



ERSTA
SKÖNDAL
HÖGSKOLA

Mathilda Edström - Aronsson & Martina Franzén

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp, Institutionen för vårdvetenskap

Examensarbete 15 hp, V51, HT-2012

Grundnivå

Handledare: Ida Carlander

Examinator: Gunilla Johansson

Kvinnor med bröstcancer- deras upplevelser och behov av information och stöd - En litteraturstudie

Women with breast cancer – their experiences and needs of information and support – A literature review

Sammanfattning

Bakgrund: Bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor såväl nationellt som internationellt. Att få diagnosen bröstcancer innebär för flertalet kvinnor att de behöver stöd och information av hälso- och sjukvården under hela sjukdomsförloppet.

Syfte: Att belysa kvinnors upplevelser och behov av information och stöd i samband med bröstcancer.

Metod: En systematisk litteraturstudie med granskning och analys av både kvalitativa och kvantitativa studier. Sökning av vetenskapliga artiklar har gjorts via databaserna PubMed samt Cinahl. Meleis transitionsteori har använts som teoretisk utgångspunkt.

Resultat: Resultatet presenteras under nio kategorier som är: individanpassad information och stöd, vårdmiljö, information och stöd via telefon, kontinuitet, stöd av anhöriga, inför behandling, information om biverkningar, kroppsuppfattning samt livet efter behandling. Det som är framträdande i vårt resultat är att kvinnorna genomgående hade ett uttryckligt behov av information och stöd både under och efter sin sjukdomstid. Kvinnorna upplevde att det främsta stödet kom ifrån familj, vänner samt hälso- och sjukvårdspersonalen. Informationen upplevde kvinnorna främst kom ifrån hälso- och sjukvårdspersonal, att få en god information gav kvinnorna en känsla av trygghet. När adekvat information och stöd saknades upplevde kvinnorna sig som sårbara samt utelämnade till sin bröstcancer.

Slutsats: Konklusionen av denna litteraturstudie är att kvinnornas behov av information och stöd inte alltid tillgodoses av hälso- och sjukvårdspersonalen. Det framkommer i vårt resultat att de aspekter som bidrar är vårdmiljön, ej patientcentrerad information samt kommunikationssvårigheter bland hälso- och sjukvårdspersonalen.

Nyckelord: bröstcancer, kvinnor, information, stöd, erfarenhet, patient perspektiv

Abstract

Background: Breast cancer is the most common cancer among women in Sweden as well as in the rest of the world. To be diagnosed with breast cancer for most women means that they need information and support from health care staff throughout the course of the disease.

Purpose: The purpose of our study was to highlight women with breast cancer experiences and needs of information and support.

Method: A systematic literature review based on examination, analysis and themes of both qualitative and quantitative studies. Search of scientific articles have been made through PubMed and Cinahl. Meleis transitions theory has been used as a theoretical framework.

Results: The results are presented in nine categories: patient-centered information and support, caring environment, information and support by phone, continuity, support from relatives, before treatment, information on side effects, body image and life after treatment. The most evident in our result is that women consistently had an explicit need for information and support both during and after their breast cancer. The women felt that the main support came from family, friends and health care professionals. The women also experienced that the information mainly came from the health care staff, good information gave the women a sense of security. When adequate information and support was lacking, the women felt vulnerable and alone in their breast cancer.

Conclusion: The conclusion of this study is that women's needs of information and support are not always met by the health care staff. The main factors identified are caring environment, not patient-centered information and communication problems among health care staff.

Keywords: breast cancer, women, information, support, experience, patient perspective

Inledning	1
Bakgrund	1
<i>Statistik</i>	1
<i>Riskfaktorer</i>	1
<i>Diagnostik</i>	1
<i>Behandling</i>	2
<i>Anatomi och fysiologi</i>	2
<i>Att få en livshotande diagnos</i>	3
<i>Information</i>	4
<i>Stöd</i>	4
Problematisering	5
Syfte	5
Teoretisk referensram	5
Metod	6
Datainsamling	6
Inklusions- och exklusionskriterier	7
Analys	7
<i>Forskningsetiska överväganden</i>	8
Resultat	8
<i>Individanpassad information och stöd</i>	8
<i>Vårdmiljö</i>	9
<i>Information och stöd via telefon</i>	9
<i>Kontinuitet</i>	10
<i>Stöd av anhöriga</i>	11
<i>Inför behandling</i>	11
<i>Information om biverkningar</i>	12
<i>Kroppsuppfattning</i>	12
<i>Livet efter behandling</i>	13
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	15
<i>Patientcentrerad information och stöd</i>	15
<i>Omgivning</i>	16
<i>Svårmodtaglig information</i>	17
<i>Kommunikationsvägar</i>	18

<i>Behandling</i>	18
<i>Efter behandling</i>	20
Slutsats	20
Referenslista	22
Bilaga 1	25
Sökmatrix	25
Bilaga 2	26
Artikelmatrix.....	26

Inledning

Ordet bröstcancer är något som väcker känslor hos många. De flesta i vår omgivning känner någon eller har någon i sin umgängeskrets som drabbats. Kvinnor med bröstcancer utgör idag en stor patientgrupp, vilket innebär att som blivande sjuksköterska är sannolikheten stor att vårdmöten kommer att ske med dessa kvinnor. Inom sjuksköterskans arbetsuppgifter ingår det som en central uppgift att ge stöd och information till patienten. Vi vill därför i vår litteraturstudie undersöka kvinnors upplevelser och behov av såväl information som stöd och hur sjuksköterskan kan möta dessa behov på bästa sätt.

Bakgrund

Statistik

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor i Sverige såväl som i den övriga världen, och har under de senaste 20 åren ökat med 1,5 % fall per år. Varje dag diagnostiseras ett 20-tal kvinnor med bröstcancer. Även om bröstcancerfallen fortsätter att öka har dödligheten i sjukdomen minskat de senaste 30 åren. Minskningen i dödlighet beror troligen på att såväl behandlingsmetoderna har blivit bättre som att mammografiscreening har blivit mer effektiv (Bergh, 2007). I Sverige diagnostiserades drygt 8 000 kvinnor med bröstcancer år 2010 och majoriteten av dessa kvinnor var äldre än 60 år (Socialstyrelsen, 2012).

Riskfaktorer

Riskfaktorer för att utveckla bröstcancer är främst förekomst av bröstcancer i familjen, framför allt hos modern eller systrar. Andra riskfaktorer är tidig första menstruation, sen menopaus samt sen graviditet. Även övervikt, rökning och ett överdimensionerat alkoholintag ökar risken för utveckling av bröstcancer. Kvinnor som använt p-piller länge, med start före 20-års ålder ligger också i riskzonen (Ericson & Ericson, 2010).

Diagnostik

Det vanligaste symtomet på bröstcancer är att kvinnan vid palpation känner en knuta i bröstet. Andra symtom kan vara smärta i bröstet eller att det blivit större och förändrats i struktur (Ericson & Ericson, 2010).

För att fastställa en bröstcancerdiagnos brukar kvinnan vanligtvis genomgå tre olika moment vilka är klinisk undersökning, mammografi och/eller ultraljud samt vävnadsprov (Socialstyrelsen, 2009). Klinisk undersökning innebär att läkaren palperar bröstet med hjälp

av händerna, därefter brukar kvinnan genomgå mammografi där man kan urskilja den misstänkta tumören. Vid vävnadsprov punkterar läkaren bröstet utifrån fyndet på mammografin och tar sedan ett vävnadsprov för att analysera cellerna och därefter kunna ställa en diagnos. Prognosen utgörs av tumörens utbredning vid diagnostillfället. Det som undersöks extra noggrant är om det finns förekomst av tumörvävnad i axillens lymfkörtlar. Om detta är fallet har tumören med stor sannolikhet funnits länge och det finns risk för att tumören har kapacitet att metastasera. Vid begränsad tumörväxt i armhålan kan prognosen fortfarande vara god, med 60-70 % överlevnad. När spridningen är mer omfattande i armhålan sjunker överlevnaden till 20-30 % (Ericsson & Ericsson, 2010).

Behandling

Den vanligaste behandlingen vid bröstcancer är kirurgi. Beroende på tumörens storlek avgörs det om man bör angripa en del av bröstet (partiell mastektomi) eller om hela bröstet bör tas bort (mastektomi). Partiell mastektomi används då tumören är mindre än 3-4 centimeter. I de fall där tumören är mer omfattande genomförs mastektomi då förutom bröstet även all lymfkörtelvävnad i axillen tas bort. Mastektomi innebär vanligen postoperativa besvär som exempelvis värk, svullnad av armen, domningar och rörelseinskränkning. Dessa besvär kan för vissa kvinnor bli bestående. Oavsett kirurgimetod ges alltid strålbehandling postoperativt under flera veckors tid. En del kvinnor behandlas även med hormoner och cytostatika i efterförloppet (Järhult & Offenbartl, 2008).

