



Maria Fjelner & Elinor Lundahl

Ersta Sköndal Högskola, Institutionen för vårdvetenskap

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp

Vetenskaplig metod och examensarbete, 22 hp, V61, VT 2012

Grundnivå

Handledare: Ragnar Piskator

Examinator: Görel Hansebo

Bröstcancerdiagnostiserade kvinnors upplevelse av emotionellt stöd från vårdpersonal.

Breast cancer diagnosed women's experience of emotional support from health caring staff

Sammanfattning

Bakgrund: Bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor. Många av de drabbade reagerar med starka känslor på diagnosen och behandlingen är tung och ofta obehaglig att ta sig igenom. Kvinnorna behöver stöd från anhöriga, vårdpersonal och andra kvinnor som har eller har haft bröstcancer. Anhöriga utgör den största källan till stöd, men stödet från vårdpersonalen är också av stor betydelse. Stöd kan delas in i emotionellt, materiellt och informativt stöd.

Syfte: Att beskriva bröstcancerdiagnostiserade kvinnors upplevelse av emotionellt stöd från vårdpersonal.

Metod: En litteraturoversikt enligt Friberg (2006a) utfördes. Nio kvalitativa studier har valts ut och analyserats.

Resultat: Resultatet visar att det var många olika faktorer som påverkade om kvinnorna upplevde att de fick emotionellt stöd eller inte. Åtta kategorier bildades under analysen: vårdrelationen, kontinuitet, trygghet och tillit, respekt och individualitet, närvaro, känslighet, tid samt personliga egenskaper.

Diskussion: Resultatet jämförs med Joyce Travelbees teori som berör mycket av det som framkommit i resultatet, exempelvis att det är viktigt att se patienten som en individuell individ. I diskussionen betonas bland annat vikten av att uppfatta patienten som mångdimensionell samt hur och vårdpersonalens stress och tidsbrist påverkar möjligheten av att kunna ge emotionellt stöd.

Sökord: bröstcancer, emotionellt stöd, kvinnor, omvårdnad, stöd, upplevelse.

Abstract

Introduction: Breast cancer is the most common type of cancer among women. Many of the affected women react to the diagnosis with strong feelings and the treatment is tough and often unpleasant getting through. The women need support from relatives, health-care personnel and other women with or who have had breast cancer. The relatives are a big source for support, but the support from health care personnel is also of great importance. Support can be divided into emotional, material and informational support.

Aim: To describe breast cancer diagnosed women's experience of emotional support from caring personnel.

Method: A literature review was performed according to Friberg (2006a). Nine studies with a qualitative approach were collected and analysed.

Findings: The result shows that there were many different factors who affected if the women experienced getting emotional support or not. Eight categories emerged in the analysis: the caring relation, continuity, confidence and trust, respect and individuality, presence, sensitivity, time and personal characteristics.

Discussion: The result is compared to Joyce Travelbee's theory that is connected to much of what was found in the result, for example the importance of recognizing the patient as an individual. The discussion highlights amongst other things the matter of seeing the many different dimensions of the patient and how the pressure and lack of time affects the health caring staff's ability to give emotional support.

Keywords: breast cancer, emotional support, experience, nursing care, support, women.

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund.....	1
2.1	Bröstcancer: förekomst och riskfaktorer.....	1
2.1.1	Behandling och vård vid bröstcancer.....	2
2.2	Upplevelsen av att leva med bröstcancer.....	3
2.3	Stöd.....	4
2.4	Stödjande relationer.....	5
2.4.1	Anhöriga.....	5
2.4.2	Sjukvårdspersonal.....	5
2.4.3	Andra kvinnor med bröstcancer.....	6
2.5	Vårdrelationen.....	6
2.6	Problematisering.....	7
3	Syfte.....	7
4	Teoretisk utgångspunkt.....	7
5	Metod.....	9
5.1	Datainsamling och urval.....	9
5.2	Analys.....	10
6	Forskningsetiska överväganden.....	11
7	Resultat.....	11
7.1	Vårdrelationen.....	11
7.2	Kontinuitet.....	13
7.3	Trygghet och tillit.....	13
7.4	Respekt och individualitet.....	14
7.5	Närvaro.....	15
7.6	Känslighet.....	15
7.7	Tid.....	16
7.8	Personliga egenskaper.....	16
8	Diskussion.....	18
8.1	Metoddiskussion.....	18
8.2	Resultatdiskussion.....	19
8.3	Praktiska implikationer.....	24
8.4	Förslag till fortsatta studier.....	24

Referensförteckning

Bilaga 1

1. Inledning

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor och media lyfter fram sjukdomen och kvinnornas upplevelse av den med jämna mellanrum. Sedan 2003 har Cancerfonden samlat in över 300 miljoner kronor till forskning om bröstcancer i Rosa bandet – kampanjen. Under arbetet med denna uppsats intervjuas Katarina Hulting i tv-programmet Skavlan om sin kamp mot bröstcancer. Dessutom får vi höra att Jenny Olsson, före detta landslagsåkare i längdskidor, avlidit i sviterna av bröstcancer, 32 år gammal. Vi påminns om att bröstcancer påverkar många människors liv, antingen genom att de själva eller någon anhörig drabbas.

När vi har varit ute på vår verksamhetsförlagda utbildning har vi mött kvinnor som har bröstcancer, exempelvis under vår primärvårdsplacering. När vi pratat med dessa kvinnor framkommer det att det ofta var chockartat att få sjukdomen, att det är en mycket tuff behandling att genomgå och att kvinnorna upplevde en överhängande rädsla för att dö av sjukdomen. Det kan vara svårt att veta hur man som sjuksköterska ska bete sig gentemot dessa kvinnor, och vi ställer oss frågan hur de vill att stödet ska se ut. Vi tror att vi kan öka vår förståelse för detta genom att samla kunskap om kvinnors egna erfarenheter av det stöd som de har fått från vårdpersonal.

2. Bakgrund

2.1. Bröstcancer: förekomst och riskfaktorer

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen hos kvinnor och stod för 30% av kvinnors cancerdiagnoser under år 2010 (Socialstyrelsen, 2011a, s. 23). Även män kan utveckla bröstcancer men under 2010 utgjorde bröstcancerandelen endast 0.1% av alla konstaterade cancerdiagnoser hos män (Socialstyrelsen, 2011a, s. 24).

Incidensen för kvinnlig bröstcancer har ökat sedan början av 90-talet och rikssnittet låg under perioden 2007 – 2009 på 228,5 nydiagnostiserade per 100 000 kvinnor. (Socialstyrelsen, 2011b, s. 30). Under samma period var femårsöverlevnaden 87% (Socialstyrelsen, 2011b, s. 31). I Europa räknas Sverige som ett högincidensland, men samtidigt är mortaliteten låg (Bergh & Emdin, 2008, s. 266). Det höga incidenstalet anses bero på den mammografiscreening som Socialstyrelsen rekommenderar alla landsting att erbjuda kvinnor mellan 40 och 74 års ålder (s. 266). Detta för att man genom screeningen upptäcker fler fall. Med dessa undersökningar upptäcks eventuell bröstcancer i ett tidigt

stadium, vilket tillsammans med tidig åtgärd minskar risken att dö i sjukdomen (s. 267). Medianåldern för kvinnorna som diagnostiseras är 62 år (s. 266).

Det finns ett flertal riskfaktorer bakom uppkomsten av bröstcancer, där livsstil och hormonella faktorer anses väga tyngst i de flesta fall (s. 268-269). Som exempel kan nämnas tidig menarke och sen menopaus, hög vävnadsdensitet i bröstet samt behandling med vissa p-piller, medan däremot fysisk aktivitet för både pre – och postmenopausala kvinnor samt flera fullgångna graviditeter före 25 års ålder anses skydda mot bröstcancer. Nedärvda genmutationer sägs svara för mellan 2 – 2,5% av bröstcancerfallen (Bergh & Emdin, 2008, 267-268).

2.1.1. Behandling och vård vid bröstcancer

Behandlingen av bröstcancer beror på hur utbredd sjukdomen är då den upptäcks (Kvinnsländ, 2003, s. 312). I första hand skiljer man mellan primär cancer som är begränsad till själva bröstet eller lokala lymfkörtlar och cancer som metastaserat till andra delar av kroppen. Kirurgiska ingrepp utgör den viktigaste behandlingen, där man beroende på tumörens utbredning och stadieindelning genomför så kallad bröstbevarande kirurgi eller modifierad radikal mastektomi. I det första fallet avlägsnas endast tumören och man gör en lymfkörtelutrymning i armhålan, medan en mastektomi innebär att man opererar bort hela eller delar av bröstet samt en del lymfkörtlar i armhålan. Kirurgin kan kompletteras med adjuvant strålbehandling och medicinsk behandling med cytostatika och eventuellt hormonpreparat (Kvinnsländ, 2003, s. 313-314).

Att genomgå behandling mot bröstcancer kan upplevas som mycket påfrestande (Gjertsen, 2003, s. 318). Cytostatikabehandling kan bland annat ge biverkningar som illamående, fatigue och håravfall och dessutom är det inte ovanligt att kvinnorna drabbas av menstruationsrubbingar (Varre, 2003, s. 111-118). Även strålbehandling kan orsaka illamående och fatigue och dessutom besvärliga hudirritationer (Gjertsen, 2003, s. 320). Vilka biverkningar man drabbas av samt hur svåra de blir beror på vilka preparat man behandlas med, preparatens dos och styrka, strålningsdoser, behandlingens längd, med mera. Dessutom reagerar människor individuellt på cytostatikabehandling och vissa tolererar behandlingen bättre än andra (Varre, 2003, s.113). Patienterna är beroende av sjukvårdspersonalens hjälp med att lindra biverkningar och obehag.

Omvårdnadsbehoven hos kvinnor med bröstcancer varierar beroende på i vilken fas av sjukdomen de befinner sig samt vilken behandling de genomgår. Behandlingen medför både psykiska och fysiska förändringar som kvinnan behöver hjälp att hantera (Gjertsen,

2003, s. 318). De fysiska omvårdnadsbehoven handlar bland annat om hjälp med att reglera illamående och smärta, sköta hygien samt att få omlagt operationssår och eventuella cancersår. Kvinnan kan också behöva informeras om hur hon ska gå tillväga för att skaffa peruk (s. 321) och bröstprotes (s. 319). Den psykiska omvårdnaden handlar om att vara närvarande, lyssna och låta patienten visa sina känslor, och att stödja henne i de beslut rörande behandling hon fattar (Gjertsen, 2003, s. 319).

