som en integrerad del av livet och menar att hälsan påverkas av den livssituation människan befinner sig i, vilket betyder att upplevelsen av hälsa kan variera och är beroende av hur människan lever sitt liv. Eriksson (17) menar vidare att hälsan inte har någon mening för människan om inte livet uppfattas som meningsfullt.

Känsla av sammanhang (KASAM)

Det går inte att beskriva hälsobegreppet utan att komma in på KASAM, på engelska "sense of Coherence" (18). KASAM är ett begrepp som utarbetats av Aaron Antonovsky och lanserades första gången i "Hälsans mysterium" år 1987. Antonovsky studerade hur kvinnor anpassade sig till klimakteriet och upptäckte då att en del kvinnor som suttit i koncentrationsläger ändå hade bra hälsa, såväl psykiskt som fysiskt. Det fick honom att fundera över hälsans ursprung och friskfaktorer, så kallad salutogenes. Han menade att människan aldrig är helt frisk eller helt sjuk utan rör sig mellan de två poolerna. Var människan befinner sig beror till viss del på individens grad av KASAM. Begreppet står för "känsla av sammanhang" och mäter i vilken mån en person är kapabel att hantera ordinära eller extraordinära livshändelser. KASAM innefattar tre teman; *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet*. *Begriplighet* avspeglar hur personer uppfattar händelser i sin omvärld, samt hur de tar till sig information och yttre stimuli. Informationen kan antingen uppfattas som sammanhängande, strukturerad och tydlig, eller som ett brus – kaotisk, oväntad och oförklarlig. *Hanterbarhet* syftar på i vilken utsträckning personer upplever att de har resurser till sitt förfogande för att

hantera situationer som uppstår. En hög känsla av hanterbarhet bidrar till att inte känna sig som ett offer för omständigheterna. *Meningsfullhet* anses vara den viktigaste komponenten. Den syftar till i vilken utsträckning personer känner känslomässigt engagemang och motivation i livet (19). Nytt i Antonovskys synsätt var definitionen av hälsans ursprung samt sökandet efter hälsa och friskfaktorer istället för undvikande av ohälsa och sjukdom. För att omvårdnadsarbete ska utgå från ett salutogent synsätt bör friskfaktorer definieras likväl som riskfaktorer (20). Svensk sjuksköterskeförening har definierat begreppet ”hälsofrämjande omvårdnad” och menar att det bygger på ett förhållningssätt som genomsyras av dialog, delaktighet och jämlikhet i mötet mellan patienten och sjuksköterskan (21)

Lidande

Att få ett cancerbesked och att drabbas av cancer skapar ett lidande. Arman (22) refererar till Katie Erikssons som menar att den första och omedelbara formen av lidande är ”Det avstängda och outhärdliga lidandet”. Det kan vara svårt att se och förstå att människan lider då hon inte visar det utåt, vilket kan bero på en oförmåga att hantera lidande och en avstängdhet från känslorna. Det kan komma vändpunkter som får människan att öppna upp och kliva in i ”sitt drama” och därigenom få kontakt med sina känslor. Dessa vändpunkter kan till exempel komma genom korta möten med människor som bekräftar och tillåter personen att lida. Hon menar vidare att människan har behov av att lida ut, att ”lida i tid och rum”. Därefter är det möjligt att försonas med sitt lidande, ta in det i livet och göra det till en del av det pågående livet så att lidandet tillslut förändras och löses upp (22).

Både Arman (22) och Lindvall (23) beskriver Erikssons teori som berör lidandets olika ursprung. Mänskligt lidande kan, enligt denna teori, delas upp i tre kategorier; *sjukdomslidande*, *livslidande* och *vårdlidande*. *Sjukdomslidande* grundar sig i att kroppen är sjuk, den har blivit hälsans och livets motståndare. Sjukdomen kan uppfattas som en hotfull fiende som gömt sig i kroppen och tagit makten över den. På grund av sjukdom krävs ibland kirurgiska ingrepp vilka förändrar kroppen och gör den obekant, de kvarvarande ärren påminner om sjukdomen och lidandet som den orsakat. *Livslidandet* grundar sig i att vi lever och vet att vi måste dö. Det kan till exempel förvärras av ett besked om sjukdom som kan leda till för tidig död. *Vårdlidande* är ett lidande som orsakats av vården genom ett otillfredsställande bemötande eller genom otillräcklig vård. Patienter upplever dubbelt lidande när de känner sig tvungna att dölja sitt lidande, till exempel för vårdpersonal som inte ger utrymme för det.

Hopp

Hopp är ett omfattande begrepp som innefattar flera olika delar och utgör därför en stor komplexitet. Hopp och hälsa ställs ofta i relation till varandra och anses vara ett primärt

behov hos människan. Hoppet påverkar livets gång, antingen genom dess närvaro eller frånvaro (24). Både patienter och vårdpersonal redogör för betydelsen av hopp som en relevant del i processen av att uppnå hälsa. Genom kriser och emotionella belastningar kan en människas hopp utvecklas och kan då få agera som en viktig och avgörande faktor till en positiv förändring av människans livssituation, både psykiskt och fysiskt. En människa som känner hopp har sitt fokus i riktning mot en framtid som kan bli bättre och även om hon präglas av negativa tankar kan en hoppfull känsla ge upphov till att den nuvarande situationen blir mer acceptabel. Dessutom kan en människa som har förmågan att hoppas uppleva en känsla av självständighet och medbestämmande över ett tillstånd som vid första anblick kan framstå som opåverkbar. Hoppet är tydligt sammankopplat med förmågan att önska, men är däremot inte att likställa med en önskan. Önskningar behöver inte vara verklighetsanpassade eller realistiska, medan hopp förutsätter att det finns en realistisk chans att nå det som människan eftersträvar och hoppas på (25).

Mod, tillit och uthållighet är ytterligare några faktorer som ingår i identifieringen av begreppet hopp. I en situation med sjukdom och lidande behövs mod för att kunna inse motgångar och svårigheter, att uppriktigt våga konfrontera uppkomna problem och inte blunda för dem genom att låtsas att de inte existerar. Att känna tillit till, och tro på andra människors hjälpsamhet och välvilja är också en bidragande orsak till att känna hopp. Uthållighet tar sig uttryck i en strävan att inte ge upp, utan fortsätta trotsa motgångarna, när helst de dyker upp. Var och en av dessa förmågor bidrar till att uppleva hopp i relation till en oviss framtid (25).

PROBLEMFÖRMULERING

Enligt de riktlinjer som sjuksköterskan arbetar efter ska hon lindra patientens lidande samt tillgodose psykiska och fysiska behov. Då varje kvinna och hennes livsvärld är unik kan behoven skilja sig åt, men det är viktigt att alla kvinnor får den omvårdnad de behöver. Genom att undersöka kvinnors upplevelser av den vård de möter i samband med sin bröstcancersjukdom kan gemensamma behov identifieras. För att ge god vård behöver sjuksköterskan därför kunskap om kvinnors upplevelser i mötet med vården. Kvinnorna kommer på ett eller annat sätt att ha kontakt med sjuksköterskan genom hela vårdkedjan och därför kan relationen till sjuksköterskan påverka kvinnornas situation i varje led.

SYFTE

Syftet med uppsatsen är att studera hur bröstcancerdrabbade kvinnor upplever vården och relationen till sjuksköterskan.

METOD

VALD METOD

Arbetet grundar sig i den tredje av Segestens (26) modeller för examensarbete, en analys av kvalitativ forskning med syfte att bidra till evidensbaserad omvårdnad. Kvalitativa artiklar vill skapa förståelse för patienten och dennes situation och lämpar sig därför bäst för att studera ”patienters upplevelse”.

DATAINSAMLING

Under den inledande litteratursökningen gjordes några provsökningar i Cinahl som är den mest omvårdnadsinriktade sökmotorn och rekommenderas av Friberg (27). Varje sökning gav endast ett fåtal artiklar men flera av dessa artiklar var dock intressanta för den tänkta problemformuleringen. Sökarbetet gick tidigt in i nästa skede som enligt Östlundh (28) ska innefatta strukturerade, målanpassade sökningar. För att inte missa intressanta informationskällor eller artiklar gjordes ytterligare en sökning i slutet av processen där samma sökord användes i sökmotorn Pub Med.

Alla sökningar innehöll ”breast cancer” eller ”breast neoplasms” (MESH-term) som sökord men med olika kompletterande sökord. *Inklusionskriterier*; peer reviewed, kvinnor i åldern 19-44 år, västerländskt perspektiv – främst svenskt, från år 2000 och framåt. Vid en sökning föll tidsbegränsningen bort så sökningen innefattade alla artiklar från år 1981. En intressant artikel från år 1994 hittades och därefter gjordes medvetet fler sökningar utan tidsbegränsning och ytterligare några intressanta artiklar kom fram. *Exklusionskriterier*; artiklar som endast rörde äldre kvinnor, icke västerländskt perspektiv och artiklar som rörde män.

Databas	Sökord	Begränsning	Träff	Lästa abstract	Urval (ref nr)
Cinahl	Breast neoplasms Sweden Experience	Peer reviewed Year 2000 - Ages 19-44	9	7	3 (32, 33, 42)
Cinahl	Breast neoplasms Experience Family	Peer reviewed Year 2000 - Ages 19-44	163	15	1 (36)
Cinahl	Breast neoplasms Well-being Nurse	Peer reviewed Year 2000 - Ages 19-44	5	5	2 (31, 37)
Cinahl	Breast neoplasms Security Experience	Peer reviewed Year 2000 - Ages 19-44	4	4	1 (38)