Anatomi och fysiologi

I kroppen sker en ständig nedbrytning samt nybildning av celler. Detta sker under kontrollerade former för att ingen vävnad ska växa för mycket eller tränga sig in i en annan vävnad. Ibland förekommer det mutationer på cellerna men för det mesta repareras eller elimineras dessa celler. I vissa fall förekommer det dock mutationer då cellen varken kan repareras eller genomgå celldöd vilket leder till att cellen får en förändrad arvs massa. Detta kan leda till att cellen hamnar utanför kontrollsystemet och ökar sin delningshastighet. Den ökade delningshastigheten leder till utveckling av en svulst (tumör), denna svulst kan vara av antingen benign (godartad) eller malign (elakartad) art (Ericsson & Ericsson, 2008). Kvinnans bröst består bland annat av mjölkalveoler och mjölkgångar och det är oftast i dessa delar som bröstcancer uppstår. När bröstcancern sprider sig sker det via blodet och lymfan genom att lymfbanorna från bröstet tömmer sig i de stora venerna och därigenom kan en spridning ske till andra delar av kroppen (Järhult & Offenbartl, 2008).

Att få en livshotande diagnos

Upplevelsen av att få cancerbeskedet är för många kvinnor en chock och vanliga följd känslor är upprördhet, ensamhet, rädsla och sorg. Även fast många kvinnor klarar av att hantera denna psykologiska ångest som bröstcancern medför samt anpassa sig och hantera sin sjukdom så kommer det episoder då kvinnan upplever långvarigt psykiskt lidande (National Cancer Policy Board of the Institute of Medicine, 2004).

Ett stort antal kvinnor kan i många år efter cancerbeskedet i detalj redovisa för hur de fick sitt diagnosbesked. Vanliga reaktioner i samband med diagnos är ångest, ilska och många kvinnor upplever även en känsla av skuld och skam. Kvinnan kan uppleva att det är hon själv som orsakat sig cancer och haft fel livsstil vad det gäller kost, motion och stress. Många upplever även någon form av dödsångest, då just ordet cancer ofta förknippas med hot om död. En kvinna kan inte börja bearbeta sjukdomens innebörd förrän hon förstått och insett allvaret i situationen och fått reda på vilken behandling hon ska genomgå. Tiden fram till dess är mycket påfrestande. Därför är det av stor vikt att en god information ges ifrån hälso- och sjukvårdspersonalen. Det är grunden för kvinnans möjligheter att ta in och bearbeta besked och att kunna vara delaktig i de beslut som tas (Bergh, 2007).

De patienter som är mest nöjda med sjukvården och samspelet med sina vårdgivare är de patienter som har fått bra och tydlig information. En god information reducerar även kvinnornas känsla av ångest och rädsla samt ökar känslan av hopp och självbestämmande. Tidigare forskning visar vidare på att antalet besök hos sjukvården minskar då kvinnorna får sitt behov av information tillfredsställt samtidigt som det psykologiska utfallet blev bättre (Dubois & Loiselle, 2009).

Järhult & Offenbartl (2008) beskriver vidare att utmärkande för cancerpatienter är att de upplever osäkerhet i såväl val av åtgärder som val i andra situationer. De första veckorna efter diagnosbeskedet är ofta mycket kaotiska för kvinnorna och under den tiden är det extra viktigt med tröst, information samt stöd. Sjuksköterskans stödjande roll är mycket viktig och det har stor betydelse för de cancerdrabbade kvinnorna om sjuksköterskan är optimistisk och förmedlar denna optimism till kvinnan (Järhult & Offenbartl, 2008).

Att få diagnosen bröstcancer har en stor inverkan på kvinnans liv, både socialt och intimt då kroppen genomgår stora förändringar. Transitionen från frisk till sjuk utmanas och kompliceras ofta av att ens identitet och personlighet sätts på prov. Alla delar i kvinnans liv påverkas av diagnosen; allt ifrån familj, jobb och vänner. Kvinnan upplever det ofta som svårt att få omgivningen att förstå vad hon går igenom (McCann, Illingworth, Wengström, Hubbard & Kearny, 2010). Det är av vikt att förstå den ängslan och sorg kvinnan upplever under

sjukdomsförloppet, detta för att kunna ge en förbättrad vård till de som har bröstcancer (Waldrop, O'Connor & Trabold, 2011).

I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning (2005) står det att sjuksköterskan ska ha förmåga att ge stöd och vägledning till patienter för att öka deras delaktighet i vård och behandling. Sjuksköterskor ska även informera och undervisa patienter samt närstående och kunna ta hänsyn till tidpunkt, form och innehåll. Socialstyrelsen tar även upp sjuksköterskans förmåga att kunna uppmärksamma de patienter som inte uttrycker sitt behov av information, samt se till att informationen som ges förstås av patienter och anhöriga. Vidare ska sjuksköterskan se och möta patientens upplevelse av sjukdom och lidande. För att göra patienten delaktig i sin egen vård ska stöd och vägledning ges i dialogen med patienten i syfte att främja hälsa (Socialstyrelsen, 2005). Detta styrks även av patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) där patientens rättigheter belyses i form av bland annat delaktighet och information ifrån hälso- och sjukvårdspersonal (SFS 2010:659).

Information

Information utgörs av det meddelanden samt innehåll som överförs vid en kommunikation. Information kan bland annat innefatta åsikter, önsknningar och upplysningar. Först när meddelandet tolkas uppstår information. Definitionen på information är alltså att mottagaren får reda på någonting. Informationen kan antingen vara saklig och objektiv eller påverka samt övertala (Nationalencyklopedin, 2012).

Betydelsen av information till kvinnor som nyss fått en svår diagnos som bröstcancer får inte underskattas. Information utgör en av de viktigaste grundstenarna i vad gäller att skapa en trygghet och ett lugn för kvinnan, både vid diagnostillfället men även vidare under hela vårdtiden. Behovet av information är av oerhörd vikt för kvinnan vad gäller beslut om behandling och medicinering. Hälso- och sjukvårdspersonalen bör utforma informationen efter varje specifik situation och individ, detta för att hjälpa kvinnan till att ta väl grundade beslut under hennes vårdtid (Spittler, Pallikathayil & Bott, 2012). Kvinnors tankar och beslut kring deras bröstcancer kan ändras under vårdtiden, därav även behovet av information. Därför är det av stor betydelse att hälso- och sjukvårdspersonalen lyssnar och uppmärksammar eventuella förändringar hos kvinnan, för att på så sätt kunna tillgodose att kvinnan får den bästa informationen (Vogel, Bengel & Helmes, 2008).

Stöd

Enligt Stoltz (2007) bör stöd innehålla begriplig information samt vara individanpassad. Stöd ska ges kontinuerligt efter situation samt ska det finnas utrymme för att uttrycka känslor och

tankar för patienten (Stoltz, 2007).

Kvinnan har olika behov av stöd beroende på aktuell livssituation, precis som Stoltz (2007) anser Schmid-Büchi, Halfens, Müller, Dassen & Van den Borne (2013) att stödet bör individanpassas och att det ska ges fortlöpande genom hela sjukdomsförloppet. Exempel på sådant som kvinnan kan behöva stöd i är rädsla för att cancer ska sprida sig, osäkerhet inför framtiden samt förändrad kroppsuppfattning (Schmid-Büchi, Halfens, Müller, Dassen & Van den Borne, 2013).

Utifrån detta väljer vi i denna litteraturstudie att utgå ifrån att stöd för kvinnan handlar om att få sina specifika och individuella behov tillgodosedda, för att på så sätt främja en bättre hälsa och livskvalité.

Problematisering

Det har framkommit i litteraturen att när en kvinna får diagnosen bröstcancer kan hon uppleva både kris och lidande i såväl den akuta som efterföljande fasen. Studier visar att dessa kvinnor har stort behov av stöd och information. Vi önskar därför belysa detta vidare i vår litteraturstudie, då det är av betydelse för sjuksköterskan att ha kunskap om och förstå dessa kvinnors upplevelser för att kunna ge en så god omvårdnad som möjligt utifrån patientens specifika behov.

Syfte

Syftet med vår litteraturstudie är att belysa kvinnors upplevelser och behov av information och stöd, i samband med bröstcancer.

Teoretisk referensram

Vi har valt att utgå ifrån transitionsteorin som är framtagen av Afaf Meleis Ibrahim (2010). Denna teori anser vi är lämplig för vår litteraturstudie då den väl beskriver övergången från hälsa till sjukdom samt sjukdom till hälsa. Begreppet transition används ofta för att beskriva hur en person som har drabbats av en livshotande sjukdom måste integrera ny kunskap samt ändra sitt beteende för att hantera sin nya livssituation (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger & Schumacher, 2000). Sjuksköterskan har en väsentlig roll i den här teorin vad det gäller att stödja patienten igenom de olika övergångarna och detta belyser vi vidare i vår diskussion. Meleis (2010) har identifierat fyra olika typer av transitioner: (i) utvecklingsrelaterade, (ii) hälso- och sjukdomsrelaterade, (iii) situationsrelaterade samt (iv) organisationsrelaterade. Vi har valt att utgå ifrån den hälso- och sjukdomsrelaterade transitionen som inriktar sig antingen på en transition från att vara frisk till att vara sjuk, från att vara frisk till att utveckla en

kronisk sjukdom eller från att vara sjuk till att gå och bli frisk. Den hälso- och sjukdomsrelaterade transitionen avser enligt Meleis (2010) två huvuddelar: Den första delen innefattar en sjuksköterskeintervention där meningen är att göra transitionen lättare för patienten och gagna dennes välbefinnande. En annan av sjuksköterskans uppgifter i denna del är att ge patienten de verktyg som hon behöver för att kunna hantera de förändringar som transitionen orsakar. Vid större förändringar i livet påverkas hälsa och välbefinnande, och det ställs krav på att människan kan hantera dessa. Sjuksköterskan har här en uppgift i att bidra med information och kunskap om sjukdomen, samt att ge stöd till att göra ett försök att ändra beteende om det behövs. Meleis (2010) menar att vid förändringar krävs en anpassning till allt det nya, och det krävs även en omvärdering av självet i det nya sammanhanget. Syftet med att sjuksköterskan ger stöd och hjälp med interventioner är att underlätta för patienten att anpassa sig till sin nya livssituation. Detta bidrar till att patienten känner stabilitet, välbefinnande och kontroll.