2.2. Upplevelsen av att leva med bröstcancer

För många kvinnor börjar ”resan” med bröstcancer vid diagnos men eftersom bröstcancer till viss del är ärftligt kan kvinnor med bröstcancersjuka anhöriga redan i förväg ha funderat över sin egen risk att få sjukdomen (Lindop & Cannon, 2001). Det kan kännas överkligt att gå och vänta på att få diagnosen bekräftad, eftersom bröstcancer i tidigt stadium inte ger några nämnvärda symtom och kvinnan kan uppleva sig som helt frisk (Lindop & Cannon, 2001).

Reaktionen på en bröstcancerdiagnos kan präglas av starka känslor (Landmark, Bøhler, Loberg & Wahl, 2008) som till exempel chock och känslomässig avtrubning (Lally, 2010) och en känsla av att vara hotad (Graydon et al., 1997). Dessa känslor kan uppstå oavsett hur väl förberedd kvinnan är på diagnosen (Lally, 2010).

Tiden mellan diagnos och operation kan påverka kvinnans känslomässiga reaktion (Landmark et al., 2008). I Landmark, Bøhler, Loberg och Wahls studie (2008) tyckte vissa kvinnor att de fick för lite tid på sig innan operation och att de inte hann förbereda sig tillräckligt, vilket ledde till en stark reaktion efter operationen. De som väntade längre inför operation var istället oroliga över att cancer spridit sig i kroppen (Landmark et al., 2008). I Laceys studie (2002) kände kvinnorna när den första chocken lagt sig att det var viktigt att behandla sjukdomen så fort som möjligt.

I Lindop och Cannons studie (2001) kände kvinnorna en rädsla inför operation och behandling. Strålning och kemoterapi och särskilt de biverkningar som dessa medför upplevdes som mycket otrevliga, även om en del av kvinnorna tänkte att det är priset som de får betala för deras hälsa och liv. Ett antal kvinnor har uppgett att det skulle ha varit till hjälp med mer information om behandlingen (Lindop & Cannon, 2001).

Efter operationen tänkte kvinnorna mycket på sin förändrade kropp, deras egen och partners reaktion på denna. Många oroade sig för sin partners reaktion (Lindop & Cannon, 2001). Fysiska förändringar som en följd av behandling av bröstcancer uppgavs

ofta i Landmarks studie (Landmark et al., 2008). Studien visade att kvinnorna hade många obesvarade frågor och behövde information från sjukvårdspersonal på ett sätt som kunde få dem att fullt ut förstå sin situation. Den fysiska förändringen som behandlingen av bröstcancer innebar påverkade kvinnornas sexualitet och den sexuella relationen och kvinnorna kunde uppleva skam och blygsel (Landmark et al., 2008).

Stephens, Osowski, Fidale och Spagnolis studie (2008) visar att rädsla och/eller ångest är det som framförallt tynger kvinnor med bröstcancer efter en operation. Rädslan kretsade framförallt kring eventuellt återfall eller att cancer ska metastasera, den osäkra framtiden, och vilken slags behandling som skulle komma att behövas (Stephens et al., 2008).

Det förekommer att kvinnor efter avslutad behandling upplever en ängslan inför framtiden (Lindop & Cannon, 2001; Oxlad, Wade, Hallsworth & Koczwara, 2008). Ängslan kunde visa sig genom en känsla av att vara vilse, tom och/eller rädd och denna period beskrevs ofta som ett tomrum (Oxlad et al., 2008). Många kvinnor kände sig övergivna och även om kvinnorna visste att de kunde kontakta personalen via telefon, så tänkte många att personalen var stressade med annat och att det som de skulle säga inte var tillräckligt viktigt (Lindop & Cannon, 2001). För att känslan av övergivenhet skulle försvinna ville de ha ett ökat stöd efter behandling (Lindop & Cannon, 2001).

2.3. Stöd

Schaefer, Coyne och Lazarus (1981, s. 385-386) ansåg det användbart att skilja mellan olika former av stöd; emotionellt stöd, materiellt stöd och informationsstöd. Emotionellt stöd innehåller närhet, tillgivenhet, uppmuntran samt att kunna anförtro och förlita sig på varandra. Dessa faktorer bidrar till känslan av att man är älskad och omhändertagen samt att man är del i en gemenskap. Materiellt stöd innehåller att stå till tjänst för en hjälpbehövande person och göra saker för denne. Det kan också innebära tjänster som pengalån och gåvor med pengar eller saker. Informationsstöd innehåller att ge information, råd och feedback (Schaefer et al., 1981).

Stöd ses som en positiv handling och personen som ger stöd upplevs som ha mottagarens välbefinnande och intressen som utgångspunkt (Hinds & Moyer, 1997). Även om stödjande och icke-stödjande handlingar lätt kunde identifieras i Hinds och Moyers studie (1997), så visade det sig att handlingen i sig inte garanterar att mottagaren uppfattar det som stöd. Exempelvis uppgav en patient att det var intensionen av att vara

stödande i den praktiska hjälpen snarare än den praktiska handlingen i sig som var stödande. En person kan å andra sidan också upplevas som stödande, även om dennes handlingar inte var menade på det viset (Hinds & Moyer, 1997).

2.4. Stödande relationer

I Hinds och Moyers studie (1997) framkom att olika sorters stöd kan ges vid olika tillfällen och av olika personer. De förväntningar som mottagaren av stödet har på relationen till den som ger stöd ger ledtrådar till mottagarens identifiering och upplevelse av stöd (Hinds & Moyer, 1997).

2.4.1. Anhöriga

Det framkommer på flera håll att anhöriga har en mycket betydande stödande funktion (Hinds & Moyer, 1997; Lacey, 2002; Lindop & Cannon, 2001). De närmaste är de som med störst sannolikhet tillhandahåller stöd och närheten i relationen ses som ett tecken på vilken kvalitet på stödet som kan förväntas (Hinds & Moyer, 1997).

I Laceys studie (2002) uppgav kvinnorna att familj och vänner gav stöd när de skulle välja vilken sorts behandling som de skulle ha. Stödet från dem buffrade och filterade stressen. Många av kvinnorna uppgav att det var dessa personer som gjorde mycket av informationssökningen och stödet från familj och vänner hjälpte kvinnorna att klara av situationen från diagnos till efterbehandlingsfasen (Lacey, 2002).

I Lindop och Cannons studie (2001) var kvinnorna dock medvetna om att även familjen gick igenom en jobbig resa och de kunde uppleva det som jobbigt med för mycket sympati ifrån dem. En del kvinnor uppgav att de oroade sig för sina barn, men att de också var ett stöd och gav en anledning för dem att fortsätta (Lindop & Cannon, 2001).

2.4.2. Sjukvårdspersonal

Vid sidan av anhöriga har även sjukvårdspersonal en stödande funktion. I Landmarks et al.s studie (2008) framkom att stöd från anhöriga är viktigt, men att kvinnorna även behöver professionell hjälp, så att de i sin tur kan stödja sina anhöriga. Sjuksköterskor, läkare, socialarbetare och sjukhustekniker beskrivs i Hinds och Moyers studie (1997) som en professionell källa tills stöd. Läkare nämndes som stöd framförallt vid diagnostisering genom att ge eller inte ge information för att lindra oro och rädsla och att hjälpa till med

beslutsfattande. Sjuksköterskor fanns mer sannolikt där på en emotionell nivå (Hinds & Moyer, 1997). I en studie av Velikova et al. (2008) uppgav flera patienter att de hellre pratade med sjuksköterskorna än med läkarna då det gällde personliga saker som familjeangelägenheter eller känslomässiga frågor.

På vissa kliniker arbetar ibland en så kallad bröstsjuksköterska. Hon står i kontinuerlig kontakt med kvinnorna och erbjuder stöd och information genom hela förloppets gång, från diagnos och behandling till rehabilitering och eftervård (Burnet, Chapman, Wishart & Purushotham, 2004). Hennes sätt att jobba skiljer sig från sjuksköterskans som arbetar på en vanlig vårdavdelning, till exempel genom att hon har utökade kunskaper och kan erbjuda ett ökat stöd med större kontinuitet (Burnet et al., 2004).

2.4.3. Andra kvinnor med bröstcancer

Kvinnor har betonat betydelsen av gemenskap med andra kvinnor som är i samma situation som dem själva (Hinds & Moyer, 1997; Landmark et al., 2008). Genom att dela upplevelsen med andra kan kvinnorna förstå att de inte är ensamma och att andra har liknande tankar och känslor. Detta bidrar till ökad kunskap om en själv samt ger ett stöd (Landmark et al., 2008).

2.5. Vårdrelationen

Hinds och Moyer (1997) säger att allt stöd och bemötande äger rum inom ramen för en relation. Bottomley och Jones (1997) hävdar att goda relationer med sjukvårdspersonal är viktigt för att patienten ska kunna anpassa sig till sin sjukdom och behandling. Begreppet vårdrelation behandlas i en studie av Björck och Sandman (2007) och beskrivs där som själva kärnan i omvårdnaden. Författarna hävdar att begreppet vårdrelation är ett fackbegrepp som ibland används på ett tvetydigt sätt. De definierar vårdrelationen som en relation som uppstår mellan *”en människa i egenskap av patient och en människa i egenskap av professionell vårdare”* (Björck & Sandman, 2007, s. 18).

Halldorsdottir och Hamrin (1996, 1997) har i ett par studier undersökt cancerpatienters syn på vårdrelationer de haft under sjukdom och behandling. En allvarlig diagnos som cancer kan medföra att patienten känner sig sårbar och utsatt och i detta känsliga läge kan möten med sjukvårdspersonal ha en större effekt på dem än på en frisk person (Halldorsdottir & Hamrin, 1996) I en studie beskrev patienterna hur en fungerande vårdrelation gav dem känslor av medbestämmande, solidaritet, välbefinnande och

läkedom (Halldorsdottir & Hamrin, 1997). Författarna menar att en vårdande relation kräver att vårdaren är medveten om andras emotionella behov och dessutom äger självinsikt (Halldorsdottir & Hamrin, 1997).