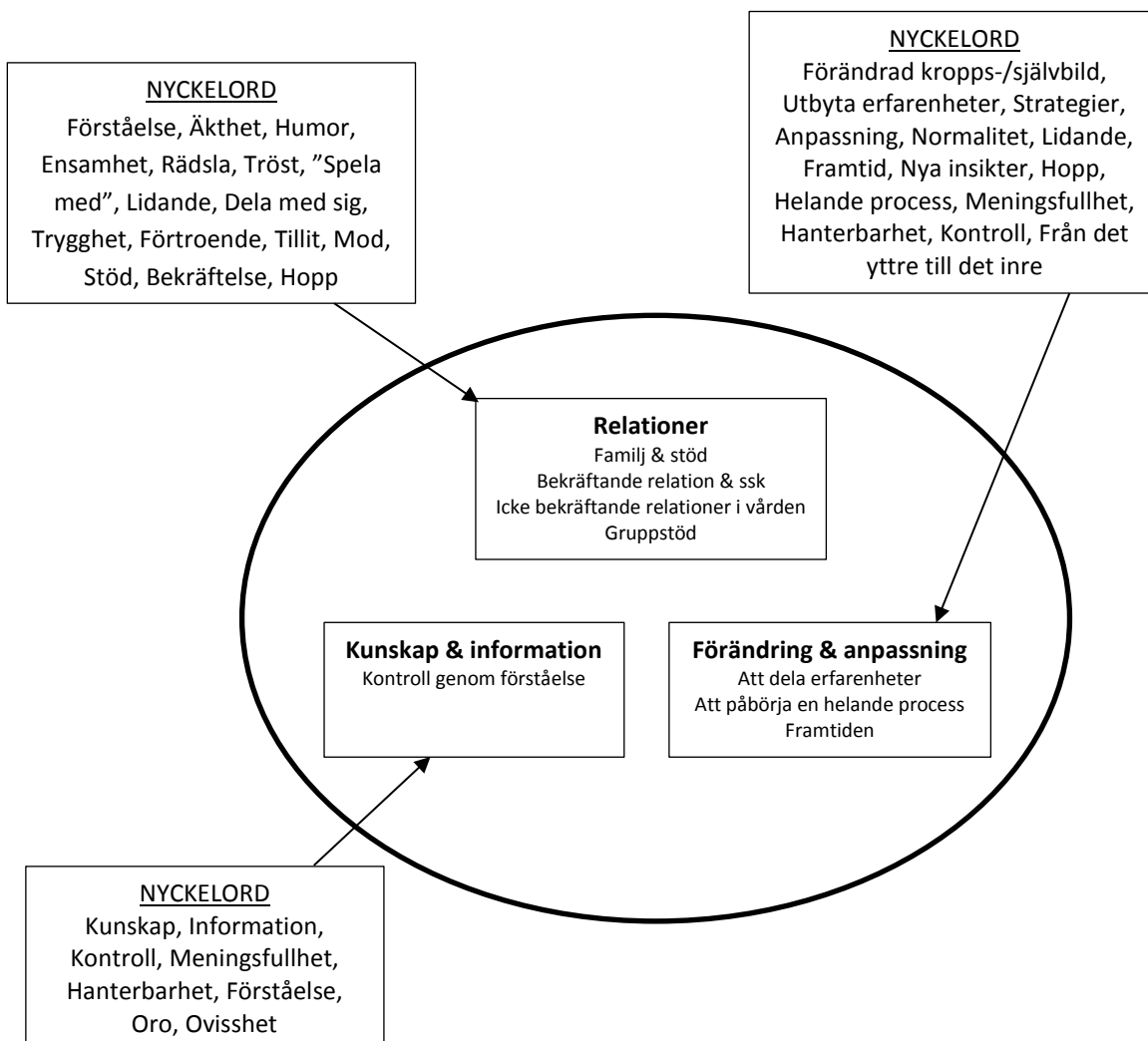
Cinahl	Breast neoplasm Sweden Nursing	Peer reviewed Ages 19-44	10	10	3 (30, 39, 41)
Cinahl	Breast cancer Nursing Sweden	Peer reviewed Ages 19-44	16	7	1 (43)
Cinahl	Breast neoplasms Hope Support	Peer reviewed Ages 19-44	13	13	1 (35)
Pubmed	Breast neoplasms Sweden Nursing	Year 2000 – Ages 19-44	34	8	1 (34)
Pubmed	Breast neoplasms Experience Nursing	Year 2000 – Ages 19-44	205	15	1 (40)

Tabell 1: Tabellen redovisar de sökningar som resulterat i kvalitativa artiklar som använts i resultatet. För ytterligare artikelpresentation se bilaga 1.

Artikelgranskningen skedde i ett mycket tidigt skede genom att en utomstående person med kunskap om vårdvetenskapliga tidskrifter verifierade att artiklarna kom från meriterade tidskrifter samt att artikelförfattarna var erkända inom området. De kvalitativa artiklarna kvalitetsgranskades efter Febe Fribergs (27) modell och alla artiklar höll en hög kvalitet, då de svarade upp mot vad som angetts som kvalitetsavgörande innehållspunkter för kvalitativa artiklar. I detta skede granskades även nio kvantitativa artiklar.

DATAANALYS

Analysarbetet inleddes med en granskning enligt Fribergs (27) modell för analys av kvalitativa artiklar där första steget är att läsa igenom studierna noga med fokus på resultatet. I ett tidigt skede valdes de kvantitativa artiklarna bort då de inte gav samma djup i beskrivningen av kvinnornas upplevelser. De kvalitativa artiklarna analyserades därefter genom djupläsning. Kvinnors vårdrelaterade upplevelser identifierades i artiklarnas resultat och lyftes till nästa fas i analysen. Kvinnornas upplevelser diskuterades i fråga om innebörd och relevans för syftet och kondenserades sedan till nyckelord (se figur 2). Nyckelorden bearbetades och sammanställdes, varefter tydliga områden kunde urskiljas mellan studiernas resultat. Områdena representeras av tre huvudteman; *Relationer, Kunskap och information* samt *Förändring och anpassning*. Under den skrivande processen växte sedan subteman fram under varje huvudtema (se figur 2).



Figur 2: Illustrerar nyckelord som identifierats i de kvalitativa artiklarna under analysen, och visar hur de har grupperats till tre huvudteman med subteman.

Trovärdighet

Studien har planerats och genomförts under största noggrannhet och med respekt för ämnets allvar. Genom att understödja texten med citat från de bröstcancerdrabbade kvinnorna lyfts deras upplevelser ytterligare och stärker resultatets trovärdighet.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

I Sverige är det lagstiftat att forskning som avser människor alltid bör genomgå en etikprövning. I denna prövning bedöms huruvida forskningen kan innebära en risk för de som deltar och vilka nya lärdomar som den nya forskningen kan resultera i (29). I de utvalda kvalitativa artiklarna framgår att samtliga studier är godkända av etiska kommittéer. Det har säkerställts att de utvalda deltagarna erbjudits anonymitet och sekretess, till exempel genom att kvinnorna har fått förfrågan om de vill välja ett

pseudonymnamn som de titulerade sig med under studien. Det finns också redovisat ett hänsynstagande till att tidpunkt och utförande av studierna ska genomföras på ett sådant sätt att kvinnornas vardag inte ska ansträngas ytterligare. För att undvara kvinnorna en känsla av att vara förväntade eller tvingade att svara på ett visst sätt, har det vid olika tillfällen varit utomstående personer som gjort de uppföljande intervjuerna. Kvinnornas genuina upplevelse har på så sätt fått större möjlighet att få utrymme. Det redovisas även i flera av studierna att deltagarna erbjudits både muntlig och skriftlig information gällande studien och dess syfte.

RESULTAT

Resultatet redovisar bröstcancerdrabbade kvinnors känslor och upplevelser från mötet med vården, sjuksköterskan och annan vårdpersonal samt områden som påverkar dessa möten och upplevelser på olika sätt.

RELATIONER

Familj och stöd

Pålson & Norberg (30) visar i sin studie att närvaron av en stöttande man, en syster, en vän, ett barn eller en nära kollega är viktig för de flesta kvinnor. Det hjälper dem att hantera sjukdomsbesvär och ger stöd i vardagen, men ibland kan stödet slå fel och leda till att kvinnorna blir tvungna att hantera uttalanden som ”oroa dig inte” eller ”se framåt” vilket istället lägger ytterligare en börda på kvinnorna som blir tvungna att visa sig starka. Coyne & Borbasi (31) menar att kvinnor ofta känner större oro för sin familj och för hur den ska klara sig än för själva sjukdomen. Många kvinnor önskar ett ökat stöd för familjen och framför allt för barnen. De kvinnor som har barn oroar sig mer för deras väl än något annat. De önskar att sjuksköterskan ska fråga hur deras partner eller deras barn hanterar situationen och att de ska bli erbjudna stöd. Enligt en studie av Arman m.fl. (32) framkom det att många kvinnor upplever att de är lämnade ensamma med sina känslor och upplevelser kring cancersjukdomen eftersom de känner rädsla för att deras eget lidande ska bringa lidande och ångest över resten av familjen. Dessa känslor gör att kvinnorna väljer att behålla sin oro och sina tankar för sig själva. Den påfrestning som familjrelationen utsätts för kan antingen resultera i att den blir fördjupad och förbättrad eller att den försämras och i värsta fall bryts upp. Arman m.fl. (33) visar att relationen till sjuksköterskan spelar stor roll för kvinnans upplevelse av bröstcancerdiagnosen och den efterföljande vården. I studien av Coyne & Borbasi (31) visas att kvinnan kan hamna i en situation där hon saknar känslomässigt stöd, då hälso- och sjukvården ofta utgår från att dessa behov blir tillgodosedda av familjen. Kvinnan vill dock skydda sina anhöriga från oro, och gör detta genom att inte belasta dem med sin egen.

Bekräftande relationer och tillit till sjuksköterskan

Flera studier visar att kvinnorna behöver känna förtroende och tillit till sjuksköterskan för att våga dela med sig av sina känslor och upplevelser. Förtroende och tillit kan uppstå när kvinnorna uppfattar en äkthet och trygghet i relationen, och sjuksköterskan måste ha mod och styrka att stanna kvar oavsett vad kvinnorna berättar. Det måste finnas en balans och ett samspel mellan intimitet och distans i relationen eftersom kvinnorna både har en längtan att få dela med sig, men samtidigt utsätter sig för en risk till lidande då de blottar sina känslor. Genom öm omvårdnad kan hopp och förtroende uppnås, vilket yttrar sig i en helande relation mellan kvinnan och sjuksköterskan (33-36) Enligt Pålsson & Norberg (30) beskriver kvinnorna att en bekräftande relation uppstår när vårdpersonal visar förståelse och intresse samt respekt för kvinnan som person. Bekräftelsen kan även hjälpa kvinnorna att behålla sin tidigare identitet trots cancerdiagnosen (34, 37).

*... Det är otroligt viktigt att man inte bara är 'patient nummer 32' den dagen.
(34, s. 253)*

En tillåtande ton i samtalet som ger möjlighet att ställa frågor och visa känslor bidrar också till att relationen till sjuksköterskan upplevs som bekräftande (30). Enligt Remmers m.fl. (35) önskar kvinnorna att sjuksköterskan ska stå vid deras sida i svåra situationer och stötta dem vid svåra besked, eller under svåra samtal. Om sjuksköterskan är försiktig, lågmäld och hänsynsfull upplever kvinnorna att de får möjlighet att vara svaga och sårbara. Då behöver de inte dölja eller förklara sina känslor. Det är dessutom viktigt att sjuksköterskorna kan avleda tankarna på sjukdomen, till exempel genom att tala om vardagssaker, vilket ger kvinnorna en känsla av att livet kommer gå vidare. Humor och värme är ett annat sätt för sjuksköterskan att hjälpa kvinnorna genom sjukdomstiden. Även denna studie (35) visar på vikten av en tillåtande atmosfär vilket bland annat betyder att sjuksköterskan gärna svarar på samma frågor upprepade gånger eftersom kvinnorna ofta glömmer information som getts till dem då de varit oroliga och stressade. I en studie av Kelly m.fl. (38) provade två grupper olika interventioner för avslappningsterapier. I den ena gruppen satt sjuksköterskan endast tyst i rummet då kvinnan vilade till avslappnande musik, och detta räckte för att skapa en positiv känsla. Studien visar att endast närvaron av en sjuksköterska ingav en känsla hos kvinnorna av en vän som satt i rummet och var en stöttande person, trevlig att samtala med, väldigt hjälpsam, empatisk och som brydde sig om dem. Kvinnorna uttryckte även positiva reaktioner över att få känna avslappning och lugn, det blev en fridfull plats där de "bara kunde vara". Även Coyne & Borbasi (31) fann i sin studie att kvinnorna uttryckte en längtan efter att få slappna av, släppa garden och tillåta sig att få bli omhändertagna.