Den andra delen av hälso- och sjukdomsrelaterade transitionen består av patientens förståelse för själva upplevelsen av transitionen. Upplevelsen av en transition kan innefatta förluster och vinster i ens liv samt förändringar och omvandlingar. Meleis (2010) skriver att betrakta en sjukdomsprocess med hjälp av transitionsteorin betyder att byta fokus från sjukdomen som en händelse till att istället se den erfarenhet patienten får över tiden och hur denne väljer att hantera dessa erfarenheter. Fokus och förhoppning ska ligga på att patienten ska gå stärkt ur sin sjukdom. Genom att använda sig av transitionsteorin ges en större möjlighet till att förstå hur upplevelsen som helhet ser ut (Meleis, 2010).

Metod

Vårt examinationsarbete består av en systematisk litteraturstudie. I studien har såväl kvalitativa och kvantitativa studier använts.

Den systematiska litteraturstudien gör att kunskapsläget inom ett speciellt område kan klarläggas. Genom ett utförligt och systematiskt sökande efter vetenskapliga studier kan kunskapsläget belysas. Denna kunskap kan utveckla det praktiska vårdarbetet men även belysa vad som inte blivit föremål för forskning. En litteraturstudie är en lämplig metod om problemområdet innefattar människors upplevelser och erfarenheter (Friberg, 2006).

Datinsamling

Vi har använt oss av databaserna PubMed och Cinahl. De sökord vi använt oss av är följande: ”breastcancer”, ”women”, ”information”, ”support”, ”experience” samt ”patient perspective”.

Då det fanns mycket forskning inom området kombinerades sökorden i olika konstellationer i syfte att förbättra urvalet. Som mest fick vi 223 träffar och som minst 17 träffar, utifrån dessa sökkonstellationer skapade vi en sökmatrix som finns att läsa i bilaga 1. Från våra sökningar valdes 49 artiklar ut där titlarna relaterade till vårt syfte, samtliga 49 artiklar lästes igenom. Utav dessa valde vi bort de artiklar som inte utgick ifrån ett patientperspektiv, inte svarade mot vårt syfte i den mån vi önskade samt där metoden inte var tillräckligt beskriven. Efter denna genomgång återstod 25 artiklar för fulltext analys.

Inklusions- och exklusionskriterier

Artiklarna vi har använt oss av har både varit nationella och internationella med kvalitativ samt kvantitativ metod, ifrån år 2005 och framåt. Vi har sökt på artiklar med engelska som språk, där alla har utgått utifrån ett patientperspektiv. Endast kvinnor över 18 år med bröstcancer har inkluderats. Män med bröstcancer exkluderades ifrån vår studie. Vi har varit noggranna med att alla artiklar ska ha varit granskade samt etiskt godkända.

Analys

Vi har gjort en systematisk litteraturstudie, det vill säga att vi har utgått ifrån tidigare forskning för att kunna besvara vårt syfte. Enligt Friberg (2006) innefattas analysen i en litteraturstudie av ett utformat arbetssätt. I en allmän litteraturöversikt finns det risk för att mängden relevanta studier kan bli för liten, samt att det finns risk för ett selektivt urval. Det är därför av vikt att ständigt ha ett kritiskt tänkande och förhållningssätt vid läsning av valda artiklar. Vid den första översikten av valda artiklar menar Friberg (2006) att det är bra att använda sig av ett så kallat helikopterperspektiv. Där fokus inte ska ligga på detaljer utan istället mot det som är mest utmärkande för artiklarna (Friberg, 2006).

Vi började vår analys med att var för sig läsa igenom de 25 utvalda artiklarna i fulltext, med hänseende till vad som var utmärkande och hur väl artikeln svarade mot vårt syfte. Därefter diskuterade vi varje enskild artikel för att kontrollera att vi uppfattat innehållet lika samt stämma av eventuella funderingar kring språket. Artiklarna delades därefter in i en kvalitativ och en kvantitativ grupp, detta för att åstadkomma en struktur i vår analys. Inom varje enskild grupp tittade vi på begrepp, metod, resultat samt vad som var karaktärestiskt för just den artikeln. Därefter gjordes ett slutgiltigt urval av 10 artiklar. Dessa 10 artiklar läste vi igenom ytterligare en gång tillsammans, och strök under de meningsbärande enheter som svarade mot vårt syfte. Olika färger användes för att belysa olika kategorier. Dessa kategorier

fungerade som utgångspunkt för vårt resultat. Inga nya studier tillkom. Dessa 10 artiklar lästes noggrant igenom ytterligare en gång och fördes sedan in i vår artikelmatris, se bilaga 2.

Forskningsetiska överväganden

Vår litteraturstudie baseras enbart på artiklar som är vetenskapligt granskade och godkända av en etisk kommitté. Vi har varit noggranna med att inte utesluta studier som pekar på motstridiga resultat, samt ständigt varit medvetna om vår egen förförståelse och att den ibland kan inverka. Vårt mål har således varit att redogöra vårt resultat så objektivt och korrekt som möjligt utan att tolka och presentera egna åsikter i resultatet. För att ge en rättvis bedömning av resultatet har vi genomfört en noggrann översättning med hjälp av lexikon. Artiklarna diskuterades väl för att minimera risken för misstolkning på grund av språksvårigheter. Vi har även varit etiskt korrekta genom att inte plagiera material.

Etiska aspekter bör alltid beaktas, alltifrån urval av studier och sedan genomgående i arbetet. Det är av betydelse att författarna har ett etiskt tänkande i sitt skrivande, författaren eller författarna har den yttersta skyldigheten att försäkra sig om att materialet är av god kvalitet och etiskt försvarbart (SBU, 2012).

Resultat

Vårt resultat baseras på 10 vetenskapliga artiklar som redovisas under 9 kategorier som är: individanpassad information och stöd, vårdmiljö, information och stöd via telefon, kontinuitet, stöd av anhöriga, inför behandling, information om biverkningar, kroppsuppfattning samt livet efter behandling.

Individanpassad information och stöd

Alla studier visade på att informationen som ges måste vara individanpassad för att den ska förstås utav kvinnorna (Bilaga 2). Lillehorn et al. (2009) beskriver i sin studie att många kvinnor upplevde att informationen inte var individanpassad eftersom att informationen som gavs var för detaljerad för dem och blev därmed svår att förstå. Lilliehorn et al. (2009) menar vidare att de bröstcancerdrabbade kvinnorna upplevde att hälso- och sjukvårdspersonalen fokuserade på deras vård men uppmärksammade inte nödvändigtvis kvinnornas individuella behov av information. Dock uppskattade kvinnorna ofta den information som de fick utav sjuksköterskorna eftersom att de var involverade i kvinnornas situation redan från början (Lilliehorn et al., 2009). Vidare uppger Halkett, Arbon, Scutter och Borg (2006) att kvinnorna upplevde att sjuksköterskorna såg dem som individuella personer och de fanns alltid där för att ge det emotionella stöd som krävdes. Kvinnorna behövde uppmuntran under den här perioden och det var sjuksköterskan bra på att uppmärksamma. Sjuksköterskan tog sig tid till

att förstå vad som oroade kvinnan och gjorde sitt bästa för att lösa deras bekymmer. Kvinnorna som fick bra uppmuntran blev mer optimistiska och kände att de lättare kunde hantera de utmaningar som de stod inför (Halkett et al. 2006). Enligt Mallinger, Griggs, Shields (2005) var det viktigt för kvinnorna att hälso- och sjukvårdspersonalen såg dem som en hel person och inte som en i mängden samt att de fick en patientcentrerad vård för att de skulle känna sig tillfreds med informationen som de fick (Mallinger et al. 2005). Om hälso- och sjukvårdspersonalen tog hänsyn till kvinnans individuella behov av information upplevde kvinnorna att de kände mindre ångest och depression samt att de fick en bättre livskvalité (Lilliehorn et al. 2009, Halkett et al. 2006).

Vårdmiljö

Att få diagnosen bröstcancer innebär enligt Beatty, Oxlad, Koczwara, och Wade (2008) en stor livsförändring och många kvinnor upplever därmed ett stort behov av information och stöd under hela vårdtiden. Vårdmiljön där kvinnan får informationen är viktig för att informationen ska vara till kvinnans hjälp. Kvinnorna upplevde att det var lättare att kontrollera deras känslor som uppstår vid cancerbeskedet om de fick information och stöd i en god vårdmiljö (Beatty et al. 2008). Om kvinnorna befann sig i en stressig vårdmiljö hade de svårare att ta in informationen som de fick. Kvinnorna upplevde således att det var viktigt att de befann sig i en lugn och trivsamt miljö där det kändes avslappnat att sitta ner för ett samtal (Lilliehorn et al., 2009). Kvinnorna upplevde oftast att det var mer bekvämt att diskutera deras upplevelser och känslor med sjuksköterskan än vad det kändes gentemot läkaren. Läkaren avsatte oftast inte lika lång tid för samtal med kvinnorna och de kände därför att de inte kunde få det stöd som de behövde. De upplevde inte heller att samtalen var lika avslappnade som samtalen med sjuksköterskan på grund av att samtalsmiljön upplevdes som stressig. Kvinnorna upplevde att sjuksköterskan tog sig tid till att prata med dem även om sjuksköterskan hade mycket att göra (Halkett et al. 2006, Beatty et al. 2008).