2.6. Problematisering

Bakgrunden visar att det innebär en avsevärd påfrestning att diagnostiseras med och behandlas för bröstcancer. Ansträngande behandlingar, oro inför framtiden, hantering av anhörigas känslor samt kroppsliga förändringar är exempel på sådana påfrestningar. Kvinnornas behov av emotionellt stöd är stort och vårdpersonalen har en viktig funktion som stödgivare. För att man ska kunna veta hur detta stöd bör vara utformat så anser vi att det behövs inblick i patientens upplevelse av det stöd som de fått. Avsikten med denna litteraturöversikt är därför att belysa kvinnors upplevelse av emotionellt stöd från vårdpersonal.

3. Syfte

Vårt syfte är att beskriva bröstcancerdiagnostiserade kvinnors upplevelse av emotionellt stöd från vårdpersonal.

4. Teoretisk utgångspunkt

Joyce Travelbee – The human-to-human- relationship¹

A human-to-human-relationship is primarily an experience or series of experiences between a nurse and the recipient(s) of her care. The major characteristic of these experiences is that the nursing needs of the individual (or family) are met (Travelbee, 1971, s.123).

Travelbee ansåg att meningen med all omvårdnad är att hjälpa individen och dennes familj att förebygga eller klara av upplevelsen av sjukdom och lidande och att hjälpa till att finna en mening med lidandet (Travelbee, 1971, s. 119). Allt som sjuksköterskan säger eller gör för eller med den sjuke syftar till att uppnå omvårdnads målet. Måttet på hur

¹ The human-to-human-relationship översätts här till människa-till-människa relationen.

skickligt omvårdnaden utförts är i vilken utsträckning som individen eller familjen har blivit hjälpta med problemen som sjukdom och lidande innebär (s.119).

Centralt i denna teori är att både sjuksköterskan och den sjuke personen bör se och relatera till varandra som unika människor snarare än som sjuksköterska och patient (s. 119). För att kunna relatera till varandra som människor så måste fasaderna som sjuksköterska och patient innebär trängas igenom för att kunna nå det mänskliga i personerna. Denna teori förutsätter att rollfigurerna ”sjuksköterska” och ”patient” inte kan skapa en relation, utan det är endast när dessa individer ser varandra som människor som en relation blir möjlig (s. 119). Varje kontakt som sjuksköterskan har med den som mottar vården kan medföra ett steg mot en människa-till-människa relation, särskilt när sjuksköterskan i varje kontakt avsiktligt strävar efter att lära känna personen och att möta dennes behov. Människa-till-människa-relationen uppstår inte bara av sig själv utan den utvecklas för varje kontakt i en ständigt pågående process (s. 119). Båda parter medverkar till denna utveckling, men det är sjuksköterskans ansvar att se till att relationen utvecklas och upprätthålls (s. 124). Hon måste ta sina resurser i anspråk och använda sig själv, sin personlighet och kunskap, och hon bör medvetet planera omvårdnaden och till fullo använda sig av tillgänglig kunskap och förståelse (s. 119).

Travelbee menade att en människa-till-människa relation skapas efter att sjuksköterskan och mottagaren av vården gått igenom fyra faser (s. 119). I den första fasen äger det första mötet rum och sjuksköterskan och patienten får ett första intryck av varandra (s. 131). Dessa intryck är ofta stereotypa och grundas i allmänhet på tidigare erfarenheter av personer med dessa roller (s. 131). I nästa fas börjar de unika identiteterna framträda och de börjar knyta an till varandra (s.132). Sedan kommer empatifasen, där de börjar se bortom den andres yta (s. 136), förstå personen (s. 139) och börjar kunna förutse hur personen kommer att agera (s. 136). I sympatifasen som kommer efter så har man kommit ännu närmare varandra. Här känner inte bara sjuksköterskan med den sjuke, utan drivs också av en vilja att hjälpa (s. 142). Efter att dessa fyra faser genomgåts når man fasen av samförstånd och en människa-till-människa relation (s. 150). Samförstånd karaktäriseras av att sjuksköterskan och patienten till fullo upplever varandra som individer (s. 150). Sjuksköterskan förstår vilka patientens behov är och hon förmår möta dessa behov när hon nyttjar det” terapeutiska användandet av sig själv” samt sina intellektuella förmågor (Travelbee, 1972, s. 152).

5. Metod

5.1. Databasinsamling och urval

För att hitta artiklar till denna litteraturstudie har vi sökt i databaserna Cinahl plus with Full Text och PubMed. Sökorden vi använde var *breast neoplasms, experience, needs, nursing och support* och redovisas i sökmatrixen nedan i figur 1. Sökningen i PubMed var till en början alltför omfattande och vi valde att begränsa den genom att välja bort artiklar som behandlade palliativ vård. Uteslutandet av studier inom palliativ vård gjordes eftersom vi tänker oss att det emotionella stödet som behövs i denna kontext ligger på en annan nivå, då patienter inom den palliativa vården inte kan bli botade. Ett urvalskriterium var att artiklarna skulle vara skrivna utifrån ett patientperspektiv och vi utslöt de studier som beskrev sjukvårdspersonalens uppfattning om vilket stöd de trodde att patienterna behövde. Ett annat urvalskriterium var att artiklarna skulle vara peer reviewed. I Cinahl kunde vi ange detta som ett särskilt sökkriterium och i PubMed fick vi själva kontrollera de artiklar vi valt.

Själva urvalsprocessen gick till så att titlarna lästes på de artiklarsom kom upp i sökningen. Om vi med ledning av titeln bedömde att artikeln på något sätt skulle kunna ha något med vårt ämne att göra så valde vi att läsa dess sammanfattning. Grovt uppskattat läste vi sammanfattningen på en tredjedel av våra träffar. Om artikeln verkade beröra vårt ämne så lästes den i sin helhet. Här fick bedömmas huruvida artikeln faktiskt handlade om det som vi förväntat oss av dess sammanfattning. Vi beslöt även att de artiklar som vi skulle ha med i vår litteraturstudie skulle innehålla en viss mängd uppgifter som var relevanta för vårt syfte eftersom vi inte tyckte att det räckte med endast några meningar. Efter denna sällning valdes nio artiklar ut till litteraturstudien. De valda artiklarna beskriver funderingar kring och upplevelser av stöd som kvinnor med bröstcancer erfarit i samband med vård och behandling. Studierna hade utförts i Sverige, Finland, Danmark, England, Tyskland och Australien och publicerades mellan 1995 och 2011 med majoriteten runt tvåtusentalets första decennium. Kvinnorna som deltog i studierna var mellan 32 och 85 år gamla.

Figur 1. Sökmatrix

Databas	Sökord	Antal träffar	Artiklar vala till resultatet
Cinahl plus with Full Text	breast neoplasms (MM) AND nurs* AND needs	191	Nr 2, 6, 9
PubMed	breast neoplasms AND nurs* AND needs NOT palliative, subset cancer	359	Nr 1, 4, 7
Cinahl plus with Full Text	breast neoplasms (MM) AND experience AND support (MW)	137	Nr 5, 8
Cinahl plus with Full Text	breast neoplasms (MM) AND experience AND support AND nursing	57	Nr 3

5.2. Analys

Friberg (2006a, s.110) beskriver analysarbetet som en rörelse från helhet till delar och sedan till en ny helhet. Analysen genomfördes efter de olika steg som Friberg beskriver (s.110-112). Först lästes de valda artiklarna noggrant igenom för att få en helhetsbild över studierna. Sedan lades fokus på studiernas resultat. Resultaten bröts ner genom att varje mening eller stycke som ansågs vara relevant för litteraturöversiktens syfte skrevs ner på en lapp som numrerades. Samma nummer som skrevs på lappen skrevs på det ställe i artikeln där det som stod på lappen fanns skrivet för att det skulle vara enkelt att gå tillbaka och finna var texten kom ifrån. Lapparna och artiklarna kopplades ihop genom att båda märktes med en gemensam färg. Detta för man snabbt skulle kunna se vilken artikel lappen kom ifrån. Lapparna lästes sedan en och en och deras innehåll analyserades. De lappar som berörde någonting gemensamt fördes samman och skapade en enhet. Detta

medförde att det bildades flera enheter som berörde olika aspekter av emotionellt stöd. Vissa av enheterna blev betydligt mindre än övriga varpå dessa fördes samman med någon av de större. Varje enhet fick redan en rubrik efter det som ansågs vara essensen i innehållet. När resultatet sedan skrevs utifrån dessa enheter så blev vissa kategorier betydligt mindre än andra varpå de mindre slogs ihop med en större kategori med ett innehåll där de kunde passa in. Efterhand har benämningen på vissa kategorier ändrats så att de stämmer bättre överens med innehållet samt så att de skulle vara utformade på liknande sätt som övriga kategorier. Slutligen bildades åtta stycken kategorier.

6. Forskningsetiska överväganden

I vår litteraturoversikt har vi använt oss av artiklar som är författade på engelska. Eftersom engelska inte är vårt modersmål har vi inte alltid full förståelse för ordens innebörd och därför kan vår översättning ibland ha blivit missvisande. Vi har dock försökt undvika sådana misstag genom att vara noggranna i vår översättning och använda oss av lexikon då vi inte varit säkra på den lämpliga översättningen av ett ord.

Friberg (2006b, s. 120) föreslår att man i kvalitetsgranskningen av artiklar som ingår i en litteraturoversikt kan kontrollera om de för något etiskt resonemang. I vår översikt uppgav alla författare utom Boman, Andersson och Björvell (1997) och Wilkes, White och Beale (2002) att deras studier granskats av en etisk kommitté vid det sjukhus eller universitet där studien utförts.

7. Resultat

Åtta olika kategorier bildades under analysen: vårdrelationen, kontinuitet, trygghet och tillit, respekt och individualitet, närvaro, känslighet, tid samt personliga egenskaper.