Icke bekräftande relationer i vården

En icke bekräftande relation uppstod när vårdpersonal ifrågasatte kvinnornas behov av trygghet eller när kvinnorna upplevde situationen som stressad. En kvinna beskrev även att hon kände sig kränkt av sjuksköterskans försök att bygga en djupare relation genom att visa sympati (30):

Titta inte på mig som om jag ska dö, för jag ska inte dö ännu... Jag kan inte stå ut med hennes enorma sympati! (30, s. 281)

Enligt Arman m.fl. (34) kan ett biomedicinskt synsätt med fokus på kropp och behandling av cancer leda till ett lidande och en känsla av osäkerhet hos kvinnorna eftersom det inte ges utrymme för kvinnornas oro och känslor. Vårdpersonal som har en medicinsk inriktning och ser som sin främsta uppgift att bota cancer tenderar att hänvisa kvinnorna vidare till kuratorer och psykologer, istället för att själva ta samtal. Denna syn leder till att kvinnornas känslor förblir obekräftade i mötet med vårdpersonalen vilket ger ett ökat lidande. Många kvinnor beskrev att det enda de ville var att få prata med någon direkt i stunden, när det var jobbigt (34). Många av kvinnorna upplever att de måste visa sig starka och ”spela med” i andras tröstande ord om att ”allt kommer att bli bra” (37).

Arman m.fl. (32) beskriver i sin studie att många kvinnor tänker att deras cancer uppstått på grund av till exempel stress, tidigare traumatiska händelser eller sorg, vilket innebär att dessa kvinnor inte upplever en medicinsk behandling som tillräcklig. Eftersom de lägger cancerens ursprung på sin tidigare livsstil vill de även få hjälp med att bearbeta och möta dessa problem, trauman eller sorger. Enligt Arman m.fl. (33) är bekräftelsen så viktig för kvinnorna att de medvetet anpassar och rekonstruerar sina berättelser efter vad de tror att sjukvårdspersonalen klarar av att bemöta. Det ständiga sökandet efter bekräftelse är en av essenserna i det dubbla lidandet. Många av kvinnorna upplever även att flera av deras mest grundläggande behov är okända för vårdpersonalen, något som också bekräftas i en studie av Ödling m.fl. (39). I studien beskriver vårdpersonalen kvinnornas behov av att få samtala som det högst rankade behovet i vården, men trots det uppger personalen att de inte har tid till samtal då fokus ligger på fysisk omvårdnad vilket tar all tid. Personalen hoppas att någon annan tar sig tid att tala med kvinnorna.

Jag hoppas att de fått möjlighet att samtala med någon
- Sjuksköterska (39, s. 83)

Vissa sjuksköterskor anger även en oro kring att starta en djupare konversation med kvinnorna, då de känner sig osäkra på ifall kvinnorna verkligen ville tala. Sjuksköterskorna var även oroliga för att kvinnorna skulle vilja fortsätta konversationen och hur de i så fall skulle bemöta kvinnorna (39).

Gruppstöd

I en studie av Beatty m.fl. (37) behandlas gruppstöd i fokusgrupper. Fokusgrupperna bestod av sjuksköterskor, volontärer som genomgått bröstcancer samt cancersjuka kvinnor. Genomgående i alla grupper var att volontärerna och de drabbade kvinnorna samtalade kring vikten av att få vara ledsen och nedstämd under sjukdomstiden utan att behöva dölja det. Detta nämndes inte av någon sjuksköterska i fokusgrupperna. Pålson & Norberg (30) visar att många kvinnor upplever positiva relationer och en minskad känsla av ensamhet då de, som en del av behandlingen, får dela sina erfarenheter med andra i samma situation, till exempel i en stödgrupp. Kontakten med de andra i gruppen beskrevs som tillitsfull och stöttande och de byggde upp starka band till varandra som medförde en känsla av att de kunde övervinna sjukdomen.

KUNSKAP OCH INFORMATION

Kontroll genom förståelse

Enligt Landmark m.fl. (40) är kunskap om cancerdiagnosen och information kring behandling och biverkningar förutsättningar som båda behövs för att kvinnan ska kunna hantera sin situation och finna meningsfullhet. Remmers m.fl. (35) beskriver att många kvinnor känner en osäkerhet inför bröstoperationen. De oroar sig bland annat för att inte vakna upp efter sövning, att resultatet inte ska bli som förväntat och inför kommande illamående och smärta. Många kvinnor upplevde oron för till exempel smärta och illamående betydligt mer påfrestande än den faktiska upplevelsen av detta efter operationen. I studien framkom att information som hjälpte kvinnorna att förstå hur operationen skulle gå till minskade stressen och oron kring dessa funderingar. Därefter är det väntetiden, innan svaret på biopsin och kunskap om sin prognos, som orsakar störst oro. Då svaret väl har kommit väcks istället en ny fruktan som grundar sig i en ovisshet om framtiden, och om vad som nu ska hända – en rädsla för cellgifter, ytterligare operationer och möjlig död (35). Enligt Beatty m.fl. (37) kvarstår ofta ovissheten även efter avslutad behandling då inget slutgiltigt prov kan ge svar på om kvinnan är helt fri från cancer. Även de kvinnor som intervjuats i Pålson & Norbergs (30) studie menar att ovissheten och väntan på svar är det svåraste att leva med. När de skulle få information om diagnos och behandlingsalternativ ville kvinnorna ha personliga möten med läkaren, och om läkaren ”tog sig tid” och hade ett trevligt bemötande bidrog det till att kvinnorna kände förtroende och ökad kontroll. Det var positivt att ha en vän eller partner med under mötet eftersom kvinnorna oftast var chockade och kände sig blockerade, vilket gjorde att de hade svårt att minnas vad läkaren berättat. Sjuksköterskemötet som följde efter mötet med läkaren var också viktigt då sjuksköterskan hjälpte dem att förstå vad läkaren hade berättat. Övrig information som kvinnorna önskade att sjuksköterskan skulle bistå med gällde

sårläkning, lämplig träning samt vanliga reaktionsmönster. När sjuksköterskorna gav information kring detta upplevde kvinnorna ökad trygghet och kontroll (30).

Vikten av kunskap och information tas även upp i studien av Beatty m.fl. (37) där kvinnorna efterfrågar mer information för att kunna förbereda sig på biverkningar; vilka som kan förväntas komma och vad dessa skulle innebära i det dagliga livet. Frågorna kunde röra sig om vad fatigue faktiskt innebär, hur svåra domningarna är, om smärtan är farlig, och om den försämrade aptiten kommer innebära näringsbrist. Kvinnorna upplevde att de hade kunnat hantera motgångarna bättre om de hade varit förberedda på vad som väntade och förstod varför detta hände. Det medförde ett ökat kroppsligt självförtroende att känna kontroll över situationen. Att känna kontroll kunde också utgöras av att få information gällande praktiska frågor, till exempel var kvinnorna kunde vända sig för att få hjälp med att ta hand om barnen, inköp, städ osv. Kvinnorna hade även frågor som rörde djupare tankar kring död och lidande. Det visade sig att sjuksköterskorna sällan besvarade frågorna, vilket resulterade i oro och osäkerhet. I en studie av Koinberg m.fl. (41) fick kvinnorna tillgång till en sjuksköterska som de själva kunde kontakta när de hade frågor. Sjuksköterskan hade även möjlighet att förmedla läkarkontakt eller återkomma med svar till frågor som borde besvaras av en läkare. Det upplevdes mycket positivt av kvinnorna att kunna få svar på sina frågor direkt när de uppstod. Möjligheten att kunna få kontinuerlig information underlättade för kvinnorna eftersom de på grund av stress och oro ofta hade svårt att ta till sig och förstå informationen, bearbeta den och ställa relevanta frågor.

Landmark m.fl. (40) beskriver att många kvinnor upplever svårigheter kring att finna balans mellan att vara sjuk och samtidigt kämpa för att behålla normalitet och rutiner. Kvinnorna kände att de hade många obesvarade frågor i sin nya situation, bland annat hade de svårt att avgöra hur mycket kroppen orkade nu jämfört med tidigare. De upplevde det fördelaktigt att träna men kände samtidigt att de ständigt hade en ökad uppmärksamhet på kroppens signaler, vilket ledde till stress.

Jag kände mig verkligen maktlös, tänkte att jag borde veta vad jag skulle göra men det visste jag inte. Den känslan var fruktansvärd. Att inte ha kontroll, att inte veta vad du ska göra och ha så många valmöjligheter. (37, s. 337)

Beatty m.fl. (37) beskriver kvinnornas behov av känslomässig anpassning till deras nya situation. För att kunna genomföra denna anpassning behöver kvinnorna lära sig att filtrera information och göra personliga val, formade efter sina egna behov och resurser, samt hitta vägar att kanalisera sina känslor. De behöver även kämpa för att behålla normalitet samt se det positiva i livet. Det hjälper kvinnorna att ta kontroll över sin situation i den mån det är möjligt.

FÖRÄNDRING OCH ANPASSNING

Att dela erfarenheter

De flesta kvinnor som drabbas av bröstcancer och genomgår en mastektomi och/eller cytostatikabehandling upplever en förändrad kropps- och självbild. Kvinnans bröst är för många en symbol för kvinnlighet och därför erfar många kvinnor att deras attraktion hämmas vilket leder till osäkerhet och sorg (34, 35). I studien av Beatty m.fl. (37) framkom det att kvinnorna upplever ett stort stöd genom att dela sina erfarenheter om den förändrade kroppen och självbilden med andra kvinnor i samma situation. De samtalande bland annat om avsaknaden av bröst och hår, viktökning på grund av cellgifter samt upplevelsen av att inte längre känna sig som en hel kvinna. Kvinnorna hade behov av att hitta sätt för att öka kroppens självkänsla både genom att stötta varandra känslomässigt och genom att utbyta praktiska erfarenheter. Det kunde bland annat handla om strategier för att dölja biverkningar av behandlingen med hjälp av till exempel smink och peruk (37). Enligt Landmark m.fl. (40) bidrog samtalsgrupper med kvinnor i samma situation till gemenskap, hopp och stöd. Kvinnorna berättade att de kunde vara mer ärliga och öppna upp i en grupp med kvinnor som förstod vad de genomlevde.

Att påbörja en helande process

I en studie av Billhult m.fl. (42) framkommer det att många kvinnor upplever att de har förlorat alla sina valmöjligheter. De måste mer eller mindre "tacka ja" till de behandlingsalternativ som erbjuds även om de är påfrestande och ger svåra biverkningar. I studien erbjuds kvinnorna valmöjligheten att få mjukmassage samtidigt som de fick cytostatikabehandling. Det upplevdes genomgående positivt att få en avslappnande upplevelse att fokusera på som kunde avleda tankarna från behandlingen. Denna stund under behandlingen gav utrymme för återhämtning genom avslappning. Avslappningen fungerade som kontrast till inre spänningar orsakade av stress och obehag i samband med behandling. Det upplevdes som någonting "lyxigt" i deras allvarliga situation. Denna extra intervention gav dessutom kvinnorna valmöjligheten att göra ett aktivt val, vilket bidrog till en ökad känsla av kontroll då de fick möjligheten att tacka nej. Samtliga upplevde det positivt att bli berörda av en annan människa. Två kvinnor uttryckte det som:

Jag tror inte att personen som masserar mig reflekterar över att det skulle vara något konstigt. Hon ger mig massage oavsett om jag är som jag var innan eller så som jag är nu. (42, s. 93)

... Jag känner mig lemlästad, du vet, inget hår. Jag känner det som att här vågar du röra vid mig, men de andra (familjen) är rädda för att röra mig och vara nära mig. (42, s. 93).