Information och stöd via telefon

Ett annat sätt att delge information och stöd kan enligt Beaver, Twomey, Witham, Foy och Luker (2006) vara via telefon. Kvinnor som fått detta kände sig mer sedda och personligt bemötta än vad de tidigare blivit på sjukhuset, då det ofta kan vara en stressig miljö att vistas i och tiden räcker inte alltid till. Genom telefonsamtal blir det mer fokus på kvinnan och hennes situation än vad det kan bli på sjukhus då det ofta finns flera faktorer i vårdmiljön som kan distrahera. Som till exempel larm och oljud, vårdpersonal som kommer in och avbryter etc. Det många kvinnor uttryckte var att genom att få vistas i sin egen hemmiljö under

telefonsamtalen kände de sig mer avslappnade och kunde uttrycka sig på ett annat och bättre sätt än vad de gjort innan då de vistats på sjukhus (Beaver et al. 2006). De kvinnor som fått information och stöd via telefon fann enligt Tulman, Coleman, Stewart och Samarel (2006) det positivt att få en personlig telefonkontakt med en sjuksköterska, de kände att de fick ett bra och personligt bemötande där fokus låg på just deras upplevelser och funderingar. De kunde reflektera genom att ställa frågor angående deras relationer, känslor och psykiska välbefinnande. Denna reflektion ledde till en djupare samt bättre förståelse och medvetenhet om sig själva, deras attityd gentemot bröstcancern och en förbättrad relation till familjemedlemmar. Detta visar på att en telefonkontakt ger en likvärdig effekt som vid personliga möten (Tulman et al. 2006). För de kvinnor som inte bor i närheten av någon stad eller sjukhus kan denna metod vara ett bra alternativ då både tid och pengar sparas. Dock fann en del kvinnor det negativt att prata om mer intima saker som sexualitet över telefon, samt att i vissa fall upplevde kvinnorna att det vara svårt att uttrycka och förklara vad de menade (Beaver et al. 2006).

Kontinuitet

Under vårdtiden erhåller kvinnorna en mängd information och det kan därför bli svårt för dem att ta till sig all upplysning om de endast får informationen vid ett tillfälle. Kvinnorna upplevde att det var vanligt att informationen gavs för fort och ibland fick de mer information än vad som var bra för dem. Kvinnorna föredrog därför att få kontinuerlig samt upprepad information, framför allt om behandlingsplanen och en ständig utvärdering under hela sjukdomsförloppet. Detta medförde en upplevelse av tillit och lugn. Kvinnorna upplevde även att det var viktigt att informationen levererades vid rätt tidpunkt för att informationen skulle vara till nytta (Lilliehorn et al., 2009). Under sjukdomsförloppet uttryckte kvinnorna behov av information och stöd under olika tidpunkter, behovet av informativt stöd förändrades naturligt över tid för den drabbade kvinnan, och gestaltade sig olika beroende på vilket stadium cancer befann sig i. Under den första tiden efter att diagnosen fastställs befinner sig kvinnan i en kris och klarar därmed inte av att ta in så mycket information i detta skede, eftersom att nyheten i sig är så pass omvälvande. Därför är det viktigt med upprepad information (Mallinger et al., 2005). Kvinnorna kände att de kunde engagera sig mer i sin situation om informationen var välbalanserad och upprepades, de upplevde även att deras situation därmed blev mindre kaotisk. De kvinnor som fick dåligt med information vid för få tillfällen upplevde dock kaos och kände sig sårbara (Lillehorn et al., 2009).

Stöd av anhöriga

Det är av vikt att anhöriga involveras i kvinnans vård då de har potential att utgöra ett stöd för kvinnan. Då kvinnor tappar mycket av sitt sociala nätverk med hänseende till jobb samt fritidsaktiviteter utgör anhöriga en stor del av det sociala stödet. Kvinnorna upplevde dock många gånger att de inte fick det stöd som de behövde av deras anhöriga. Anhöriga förstod oftast inte kvinnans upplevelse att leva med diagnosen bröstcancer och kvinnorna kunde känna sig missnöjda med deras anhörigas attityder. Vissa kvinnor kände även att de inte ville visa sin oro för deras närstående (Tsuchiya & Horn, 2009, Beatty et al., 2008). En kvinna berättar att hennes anhöriga var bra på att stötta men att de behövde vägledning i vilken sorts stöd kvinnan behövde. Kvinnorna kände därför att det var viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen involverade anhöriga i vården för att förbättra det psykosociala stödet (Blows, 2011).

Inför behandling

Behovet av information hade stor betydelse för hur kvinnan påverkades fysiskt och psykiskt av behandlingen. Information var viktigt för att minska risken av ångest när kvinnan drabbades av de negativa konsekvenserna av behandlingen (Tsuchiya & Horn, 2009). Enligt Halkett et al. (2006) ansåg många kvinnor att det var värdefullt att träffa sjuksköterskan för att diskutera behandlingen och vilka biverkningar de kunde förvänta sig. I mötet med sjuksköterskan kunde de få den information som de behövde och säkerställa att de hade en förståelse för vad som väntade, samt få en större insikt i de olika momenten. En kvinna i studien beskriver hennes oro inför att genomgå en mastektomi, hon var rädd att det skulle påverka henne som person och hennes kroppsuppfattning. Dessa känslor reducerades dock när sjuksköterskan förklarade den kirurgiska processen och visade bilder på hur ingreppet gick till. Vidare i Halketts (2006) studie framgick det att sjuksköterskorna ständigt fanns tillgängliga för att svara på kvinnornas frågor, och sjuksköterskorna uppmärksammade även att den information som gavs blev förstådd. När kvinnorna fick god information och stöd kände de sig mer säkra i sina beslut om vilken behandling de skulle erhålla. Informativt stöd medförde även bättre kunskap till kvinnorna vilket ledde till bättre kompetens till egenvård. Flertalet kvinnor uttryckte att de fick mer information av sjuksköterskan än av andra personer som var involverade i deras vård, till exempel läkare (Halkett et al., 2006).

Kvinnor som ska genomgå behandling för bröstcancer vill ofta veta om vilka alternativa behandlingar som förekommer. En patient i Tsuchiya & Horns studie (2009) litade på sin läkare men i efterhand fick hon reda på olika behandlingar som inte läkaren hade nämnt för henne. Detta innebar att kvinnan kände ilska för att hon inte fått all fakta, och besvikelse för

att hon inte fick vara med och välja behandlingsmetod. Däremot upplevde många kvinnor att de fick stor frihet i att välja behandlingsmetod, och de som fått vara delaktiga i diskussionen kring sin behandling kände sig nöjda. Dock var det jobbigt för de kvinnor som inte hade en klar bild om vilken operation de skulle genomgå och där läkaren gav dem för stort ansvar och självbestämmande. En kvinna som kände osäkerhet berättar att hennes läkare inte svarade på de frågor som hon ställde för att kunna fatta ett beslut, hon kände att hon behövde mer information om vad som var bäst för henne och inte så stor frihet som läkaren gav (Tsuchiya & Horn, 2009).

Information om biverkningar

Många kvinnor upplevde att de inte var beredda på de fysiska biverkningar som behandlingen medförde, de uppgav att sjukvårdspersonalen varit sparsamma med den informationen. Något som flera kvinnor kände att de inte blivit informerade om var den enorma trötthet som kom under behandlingen. Denna trötthet gjorde det svårt för kvinnorna att komma ihåg relativt enkla saker samt fick de svårt att koncentrera sig. Förändringar i sexualiteten och lusten till sex var även något som minskade under och även en tid efter behandlingen. Detta relaterade kvinnorna till att de inte kände sig bekväma i sina kroppar som förändrats till följd av diagnosen. Det här var även någonting som kvinnorna kände att de inte fått någon information eller vetskap om (Cappiello, Cunningham, Knobf & Erdos, 2007).

Kroppsuppfattning

Flera kvinnors kroppsuppfattning förändrades efter behandlingen då de inte längre kände sig lika kvinnliga eller attraktiva. Det var därför viktigt att de fick emotionellt stöd för att hantera deras kroppsliga utseende och leva vidare med exempelvis ett bröst (Beatty et al., 2008). Genom att få god information och stöd ledde det till att kvinnan accepterade sin förändrade kropp på ett bättre sätt, samt sin sexualitet. Kvinnor mellan 18-55 år kunde ofta uppleva större orosmoment i livet än äldre kvinnor vad gällde tidig menopaus, ängslan över fertilitet samt möjligheten att få barn. De uttryckte även en oro över hur kroppen förändrades och hur man skulle uppfattas av en framtida partner. Kvinnor som genomgått en mastektomi löpte en större risk till en negativ kroppsuppfattning. Äldre kvinnor med en ålder på över 55 år, mådde bättre psykiskt och upplevde en större livskvalité än de yngre kvinnorna gällande sin kroppsuppfattning (Salonen, Tarkka, Kellokumpu-Lehtinen, Kovisto, Åstedt-Kurki & Kaunonen, 2011).