7.1. Vårdrelationen

Patienter förväntade sig en värdefull och omhändertagande relation med sjuksköterskan som ett stöd (Remmers, Holtgräwe & Pinkert, 2010). En bekräftande relation kännetecknades av att både läkare och sjuksköterskor visade sig förstående, gav positiv feedback, visade intresse för kvinnorna och respekterade dem (Pålsson & Norberg, 1995). En sådan relation upplevdes även när samtalstonen var tillåtande och kvinnorna kände att

de kunde ställa frågor och visa sina känslor. Att kunna dela med sig av sina bördor till en sjuksköterska som kunde lyssna, trösta och acceptera deras känslor gjorde att kvinnornas oro minskade. Detta medförde även att de slapp belasta sina anhöriga med sin oro (Pålsson & Norberg, 1995). Kvinnorna gavs möjligheten att kunna visa sig sårbara och svaga inför sjuksköterskan då hon var vänlig, tyst och omtänksam (Remmers et al., 2010). Det beskrevs som en lättnad då patienterna inte behövde ta sig samman för att förklara sina känslor eller för att gömma dem (Remmers et al., 2010). Deltagarna i Halkett, Arbon, Scutter och Borgs studie (2006) uppgav att en bröstsjuksköterska kommunicerat på ett ändamålsenligt sätt med dem och utvecklade ett samförstånd med dem under sjukdomens gång. En stödjande relation med bröstsjuksköterskan kunde hjälpa patienten att i sin tur stödja sina anhöriga (Halkett et al., 2006).

En icke-bekräftande relation uppstod när atmosfären inte var tillåtande (Pålsson & Norberg, 1995). Detta kunde ta sig uttryck som att personalen visade sig ointresserad och saknade vilja att förstå och stödja patienterna (Boman, Andersson & Björvell, 1997). En icke-bekräftande relation uppstod även vid ett fall när kvinnan upplevt sjuksköterskans försök till djupare kontakt som skrämmande (Pålsson & Norberg, 1995). En studie visade att vårdrelationen inte kunde utvecklas om inte patienterna gavs tillräckligt med tid och information, och dessutom inte sågs som jämlika, unika, individer (Arman, Rehnsfeldt, Lindholm, Hamrin & Eriksson, 2004). Arman et al. (2004) liknar patientens försök att förstå och hantera sin sjukdom och de existentiella funderingarna som cancer ofta medför vid ett rop på hjälp. Detta rop på hjälp uppfattades ofta inte av personalen och patienterna upplevde att de lämnades ensamma i det utsatta läge cancerdiagnosen försatt dem i (Arman et al., 2004).

Ett brott i vårdrelationen beskrevs då behandlingen var avslutad och patienterna skrivits ut från sjukhuset. I exempelvis Holtzmann och Timms studie (2005) kände sig kvinnorna övergivna och ensamma den första tiden efter utskrivning och saknade kontakten med vårdgivarna. Fast de visste att de vid behov var välkomna att kontakta personalen drog de sig för att göra det eftersom de var rädda för att störa (Saares & Souminen, 2005). I en studie efterlyste en deltagare någon form av uppföljande samtal från vårdavdelningens sida (Wilkes, White & Beale, 2002).

7.2. Kontinuitet

Flera studier visade att patienterna uppskattade att ha tillgång till samma vårdpersonal under sin behandling (Boman et al., 1997; Hendry, 2010; Pålsson & Norberg, 1995). Att få vårdas av en och samma sjuksköterska under perioderna med cytostatikabehandling sades vara av central betydelse för det stöd patienten ville ha (Pålsson & Norberg, 1995). Då den sjuksköterska som de brukade möta inte var på plats kunde patienterna känna sig övergivna (Boman et al., 1997). Att behöva byta personal när man flyttade från operationsavdelningen till vårdavdelningen upplevdes som påfrestande eftersom man då blev en ”främling”² (Boman et al., 1997).

I Halkett et al.s studie (2006) beskrivs att patienterna uppskattade den kontinuerliga kontakt de hade med sin bröstsjuksköterska. Bland annat framkommer det att den kontinuerliga kontakten gjorde att en patient upplevde att denna kunde ge mer relevant stöd och information. Annan vårdpersonal koncentrerade sina insatser till sitt specifika område medan bröstsjuksköterskan hade ett helhetsperspektiv på patienten. Hon kunde därför erbjuda dem ett mer individuellt anpassat stöd och information (Halkett et al., 2006).

7.3. Trygghet och tillit

Det var avgörande för patientens välbefinnande att en förtroendeingivande och tillitsfull relation kunde utvecklas mellan sjuksköterska och patient (Remmers et al., 2010). Flera faktorer såsom kontinuitet och personalens skicklighet och tillgänglighet bidrog till att patienterna kände tillit (Boman et al., 1997). Det behövdes inte stora gester för att skapa en känsla av trygghet, utan det kunde räcka med vänlig beröring och närvaro (Remmers et al., 2010). En patient berättade att sjuksköterskan inte gav henne några orealistiska förhoppningar, utan endast hopp om att sjukdomen inte betydde slutet (Saares & Souminen, 2005).

En brist på tillit uppstod då sjukvårdspersonalen inte höll sina löften (Boman et al., 1997). Som exempel nämndes en sjuksköterska som inte höll sitt löfte om en pratstund vilket fick patienten att tappa tilliten till henne (Wilkes et al., 2002), eller att löften om personalkontinuitet inte hölls (Boman et al., 1997).

² ”Nobody” i den engelska originaltexten

7.4. Respekt och individualitet

Patienterna ville behandlas respektfullt och individuellt utifrån sina behov och önsningar och de betraktade det som stödande då sjuksköterskan uppmärksammade och visade patienten på hennes egna individuella styrkor (Remmers et al., 2010). Alla kvinnor i Hendrys studie (2011) var nöjda med det respektfulla bemötande de fick av personalen. Till exempel uppfattades det som respektfullt då personalen täckte över deras kroppar så att de inte i onödan behövde ligga blottade på behandlingsbritten då de undergick strålbehandling (Hendry, 2011).

Patienterna ville att sjuksköterskan inte bara skulle vara beredd att möta deras fysiska behov, utan också uppmärksamma psykologiska och emotionella påfrestningar (Remmers et al., 2010). Dessutom ville de att sjuksköterskan skulle respektera och acceptera deras individuella sätt att hantera situationen (Remmers et al., 2010)

Att bli behandlad som ett objekt och inte som en person innebar för kvinnorna att de blivit dåligt bemötta (Arman et al., 2004; Boman et al., 1997; Wilkes et al., 2002). Ett exempel på bristande respekt för patientens integritet var att sjuksköterskan ställde frågor till patienten trots att det fanns andra personer i rummet som kunde höra vad som sades (Boman et al., 1997).

Det upplevdes som negativt då personalen bara fokuserade på den fysiska delen av vården (Arman et al., 2004; Holtzmann & Timm, 2005; Remmers et al., 2010; Wilkes et al., 2002). I Holtzmann och Timms studie (2005) beskrev en patient hur hon skaffade samtalsstöd på egen hand och att hon annars skulle ha känt sig som ett stycke kött eftersom personalen bortsåg från allt utom den fysiska delen av vården. Vissa patienter i samma studie upplevde också att personalen ignorerade problem som inte var kopplade till den primära diagnosen. I ett fall gällde det ett trycksår som inte upptäcktes på flera dagar trots att patienten klagat på smärtan (Holtzmann & Timm, 2005). I Arman et al.s studie (2004) beskrev patienterna att det medförde lidande och skamkänslor för dem då personalen ignorerade deras existentiella situation. Istället för att erbjuda sympati, stöd och en möjlighet att prata hänvisades kvinnorna till psykiatri eller någon stödorganisation. Patienterna upplevde att den rutinstyrda vårdkulturen i sig förminskade deras ställning som unika individer, och att de reducerades till att bli en i den långa raden av bröstcancerpatienter. Dessutom upplevde patienterna att deras lidande osynliggjordes och att de förväntades anpassa sig till detta (Arman et al., 2004).

7.5. Närvaro

I Saares och Suominens studie (2005) menade patienterna att de fick bästa möjliga vård när de kände sig omhändertagna och upplevde att de inte blev lämnade ensamma.

Patienter uppgav att sjuksköterskan genom sin närvaro och uppmuntran kan stärka dem i tron på att de kommer att ta sig igenom den pågående krisen (Remmers et al., 2010). Hög närvaro av behandlingsteamet gjorde att patienten upplevde dem som trovärdiga (Remmers et al., 2010).

I Remmers studie (2010) förväntade sig patienterna att sjuksköterskorna skulle finnas vid deras sida i svåra situationer, som till exempel under obehagliga undersökningar eller för att kunna ha tröstande och stödjande samtal med dem. De postoperativa rutinkontrollerna gav patienterna en känsla av att vara omhändertagna (Remmers et al., 2010).

Fysisk beröring uppgavs som viktigt liksom att personalen kommer och presenterar sig (Saares & Souminen, 2005). Att bröstsjuksköterskan rörde vid henne uppfattades av en patient som att sköterskan brydde sig om henne (Halkett et al., 2006).

I Halkett et al.s artikel (2006) beskrivs hur bröstsjuksköterskans närvaro och tillgänglighet gjorde att hon såg patienternas behov och vilket stöd de behövde. Genom sin närvaro kunde hon ge dem extra stöd i de stunder då det särskilt behövdes. Detta gav även patienten möjlighet att diskutera sin behandling och olika bekymmer med henne. Till exempel beskrivs hur hon gav ett gott stöd till en patient genom att dagligen besöka denna på kirurgavdelningen (Halkett et al., 2006).

I Holtzmann och Timms studie (2005) beskrevs hur personalens frånvaro fick en inlagd patient att känna sig övergiven. Detta inträffade då kvinnan blivit stark nog att komma upp ur sängen och klara sig själv, och personalen slutade komma in på hennes rum och erbjuda henne hjälp (Holtzmann & Timm, 2005). Patienter ansåg det som negativt när vårdpersonalen inte fanns där för dem, utan de måste stå upp för sig själva för att få det stöd som de behövde (Arman et al., 2004).