I en studie av Arman & Rehnsfeldt (43) beskriver kvinnorna det förändrade livsperspektivet som en port till sin egen inre potential. Insikter och perspektiv ändrades men det var ofta svårare att genomföra förändringarna i det yttre livet. I en annan studie av Arman m.fl. (33) beskriver kvinnorna att anpassningen till det nya livsperspektivet upplevs som en helande process, där lidandet var faktorn som öppnade upp för existentiella frågor och initierade förändring. Kvinnorna upplevde därigenom att de utvecklades och växte. Tidigare erfarenheter av lidande kunde också vara en tillgång som underlättade situationen då detta medfört kunskap och styrka (33). Arman & Rehnsfeldt (43) visar att sjukdomen gjorde kvinnorna medvetna om sin egen dödlighet vilket skapade en längtan efter äkta värden i livet och många kvinnor ville återuppleva trygga situationer och känslor från tidigare tillfällen i livet. En förändring av livsperspektivet innebär en konfrontation av tidigare livsstil och värderingar. Fokus flyttas från den yttre till den inre världen vilket väcker frågor kring vad kvinnorna vill ta med sig från sitt ”gamla” till sitt ”nya” liv (32, 33, 36, 43). Det blir en ständig kamp att finna mening och förståelse i livet och samtidigt återfå hopp för att kunna orientera sig i sin nya situation (34). Om vårdpersonalen ignorerar eller undviker kvinnornas upplevelser av förändring och behov av bekräftelse medför det känslor av skam och ett lidande. Det gör att kvinnorna inte uppfattar sina känslor kring förändring som normala, de tror att de är själva i sin situation och de är rädda för att uppfattas som labila och svaga (33, 34).

Framtiden

Utsikterna inför framtiden skilde sig åt mellan kvinnorna. Vissa upplevde framtiden som hoppfull och lovande även om de kände sig oroad. De menade att cancern inte enbart hade varit negativ då den hade lett till att de värdesatte livet på ett annat sätt och även hade lärt sig att leva i nuet (30, 32, 33).

Det känns som om ... att jag mitt i livet har fått ett års vila. Att få möjlighet att i lugn och ro tänka över vad jag vill ta med mig från mitt gamla liv till mitt nya liv.
(33, s. 100)

Andra positiva aspekter som många av kvinnorna uppgav var att familjen hade förts samman, att de numera kunde tala öppet med vänner och kollegor kring sin sjukdom, att de var mer äkta mot sig själva och att de gjorde sådant som de själva ville i större utsträckning. Många upplevde att de med tiden fått ett ökat och styrkt självförtroende och att de blivit mer kapabla till att hantera sin situation (30, 32, 33). En del kvinnor kunde däremot inte släppa tanken på sin svåra situation och oron inför framtiden. De upplevde att sjukdomen hade brutit ned dem. Risken för återfall och möjlig död ledde till en förlamande rädsla som gjorde det omöjligt att sluta känna efter i kroppen (30-32). Andra kvinnor beskrev att de kände en osäkerhet till sin egen förmåga att hantera situationen efter avslutad behandling, då deras öde tidigare hade legat i sjukvårdens händer och många kände sig oroliga för hur de skulle kunna återgå till ett normalt liv

(31, 34). Flera studier visar att relationen med sjuksköterskan påverkar kvinnorna även efter avslutad behandling. En bekräftande relation inger trygghet och styrka, vilket hjälper kvinnan att hantera utmaningarna i livet efter vårdtiden och ger kvinnan hopp inför framtiden (33, 35, 36, 40).

Det är kärlek som uttrycks på olika sätt, utan tvång, från vänner, eller så som jag har fått det från professionella (vårdpersonal), men det är deras uttryckliga kärlek som har hjälpt mig att våga tro på framtiden och att våga finna hopp igen. Jag skulle aldrig våga tro och hoppas om någon bara hade talat om det för mig – att jag måste ha hopp.
(33, s. 100)

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Arbetsprocessen började med en diskussion kring valt problemområde och fastställande av syfte. Därefter genomfördes breda sökningar i Cinahl. Alla sökningar innehöll ”breast cancer” eller ”breast neoplasms” (MESH-term) som sökord samt begränsningarna kvinnor 19-44 år, ”peer reviewed” och från år 2000. Begränsningen kvinnor 19-44 år valdes då detta åldersspann fanns som förval i ”Cinahl” och svarade mot författarnas önskning att fokusera på yngre kvinnor, dels för att dessa kvinnor oftast har fler områden som påverkas av sjukdomen (4), och dels för att författarna identifierar sig med detta åldersspann. ”Peer reviewed” valdes då det är en enkel kvalitetssäkring i ett första skede och artiklar från år 2000 valdes för att uppsatsen skulle bygga på aktuell forskning. I en sökning föll tidsbegränsningen år 2000 bort och sökningen gjordes utan författarnas vetenskap från år 1982. Flera intressanta artiklar kom fram, varför ytterligare sökningar gjordes utan tidsbegränsning och sammanlagt åtta artiklar från 1990 talet används i arbetet. Dessa tidiga sökningar svarade bra mot syftet och nästan alla artiklar kommer från dessa sökningar. Detta innebär att vissa sökord så som ”family” inte helt svarar an till syftet. De kompletterande sökningar som gjorts är mer riktade mot studiens syfte.

En artikel av Joulaee m.fl. (44) som hittades tidigt byggde på resultat av en studie gjord i Iran. Trots att denna passade väl till syftet, uppmärksammades att dessa kvinnors upplevelser påverkades mycket av religiösa och kulturella aspekter som uppsatsförfattarna ansåg för komplexa att ta in i uppsatsen. Ett exempel på detta var att kvinnorna upplevde en rädsla för att bli lämnade av sina män då de inte längre ansågs vara ”hela kvinnor”, och därmed bli ställda utan försörjning och sociala rättigheter. Dessa förhållanden är svåra att överföra till det västerländska, svenska samhällsperspektiv som uppsatsförfattarna har kunskap om och kan relatera till. Efter detta fattades beslutet att endast använda artiklar med västerländskt och övervägande

svenskt perspektiv. Författarna hade redan använt Sweden som sökord i en av de tidiga, breda sökningarna och funnit en intressant artikel. Efter vissa överväganden gjordes nu flera sökningar med Sweden som sökord då det var ett enkelt sätt att garantera att studierna genomförts under förhållanden som uppsatsförfattarna kunde relatera till. Därigenom ökade resultatets överförbarhet till de förhållande svenska sjuksköterskor står inför.

Den inledande tanken var att göra en litteraturanalys efter Febe Fribergs (45) modell, så arbetet fortsatte med analys av artiklarna och övergripande områden identifierades. I ett tidigt skede stod det klart att de kvantitativa artiklarna upplevdes mindre detaljrika och snävare i sina beskrivningar vilket gjorde att de inte svarade an till syftet på samma sätt som de kvalitativa. Efter noggrant övervägande valdes de kvantitativa artiklarna bort från resultatdelen och författarna valde istället att använda sig av Segestens (26) tredje modell för uppsatsskrivning; Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. Friberg (27) fördjupar sig i denna modell och förespråkar här att använda sig av ett mindre antal artiklar och analysera dessa på ett djupgående sätt vilket uppsatsförfattarna ansåg positivt. Nio kvantitativa artiklar avlägsnades ur resultatet och fem av dem används istället i resultatdiskussionen. De 14 kvalitativa artiklarna som återstod analyserades och likheter och skillnader i resultaten jämfördes. Det gjordes genom att de teman och underteman som artikelförfattarna redovisade i resultaten analyserades och jämfördes med varandra varefter de sammanställdes till nya teman (se figur 2).

Förtydliganden

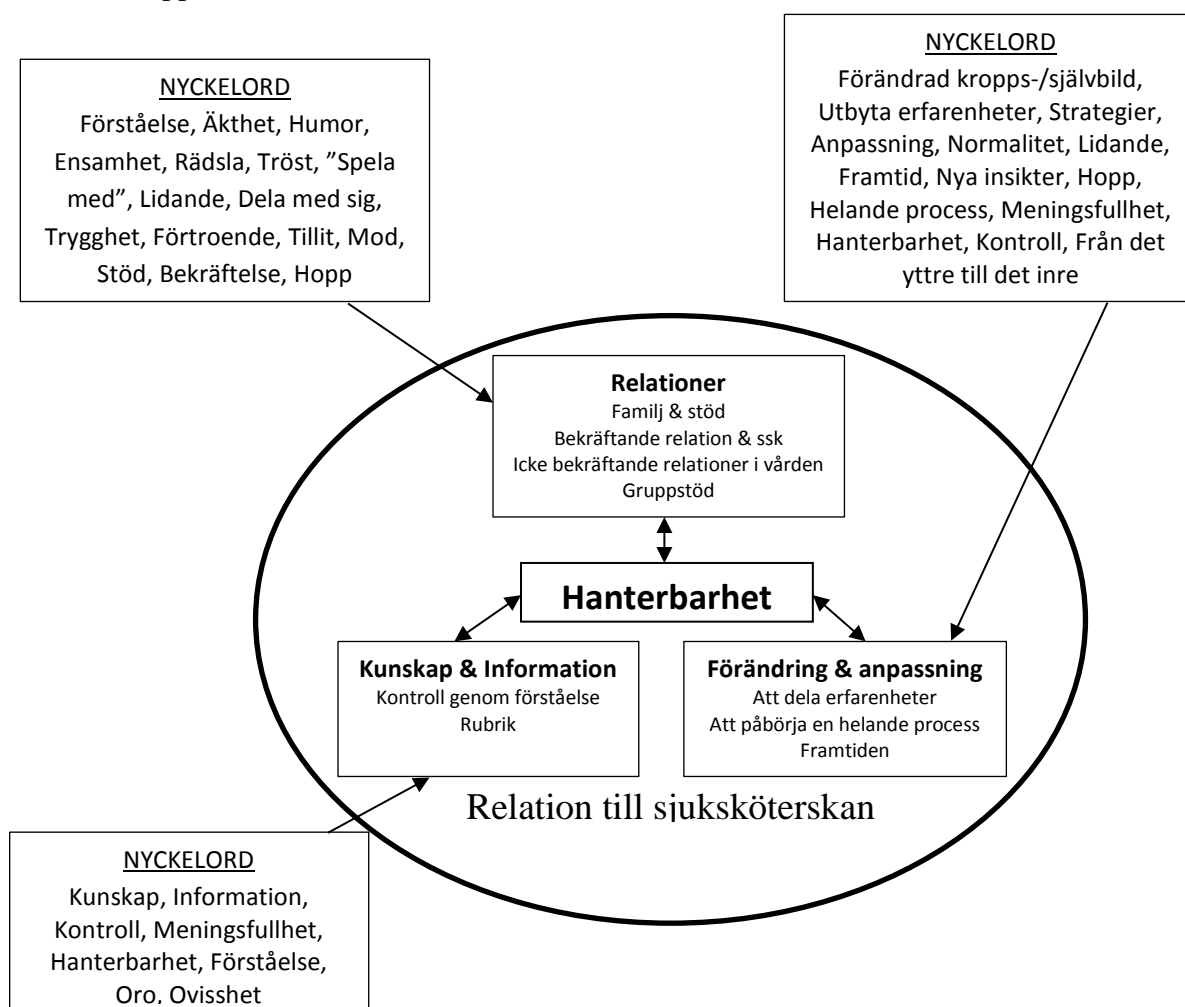
Uppsatsförfattarna vill förtydliga att de är medvetna om att kvinnor som drabbas av bröstcancer inte är en homogen grupp med allt igenom lika behov. Kvinnorna är enskilda individer med olika bakgrund och förutsättningar. Uppsatsförfattarna har ändå valt att benämna kvinnorna i uppsatsen som en grupp då resultatet är en sammanställning av upplevelser som i detta sammanhang går att generalisera.