Livet efter behandling

Att återgå till ett normalt liv efter en bröstoperation utmanas ofta av oväntade komplikationer. För att klara av dessa utmaningar behöver kvinnorna mer **medicinskt** stöd av läkarna och mer emotionellt stöd från specialister som exempelvis psykolog. Efter operationen fick kvinnorna i Tsuchiya och Horns (2009) studie ett häfte av sjuksköterskorna där det stod vad de skulle göra för övningar för att minska biverkningar, men ingenstans i texten stod det hur de skulle gå tillväga. Vissa kvinnor kände sig oroliga, men undvek att ställa frågor till läkaren på grund av att läkarna i ett tidigare skede hade undvikit att ge klara och tydliga svar. Emotionellt stöd upplevdes också som betydelsefullt för kvinnorna. De kände ett behov av att kunna prata mer öppet och dela deras känslor med hälso- och sjukvårdspersonalen. Kvinnorna uttryckte även ett behov av information från läkarna vid olika tidpunkter för att lättare kunna återgå till deras normala liv (Tsuchiya & Horns, 2009). Saares och Suominen (2005) skriver i sin studie att kvinnorna upplevde ett stort behov av informativt stöd under hela sjukdomsförloppet, däremot uppgav de att de saknat detta med hänseende till vad som händer efter behandlingen. Detta gjorde att flera av kvinnorna upplevde ångest och rädsla efter behandlingen. Här fick istället familj och närstående verka som socialt stöd och ge uppmuntran under tillfrisknandet. Däremot de kvinnor som inte hade några närstående upplevde tiden efter behandlingen som svår. Vidare visste inte alla kvinnor om att de skulle äta medicin eller genomgå strålbehandling efter operationen för att undvika att bröstcancer skulle spridas. När de fick denna information blev de chockade eftersom de trodde att de skulle vara friskförklarade efter operationen. De kvinnor som råkade ut för denna miss ifrån sjukvårdspersonalen upplevde ångest och ledsamhet då de hade börjat gro en känsla av hopp om tillfrisknande (Tsuchiya & Horn, 2009, Saares & Suominen, 2005).

Transitionen från att vara sjuk till att överlevt bröstcancer och gå vidare upplevdes av många som svår. Hälften av kvinnorna i Capiello et al. (2007) studie uppgav att de inte hade fått någon information eller stöd gällande detta. Desto mer krävande operation och efterföljande behandling, desto större inverkan hade det på kvinnornas livskvalité, därav hade dessa kvinnor större behov av samtal och stöttning (Capiello et al., 2007). Rädsla inför framtiden och att cancer ska komma tillbaka är det som plågade kvinnorna mest efter behandling, och det var detta de behövde stöttning i och upplevde ofta att de inte fick. Det som krävs är mer social stöttning tillsammans med medicinsk information (Salonen et al., 2011, Capiello et al., 2007).

Kvinnor fortsätter även efter färdig behandling att uppleva psykiska och psykosociala påfrestningar. De har ett kontinuerligt behov av att få information och stöttning vad gäller

biverkningar av behandling, känslomässig stress samt hjälp att hantera de förändringar i livet som cancer medfört. Det är lätt hänt att sjukvården inte tar hänsyn till detta. Även om kvinnor med bröstcancer utgör en av de största cancergrupperna idag, finns det ett stort behov av kompletterande information inriktat mot psykiskt omhändertagande. Det är viktigt att så kallade färdigbehandlade kvinnor inte glöms bort, utan fortsätter få stöd till att hitta tillbaka till sin plats i livet (Cappiello et al., 2007).

Metoddiskussion

Innan vi började med vår litteraturstudie gjorde vi en artikelgenomgång för att se om det fanns tillräckligt med material inom området och för att se hur tillförlitlig materialet var. Det visade sig att det bedrivs mycket forskning om kvinnor med bröstcancer, vilket gjorde att vi hade bra förutsättningar för att hitta relevanta och tillförlitliga artiklar. I vår litteraturstudie har vi använt oss av både kvalitativa samt kvantitativa studier. Vår förförståelse var att resultaten skulle skilja sig åt beroende på metod, detta visade sig inte vara fallet. Resultaten var förhållandevis jämförbara.

Vi valde att använda oss av kvalitativa studier då det är en metod som inte bygger på statistiska processer utan den visar på sociala och emotionella fenomen. Detta relaterar väl till vår studie som beskriver kvinnors upplevelser. En kvalitativ studie tillför en fördjupad och detaljerad kunskap som kan ge en ökad förståelse för företeelser som kvantitativa studier inte kan fånga. Detta gäller främst personers uppfattningar, erfarenheter samt upplevelser (SBU, 2012).

Vi valde även att använda oss av kvantitativa studier. Kännetecken för en god kvantitativ studie är en randomisering, SBU (2012) menar att en god randomisering har stor betydelse för den kvantitativa studiens tillförlitlighet. Det är vidare viktigt att tillvägagångssättet är väl beskrivet för att kunna se fördelningen av deltagarna. Bortfall är ytterligare en viktig aspekt att ta hänsyn till vid granskning av kvantitativa studier. Ett stort bortfall kan sänka tillförligheten för studien (SBU, 2012).

I denna litteraturstudie exkluderades män, detta på grund av att det är en minoritetsgrupp då det inte är lika vanligt att män drabbas av bröstcancer. Vår förförståelse var att resultatet bland män och kvinnors upplevelser kan skilja sig åt framförallt vad det gäller stöd. Den förändrade kroppsuppfattningen som bröstcancer många gånger medför tror vi påverkar kvinnor mer, på grund av att bröst är en stor del som symboliserar kvinnlighet. Vi ville därför rikta in oss på just kvinnors upplevelser av information och stöd. I studien gjordes inga geografiska begränsningar vilket vi anser som en fördel då det ger ett övergripande

forskningsresultat. Här hade det varit intressant att se om kultur och samhälle skulle påverkat resultatet, men i de kvalitativa och kvantitativa artiklar vi fann såg vi inga skillnader. Sammantaget anser vi att användning av både kvalitativa och kvantitativa studier har utgjort en styrka i vår litteraturstudie.

Resultatdiskussion

Vi har valt att belysa vår diskussion med hjälp av Meleis transitionsteori samt vetenskapliga artiklar och kurslitteratur. I diskussionen har vi även valt att illustrera sjuksköterskans roll i omvårdnaden.

Patientcentrerad information och stöd

I vårt resultat framkommer det att kvinnorna upplevde att det var viktigt med individanpassad information, dock var det inte alltid som informationen var anpassad efter varje enskild kvinna (Lilliehorn et al., 2009). Enligt Meleis (2010) är god kunskap och anpassad information förutsättningar för att patienten ska kunna förbereda transition. Genom att sjuksköterskan engagerar patienten kan denne gå in i en transitionsprocess (Meleis, 2010). För att sjuksköterskan ska kunna ge individanpassad information är det viktigt att sjuksköterskan har en tillåtande attityd, vilket leder till att kvinnorna känner att det är tillåtet för dem att visa deras individuella behov och önskningar. En tillåtande attityd är även viktigt för att kvinnan ska våga ställa sina frågor till sjuksköterskan. Sjuksköterskan ska även vara noggrann för att kunna upptäcka särdrag hos varje kvinna och därefter kunna individanpassa informationen och stödet. För att kunna individanpassa det stöd som kvinnan får är det viktigt att sjuksköterskan har kunskap samt är medveten om hur kvinnan mår och kan se vilka behov kvinnan har utan att prata eller fråga om det. Sjuksköterskan bör även visa att hon tar kvinnan seriöst och att sjuksköterskan accepterar kvinnans sätt att hantera situationen (Remmers, Holtgräwe, Pinkert, 2010). Genom att etablera en god vårdrelation med kvinnan kan sjuksköterskan förstå hur kvinnan reagerar på stressande händelser, samt känna igen när kvinnan uppvisar höga nivåer av exempelvis ångest och därmed lättare anpassa informationen och stödja kvinnan (Stephens, Osowski, Fidale och Spagnoli, 2007). Kvinnorna upplevde även att det är viktigt att sjuksköterskan visar äkta sympati för varje kvinna de möter, dock är det viktigt att sympatin inte förnekar dem hopp om en bra utväg ur sjukdomen (Remmers et al., 2010). Sjuksköterskan bör värdera den enskilda patientens upplevelser för att kunna se patientens förmåga att behärska sin situation på ett effektivt och adekvat sätt. Genom att värdera patientens upplevelser kan sjuksköterskan även få kunskap om patientens känsla av

värdighet, integritet och livskvalitet (Meleis, 2010).

För att kunna stödja kvinnan måste sjuksköterskan skapa en vårdande relation och våga bli involverad i kvinnans lidande (Capiello et al., 2007). För att uppnå detta bör hälso- och sjukvårdspersonalen enligt Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) våga stanna kvar hos den lidande patienten. I och med detta kan patienten uppleva värdighet samt ökat välbefinnande (Dahlberg et al., 2003). I resultatet framkommer det vidare att kvinnan upplever ett behov av att kunna hantera samt acceptera sin situation (Saares & Suominen, 2005). Här menar Meleis (2010) att det är en viktig uppgift för sjuksköterskan att hjälpa patienten att acceptera sin situation. Genom att patienten får hjälp att acceptera sin situation kan dennes ångest minska samt att patienten lättare kan hantera den osäkra situationen. Om inte patienten kan acceptera sin nya situation kan det bero på att patienten inte är redo för transition (Meleis, 2010).