7.6. Känslighet

Patienter har uppgett att sjuksköterskan för att ge ett individuellt stöd ska känna av hur patienten mår och vilket stöd som behövs utan att hon ska behöva prata eller fråga om det (Remmers et al., 2010).

Känslighet hos sjuksköterskan kunde även innebära att hon lämnar patienten ifred och inte tränger sig på med frågor och erbjudanden eller att hon inte ger patienten känslan av att denna måste prata om sjukdomen (Remmers et al., 2010). Patienter har även uppgett att de tycker att sjuksköterskan ska ha ett öga för detaljer, så att stödet passar deras individuella behov. De ansåg också att sjuksköterskan ska veta hur hon vid rätt tidpunkt ska kunna distrahera patienterna från sjukdom och sorg. Detta tyckte patienterna att hon kan göra med hjälp av humor, gladlynthet och genom att prata om vardagslivet. Det kunde få patienterna att känna att livet går vidare och att sjukdomen inte påverkar hela deras existens (Remmers et al., 2010).

7.7. Tid

Patienter har beskrivit det som positivt när personalen spenderade tid med dem och många önskade ännu mer tid (Boman et al., 1997). Det gav patienterna trygghet att veta att sjuksköterskan tar sin tid att lyssna om det är önskat (Remmers et al., 2010). Patienter tyckte att det var bra att deras önskningar och förfrågningar tillfredsställdes snabbt och att de inte behövde vänta på information eller stöd under någon längre tid (Remmers et al., 2010). Det upplevdes som bra när sjuksköterskan behandlade patienten som en individ och gav sig tid till att samtala med patienten och förklara saker (Wilkes et al., 2002). Att sjuksköterskan tog tid att uppfylla patientens önskningar beskrevs som viktigt (Remmers et al., 2010).

När personalen gav för lite tid till dem kände de sig som ett objekt och inte som en patient (Boman et al., 1997). Patienter trodde att tidsbrist medförde att personalen inte kunnat samtala med och lyssna på dem så mycket som de önskade (Hendry, 2011). I Boman, Andersson och Björvell's artikel (1997) menade dock en patient att bristen på emotionellt stöd inte berodde på tidsbrist utan på personalens brist på intresse. När sjuksköterskorna spenderade för lite tid med patienterna uppgav de otillfredsställelse med det emotionella stödet (Wilkes et al., 2002). Några patienter bekymrade sig även över att tidsbegränsningen minskade möjligheten till individanpassad vård (Hendry, 2011). Att få vänta ensam i flera timmar inför operation uppgavs som en negativ upplevelse och det var mycket stressande (Boman et al., 1997).

7.8. Personliga egenskaper

Förmågan att ge stöd beskrevs i Wilkes et al.'s studie (2002) som beroende av personalens egenskaper och förmågor. Positiva egenskaper som beskrivits hos vårdpersonalen var att

de var trevliga, vänliga (Boman et al., 1997; Holtzmann & Timm, 2005), rara, hjälpsamma och uppmärksamma (Holtzmann & Timm, 2005). Också flexibilitet omtalades som en god egenskap (Halkett et al., 2006), liksom hövlighet och förmågan att ge personlig uppmärksamhet (Boman et al., 1997). I Remmers studie (2010) sades att sjuksköterskan ibland kunde vara en positiv roll att identifiera sig med om denna var gladlynt, positiv, kvinna och tilltalande. I Halkett et al.s artikel (2006) beskrevs att patienterna värdesatte en god kommunikationsförmåga hos personalen. Detsamma framkom i Hendrys studie (2011) även fast inte alla patienter tyckte att personalen hade en sådan förmåga. De värdesatte dessutom goda lyssnaregenskaper (Hendry, 2011).

Patienterna i Remmers et al.s studie (2010) tyckte att sjuksköterskan skulle vara vänlig, tyst och omtänksam eftersom detta möjliggjorde en relation där de gavs utrymme att visa sig sårbara och svaga. Det beskrevs som en lättnad för kvinnorna att de i relationen med sjuksköterskan inte behövde vara starka eller gömma sina känslor. Kvinnorna ville även att sjuksköterskan ska involvera sina känslor och personliga sidor i relationen med dem och inte endast agera professionellt och med ett tekniskt korrekt handhavande. Patienterna pratade inte så mycket om sina förväntningar på professionella färdigheter hos sjuksköterskan, utan hennes kunskaper och erfarenheter togs för givna. Det som de uppgav var önskningar om trovärdighet och professionalitet (Remmers et al., 2010).

Ett bra samarbete mellan alla involverade yrkeskategorier vid behandling hade en märkbart positiv påverkan på patienterna eftersom den vänliga och avslappnade atmosfären bidrog till deras välbefinnande (Remmers et al., 2010). En kvinna tyckte att det var bra när vårdpersonalen kunde skapa en förtroendegivande atmosfär och att de inte lät det märkas om de hade problem (Hendry, 2011).

En patient tyckte att sjuksköterskor bör tränas i rådgivning, en kunskap som hon inte tyckte att alla hade (Wilkes et al., 2002). En kvinna upplevde det som att sjuksköterskan var överdrivet sympatisk och såg på henne som hon skulle dö (Pålsson & Norberg, 1995). Det var betydelsefullt för de intervjuade hur sjuksköterskan hanterade sina egna negativa känslor (Remmers et al., 2010). Patienter har även uttryckt att en känsla av äckel, motsträvighet eller motvilja hos sjuksköterskan kan uppfattas av dem och de önskade att en sjuksköterska ska veta hur hon ska dölja dessa känslor (Remmers et al., 2010).

8. Diskussion

8.1. Metoddiskussion

Vi har medvetet valt att låta alla artiklar vi använt i vår litteraturöversikt vara av kvalitativ karaktär eftersom vår avsikt var att finna studier som skildrar kvinnors upplevelse av emotionellt stöd från vårdpersonal. En kvalitativ ansats lämpar sig för den sortens studie där man fokuserar på människors upplevelse av ett fenomen, behov och förväntningar (Segesten, 2006, sid. 87). Man ska dock vara medveten om det oriktiga i att generalisera kunskap som framkommit i en kvalitativ studie eftersom den är mer kontextbunden än en kvantitativ studie (Dahlborg Lyckhage, 2006, sid. 25).

Vårt urval av artiklar har baserats på om artiklarnas innehåll stämt överens med vårt syfte. Vi gör inte något anspråk på att ha uttömt området på all information som finns. Vissa artiklar har förutom upplevelsen av emotionellt stöd också utforskat sådant som vi bedömt ligger utanför vårt intresseområde, som till exempel kvinnors upplevelse av informativt stöd. Vi har endast valt att ta med dessa bitar av studiernas resultat om de har haft en tydlig koppling till och/eller påverkat det emotionella stödet. I övrigt har vi bortsett från eventuella fynd vi bedömt som irrelevanta för vårt syfte.

Vi har strävat efter att välja artiklar som beskrivit allmän omvårdnad eftersom detta är ett examensarbete på grundnivå. De valda artiklarna behandlar sådant stöd som vi uppskattar att sjuksköterskor utan specialistutbildning kan ta del och använda sig utav.

Vi har av naturliga skäl varit mest intresserade av det emotionella stöd en sjuksköterska kan ge, men resultatartiklarna skiljer sig ibland åt i frågan om vilken personal som förmedlar stöd till patienterna. Studierna innehåller uttalanden som berör sjukvårdpersonal i allmänhet samt specifika personalgrupper, så som sjuksköterskor, läkare och psykologer. Vi har i vårt resultat valt att inkludera stöd som givits av personal som beskrivits som vårdpersonal eller sjuksköterskor, men däremot har vi exkluderat uppgifter om stöd som givits av läkare eller psykologer. I en artikel beskrivs det stöd en bröstsjuksköterska kan ge, och frågan om huruvida bröstsjuksköterskans arbete är för specialiserat för att passa in i vår uppsats har dykt upp under arbetets gång. Vi har valt att inkludera denna artikel i vårt arbete för att ytterligare berika vårt resultat med upplevelser av stöd från någon som har detta som en mycket tydlig arbetsuppgift. Vi har inte funnit några krav på en specialistutbildning för att kunna arbeta som bröstsjuksköterska i Sverige och anser därför att det går att inkludera artikeln i en uppsats som rör allmänsjuksköterskans arbete.

Vissa kulturella skillnader skulle kunna förekomma mellan studier utförda i länder med olika kultur och beteendemönster. I vår litteraturstudie hade alla studierna utförts i länder i västeuropa eller Australien som alla kan antas vara tämligen lika i fråga om hur sjukvården är organiserad och hur patientens ställning och inflytande ser ut. I och med detta tänker vi att de är jämförbara med varandra. Skulle man dock jämföra studier från mycket olikartade kulturer så tänker vi oss att det kan föreligga skillnader i deras resultat. Ett exempel på detta ges i en studie av Liao et al (2009) där kinseiska patienter intar en mer respektfull hållning till sjukvårdspersonal medan patienter i väst är mer proaktiva och engagerade i beslutsfattande rörande deras vård. Vi tänker oss kvinnor med bröstcancer i en sådan kultur skulle kunna uppleva att de inte har utrymme för att kräva något av vården och inte skulle uttrycka sina behov i samma grad som en patient som tar detta utrymme för givet. På så vis skulle deras upplevelser kunna framstå som annorlunda och därför skulle de kunna vara svåra att ta med sådana studier i vår litteraturöversikt. Vi vill även poängtera att det inte är säkert att vårt resultat som just kommer från den kultur som den gör fullt ut skulle kunna användas på ett ställe där en annan kultur råder.

Till sist en kommentar om det faktum att vi i texten talat om sjuksköterskan som ”hon”. Detta har vi gjort av praktiska skäl och vi är naturligtvis är medvetna om att sjuksköterskan lika gärna kan vara en man. Att vi dessutom delvis talat om de sjuka kvinnorna som ”patienter” fast Travelbee menar att detta språkbruk bidrar till objektifiering och ökar avståndet mellan individer, beror på att vi velat ha en variation i texten samt att en del artikelförfattare använt sig av detta ord.