I artiklarna benämns kvinnors upplevelser i relation till "healthcare", "healthcare personnel", "nurse", "doctor" och "professionals". I resultatdelen har det tagits hänsyn till detta och skrivits ut enligt vad som redovisats i varje artikel. I resultatdiskussionen har artikelförfattarna valt att lägga fokus på sjuksköterskans del i kvinnans upplevelser av vården. Det innebär att delar som tidigare i resultatet berört till exempel "vårdpersonal", i resultatdiskussionen kommer att benämnas som "sjuksköterska" där det anses möjligt.

Då "hen" ännu inte är ett godkänt begrepp att använda i examensarbete på kandidatnivå, benämns sjuksköterskan som "hon" då uppsatsförfattarna är kvinnor och relaterar bättre till det.

RESULTATDISKUSSION

I resultatet framkommer att mötet med vården i samband med en bröstcancerdiagnos väcker många känslor för den drabbade kvinnan. Syftet med uppsatsen är att studera hur bröstcancerdrabbade kvinnor upplever vården och relationen till sjuksköterskan. Upplevelsorna som beskrivs innefattar många olika aspekter och är både positiva och negativa. Mönster och samstämmighet mellan artiklarna har kunnat urskiljas och de visar att relationer är ett mycket stort och betydelsefullt område. Bekräftande relationer är en förutsättning för kvinnan att kunna hantera sjukdomen. Bröstcancerdiagnosen påverkar relationer både till närstående, kvinnan själv, vårdpersonalen och i synnerhet sjuksköterskan. Relationer är ständigt återkommande område i kvinnornas berättelser och upplevelsorna är ofta starka.



Figur 3: Figur över nyckelord, nyskapade huvudteman och subteman som ligger till grund för resultatet. Dessa teman har diskuterats under arbetets gång och anses av författarna mynna ut i kvinnans förmåga att hantera sin situation. I mötet med vården påverkar relationen till sjuksköterskan alla dessa områden på olika sätt.

Relationen till sjuksköterskan

Resultatet i denna uppsats indikerar enligt uppsatsförfattarna på att en bekräftande relation är en förutsättning för att kvinnor med bröstcancer ska få kraft att kunna hantera och ta sig igenom sjukdomstiden. Många kvinnor känner stöd från familj och vänner, men det framkommer tydligt i resultatet att de flesta ändå väljer att inte tala med sin familj om sin innersta oro och ångest för att bespara dem det extra lidandet (30-33). Då blir stödet från sjukvården desto viktigare. Resultatet visar på många vårdsammanhang där kvinnan önskar och är i behov av någon som är ”äkta” och står vid hennes sida i svåra stunder. Ofta gällde det att ta tillvara på stunden, och att bli hänvisad vidare till en kurator eller dylikt upplevdes därför inte som någon hjälp. Det orsakar lidande och osäkerhet hos kvinnan när hon inte får utrymme att dela sina känslor, tankar och frågor (33-36). Detta kan ställas i relation till det biomedicinska perspektiv som sjukvården arbetar utifrån, vilket ofta är otillräckligt för att hjälpa kvinnan att återfå hälsa på fler plan än det kroppsliga. Denna sammankoppling bekräftas av Katie Erikssons (22, 23) teori om mänskligt lidande i vården, där vårdlidandet definieras som otillfredsställande bemötande och otillräcklig vård. I resultatet framkommer upplevelser av att kvinnorna måste dölja sina verkliga känslor, då de inte får dessa bekräftade av vårdpersonal. Vissa kvinnor upplever att det är sorg och stress som orsakat deras cancer (32) – varpå en vård utifrån ett rent biomedicinskt perspektiv naturligtvis blir otillräcklig. Kvinnan väljer då, för att slippa ytterligare lidande, att anpassa sig efter vården (33). Uppsatsförfattarna menar att en stor del av problematiken ligger just här. Ska kvinnan behöva anpassa sig efter den rådande vårdkulturen?

Enligt Kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor ska sjuksköterskan vara uppmärksam på patientens sjukdomsupplevelse och lindra dennes lidande (10). Resultatet visar dock att det ofta är tvärtom – det vill säga att vårdrelationen kan orsaka mer lidande hos den sjuka kvinnan. När kvinnan istället möts av en öppen och tillåtande attityd från vårdpersonal, och i synnerhet sjuksköterskan, kan en bekräftande relation uppstå (30, 33-36). I resultatet framgår att förmedling av bekräftelse från sjuksköterskan kan innebära att hon helt enkelt stannar upp, är närvarande och lyssnar på kvinnan hon vårdar. Att våga stanna kvar i ett samtal trots att de ”rätta” svaren inte alltid är givna och att röra vid kvinnan kan bidra till känslan av att hon inte är fränstötande eller onormal. Dessa handlingar medför trygghet och tillit. Kvinnorna längtar efter ett genuint och äkta bemötande för att våga vara sig själva (35). En sådan relation är, som tidigare nämnts, en förutsättning för att hjälpa kvinnan och främja hälsa. Enligt Katie Eriksson (17) kan människan uppleva hälsa även om kroppen är sjuk och det ingår dessutom i sjuksköterskans yrkesetiska kod att främja och återställa hälsa (11). Det biomedicinska perspektivet står därmed i kontrast till ett holistiskt perspektiv där människan inte bara är en kropp, utan en helhet bestående av flera delar (13). En bekräftande relation kan förutom trygghet och tillit uppbåda hopp hos den sjuka kvinnan. Resultatet visar att sjuksköterskan genom öm omvårdnad kan inge hopp (33), vilket är starkt sammanlänkat

med hälsa (24). Sjuksköterskan bör därför sträva efter att en bekräftande relation ska ligga till grund för och genomsyra vården av kvinnor med bröstcancer.

Hanterbarhet

Under artikelanalys och den skrivande processen var upplevelser som kunde relateras till KASAM (19) ständigt återkommande. I KASAM ingår begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet och ju högre grad av dessa tre teman som kvinnorna upplever, desto högre blir deras förmåga att ta sig igenom krisen. Sjuksköterskan kan bistå med och stärka alla tre delarna på olika sätt. *Begriplighet* innebär att förstå sin situation och därigenom finna mening i det som sker. Kvinnorna behöver, enligt resultatet, få information om rutiner på avdelningen, behandlingsalternativ, möjliga biverkningar och egenvårdstips och om sjukdomsprognos, lidande och möjlig död (30, 35, 37). Enligt sjuksköterskans etiska kod (11) är det sjuksköterskans ansvar att ge kvinnorna den information de behöver. Det framkommer i resultatet att många kvinnor är chockade och lever under stor stress efter sjukdomsdiagnosen. Stressen kan leda till blockering och därför behöver kvinnorna ofta få samma information flera gånger. Kvinnorna uppger att en bekräftande relation bland annat bygger på möjligheten att få ställa samma frågor flera gånger utan att bli bemötta med irritation (30). Vikten av information bekräftas även av Gilbar m.fl. (46) som i sin kvantitativa studie kommer fram till att lågt KASAM och bristande kunskap om sjukdomen orsakade ökad psykologisk stress. Alla delar som framkommit i resultatet kring kvinnornas upplevelser kan falla tillbaka på *hanterbarhet*, till exempel om att hantera sin omvärld, sina egna känslor, mötet med vården, den egna besvikelsen och att hantera omställningen. Graden av hanterbarhet grundar sig i de resurser kvinnan anser sig ha till sitt förfogande. Resurserna kan variera över tid och består bland annat av kvinnans sociala, ekonomiska och fysiska tillgångar (19). Resurserna påverkas av cancersjukdomen och för många av kvinnorna innebär det en negativ förändring.

I flera artiklar framkommer det att kvinnorna kämpar för att behålla normalitet i vardagen och livet (37, 40). Ett sätt för sjuksköterskan att bidra till detta är att samtala med kvinnorna om annat än sjukdomen, till exempel om vardagliga situationer. Samtalet kan få kvinnorna att känna koppling till sitt gamla, friska liv och till vardagen som kan bidra till en känsla av att livet kommer att gå vidare. Att sjuksköterskan upprätthåller en bekräftande relation till kvinnorna hjälper dem också att behålla sin tidigare identitet (34, 37). *Meningsfullhet* innefattar i vilken utsträckning personer känner motivation och känslomässigt engagemang i livet (19). Enligt resultatet upplevdes gruppstöd med kvinnor i samma situation som ett stort stöd och bidrog till en känsla av att sjukdomen gick att övervinna (30), vilket kan bidra till meningsfullhet. Studier av både Wengström m.fl. (47) och Emilsson m.fl. (48) styrker dessutom resultatet angående att gruppstöd också bidrar till att ge kvinnorna ökad känsla av kontroll och förmåga att hantera sin situation. Det framgår även att information kring behandling och biverkningar bidrar till hanterbarhet och därigenom meningsfullhet (40).

Att känna tillit till andra människor är en av grundpelarna för att känna hopp vilket kan bidra till att den nuvarande situationen känns mer påverkbar och hanterbar (25). Hanterbarhet och meningsfullhet kan gå hand i hand och är tätt sammankopplade med relationen till sjuksköterskan som måste skapa en tillitsfull atmosfär för att kvinnorna ska våga öppna upp och dela med sig av sina känslor (33).

Enligt en studie av Boman m.fl. (49) har kvinnor med högt KASAM en mer positiv inställning till vården och generellt kortare vårdtider. Kulik & Kronfeld (50) visar i sin studie att ett högt KASAM har en tydlig inverkan på kvinnornas förmåga till anpassning av sin situation. Med utgångspunkt i detta och ovanstående resultat kring aspekter som berör KASAM bör rätt bemötande, som bidrar till att stärka kvinnornas känsla av förståelse och hanterbarhet kan leda till ökad upplevd hälsa.