Omgivning

Vi fann vidare i resultatet att sammanhanget har en betydande roll för huruvida informationen förstås av kvinnorna (Lilliehorn et al., 2009). Olika aspekter som spelar in är personliga, miljömässiga och sociala faktorer, även tid är en väsentlig faktor (Mallinger et al., 2005). Om hälso- och sjukvårdspersonalen tar hänsyn till dessa faktorer är det lättare att informationen når fram till kvinnan, och hon kan få bättre stöd till att kontrollera de starka känslor som uppstår vid cancerbeskedet (Beatty et al., 2008). För att kunna skapa en vänskaplig och avslappnad vårdmiljö menar Remmers et al., (2010) att det är viktigt med ett bra samarbete mellan alla yrkesprofessioner som är involverade i vården. Det är även viktigt att hälso- och sjukvårdspersonalen har en god kommunikation mellan varandra. Om inte hälso- och sjukvårdspersonalen har en bra kommunikation kan det medföra att kvinnan får motsägande information av vårdgivarna, och detta sänker kvalitén på vården enligt kvinnorna. Vidare menar Remmers et al., (2010) att det är viktigt att sjuksköterskorna visar trovärdighet inför kvinnorna genom att de visar en närvaro i vårdteamet. Om det var en god atmosfär hos vårdteamet påverkade det kvinnans välbefinnande positivt. Atmosfären var även viktig för att kvinnorna skulle få den uppmuntran som de behövde samt möjlighet till att ställa frågor och kunna ta till sig information. Det är därför av stor vikt att sjuksköterskan skapar en lämplig atmosfär för att kunna föra en bra dialog med kvinnan. Det är inte i alla stunder som kvinnan vill ha information utan istället vill hon bli distraherad från sin sjukdom. Sjuksköterskan kan distrahera genom humor och glädje men även genom att prata om vardagliga saker. Detta leder till att kvinnan känner att livet kommer att fortsätta och att sjukdomen inte påverkar hela

tillvaron. Denna känslighet kan också innebära att sjuksköterskan lämnar kvinnan själv och inte besvarar henne med frågor. Därför är det viktigt att sjuksköterskan är lyhörd och visar känslighet inför kvinnan och tar hänsyn till sammanhanget (Remmers et al., 2010). Meleis (2010) påpekar att lyhördhet inför patientens upplevelser är viktigt för att kunna uppmärksamma förändringar hos patienten. Genom att sjuksköterskan är lyhörd kan hon uppmärksamma undervisningsbehoven hos patienten och därmed delge information som bidrar till att patienten lättare kan hantera sin situation. Detta kan leda till att patienten känner större trygghet samt att det främjar patientens integritet och värdighet (Meleis, 2010).

Svårmodtaglig information

I resultatet framkommer det vidare att det var viktigt att informationen levererades vid rätt tidpunkt och att informationen var välbalanserad. Kvinnorna upplevde även att de ofta fick för mycket information på en gång samt att informationen många gånger var svår att förstå på grund av de medicinska termer som användes (Lilliehorn et al., 2009). Eftersom att kvinnan inte alltid kommer ihåg all information eller inte alltid förstår informationen är det viktigt att sjuksköterskan kan besvara frågorna på ett förstående sätt. I mötet med patienten bör sjuksköterskan vara empatisk, tyst och omtänksam. Om kvinnorna möts av dessa egenskaper kan kvinnorna vara sårbara och svaga inför sjuksköterskan och de vågar upprepa frågorna om det så behövs. Det är en stor lättnad för kvinnorna att inte behöva ta sig samman eller gömma sina känslor och funderingar (Remmers et al., 2010). En annan bra metod för kvinnorna är att få manualer från sjukvårdspersonalen där det står information om bröstcancer. Kvinnorna ansåg att det var en bekväm resurs att ha tillgång till skriftlig information som de kunde läsa när de ville. En kombination av manualer och muntlig information av sjuksköterskan gjorde att kvinnorna kände att deras utbildningsbehov var tillfredsställt. Manualerna som de fick var även anpassade efter varje kvinna vilket gjorde att den var lätt för dem att förstå (Stephens et al., 2007). Enligt Meleis (2010) får sjuksköterskan inte glömma bort att de kontinuerligt träffar människor som just nu genomgår eller precis har genomgått en transition. Detta är viktigt då sjuksköterskan har en stor roll i interventionen att hjälpa samt stötta patienten igenom hela transitionsprocessen (Meleis, 2010). Om kvinnorna erhåller en förståelig information får de mer kontroll över sin situation. Stöd av sjuksköterska hjälper kvinnorna att upprätthålla deras känsla av kontroll, hopp, och säkerhet. Om det är brist på information och stöd kan det stärka kvinnornas sårbarhet (Remmers et al., 2010). Meleis (2010) menar här att något som är en del i transitions processen är just sårbarhet, detta kan göra att patientens

tillfrisknande går snabbare men det kan även göra att det går långsammare. Mycket beror på styrkan i vårdrelationen mellan patient och sjuksköterska (Meleis, 2010).

Kommunikationsvägar

Information via telefonkontakt visade sig vara uppskattat hos kvinnorna. Kvinnorna upplevde att bemötandet var personligt och att det gav en likvärdig effekt som vid personliga möten (Tulman et al., 2006). Dock fann kvinnorna det negativt att prata om mer intima saker som sexualitet över telefon (Beaver et al., 2006). Uppföljning via telefonsamtal med specifika frågor kan vara ett effektivt verktyg för sjuksköterskan för att kunna bedöma kvinnans flerdimensionella behov. Dock bör den sjuksköterska som har etablerat en relation med kvinnan genomföra telefonsamtalen på grund av att den sjuksköterskan kan oftast lättare tolka och reagera på kvinnans svar (Stephens et al., 2007).

Trots en förtroendefull relation kan det fortfarande kännas svårt att diskutera känsliga ämnen som sexualitet och död. Detta kan bero på att kommunikationen är blockerad av sjuksköterskans beteende. Sjuksköterskan kan känna rädsla inför sin egen död och är därför orolig för att kvinnan kan ta efter sjuksköterskans rädslor. Sjuksköterskorna kan även blockera samtalet genom att de inte har de bästa kommunikationsstrategierna och kan därmed inte genomföra en lämplig konversation. Tidsbrist är också en faktor som kan hämma samtalet. Om sjuksköterskan arbetar för en bättre kommunikativ kompetens är det lättare för kvinnorna att även tala om känsliga ämnen (Remmers et al., 2010).

För att sjuksköterskan ska främja en hjälpande kommunikation ska sjuksköterskan aktivt lyssna till kvinnan och bidra med rådgivnings- samt intervjuvärdigheter. I samtalet ska sjuksköterskan visa respekt, skapa trygghet samt tillit. För att kommunikationen ska anses som stödjande ska sjuksköterskan observera och tolka kvinnans verbala samt icke-verbala signaler, vara öppen för svåra känslor, stimulera kvinnans resurser och möjligheter samt möta kvinnans behov och önskningar på ett bra sätt. Det är svårt att enbart läsa sig till teoretisk kunskap om kommunikationsvärdigheter utan det behövs kompletteras med praktisk träning. Forskning visar på att kommunikationsträning bidrar till att lättare få fram patientens tankar och funderingar (Eide & Eide, 2010).

Behandling

Vidare såg vi i vårt resultat att det är viktigt för kvinnan att hon får en god information om hur behandlingen går till och vilka olika behandlingar som finns. Dessvärre pekar vårt resultat på att dessa behov inte alltid tillgodoses av sjukvården. De kvinnor som inte får tillräcklig information om sin behandling upplever ofta ångest och rädsla då de inte känner att de har

kontroll på vad som ska ske. Här har sjuksköterskan en viktig uppgift att se till att detta inte inträffar (Halkett et al., 2006).

Däremot framkom det även att sjukvården och framförallt sjuksköterskan i många fall var bra på att bemöta kvinnan och hennes behov av information och stöd kring behandlingen. Många kvinnor kände en större tillit till att prata och diskutera med en sjuksköterska än en läkare. Flera kvinnor uppgav i vårt resultat att de hade en god relation med sin sjuksköterska och kände ett förtroende för denne. Detta gjorde att de vågade prata om sina känslor och upplevelser kring behandlingen (Halkett et al., 2006., Tsuchiya & Horn, 2009). Stephens et al., (2008) menar här att sjuksköterskan måste förstå vilken betydelse hon eller han har i att skapa en bättre livskvalité och upplevelse av omvårdnad för kvinnan, men även för hennes anhöriga. Ett dåligt eller negativt bemötande från sjuksköterskans sida kan fördärva kvinnans upplevelse av hela sjukdomsförloppet (Stephens et al., 2008).

Att ha en god vårdrelation med sjuksköterskan visade sig i vårt resultat vara viktigt, det var angeläget för kvinnan att känna sig sedd och inte som en i mängden (Mallinger et al., 2005). Dahlberg et al., (2003) påpekar att det är viktigt som vårdare att se varje enskild patients livsvärld för att skapa en god vårdrelation. Genom att vårdaren visar intresse för patienten, dennes berättelse och perspektiv kan vårdaren förstå och få tillgång till vad som behövs för att skänka patienten välbefinnande. Det är av vikt att ständigt ha i baktanke att varje patients livsvärld ser olika ut, därför kräver varje enskild individ olika typer av omvårdnad och omtanke (Dahlberg et al., 2003).