8.2. Resultatdiskussion

Vårt resultat lyfter fram bröstcancersjuka kvinnors upplevelse av emotionellt stöd från vårdpersonal. Det visar att det var många olika faktorer som påverkade om kvinnorna upplevde att de fick detta stöd. Vi har funnit att Travelbees omvårdnadsteori är användbar för att förstå den stödjande relationen mellan patient och vårdpersonal.

Patientens längtan efter att bli sedd som individ framkommer i vårt resultat på så vis att patienterna sa att de ville få individuell behandling utifrån sina behov och önsknings. Patienterna upplevde att den rutinstyrda vårdkulturen i sig förminskade deras ställning som unika individer, och att de reducerades till att bli en i den långa raden av bröstcancerpatienter. Travelbee (1971) nämner ofta vikten av individualitet i vården. Hon menar att den optimala vårdrelationen inte kan etableras så länge sjuksköterska och

patient endast upplever varandra som rollfigurer. Denna relation kan komma till stånd först då sjuksköterska och patient kan se förbi sina roller och lär känna varandra som människor (s. 119). Vårt resultat visar att patienterna upplevt det som negativt att bli behandlade som objekt och att de förknippat det med ett dåligt bemötande. Enligt Travelbee innebär denna objektifiering att sjuksköterskan snarare betraktar patienten som en arbetsuppgift än som en medmänniska att känna sympati och medkänsla för. Med en sådan syn kan hon inte stödja personen till fullo i en människa- till-människa relation (s. 33). Vi tolkar det som att sjuksköterskan då saknar en holistisk människosyn och reducerar patienten till att bara omfatta en fysisk dimension. En holistisk människosyn innebär att man ser på människan som en helhet som består av flera olika samverkande dimensioner varav den fysiska bara utgör en (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 1996, sid. 48).

I flera studier i vårt resultat beskrev patienter det som negativt då personalen endast fokuserade på den fysiska delen av vården. I en studie uttryckte patienterna en önskan om att sjuksköterskan inte bara skulle möta deras fysiska behov utan också se till de psykologiska och emotionella dimensionerna. Vi anser att då sjuksköterskan inte förmår se till andra dimensioner än den fysiska hindrar också det henne från att uppleva empati och sympati vilka Travelbee menar behövs för att etablera en människa-till-människa relation. Vikten av att kunna uppfatta människans mångdimensionalitet framkommer i en artikel om cancersjuka män som valt alternativa vårdformer, exemplifierat av bland annat shiatsu, homeopatiska läkemedel eller hypnos. I artikeln sägs att anledningen till männens val att vända sig till den alternativa medicinen var upplevelsen av att deras psykosociala behov inte uppmärksammades i tillräckligt hög grad i den traditionella vården (Evans et al., 2007). En majoritet av männen fortsatte med den behandling som den konventionella vården kunde erbjuda dem och kompletterade denna vård med de olika alternativa teknikerna, vilket artikelförfattarna menar visar på att det inte var de konventionella behandlingarna i sig som upplevdes som otillräckliga. I stället hävdar de att problemet ligger i en vårdprocess som på grund av personalens brist på tid och färdigheter inte förmår erbjuda det psykosociala stöd männen behövde (Evans et al., 2007).

I resultatet framkommer att en tillitsfull och förtroendeingivande relation är avgörande för patientens välbefinnande. I en studie uttryckte patienterna en brist på tillit när vårdpersonalen inte höll sina löften. Detsamma framkommer i en studie av Lee, Kristjanson och Williams (2009) där patienter i den palliativa vården tappade förtroendet för sjukvårdspersonal som inte gjorde vad de lovat. Travelbee hävdade att tillit uppstår när den sjuke personen uppfattar sjuksköterskans sympati, och att detta vanligen sker

under sympatifasen (Travelbee, 1971, s.149). Travelbee beskrev tillit som något som måste förtjänas, och menade att sjuksköterskan genom sitt beteende ska visa att hon är pålitlig. Tilliten utvecklas snabbast om sjuksköterskan ger uppmärksamhet till varje förfrågan som patienten har, även om den för sjuksköterskan inte verkar så viktig. I vissa fall kan det vara direkt olämpligt att tillmötesgå patientens önskningar och i andra fall måste det ske med en viss tidsförskjutning, men för att tillit ska kunna utvecklas bör sjuksköterskan alltid upplysa patienten om fördröjningen eller varför önsknigen inte kan tillmötesgå. Om sjuksköterskan ”glömmer bort” patientens önskningar kan det medföra att denne ifrågasätter om han kan lita på henne när det verkligen gäller (sid. 149).

I resultatet framkommer att patienterna hade åsikter om hur sjukvårdspersonalen ska vara till sättet för att kunna ge ett gott stöd. I en artikel sade en patient att det krävs skicklighet och särskilda kvaliteter av den som ska ge stöd. Bland annat har personalens kommunikativa förmåga beskrivits som viktig. Vikten av en god kommunikativ förmåga hos sjuksköterskan understryks också i den kompetensbeskrivning för yrket som utfärdats av Socialstyrelsen (2005, s. 11). Där sägs bland annat att en sjuksköterska ska ha en förmåga att kommunicera med patienter och deras närstående på ett respektfullt och empatiskt sätt, samt att i dialog kunna ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet. Frågan om kommunikation återfinns i vårt resultat där några patienter önskade att sjuksköterskan skulle kunna uppfatta deras känslor och behov utan att behöva fråga om dem. Detta kan jämföras med vad Travelbee sagt om sjuksköterskans arbete för att uppfylla målen med omvårdnad, alltså att möta patientens omvårdnadsbehov (Travelbee, 1971, s. 99). Hon menar att det är genom observation och kommunikation med patienten som sjuksköterskan identifierar dessa behov. Enligt Travelbee kan det ofta vara så att patienter har svårt att framföra sina behov till sjuksköterskan, och för att kunna observera patienten på ett systematiskt sätt förutsätts sjuksköterskan ha såväl kunskap som skicklighet och förmåga. Hon måste veta vad och hur hon ska observera så väl som att avgöra relevansen i det som observerats (s.125). I en studie av Hallström och Elander (2001) framhålls kommunikationen som avgörande för att en god relation mellan vårdpersonal och patient ska kunna utvecklas.

I vårt resultat framkommer att en del patienter uttrycker en önskan om att sjuksköterskan ska kunna uppfatta hur de mår och erbjuda dem det stöd de behöver utan att först fråga efter eller prata om hur stödet ser ut. Samma önskan om att få sina behov tillfredsställda utan att behöva be om det framkommer även i den ovanstående studien av Hallström och Elander (2001), som menar att detta kräver att personalen har förmåga att

sätta sig själva i patientens ställe. De menar att denna förmåga kan utgöra kärnan i att vårda sjuka personer eftersom patienterna kanske inte alltid är medvetna om vilka behov de har (Hallström & Elander, 2001). Flera studier påpekar svårigheterna i att uppfatta vilka patienternas behov och önsknings är och framhåller att patienter och sjukvårdspersonal inte alltid har samma uppfattning om dessa. En studie av Lauri, Lepistö och Kappeli (1997) visade att kirurgipersonal underskattade de behov patienterna hade, medan personal på medicinavdelningar tvärtom överskattade behoven. Som exempel kan nämnas att sjuksköterskorna i studien trodde att 48 % av patienternas behov rörde sådant som informationsbrist, att sjukhuset kunde uppfattas som en förvirrande plats att befinna sig på eller bristen på privatliv på avdelningen, medan patienterna uppgav att bara 36% av deras behov berörde detta område (Lauri et al., 1997). Farrell (1991) menar att sjuksköterskorna kan ha svårt att uppskatta patienternas behov eftersom de inte känner varandra så väl, och då tidig hemgång från sjukhuset har blivit vanligt för bröstcancerpatienter (Larsson, Sandelin & Forsberg, 2010) kan man anta att sjuksköterskan får svårare att hinna bilda sig en uppfattning om vilket stöd den unika patienten vill ha. Uppfattningen om vad som kännetecknar en god vårdrelation kan också den skilja sig mellan sjukvårdspersonal och patienter (Lee et al., 2009). Halldorsdóttir (1997) menar att trots att personalen avser att ge god omvårdnad är det inte säkert att patienten uppfattar det så, eftersom de sannolikt inte upplever mötet med varandra på samma sätt. Halldorsdóttir menar att det saknas studier på vad som uppfattas som dålig omvårdnad medan det finns betydligt fler som handlar om god omvårdnad, och hävdar att denna snedfördelning kan bero på att patientperspektivet inte framkommer i tillräckligt hög grad i forskningen (Halldorsdóttir, 1997). Man ska dock lägga på minnet att det kan ha skett en förändring på de femton år som gått sedan hon drog denna slutsats, och kanske finns det idag fler studier gjorda ur ett patientperspektiv. Nämnade exempel tyder på att det kan vara svårt att tillgodose patienternas önskan om att få det stöd de vill ha utan att de först måste be om det. Vi anser att det är möjligt att genom erfarenheter och vårdvetenskapliga studier skaffa sig generell kunskap om patienters behov av stöd, men i slutändan måste ändå en interaktion äga rum mellan patient och vårdpersonal för att personalen ska kunna förstå vilket stöd som efterfrågas.

I resultatet framkommer även att huruvida personalen hade tid att ge kvinnorna hade stor betydelse för dem och hur de upplever det emotionella stödet. Personalens tid för samtal och att förklara saker var viktigt samt att sjuksköterskan hade tid att uppfylla deras önsknings. Att det är viktigt att vårdpersonalen har tid för patienterna framkommer även

i Liu, Mok och Wongs studie (2006) som utforskat betydelsen av vårdandet hos cancerpatienter i Kina. Där förväntade sig patienterna att sjuksköterskorna skulle ha tillräckligt med tid för att prata med dem. Dels ville de prata om sin sjukdom, men de ville också ha social konversation och uppmuntran. Det framkom att det fanns patienter som tyckte att sjuksköterskor hade för bråttom för att tillbringa tid med dem (Liu et al., 2006). Att tidsaspekten var viktig framkom även i Stajduhar, Thorne, McGuinness och Kim-Sings studie (2010) som utforskat vad patienter med avancerad cancer anser hjälpsfullt i deras försök till kommunikation med sjukvårdspersonalen.