Betydelse i klinisk verksamhet

Uppsatsförfattarna har från tidigare arbetserfarenheter och verksamhetsförlagd utbildning en uppfattning om att det på olika vårdinrättningar ofta förekommer en viss jargong och attityder som kan motverka en bekräftande relation. Attityderna yttrar sig bland annat i att stress och tidspress används som ett argument för att inte ta sig tid för patienters behov av bekräftelse. Detta är ett icke hållbart argument då flera artiklar visar att det kvinnorna främst längtar efter är att bli bemötta med äkthet (32-34, 43). Det behövs inte mer tid eller resurser för sjuksköterskan som vårdar att förmedla äkthet, utan snarare handlar det om vilken människosyn sjuksköterskan arbetar utifrån. I klinisk verksamhet talas det oftast om att bota kroppen och sjukdomen enligt ett biomedicinskt perspektiv. Dessa arbetsuppgifter anses ofta större och viktigare än de arbetsuppgifter som det holistiska perspektivet (13) och Katie Erikssons (17) teorier om hälsa förespråkar, nämligen att som sjuksköterska lämna utrymme för patientens känslor och rätten att få "lida ut". Enligt vad som återkommande framkommit i resultatet kan det vara så enkelt som att tala om vardagliga saker och att skratta med patienten för att normalisera situationen för en stund (35-37). Det finns många naturliga tillfällen att bekräfta patienten, till exempel i samband med behandling, omvårdnad eller läkemedelsadministration.

Ett annat argument som ofta används av sjuksköterskor är att resurser för extra insatser inte finns, eller att någon annan ansvarar då de själva inte har tillräcklig kunskap att ta sig an denna problematik. Att sakna kunskap tas även upp i studien av Ödling & Norberg (39), där många sjuksköterskor uttrycker att de ser kvinnornas behov, men upplever att de saknar kunskap och resurser för att tillgodose dessa. Resultatet visar dock att det inte alltid behövs expertis inom interventionsområdet för att det ska vara till hjälp för kvinnan. Billhult m.fl. (42) visar i sin studie att massage vid cellgiftsinfusion hjälpte kvinnorna på många sätt, trots att de som utförde massagen endast hade fått en timmes genomgång innan utförandet. De positiva upplevelserna för kvinnorna bestod i att de kände sig bekräftade, omhändertagna och att de fick en stund att "bara vara" och

må bra. Gruppstöd är en annan intervention som sjuksköterskan kan möjliggöra och erbjuda patienten. Resultatet redovisar att gruppstöd kan bidra till att kvinnorna får dela sina erfarenheter med någon som förstår dem, och som går igenom samma sak. Det innebär enligt uppsatsförfattarna att sjuksköterskan inte behöver besitta någon extra kunskap för att bidra till denna intervention, då det är samspelet mellan deltagarna i samtalsgruppen som hjälper kvinnan att växa, utvecklas och anpassa sig till sin nya situation.

Sjuksköterskans möjlighet att möta kvinnornas behov står inte i motsats till utomstående hjälp i form av kuratorer, psykologer eller personer att samtala kring existentiella frågor med. Det är naturligtvis av stor vikt att som sjuksköterska uppmärksamma när de egna resurserna inte är tillräckliga, och då förmedla dessa kontakter för att möta kvinnans behov. Det kan även handla om att kvinnan ska få medicinska frågor och behov bemötta, vilket sjuksköterskan inte alltid kan eller får bistå med. Resultatet visar att det är sjuksköterskans tillgänglighet som är viktig, och att hon kan förmedla kvinnans frågor vidare till ansvarig läkare. Det är sjuksköterskans skyldighet att stötta patienten och att hjälpa till med kontaktförmedling (10), och det får inte negligeras eller lämnas att bero utan uppföljning. Patienten måste få sina frågor och behov tillgodosedda.

KONKLUSION

Syftet med uppsatsen var att studera hur bröstcancerdrabbade kvinnor upplever vården och relationen till sjuksköterskan. Uppsatsförfattarna anser att resultatet tydligt belyser relationen till sjuksköterskan som viktig och genomgående i samtliga teman som identifierades i artiklarna. Slutsatsen är att om sjuksköterskan är uppmärksam och tar tillvara på de ”små” tillfällen som ges i olika vårdssammanhang för att bekräfta kvinnan, genom t ex samtal, information och stöd kan detta få goda och genomgripande effekter på kvinnans upplevelse av vården, trots sjukdomsförloppet. Bekräftande relationer är en förutsättning för kvinnan och hennes möjlighet att kunna hantera och finna meningsfullhet i sin nya situation. Sjuksköterskan har ett stort ansvar att bemöta kvinnan och hennes behov, samt göra sitt yttersta för att tillgodose dessa. Det kan upplevas som en svår uppgift, men uppsatsförfattarna menar att en god start är att helt enkelt gå tillbaka till enkelheten – att stanna upp, lyssna och bara vara där.

FRAMTIDA FORSKNING

I framtiden önskas mer kvalitativ forskning kring begreppet KASAM i relation till bröstcancer och kvinnors upplevelse av hur KASAM kan påverka detta. Uppsatsförfattarna har en uppfattning av att det i dagsläget finns forskning inom detta område, men att det främst är med en kvantitativ ansats. Genom att vidga forskningen om KASAM ytterligare ökar möjligheterna att bidra till evidensbaserad omvårdnad.

REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Cancer incidence in Sweden 2010 [Elektronisk resurs]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
2. Asp M, Fagerberg I. Begreppsutveckling på livsvärldsfenomenologisk grund. In: Wiklund-Gustin L, Bergbom I, editors. Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur; 2012.
3. Bergh J, Brandberg Y, Ernberg I, Frisell J, Fürst CJ, Hall P. Bröstcancer. Kristianstad: Karolinska Institutet University Press; 2007.
4. Sköld-Nilsson A. Bröstcancerboken. Från besked till färdigbehandlad. Stockholm: Nordstedts; 2010.
5. Aspegren K. Psykologiska reaktioner på bröstcancer. In: Rydén S, editor. Bröstcancer. Laholm: Zeneca AB; 1996.
6. Gjertsen T. Omvårdnad vid bröstcancer. In: Reitan A-M, Schölberg T, editors. Onkologisk omvårdnad Patient - problem - åtgärd. Stockholm: Liber; 2003. p. 319-23.
7. Schölberg T. Förändrad kroppsbild. In: Reitan A-M, Schölberg T, editors. Onkologisk omvårdnad Patient - problem - omvårdnad. Stockholm.: Liber; 2003. p. 88-97.
8. Reitan A-M. Kris och coping. In: Reitan A-M, Schölberg T, editors. Onkologisk omvårdnad Patient - problem - åtgärd. Stockholm: Liber; 2003. p. 45-62.
9. Aspegren K. Psykologiska reaktioner på bröstcancer. In: Rydén S, editor. Bröstcancer. Laholm: Zeneca AB; 1996. p. 133-45.
10. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska: Socialstyrelsen; 2005 [2012-11-22]. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>.
11. SSF. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor: Svensk sjuksköterskeförening; 2008.
12. Cancerfonden. Metastaser: Cancerfonden; 2012 [updated 2012-10-23; cited 2012 2012-11-13]. Available from: www.cancerfonden.se/sv/cancer/Cancersjukdomar/Metastaser.
13. Hedelin B, Jormfeldt B, Petra Svedberg. . Hälsobegreppet – synen på hälsa och sjuklighet. 2009. In: Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt [Internet]. Lund: Studentlitteratur; [237-62].
14. Nightingale F, Skretkowicz V. Florence Nightingale's Notes on nursing: what it is and what it is not & Notes on nursing for the labouring classes : commemorative edition with historical commentary / [Elektronisk resurs]. New York: Springer Publishing Company; 2010.
15. WHO. Mental health: a state of well-being: World Health Organization; 2012 [2012-11-28]. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/.
16. Jakobsson E, Lützen K. Omvårdnad som profession och akademiskt ämne. In: Ehrenberg A, Wallin L, editors. Omvårdnadens grunder Ansvar och utveckling. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 23-44.
17. Eriksson K. Hälsans idé. Stockholm: Almqvist & Wiksell; 1989.
18. Santamäki-Fischer R, Dahlgvist V. Tröst och trygghet. In: Edberg A-K, Wijk H, editors. Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 115-36.

19. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och Kultur; 1987.
20. Langius-Eklöf A. Känsla av sammanhang. In: Edberg A-K, Wijk H, editors. *Omvårdnadens grunder*. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 95-113.
21. SSF. Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete: Svensk sjuksköterskeförening; 2008.
22. Arman M. Lidande. In: Wiklund-Gustin L, Bergbom I, editors. *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur; 2012. p. 189-92.
23. Lindwall L. Kroppen. In: Wiklund-Gustin L, Bergholm I, editors. *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur; 2012. p. 135-7.
24. Benzein E. Hopp. In: Wiklund-Gustin L, Bergbom I, editors. *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur; 2012. p. 239-48.
25. Jahren-Kristoffersen N. Teoretiska perspektiv på omvårdnad. In: Jahren-Kristoffersen N, Nortvedt F, Skaug E-A, editors. *Grundläggande omvårdnad*. Stockholm: Liber; 2006. p. 13-101.
26. Segesten K. Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. In: Friberg F, editor. *Dags för uppsats. 2:1*. Lund: Studentlitteratur; 2012. p. 97-100.
27. Friberg F. Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. In: Friberg F, editor. *Dags för uppsats. 2:1*. Lund: Studentlitteratur; 2012. p. 121-32.
28. Östlundh L. Informationssökning. In: Friberg F, editor. *Dags för uppsats. 2:1*. Lund: Studentlitteratur; 2012. p. 57-79.
29. Bakgrund/bestämmelser: Centrala etikprövningsnämnden; [2012-11-26]. Available from: <http://www.epn.se/sv/start/startside/>.
30. Palsson BE, Norberg A. Breast cancer patients' experiences of nursing care with the focus on emotional support: the implementation of a nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing*. 1995;21(2):277-85. PubMed PMID: 1995014832. Language: English. Entry Date: 19950601. Revision Date: 20091218. Publication Type: journal article.
31. Coyne E, Borbasi S. Holding it all together: breast cancer and its impact on life for younger women. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*. 2006;23(2):157-69. PubMed PMID: 2009540390. Language: English. Entry Date: 20070622. Revision Date: 20120309. Publication Type: journal article.
32. Arman M, Rehnsfeldt A, Carlsson M, Hamrin E. Indications of change in life perspective among women with breast cancer admitted to complementary care. *European Journal of Cancer Care*. 2001;10(3):192-200. PubMed PMID: 2002021978. Language: English. Entry Date: 20020201. Revision Date: 20091218. Publication Type: journal article.
33. Arman M, Rehnsfeldt A, Lindholm L, Hamrin E. The face of suffering among women with breast cancer -- being in a field of forces. *Cancer Nursing*. 2002;25(2):96-103. PubMed PMID: 2003044243. Language: English. Entry Date: 20030321. Revision Date: 20101210. Publication Type: journal article.
34. Arman M, Rehnsfeldt A, Lindholm L, Hamrin E, Eriksson K. Suffering related to health care: a study of breast cancer patients' experiences. *International journal of nursing practice*. 2004 Dec;10(6):248-56. PubMed PMID: 15544580. Epub 2004/11/17. eng.