Fysiska biverkningar till följd av behandlingen upplevde ett flertal kvinnor i vårt resultat att de inte varit beredda på, då ingen i sjukvården varit specifik i vad som sker efter behandlingen (Capiello et al., 2007). Något som inverkade på kvinnan, framför allt yngre kvinnor var hur kroppen förändrats till följd av behandlingen, här krävs det stöttning till att kvinnan ska acceptera och bli tillfreds med sin förändrade kropp (Salonen et al., 2011). Det är av vikt att kvinnan får ha en sjuksköterska som kontaktperson som kan svara på professionella frågor om hur återhämtningen går till, anpassning av bröstprotes, biverkningar av behandling, personlig hygien eller om sårförband. Sjuksköterskan kan öka det fysiska stödet genom att hjälpa till med den personliga hygien, hjälpa kvinnorna att hitta en smärtfri position, behaglig sovställning, minska illamående samt smärta (Remmers et al., 2010). Meleis (2010) anser att fysiskt välbefinnande är av betydelse i transitionsprocessen då en kroppslig förändring kan vara ogynnsam för individen och dennes tillfrisknande.

Efter behandling

Det som känns relevant att lyfta fram i vår diskussion är att uppföljning samt stöttning efter behandling inte verkar fungera. Det är i just detta skede som kvinnan behöver extra mycket stöd för att kunna hitta tillbaka till sin plats i livet (Salonen et al., 2011). Meleis (2010) anser att det är viktigt hur planeringen inför transitionen läggs upp, detta bör göras av sjuksköterska och patient tillsammans. Planeringen inverkar på hur positiv transitionsprocessen upplevs av patienten. Hela transitionsprocessen består av en tid då självbilden förändras, vissa skeden är stabila medan andra kan upplevas som förvirrande och ostrukturerade. Det är lätt att få en känsla av att tappa kontrollen (Meleis, 2010). Vi kan relatera detta till vårt resultat som visar att många kvinnor kände att de tappade fotfästet och att de kände sig vilsna efter färdig behandling. Här behövs dels sjuksköterskor men vårt resultat pekar även på att det är relevant att ta hjälp av specialister så som exempelvis psykolog (Tsuchiya & Horn, 2009).

Många kvinnor uppgav att deras största rädsla efter avslutad behandling var att cancer skulle komma tillbaka, samt hur de skulle hantera de förändringar i livet som bröstcancer medfört. Livet som de hade innan cancer var för många borta, och flera kvinnor uppgav här att det var som att börja om på nytt igen. Anhöriga spelar en stor roll i uppmuntran och stöttning till kvinnan, det är av vikt att även familj och vänner involveras i kvinnans vård. Detta för att de ska kunna finnas till hands på bästa sätt och få en större förståelse. Det hände att kvinnor ibland kände att familjen inte förstod vad hon gick igenom. Kvinnor hanterar sin cancerdiagnos på ett bättre sätt när de har ett starkt socialt nätverk som kan stötta och uppmuntra dem (Beatty et al., 2008).

Flertalet kvinnor uppgav att stödet ifrån familj, vänner och arbetskamrater var en bidragande del i deras tillfrisknande. För de kvinnor som inte hade så många anhöriga fann dessa att stödgrupper var bra för att få psykosocialt stöd (Stephens et al., 2008). Då Meleis (2010) anser att det sociala nätverket har en inverkan i patientens transitionsprocess är det av vikt att inte bortse ifrån anhöriga och deras betydelse (Meleis, 2010).

Slutsats och implikationer

Baserat på denna litteraturstudie har vi dragit slutsatsen att kvinnorna ofta var nöjda med vårdrelationen som de hade till sin sjuksköterska, men att de inte alltid erhöll det stöd och information som de behövde. Detta var något som sträckte sig över hela sjukdomsförloppet. Resultatet visade att det berodde på aspekter som vårdmiljö, ej patientcentrerad information samt kommunikationssvårigheter bland hälso- och sjukvårdspersonal.

Vi anser att brist på evidensbaserad kunskap och tid kan vara två av de faktorer som

hindrar sjuksköterskan från att tillgodose kvinnans behov. Tidsbristen är något som kan vara svårt att påverka för individen då sjuksköterskeyrket ofta kan vara stressfyllt. Däremot går det att tillgodose sjuksköterskan ny kunskap i form av kurser och utbildningar. Att ta del av relevant forskning kan även vara ett sätt för att inhämta ny kunskap. Då det finns mycket forskning gjord inom detta område ter sig det ändå som att kunskapen inte används i praktiken. Det baserar vi utifrån att de senaste artiklarna i vår studie uppvisar liknande resultat som tidigare forskning. Här vore det önskvärt med vidare studier på hur den befintliga kunskapen ska tillämpas i praktiken. Hur kan ny vetenskaplig kunskap implementeras inom hälso- och sjukvården?

Referenslista

* = De artiklar som återfinns i resultatet.

Barbara A. Vogel, Juergen Bengel & Almut W. Helmes.(2008). Information and decision making: patients' needs and experiences in the course of breast cancer treatment. *Patient Education and Counseling* 71, 79-85.

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

Bergh, Jonas, Brandberg, Yvonne, Ernberg, Ingemar, Frisell, Jan, Fürst, Carl-Johan, & Hall, Per. (2007). *Bröstcancer*. Stockholm: Karolinska Institutet.

*Blows, Emma. (2011). Information and support for older women with breast cancer. *Cancer nursing practice*, 10, 31-37.

Brandberg, Yvonne, & Nygren, Peter. (2006). *Rosa boken om bröstcancer – fysiska, psykiska, sociala och existentiella aspekter*. Stockholm: Cancerfonden.

*Beaver, Kinta, Twomey, Mary, Witham, Gary, Foy, Sharon, & A. Luker, Karen. (2006). Meeting the information needs of women with breastcancer: Piloting a nurse-led intervention. *European Journal of Oncology Nursing*, 10, 378-390.

*Capiello, Michelle, Cunningham, Regina, Knobf M, Tish, & Erdos, Diane. (2007). Breast Cancer Survivors: Information and Support After Treatment. *Clinical Nursing Research*, 16, 278-293.

*Chamberlain -Wilmoth, Margaret, Tulman, Lorraine, Coleman, Ann Elizabeth, Stewart, Beth Carol, & Samarel, Nelda. (2006). Women´s Perceptions of the Effectiveness of Telephone Support and Education on Their Adjustment to Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 33, 138-144.

Cheryl A. Spittler, Leonie Pallikathayil, Marjorie Bott.(2012). Exploration of how women make treatment decisions after a breast cancer diagnosis. *Oncology Nursing Forum* 5, 425-433.

Dahlberg, Karin, Segesten, Kerstin, Nyström, Maria, Suserud, Björn-Ove, Fagerberg, Ingegerd. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Dubois, Sylvie, & Loïselle, Carmen G. (2009). Cancer informational support and health care service use among individuals newly diagnosed: a mixed methods approach. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 15, 346–359.

Eide, Hilde, & Eide, Tom. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.

Ericson, Elsy, & Ericson, Thomas. (2010). *Illustrerade medicinska sjukdomar* Lund: Studentlitteratur.

Friberg, Febe (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

*Halkett, Georgia, Arbon, Paul, Scutter, Sheila, & Borg, Martin. (2006). The role of the breast care nurse during treatment for early breast cancer: The patient's perspective. *Contemporary Nurse*, 23, 46-57.

Järhult, Johannes, & Offenbartl, Karsten. (2008). *Kirurgiboken: Vård av patienter med kirurgiska, urologiska och ortopediska sjukdomar*. Stockholm: Liber AB

*Lilliehorn, Sara, Hamberg, Katarina, Kero, Anneli, & Salander, Per. (2010). Admission into a helping plan: a watershed between positive and negative experiences in breast cancer. *Psycho-Oncology*, 19, 806-813.

*Mallinger, Julie, Griggs, Jennifer, & Shields, Cleveland. (2005). Patient-centered care and breast cancer survivors satisfaction with information. *Patient Education and Counseling*, 57, 342-349.

Mccann, Lisa, Illingworth, Nicola, Wengström, Yvonne, Hubbard, Gill, & Kearny, Nora. (2010). Transitional experiences of women with breast cancer within the first year following diagnosis. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1969-1976.

Meleis Ibrahim, Afaf. (2010). *Transitions Theory*. New York: Springer Publishing Company.

Meleis Ibrahim, Afaf, Sawyer, Linda, Im, Eun-Ok, Hilfinger Messias, DeAnne, & Schumacher, Karen. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23, 12-28.

Nationalencyklopedin. (2012). Hämtat 16 oktober, 2012 från: <http://www.ne.se/information/211471>

National Cancer Policy Board of the Institute of Medicine. (2004). *Meeting psychological needs of women with breast cancer* Washington, DC.

Patrice A, Stephens, Maryjo, Osowski, Mary Sue, Fidale, & Cathy, Spagnoli. (2007). Identifying the Educational Needs and Concerns of Newly Diagnosed Patients With Breast Cancer After Surgery. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12, 253-258.

Remmers, Hartmut, Holtgräwe, Martina, & Pinkert, Christiane. (2010). Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 11-16.