Man kan fundera över hur nedskärningar i personalstyrkan på sjukhusen påverkar den tid som patienterna får till att samtala med personalen och vad det i sin tur får för följder för patienters upplevelse av vårdvistelsen samt det emotionella stödet från vårdpersonalen. En rapport från TCO, Tjänstemännens Centralorganisation, visade att de som arbetar inom Vårdförbundet och Lärarförbundet var de som hade högst anspänning av de olika förbunden som deltog (Fromm & Hagström, 2011). Av de anställda inom vårdförbundet så uppgav 73 % av kvinnorna att de arbetade under hög anspänning och 68 % att de har liten kontroll över sin arbetssituation. Männerna låg lite lägre, men inte så långt efter (s. 35). Om man jämför med för tio år sedan så har situationen förvärrats (s. 60). Vissa situationer ökar risken för skadlig stress, så som en alltför stor arbetsmängd kopplat till ett högt arbetstempo och liten möjlighet att påverka sin arbetssituation. Andra exempel är att arbetsuppgifter och ansvarsområden inte definieras tillräckligt väl, att motstridiga krav ställs på personalen och att kraven är omöjliga att leva upp till. För att förhindra detta krävs att anställda och chefer har tillräckligt med resurser för att kunna utträta sina arbetsuppgifter (Fromm & Hagström, 2011, s. 62). Vi anser att ett exempel på motstridiga krav är att man som sjuksköterska förväntas av chefer och arbetskollegor att utföra uppgifter i ett snabbt tempo och få mycket praktiskt gjort. Samtidigt förväntar sig många patienter att få tid för en pratstund och stöd från sjuksköterskan och för dem är det viktigt med ett bra bemötande. Vår bakgrundssökning visade att emotionellt stöd är ett betydande behov hos kvinnor med bröstcancer och vårt resultat visar att det är mycket som behöver uppnås för att kunna ge sådant stöd till fullo. Kraven på att få mycket praktiskt gjort och att ha tid för patienterna är svåra att kombinera. När det finns lite personal på avdelningen så prioriteras de praktiska uppgifterna först och på många ställen finns det nog inte särskilt ofta tid för att sitta ner och prata med patienten och lära känna personen och dennes behov av stöd. Som tidigare nämnts behövs enligt Travelbee empati och sympati för att patientens behov fullständigt ska kunna bemötas. Man kan dock fråga

sig hur vårdpersonal ska hinna utveckla detta till patienten om hon inte har tid att umgås med denna samtidigt som vårdpersonalen förmodligen avtrubbas av att inte ha möjlighet att kunna ge allt det som man vill till patienten, vilket i längden skulle kunna hämma förmågan till empati. Vi tror att på vissa avdelningar krävs det fler i personalstyrkan för att ha en möjlighet att ge ordentligt emotionellt stöd samt att chefer och anställda behöver ändra attityd från att det är det praktiska som är i första prioritet.

8.3. Praktiska implikationer

Vårt resultat belyser upplevelser som kvinnor med bröstcancer har av emotionellt stöd från vårdpersonal. I vårt resultat framkommer både bra och dåliga erfarenheter som vårdpersonal, särskilt de som arbetar mycket med omvårdnad så som sjuksköterskor, ute i verksamheterna kan dra nytta av. Vi vill föra fram att patienterna bör få tid tillsammans med personalen och för detta tror vi att det krävs en utökad personalstyrka. Vi tror att bristen på tid med personalen även beror på att i sjukvården idag prioriteras praktiska uppgifter som bör utföras i ett snabbt tempo. Detta kombinerat med en ensidigt fysisk syn på människan gör att hennes behov av emotionellt stöd förbises. Vårt resultat visar på att patienter upplever att en sådan omvårdnad inte är tillräcklig. Därför menar vi att sjukvårdspersonal bör ta hänsyn till att människan är mångdimensionell och ge henne den tid som krävs för att det emotionella stödet ska bli så individanpassat och komplett som möjligt.

8.4. Förslag till fortsatta studier

Vi har funnit få studier som endast handlat om emotionellt stöd vid bröstcancer, utan merparten berör också informativt och fysiskt stöd. De flesta av de funna studierna berörde även stöd som givits av olika personalkategorier. Vi efterlyser studier som ur ett patientperspektiv specifikt undersöker sjuksköterskans arbete med emotionellt stöd. Vi skulle uppskatta om dessa gjordes i Sverige, då de svenska som vi funnit har varit något till åren och vi misstänker att förhållandena i vården har förändrats en del sedan dess.

Referenser

Resultatartiklar är märkta med *

- *Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., Hamrin, E., & Eriksson, K. (2004). Suffering related to health care: a study of breast cancer patients' experiences. *International Journal of Nursing Practice*, 10(6), 248-256.
- Bergh, J., & Emdin, S. (2008). Bröstcancer. I U. Ringborn, T. Dalianis, & R. Henriksson. (Red.), *Onkologi (2 uppl.)*. (s. 265-292). Stockholm: Liber.
- Björck, M., & Sandman, L. (2007). Vårdrelation: ett försök att tydliggöra begrepps användningen. *Vård i Norden*, 27(4), 14-9.
- *Boman, L., Andersson, J.-U., & Björvell, H. (1997). Needs as expressed by women after breast cancer surgery in the setting of a short hospital stay. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 11(1), 25-32.
- Bottomley, A., & Jones, L. (1997). Breast cancer care: women's experience. *European Journal of Cancer Care*, 6(2), 124-132.
- Evans, M. A., Shaw, A. R. G., Sharp, D. J., Thompson, E. A., Falk, S., Turton, P., & Thompson, T. (2007). Men with cancer: is their use of complementary and alternative medicine a response to needs unmet by conventional care? *European Journal of Cancer Care*, 16(6), 517-525.
- Farrell, G. A. (1991). How accurately do nurses perceive patients' needs? A comparison of general and psychiatric settings. *Journal of Advanced Nursing*, 16(9), 1062-1070.
- Friberg, F. (2006a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.105-114). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2006b). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.115-124). Lund: Studentlitteratur.
- Fromm, J., & Hagström, U. (2011). *Att sova med jobbet: tjänstemännens arbetsvillkor*. Stockholm: TCO.
- Gjertsen, T. (2003). Omvårdnad vid bröstcancer. I A.-M. Reitan, & T. Schölberg (Red.), *Onkologisk omvårdnad. Patient – problem – åtgärd* (s. 318-323). Stockholm: Liber.
- Graydon, J., Galloway, S., Palmer-Wickham, S., Harrison, D., Rich-van der Bij, L., West, P., Burlein-Hall, S., & Evans-Boyden, B. (1997). Information needs of women during early treatment for breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 26(1), 59-64.
- Halldorsdóttir, S., & Hamrin, E. (1996). Experiencing existential changes: the lived experience of having cancer. *Cancer Nursing*, 19(1), 29-36.
- Halldorsdóttir, S., & Hamrin, E. (1997). Caring and uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient's perspective. *Cancer Nursing*, 20(2), 120-128.
- *Halkett, G., Arbon, P., Scutter, S., & Borg, M. (2006). The role of the breast care nurse during treatment for early breast cancer: The patient's perspective. *Contemporary Nurse*, 23(1), 46-57.
- Hallström, I., & Elander, G. (2001). Needs during hospitalization: definitions and descriptions made by patients. *Nursing Ethics*, 8(5), 409-418.
- * Hendry, J.A. (2011). A qualitative focus group study to explore information, support and communication needs of women receiving adjuvant radiotherapy for primary breast cancer. *Journal of Radiotherapy in Practice*, 10(2), 103-115.
- Hinds, C., & Moyer, A. (1997). Support as experienced by patients with cancer during radiotherapy treatments. *Journal of Advanced Nursing*, 26(2), 371-379.

- * Holtzmann, J., & Timm, H. (2005). The experiences of and the nursing care patients undergoing immediate breast reconstruction. *European Journal of Cancer care*, 14(4), 310-318.
- Kvinnnsland, S. (2003). Bröstkancer. I A.-M. Reitan, & T. Schölberg (Red.), *Onkologisk omvårdnad. Patient – problem – åtgärd*. (s. 310-317). Stockholm: Liber.
- Lacey, M. D. (2002). The experience of using decisional support aids by patients with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29(10), 1491-1497.
- Lally, R.M. (2010). Acclimating to breast cancer: a process of maintaining self-integrity in the pretreatment period. *Cancer Nursing*, 33(4), 268-279.
- Landmark, B.T., Bøhler, A., Loberg, K., & Wahl, A.K. (2008). Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context. *Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illness*, 17(7B), 192-200.
- Larsson, J., Sandelin, K., & Forsberg, C. (2010). Health-related quality of life and healthcare experiences in breast cancer patients in a study of Swedish women. *Cancer Nursing*, 33(2), 164-170.
- Lauri, S., Lepisto, M., & Kappeli, S. (1997). Patients' needs in hospital: nurses' and patients' views. *Journal of Advanced Nursing*, 25(2), 339-346.
- Lee, S.F., Kristjanson, L.J., & Williams, A.M. (2009). Professional relationships in palliative care decision making. *Supportive Care in Cancer*, 17(4), 445-450.
- Liao, M., Chen, M., Chen, S., & Chen, P. (2007). Healthcare and support needs of women with suspected breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 60(3), 289-298.
- Liao, M., Chen, P., Chen, M., Chen, S., & Chen, Y. (2007). Supportive care for Taiwanese women with suspected breast cancer during the diagnostic period: effect on healthcare and support needs. *Oncology Nursing Forum*, 36(5), 585-592.
- Lindop, E., & Cannon, S. (2001). Experiences of women with a diagnosis of breast cancer: a clinical pathway approach. *European Journal of Oncology Nursing*, 5(2), 91-99.
- Liu, J., -E., Mok, E., & Wong, T. (2006). Caring in nursing: investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in Beijing, China. *Journal of Clinical Nursing*, 15(2), 188-196.
- *Pålsson, M.,-B, E., & Norberg, A. (1995). Breast cancer patients' experiences of nursing care with the focus on emotional support: the implementation of a nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 21(2), 277-285.
- Oxlad, M., Wade, T., Hallsworth, L., & Koczwara, B. (2008). 'I'm living with a chronic illness, not... dying with cancer': a qualitative study of Australian women's self-identified concerns and needs following primary treatment for breast cancer. *European Journal of Cancer care*, 17(2), 157-166.
- *Remmers, H., Holtgräwe, M., & Pinkert, C. (2010). Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(1), 11-16.
- *Saares, P., & Souminen, T. (2005). Experiences and resources of breast cancer patients in short-stay surgery. *European Journal of Cancer Care*, 14(1), 43-52.
- Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (1996). *Vård. Ett uttryck för omsorg. (2uppl.)*. Stockholm: Liber.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The Health-related Functions of Social Support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2011a). *Cancer incidence in Sweden 2010*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen. (2011b). *Cancer i Sverige – Insjuknande och överlevnad utifrån regional och socioekonomisk indelning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stajduhar, K.I., Thorne, S, E., McGuinness, L., & Kim-Sing, C. (2010). Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13/14), 2039-2047.
- Stephens, P, A., Osowski, M., Fidale, M, S., & Spagnoli, C. (2008). Identifying the educational needs and concerns of newly diagnosed patients with breast cancer after surgery. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(2), 253-258.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing. (2nd ed.)*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Varre, P. (2003). Problem vid cytostatikabehandling. I A.-M. Reitan, & T. Schölberg (Red.), *Onkologisk omvårdnad. Patient – problem – åtgärd* (s. 113-121). Stockholm: Liber.
- Velikova, G., Awad, N., Coles-Gale, R., Wright, E, P., Brown, J, M., & Selby, P, J. (2008). The clinical value of quality of life assessment in oncology practice – a qualitative study of patient and physician views. *Psycho-Oncology*, 17(7), 690-698.
- *Wilkes, L., White, K., & Beale, B. (2002). Life after breast cancer: Australian women's stories of support. *Collegian*, 9(2), 22-26.