35. Remmers H, Holtgräwe M, Pinkert C. Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: a qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2010;14(1):11-6. PubMed PMID: 2010621701. Language: English. Entry Date: 20100611. Revision Date: 20110520. Publication Type: journal article.
36. Tighe M, Molassiotis A, Morris J, Richardson J. Coping, meaning and symptom experience: A narrative approach to the overwhelming impacts of breast cancer in the first year following diagnosis. *European Journal of Oncology Nursing*. 2011;15(3):226-32. PubMed PMID: 2011066883. Language: English. Entry Date: 20110805. Revision Date: 20111209. Publication Type: journal article.
37. Beatty L, Oxlad M, Koczwara B, Wade TD. The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: a qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives. *Health Expectations*. 2008;11(4):331-42. PubMed PMID: 2010213337. Language: English. Entry Date: 20090417. Revision Date: 20091218. Publication Type: journal article.
38. Kelly AE, Sullivan P, Fawcett J, Samarel N. Therapeutic touch, quiet time, and dialogue: perceptions of women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2004;31(3):625-31. PubMed PMID: 2004099233. Language: English. Entry Date: 20040625. Revision Date: 20120302. Publication Type: journal article.
39. Ödling G, Norberg A, Danielson E. Care of women with breast cancer on a surgical ward: nurses' opinions of the need for support for women, relatives and themselves. *Journal of Advanced Nursing*. 2002;39(1):77-86. PubMed PMID: 2002111150. Language: English. Entry Date: 20020906. Revision Date: 20120302. Publication Type: journal article.
40. Landmark BT, Bohler A, Loberg K, Wahl AK. Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context. *Journal of clinical nursing*. 2008 Apr;17(7B):192-200. PubMed PMID: 18578795. Epub 2008/06/27. eng.
41. Koinberg I, Holmberg L, Fridlund B. Breast cancer patients' satisfaction with a spontaneous system of check-up visits to a specialist nurse. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2002;16(3):209-15. PubMed PMID: 2003160365. Language: English. Entry Date: 20031205. Revision Date: 20091218. Publication Type: journal article.
42. Billhult A, Stener-Victorin E, Bergbom I. The experience of massage during chemotherapy treatment in breast cancer patients... Including commentary by Chiu L. *Clinical Nursing Research*. 2007;16(2):85-102. PubMed PMID: 2009567518. Language: English. Entry Date: 20070608. Revision Date: 20091218. Publication Type: journal article.
43. Arman M, Rehnsfeldt A. Living with breast cancer -- a challenge to expansive and creative forces. *European Journal of Cancer Care*. 2002;11(4):290-6. PubMed PMID: 2003103193. Language: English. Entry Date: 20030808. Revision Date: 20101210. Publication Type: journal article.
44. Joulæe A, Joulæe S, Kadivar M, Hajibabae F. Living with breast cancer: Iranian women's lived experiences. *International Nursing Review*. 2012;59(3):362-8. PubMed PMID: 2011649015. Language: English. Entry Date: 20120831. Revision Date: 20120914. Publication Type: journal article.
45. Friberg F. Att göra en litteraturoversikt. In: Friberg F, editor. *Dags för uppsats*. 2:1. Lund: Studentlitteratur; 2012.

46. Gilbar O. Do attitude toward cancer, sense of coherence and family high risk predict more psychological distress in women referred for a breast cancer examination? *Women & Health*. 2003;38(2):35-46. PubMed PMID: 2004119465. Language: English. Entry Date: 20040723. Revision Date: 20091218. Publication Type: journal article.
47. Wengström Y, Häggmark C, Forsberg C. Coping with radiation therapy: effects of a nursing intervention on coping ability for women with breast cancer. *International journal of nursing practice*. 2001;7(1):8-15. PubMed PMID: 2001027593. Language: English. Entry Date: 20010330. Revision Date: 20091218. Publication Type: journal article.
48. Emilsson S, Svensk AC, Tavelin B, Lindh J. Support group participation during the post-operative radiotherapy period increases levels of coping resources among women with breast cancer. *European Journal of Cancer Care*. 2012;21(5):591-8. PubMed PMID: 2011638473. Language: English. Entry Date: 20120831. Revision Date: 20120914. Publication Type: journal article.
49. Boman L, Bjorvell H, Langius A, Cedermark B. Two models of care as evaluated by a group of women operated on for breast cancer with regard to their perceived well-being. *European Journal of Cancer Care*. 1999;8(2):87-96. PubMed PMID: 1999060242. Language: English. Entry Date: 19990901. Revision Date: 20091218. Publication Type: journal article.
50. Kulik L, Kronfeld M. Adjustment to breast cancer: the contribution of resources and causal attribution regarding the illness. *Social Work in Health Care*. 2005;41(2):37-57. PubMed PMID: 2009036230. Language: English. Entry Date: 20051118. Revision Date: 20091218. Publication Type: journal article.

BILAGOR

BILAGA 1

Artikelpresentation

Referensnr: 30

Publiceringsår	1994
Land	Sverige
Databas	Cinahl
Författare	M-B. E. Pålsson, A. Norberg.
Titel	Breast cancer patients' experiences of nursing care with the focus on emotional support: the implementation of a nursing intervention.
Syfte	Beskriva nydiagnostiserade bröstcancerpatienters upplevelse av sjukdomen och bemötandet från sjuksköterskor, med fokus på emotionellt stöd.
Metod Urval Bortfall	Studien bygger på ett icke-randomiserat urval av 26 kvinnor som diagnostiserats med bröstcancer under de senaste 6 månaderna. Inklusionskriterier; vård enligt omvårdnadsåtgärd, diagnostiserade enligt TNM-klassifikation, tilläggsbehandling eller ingen postoperativ behandling, ingen tidigare bröstcancer, ålder 35-69. 61,5% fick tilläggsbehandling efter kirurgin och 38,5% fick enbart kirurgisk behandling. Av de 37 kvinnor som uppfyllde kriterierna tackade 26 ja till att delta. Deltagarna erbjöds samtalsstöd av en sjuksköterska som även svarade på frågor och gav råd. Ett ökat samarbete mellan vårdavdelning och kirurgiavdelning genomfördes, rutiner för information ändrades och väntetider kortades ner. Sex månader efter avslutad sjukhusvård intervjuades kvinnorna kring deras upplevelse av vården. Intervjuerna spelades in och kodades i teman och underteman. Studien är etiskt godkänd.
Slutsats	Både känslomässigt stöd och organisationsförändringar gav ökad säkerhets och trygghetskänsla. Information, bekräftande relationer och känslomässigt stöd är viktiga faktorer för att inge kvinnorna en känsla av kontroll.
Vetenskaplig Kvalitet	Hög

Referensnr: 31

Publiceringsår	2006
Land	Australien
Databas	Cinahl
Författare	E. Coyne, S. Borbasi
Titel	Holding it all together: Breast cancer and its impact on life for younger women.
Syfte	Utforska upplevelser och erfarenheter hos kvinnor under 50-års ålder, som diagnostiserats med bröstcancer samt belysa behovet av psykosocialt stöd hos dessa kvinnor.
Metod Urval Bortfall	Djupgående intervjuer. Sex kvinnor med nydiagnostiserad bröstcancer (inom 12 mån) och som talade flytande engelska, ingick i studien. Inget bortfall redovisades.
Slutsats	Många kvinnor upplevde att de var tvungna att visa sig starka trots sin bröstcancerdiagnos. En bröstcancerdiagnos påverkar flera olika roller hos den drabbade kvinnan. Familjen blir även den påtagligt drabbad och behöver stöd. Kvinnorna uppger flera olika behov som de anser sig behöva få tillgodosedda under sjukdomsförloppet, för att kunna hantera kommande framtid.
Vetenskaplig Kvalitet	Hög

Referensnr: 32

Publikationsår	2001
Land	Sweden
Databas	Cinahl
Författare	M. Arman, A. Rehnsfeldt, M. Carlsson, E. Hamrin
Titel	Indications of change in life perspective among women with breast cancer admitted to complementary care
Syfte	Studera uppfattningar om konsekvenser och orsaker till bröstcancer och utforska viktiga aspekter för kvinnor med bröstcancer som får komplementär vård.
Metod Urval Bortfall	Del av en klinisk kontrollerad studie med 60 kvinnor som fick komplementär vård och 60 kvinnor som endast fick konventionell behandling, där en del av studien innefattade intervjuer. Kvalitativ innehållsanalys av intervjuerna från 1995-1999 med 59 kvinnor som fick komplementär vård på ett sjukhus som erbjöd detta. Inklusionskriterier: Kvinnor med bröstcancer oavsett stadie, vara bosatt i Stockholms län, under 75 år, svensktalande. Studien är etiskt godkänd.
Slutsats	Relationen till andra sågs mer värdefull, självförtroende och upplevelse av styrka förbättrades och livets sågs som berikat. Det upplevdes svårt att bli skör och nedstämd. Vilket perspektiv kvinnornas hade på sin etiologi påverkade deras syn på hur de skulle uppnå välbefinnande och hälsa. Resultatet visar både berikande och harmfulla aspekter i upplevelsen av cancer.
Vetenskaplig Kvalitet	Hög

Referensnr: 33

Publikationsår	2002
Land	Sweden, Finland
Databas	Cinahl
Författare	M. Arman, A. Rehnsfeldt, L. Lindholm, E. Hamrin
Titel	The Face of Suffering Among Women With Breast Cancer – Being in a Field of Forces
Syfte	Att öka förståelsen av lidande i kvinnors upplevelse av bröstcancer i olika vårdkulturer, baserat på deras egna och anhörigas beskrivning.
Metod Urval Bortfall	Hermeneutisk fenomenologisk kvalitativ fallstudie. Öppna intervjuer x 2 med 17 kvinnor mellan 35-69 år från fyra olika vårdkulturer i Sverige och Finland. Kvinnorna befann sig i olika skeden av sjukdomen, och genomgick olika typer av behandling. Proportionen av hur svårt sjuka kvinnorna var motsvarade prevalensen hos nordiska kvinnor med bröstcancer. En kvinna valde inte någon anhörig till att delta i studien vilket resulterade i 16 anhöriga som också blev intervjuade x 1. Resultatet från de anhörigas frågeformulär redovisas ej i denna studie. Studien är etiskt godkänd.
Slutsats	Lidande berör människans inre existens och värderingar och influerar deras omgivning. 6 subteman identifierades. Huvudtema: ” The field of force in cancer suffering” (metafor för upplevelse som innefattar förändring, anpassning, tomhet, tillväxt, insikt och kraft) med subteman: det dubbla lidandet, ett uthärdande av och befrielse från lidandet, lidandet öppnar för frågor om livet och mening, den lidande kroppen, lidande relaterat till hälso- och sjukvård.
Vetenskaplig Kvalitet	Hög

Referensnr: 34

Publikationsår	2004
Land	Sverige
Databas	PubMed
Författare	M. Arman, A. Rehnsfeldt, L. Lindholm, E. Hamrin, K. Eriksson
Titel	Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences.
Syfte	Tolka och förstå innebörden av hur patienter upplever lidande i samband med hälsosjukvård, utifrån etiska, existentiella och onkologiska perspektiv.
Metod Urval Bortfall	Kvalitativa intervjuer, analyserade utifrån en hermeneutiskt forskningsansats. 16 kvinnor från 4 olika sjukvårdsavdelningar i Sverige och Finland tillfrågades att delta i studien. Inget bortfall redovisat.
Slutsats	En ökad förståelse för patientens värld och erfarenheter, utifrån en helhetssyn av kroppen, där upplevelser och känslor ska inkluderas och tas i beaktande. Detta kan leda till förändrade attityder och beteenden hos sjuksköterskan.
Vetenskaplig Kvalitet	Hög