*Salonen, Päivi, Tarkka, Marja-Terttu, Kellokumpu-Lehtinen, Pirkko-Liisa, Koivisto, Anna-Maija, Åstedt-Kurki, Päivi, & Kaunonen, Marja. (2011). Individual face-to-face support and quality of life in patients with breastcancer. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 396-410.

*Saares, Pekka, & Suominen, Tarja. (2005). Experiences and resources of breast cancer patients in short-stay surgery. *European Journal of Cancer Care*, 14, 43-52.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 13 oktober 2012 från: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/

Silvia Schmid-Büchi, Ruud J.G. Halfens, Marianne Müller, Theo Dassen, Bart van den Borne. (2013). Factors associated with supportive care needs of patients under treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 17, 22-29.

Socialstyrelsen. (2009). *Cancer i siffror 2009*. Hämtad 18 september 2012 från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8348/2009-126-127_2009126127.pdf

- Socialstyrelsen. (2012). *Statistikdatabasen*. Hämtat 18 september 2012 från: <http://192.137.163.49/sdb/can/val.aspx>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2012). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården - En handbok*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Stoltz, Peter, Pilhammar-Andersson, Ewa, & Willman, Ania. (2007). Support in nursing – an evolutionary concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1478-1489.
- *Tsuchiya, Miyako, & Horn, Shirley A. (2009). An exploration of unmet information needs among breast cancer patients in Japan: a qualitative study. *European Journal of Cancer Care*, 18, 149-155.
- Waldrop, Deborah, O'Connor, Tracey, & Trabold, Nicole. (2011). "Waiting for the Other Shoe to Drop:" Distress and Coping During and After Treatment for Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 29, 450-473.

Bilaga 1

Sökmatrix

Datum	Databas	Avgränsningar	Sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Sparade artiklar
12-09-17	Cinahl	Peer reviewd English Female 2005-2012	women, experience, support, nursing, breast cancer	25	6	1
12-09-17	Cinahl	Peer reviewd English Female 2005-2012	breast cancer, experience, surgery, information	22	3	1
12-09-21	PubMed	Abstract available English Female 2005-2012	breast cancer, women, needs, information	203	12	2
12-09-27	PubMed	Abstract available English Female 2005-2012	Breast cancer, nursing, care, needs	223	16	2
12-10-01	Cinahl	Peer reviewd English Female 2005-2012	information support women breast cancer	200	10	2
12-10-04	PubMed	Abstract available English Female 2005-2012	breast cancer needs patients perspective	17	2	2

Bilaga 2

Artikelmatris

Författare	Titel	År, land och tidsskrift	Syfte	Metod och urval	Resultat
Beatty, Lisa., Oxlad, Melissa., Koczwara, Bogda., & Wade, Tracey D.	The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: a qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives.	2008, Australien, Health expectations.	Identifiera oron och behoven hos Australienska kvinnor som nyligen diagnostiserats med bröstcancer.	-Kvalitativ metod -Djupintervjuer -34 deltagare varav 19 patienter, 6 sjuksköterskor och 9 volontärer.	I resultatet framgår det en stor variation av den psykosociala oron och behoven hos kvinnorna. Fem teman togs fram: -Hantering av biverkningar. -Hantering av att självbilden förändras. -Stress och reaktionsanpassning. -Att hantera andras föreställningar. -Förväntningar och känslor.
Beaver, Kinta., Twomey, Mary., Witham, Gary., Foy, Sharon., & A.	Meeting the information needs of women with breast cancer: Piloting a	2006, England, European Journal of Oncology Nursing	Att se kvinnors behov av information med hjälp av en telefonintervention.	-Kvantitativ metod -135 kvinnor -67 i kontrollgruppen och 68 i interventionsgruppen. -Analyserad	Resultatet indikerar att en telefoninterventioner sig vara en god metod för att bemöta de behov av information som kvinnor med bröstcancer har.

Luker, Karen.	nurse-led intervention			med inferentiell samt deskriptiv statistik.	
Blows, Emma.	Information and support for older women with breast cancer.	2011, England, Cancer nursing practice.	Undersöka behovet av information och stöd hos äldre kvinnor med bröstcancer samt undersöka vilka typer av stöd de har tillgång till för att fastställa om frivilliga organisationer har någon roll för att uppfylla deras behov.	-Kvalitativ metod -Tolv kvinnor -Strukturerade intervjuer. -Tematisk innehållsanalys	Sjukvårdsspecialister och bröstcancersjuksköterskor värderades som en bra källa för information och stöd. Ytterligare informationskällor och stöd inkluderades av familj, vänner, och andra kvinnor med bröstcancer.
Capiello, Michelle., Cunningham, Regina., Knobf M, Tish., & Erdos, Diane.	Breast Cancer Survivors : Information and Support After Treatment	2007, USA, Clinical Nursing Research	Att beskriva kvinnors behov av information och stöd efter behandling.	-Kvalitativ metod -20 kvinnor -Strukturerade intervjuer. -Ej specificerad kvalitativ analysmetod.	Kvinnor fortsätter att må dåligt psykiskt samt fysiskt även efter avslutad behandling, det är av vikt att fortsätta ge stöd och information till dessa kvinnor.
Chamberlain – Wilmoth, Margaret., Tulman, Lorraine., Coleman, Ann Elizabeth., Stewart, Beth Carol., & Samarel, Nelda.	Women's Perceptions of the Effectiveness of Telephone Support and Education on Their Adjustment to Breast Cancer	2006, USA, Oncology Nursing Forum	Att se kvinnors uppfattning angående att få stöd och information via telefon.	-Kvalitativ metod -77 kvinnor -Strukturerade intervjuer -Innehållsanalys	Kvinnorna uppgav att de fick en förbättrad attityd gentemot bröstcanceren samt en förbättrad relation till sina anhöriga.
Halkett, Georgia., Arbon,	The role of the breast	2006, Australien	Undersöka patienters perspektiv av	-Kvalitativ metod -Djupintervjuer	Kvinnorna med bröstcancer betonade flera

Paul., Scutter, Sheila., & Borg Martin.	care nurse during treatment for early breast cancer: The patient's perspective	Contemporary Nurse	sjuksköterskans roll när man drabbats av bröstcancer.	-18 kvinnor -Holistisk analys	gånger vikten av sjuksköterskans roll under deras upplevelse av bröstcancer. Stödet som sjuksköterskorna gav innebar komponenter som kommunikation, rapport och en medvetenhet om kvinnornas behov samt tillgänglighet, trygghet och praktisk information.
Lilliehorn, Sara., Hamberg, Katarina., Kero, Anneli & Salander, Pär.	Admission into a helping plan: a watershed between positive and negative experiences in breast cancer	2009, Sverige, Psycho-oncology	Utifrån ett patientperspektiv identifiera bröstcancer patienters psykosociala behov och syntetisera dem i en modell som återspeglar kärnan i dessa behov.	-Kvantitativ metod -Intervjustudie -71 kvinnor -40 i interventionsgruppen och 31 i kontrollgruppen	Fyra kategorier av behov upptäcktes: Tillgång, information, behandling, och bemötande. Resultatet visar att kvinnorna strävar efter att finna en fristad att fästa till. Detta beskrivs som en hjälpande plan som består av enkel åtkomst, kontinuerligt anpassad information, kontinuitet och kompetens i behandling, och respekt och engagemang i en positiv atmosfär.
Mallinger, Julie., Griggs, Jennifer., & Shields, Cleveland	Patient-centered care and breast cancer survivors satisfaction with	2004, USA, Patient Education and Counseling	Att undersöka förhållandet mellan patientcentrerad vård relaterat till kvinnor som överlevt	-Kvantitativ metod -182 kvinnor - Enkätundersökning -Univariat statistisk analys.	Kvinnorna var överlag nöjda med den information de fått, dock krävs det förbättring i stöd och information efter avslutad behandling. Många

	informati on		bröstcancer, och hur nöjda de varit med informationen de fått.		kvinnor upplevde här att de inte hade någon att vända sig till.
Saares, Pekka., & Suominen , Tarja.	Experienc es and resources of breast cancer patients in short-stay surgery	2005, Finland, European Journal of Cancer Care	Att öka förståelsen samt förbättra omvårdnaden för kvinnor som fått korttidsbehand ling. Beskrivning av kvinnors erfarenheter och upplevelser.	-Kvalitativ metod -8 kvinnor -Strukturerade intervjuer -Innehållsanalys	Kvinnorna uppgav att de var nöjda med behandlingen och den omvårdnad de fått, men att de saknade stöd och information gällande fysiska biverkningar och anpassning till livet efter behandling.
Salonen, Päivi., Tarkka, Marja- Terttu., Kellokum pu- Lehtinen, Pirkko- Liisa., Koivisto, Anna- Maija., Åstedt- Kurki, Päivi., & Kaunonen , Marja.	Individual face-to- face support and quality of life in patients with breastcan cer	2011, Finland, Internation al Journal of Nursing Practice	Att undersöka effekten av individuella stödsamtal och hur de hjälper kvinnor med bröstcancer att förbättra livskvalitén.	-Kvantitativ metod -204 kvinnor -112 i interventionsgru ppen och 92 i kontrollgruppen . - Enkätundersökn ing. -Analyserad med deskriptiv statistik.	Individuellt stöd och information hjälpes kvinnan till en bättre livskvalité, detta bör erbjudas kvinnan kontinuerligt under hela sjukdomstiden. Vikten av att se varje kvinna som en individ lyfts fram.