Bilaga 1
Artikelmatris

Författare	Titel	År, land och tidskrift	Syfte	Metod och urval	Resultat
1. Arman, M., Rehnsfedt, A., Lindholm, L., Hamrin, E., & Eriksson, K.	Suffering related to health care: a study of breast cancer patients' experiences.	2004, Sverige, Internationa l Journal of Nursing Practice.	Att tolka och förstå betydelsen av patienternas erfarenhet av lidande kopplat till hälso – och sjukvården, ur ett etiskt, existentiellt och ontologiskt perspektiv.	Hermeneutisk metod i tolkningen av data som erhållits i en tidigare studie, där sexton kvinnor i olika hälsoinrättningar i Sverige och Finland med bröstcancer i olika stadier deltagit. Intervjuer med kvalitativa frågor hade gjorts med en speciell intervjuguide som underlag.	Lidandet relaterat till vården befanns ha olika orsak på tre nivåer. Etiskt uppstod ett lidande då upprättandet av en vårdrelation misslyckades, existentiellt lidande grundades i att patienten inte upplevde sig bli betraktad som en hel människa, och ett ontologiskt lidande låg i att patientens nöd när döden hotade inte uppmärksammades
2. Pålsson, M. –B. E. & Norberg, A.	Breast cancer patients' experiences of nursing care with the focus on emotional support: the implementation of a nursing intervention	1995, Sverige, Journal of Advanced Nursing	Att beskriva patienter med nyligen diagnostiserad bröstcancers upplevelse av sjukdomen samt omvårdnaden med fokus på emotionellt stöd.	Semistrukturerade intervjuer med 26 kvinnor som fått diagnosen bröstcancer inom de senaste 6 månaderna. Dataanalys genom öppen kodning och teman och kategorier formulerades.	Resultatet visar att emotionellt stöd samt organisationsändringarna i vården ledde till känslor av trygghet och säkerhet. De flesta av kvinnorna kunde planera sin framtid trots denna krävande situation.

3. Saares, P. & Souminen, T.	Experiences and resources of breast cancer patients in short-stay surgery.	2005, Finland, European Journal of Cancer Care.	Syftet var att öka förståelsen och förbättra omvårdnads kvaliteten för bröstcancerpatienter inom korttidskirurgi.	Semistrukturerade intervjuer med 8 kvinnor med bröstcancer mellan 30 och 64 år som utfördes inom 2 månader efter operationen. Dataanalys gjordes genom innehållsanalys	Studien visade att patienterna ansåg att vistelsen på korttidskirurgi var en positiv upplevelse och att de fick gå hem i rätt tid. De tyckte att de hanterat situationen bra och att de fick värdefullt stöd relaterat till det emotionella, det fysiska samt information i alla faser i sjukdomsprocessen. De ville få mer information i vissa faser. Familj och vänner var även de ett viktigt stöd.
4. Boman, L., Andersson, J. -U., & Björvell, H.	Needs as Expressed by Women after Breast Cancer Surgery in the Setting of a Short Hospital Stay.	1997, Sverige, Scandinavia n Journal of Caring Science.	Att beskriva och analysera svårigheter, behov och tillfredsställelse som uttryckts av en grupp kvinnor som vårdades med kort sjukhusvistelse efter en operation vid bröstcancer	97 kvinnor svarade på den öppna fråga: Är det något som du skulle önskar eller skulle vilja ändra på när du tänker på din vistelse på sjukhuset och tiden efter. Frågan ingick i ett större formulär, men endast denna användes till denna studie. Formuläret fylldes i tio dagar efter operationen. En innehållsanalys inspirerad av Grounded Theory användes.	Tillfredsställelse med det personliga bemötandet och känslor av övergivenhet identifierades som två huvudteman. De uttryckta behoven klassificerades under kategorierna: tillit, information, praktisk hjälp och emotionellt stöd. Tid och rum framträdde som två dimensioner som var sammanvävda med övriga kategorier. Tillit visade sig bero på om de övriga kategorierna blev tillfredsställda eller inte.

5. Wilkes, L., White, K., & Beale, B.	Life after breast cancer: Australian women's stories of support.	2002, Australien, Collegian.	Att beskriva upplevelsen av behov av stöd som sex kvinnor med bröstcancer har och hur dessa behov blev bemötta. Speciellt fokus på sjuksköterskornas stöd.	Semistrukturerade intervjuer med sex kvinnor.	Visade att en bröstcancerdiagnos var förkrossande. Det främsta stödet är familj och vänner. Kirurg och allmänläkare har en del stöd. Kvinnorna upplevde att de fick fysiskt stöd, men att det känslomässiga stödet brast, speciellt ifrån sjuksköterskorna.
6. Remmers, H., Holtgräwe, M. & Pinkert, C.	Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study	2010, Tyskland, European Journal of Oncology Nursing.	Syftet med denna studie var att hitta specifika påfrestningar som påverkar kvinnorna under tiden för primärbehandling samt de behov och förväntningar som de hade på sjuksköterskan.	Semistrukturerade intervjuer med 43 kvinnor som befann sig i ett tidigt cancerstadium.	Resultatet visar att de intervjuade kvinnorna lider mer av psykologiska påfrestningar är fysiska och att de framförallt uttrycker önskan om emotionellt stöd. Fyra kategorier av påfrestningar utvecklades: överhängande påfrestning beträffande operation, rädsla genom osäkerhet, utmaning av självinsikt samt påfrestningar orsakade av den sociala miljön. Omvårdnadsbehov kunde delas in i tre huvudområden: önskningar om en relation med sjuksköterskan, önskningar i relationen till sjuksköterskan, professionell kompetens samt yttre vårdvillkor.

<p>7. Holtzmann, J., Timm, H.</p>	<p>The experiences of and the nursing care for breast cancer patients undergoing immediate breast reconstruction.</p>	<p>2005, Danmark, European Journal of Cancer Care.</p>	<p>Att undersöka upplevelsen av omvårdnaden av patienter som får omedelbar bröstrekonstruktion, IBR. Baseras på både patientens perspektiv på bröstrekonstruktion, behov av omvårdnad och den omvårdnad som de fick. Dessutom undersöktes även sjuksköterskornas tillgänglighet och dokumentation av behov och vård.</p>	<p>Studien var presumtiv och deskriptiv. Både källa och metodtriangulerades. Både patienters och sjuksköterskors perspektiv undersöktes genom intervjuer (telefon och i person), frågeformulär samt journaler. Dataanalys genom Giorgis psykologisk-fenomenologiska metod.</p>	<p>Ett resultat är att kvinnornas mening med IBR var relaterad till känslan av hopp, normalitet och helhet. Ett annat resultat är att inte alla behov som patienterna hade blev bemötta. Omvårdnaden fokuserade framförallt på det fysiska och efter hemgång så lämnades patienterna med en känsla av sårbarhet och tomhet.</p>
-----------------------------------	---	--	--	--	---

8. Hendry, J.A.	A qualitative focus group study to explore the information, support and communication needs of women receiving adjuvant radiotherapy for primary breast cancer.	2011, England, Journal of Radiotherapy in Practice.	Att undersöka patienters upplevelse av radioterapi med en utgångspunkt att förbättra den patientcentrerade servicen.	Kvinnornas syn samlades genom en fokusgrupp. En tematisk analys gjordes av transkriptionen.	Fem teman utvecklades: information, kommunikation och stöd, värdighet och individualiserat vård, tillgänglighet av service samt relation med personalen.
9. Halkett, G., Arbon, P., Scutter, S., & Borg, M.	The role of the breast care nurse during treatment for early breast cancer: The patient's perspective.	2006, Australien, Contemporary Nurse.	Att undersöka patienters perspektiv på bröstcancersjuksköterskans roll.	Djupintervjuer genomfördes med 18 kvinnor som avslutat behandling för bröstcancer. Kvinnorna bads beskriva deras upplevelse från diagnos fram till att behandling avslutades. En tematisk analys gjordes av data.	Patienterna påpekade upprepade gånger att BCN var av stor vikt för deras upplevelse av bröstcancer. Stödet som BCN gav innehöll följande komponenter: kommunikation, samförstånd och medvetande av kvinnans behov, tillgänglighet, uppmuntran och praktisk information.