Referensnr: 35

Publikationsår	2010
Land	Tyskland
Databas	Cinahl
Författare	H. Remmers, M. Holtgräwe, C. Pinkert.
Titel	Stress and nursing care of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study.
Syfte	Vilka förväntningar och önskemål har bröstcancerpatienter på sjuksköterskor under sin sjukhusvistelse? Vad oroar bröstcancer opererade kvinnor under sjukhusvistelsen?
Metod	Kvalitativ intervjustudie. 42 kvinnor intervjuades vid två tillfällen mellan 2-5 dagar efter operation. Materialet analyserades efter ett detaljerat analyschema - teman och underteman fastställdes. Studien är etiskt godkänd.
Urval	
Bortfall	
Slutsats	För att kunna ge god omvårdnad måste sjuksköterskorna ha kunskap om kvinnornas unika situation och kunskap om hur deras behov bemöts på bästa sätt. Sjuksköterskornas förmåga att skapa goda relationer till kvinnorna är avgörande för vården.
Vetenskaplig Kvalitet	Hög

Referensnr: 36

Publikationsår	2011
Land	England
Databas	Cinahl
Författare	M. Tighe, A. Molassiotis, J. Morris, J. Richardsson
Titel	Coping, meaning and symptom experience: A narrative approach to the overwhelming impacts of breast cancer in the first year following diagnosis.
Syfte	Utforska och belysa svårigheter och resurser som kvinnor kopplar till sina symptom, behandling och effekter.
Metod	Kvalitativ metod, 39 djupgående intervjuer under 1 års tid. 10 kvinnor med nydiagnostiserad bröstcancer, från en specialiserad onkologi-avdelning i England. Nio kvinnor redovisades som bortfall.
Urval	
Bortfall	
Slutsats	De flerdimensionella aspekterna av kvinnors relationer med familj, vänner, arbetskamrater och sjukvårdspersonal påverkar avsevärt deras strategier för att hantera sjukdomen och skapa mening av deras erfarenheter kring bröstcancer. Studien belyser vikten av att utgå från varje kvinna och hennes egna behov och resurser i vård och behandling.
Vetenskaplig Kvalitet	Hög.

Referensnr: 37

Publikationsår	2008
Land	Australien
Databas	Cinahl
Författare	L. Beatty, M. Oxland, B. Kocwara, T-D. Wade
Titel	The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: a qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives.
Syfte	Att kvalitativt identifiera problem och behov av australiensiska kvinnor som nyligen diagnostiserats med bröstcancer.
Metod	Kvalitativ metod, med fokusgruppsintervjuer.
Urval	
Bortfall	19 kvinnliga patienter som nyligen diagnostiserats med bröstcancer de senaste 12 månaderna, sex onkologisjuksköterskor och nio volontärer. Nio kvinnliga patienter redovisades som bortfall p.g.a olika anledningar.
Slutsats	En hög grad av samstämmighet uppgavs i de problem och behov som identifierades i de olika gruppintervjuerna. Det skiljde dock vid några tillfällen, på vad de bröstcancerdrabbade kvinnorna angav och på vad sjuksköterskorna trodde att kvinnorna hade för behov.
Vetenskaplig Kvalitet	Hög

Referensnr: 38

Publikationsår	2004
Land	USA
Databas	Cinahl
Författare	A E. Kelly, P Sullivan, J Fawcett, N Samarel
Titel	Therapeutic Touch, Quiet Time, and Dialogue: Perceptions of Women With Breast Cancer.
Syfte	Att jämföra uppfattningen av Therapeutic Touch (TT) + dialog med sjuksköterka, som experimentell intervention, med Control Quiet Time + dialog med sjuksköterska, som kontrollintervention, hos kvinnor med bröstcancer.
Metod Urval Bortfall	Del av en större randomiserad studie som undersökte TT:s effekt på pre- och postoperativ ångest, humör och smärta hos kvinnor med bröstcancer. Experimentell- och kontrollintervention utfördes pre- och post operativt. Telefonintervjuer vid slutförandet. 31 kvinnor med bröstcancer i tidigt skede. Inget bortfall. Dock utfördes endast 18 intervjuer (nio kvinnor per grupp) vid slutförandet då inga nya avgörande upptäckter påträffades i analysen av kvinnornas svar efter 15 intervjuer. Studien är etiskt godkänd.
Slutsats	Få skillnader av kvinnornas upplevelse mellan den experimentella interventionen och kontrollinterventionen. Båda grupper uttryckte lugn, avslappning, trygghet, bekvämlighet och medvetenhet. I de fall sjuksköterskan som utförde interventionen kommenterades uppgavs positiva tankar som att hon var empatisk, omsorgsfull, stöttande och hjälpsam.
Vetenskaplig Kvalitet	Hög

Referensnr: 39

Publikationsår	2002
Land	Sverige
Databas	Cinahl
Författare	G. Ödling, A. Norberg, E. Danielson.
Titel	Care of women with breast cancer on a surgical ward: nurses opinions of the need for support for women, relatives and themselves.
Syfte	Beskriva sjuksköterskors uppfattning av cancerdrabbade kvinnors behov av vård och stöd efter mastektomi, samt sjuksköterskornas eget behov av stöd på avdelningen.
Metod Urval Bortfall	Trettiofyra (alla) sjuksköterskor på en kirurgiavdelning tillfrågades att delta i studien. En avböjde på grund av tidsbrist. Intervjuerna genomfördes på ett kontor i anslutning till avdelningen och pågick mellan 10-50 minuter. De bestod av öppna frågor rörande patienters och anhörigas behov av vård och stöd i samband med bröstoperation samt sjuksköterskornas eget behov av stöd i arbetet. Intervjuerna spelades in, transkriberades och analyserades i flera steg. Fem teman/behov framträdde och dessa analyserades vidare.
Slutsats	Studien visar att de behov som sjuksköterskorna skattade som viktigast för patienterna samt hur dessa behov borde tillgodoses beskrevs oftast utifrån ett teoretiskt perspektiv med få exempel från självupplevda situationer från vården. Behoven hos mastektomerade kvinnor och deras närstående verkar inte vara helt kända för vårdpersonalen och därför blir de förmodligen inte tillgodosedda. Sjuksköterskorna själva hade ett uttalat behov av stöd som inte alltid blev tillgodosett.
Vetenskaplig Kvalitet	Hög

Referensnr: 40

Publikationsår	2008
Land	Norge
Databas	PubMed
Författare	BT. Landmark, A. Bohler, K. Loberg, AK Wahl
Titel	Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context
Syfte	Att undersöka hur kvinnor som nyligen diagnostiserats med bröstcancer upplever sina behov utifrån ett omvårdnadsperspektiv.
Metod	Kvalitativ metod, med fokusgruppsintervjuer. Kvinna över 20-års ålder, under behandling för nydiagnostiserad bröstcancer, minst 4 veckor men ej längre än 1 år sedan det kirurgiska ingreppet och utan metastaser. En kvinnlig patient valde att inte ingå i studien och redovisades som bortfall.
Urval	
Bortfall	
Slutsats	Vikten av att låta bröstcancerdrabbade kvinnor få definiera sina olika behov samt tillgodose de behov av kunskap/information och psykosocialt stöd vid bröstcancerdiagnos både under och efter genomförd behandling.
Vetenskaplig Kvalitet	Hög.

Referensnr: 41

Publikationsår	2002
Land	Sverige
Databas	Cinahl
Författare	I-L. Koinberg, L. Holmberg, B. Fridlund.
Titel	Breast cancer patients' satisfaction with a spontaneous system of check-up visits to a specialist nurse.
Syfte	Att beskriva bröstcancerpatienters tillfredsställelse med ett system för spontanbesök hos en specialistsjuksköterska.
Metod	19 kvinnor som hade deltagit i en intervention med spontanbesök till en specialistsjuksköterska som de själva kontaktade när behov uppstod, valdes ut med tanke på ålder, utbildning, materiell standard och antal år sedan operationen för att få så stor spridning som möjligt. De hade även deltagit el deltog i standard-efterbehandling med återbesök till läkare fyra gånger/år under de två första åren och två gånger/år i fem år och sedvanliga mammografiundersökninga. Intervjuerna innehöll halvöppna frågor som rörde eftervården. De spelades in, transkriberades och analyserades. Analysen inspirerades av en Fenomenografisk metod utarbetad av Ferrens Marton. Studien godkändes av Commitén för Etik vid Medicinsk Forskning vid Örebro Universitet.
Urval	
Bortfall	
Slutsats	Bekräftelse och tillit var viktigt för att kvinnorna skulle känna sig säkra. Patienterna hade behov av information och egenvårdsundervisning. Tillgång till en för patienterna känd/välbekant läkare eller specialistsjuksköterska är av största vikt för ett system utan rutinuppföljningsbesök.
Vetenskaplig Kvalitet	Hög

Referensnr: 42

Publikationsår	2007
Land	Sweden
Databas	Cinahl
Författare	A. Billhult, E. Stener-Victorin, I. Bergbom
Titel	The Experience of Massage During Chemotherapy Treatment in Breast Cancer Patients
Syfte	Beskriva upplevelsen av massage hos bröstcancerpatienter under cellgiftsbehandling.
Metod	Fenomenologisk forskningsansats. Intervjuer x 1 med 10 kvinnor från en onkologisk klinik i Sverige. Dessa fick mjukmassage med strykningar x 5 cellgiftsbehandlingstillfällen (av 7). Inklusionskriterier: bröstcancerdiagnos, kvinna, planerad cellgiftsbehandling, tillgänglig att kunna delta i studien med läkares godkännande. Inget bortfall. Studien är etiskt godkänd.
Urval	
Bortfall	
Slutsats	Den essentiella meningen av att få massage under cellgiftsbehandling beskrivs som återhämtning från obehaget av cellgiftsbehandlingen. 5 teman framträdde: Patienterna blev distraherade från den skrämmande upplevelsen, vändning från negativ till positiv, avslappning, bekräftelse av omsorg samt att helt enkelt må bra.
Vetenskaplig Kvalitet	Hög

Referensnr: 43

Publikationsår	2002
Land	Sweden
Databas	Cinahl
Författare	M. Arman, A. Rehnsfeldt.
Titel	Living with breast cancer – a challenge to expansive and creative forces.
Syfte	Att få en djupare förståelse av bröstcancer drabbade kvinnors livsvärld med fokus på förändringar i livsperspektiv.
Metod Urval Bortfall	I denna icke randomiserade kvalitativa fallstudie valdes fyra bröstcancerdrabbade kvinnor 42-54 år, ut från en pågående studie rörande komplementär vård. De valdes ut för att särskilde sig från de övriga deltagarna då de uppfattade nära relationer som mer värdefulla samt skattade sitt självförtroende och sin självkänsla högre än vad övriga deltagare gjorde. För övrigt representerade de den övriga gruppen väl. Tre av kvinnorna var i ett framskridet skede av sjukdomen med metastaser och/eller återfall. Kvinnorna intervjuades x4. Intervjuerna spelades in, transkriberades och analyserades med en fenomenologisk ansats. Studien etiskt godkänd.
Slutsats	Tanken med intervjuerna var att öppna upp för flera olika synvinklar och stimulera till nya frågor och perspektiv.
Vetenskaplig Kvalitet	Hög

