



EXAMENSARBETE

Hösten 2012

Sektionen för hälsa och samhälle
Sjuksköterskeprogrammet
Omvårdnad 15 Hp

Mötet med sjuksköterskan

**– en litteraturstudie om
bröstcancerdrabbade kvinnors
upplevelser**

Författare

Christoffer Danarö

Sara Gillsjö

Handledare

Helena Larsson

Examinator

Inga-Britt Lindh

Mötet med sjuksköterskan – en litteraturstudie om bröstcancerdrabbade kvinnors upplevelser

Författare: Christoffer Danarö och Sara Gillsjö

Handledare: Helena Larsson

Litteraturstudie

Datum: 130104

Sammanfattning

Bakgrund: Varje år insjuknar ungefär 7000 personer i bröstcancer i Sverige, vilket innebär att 15-20 kvinnor om dagen får en bröstcancerdiagnos och att var tionde kvinna utvecklar bröstcancer under sin livstid. Mötena mellan dessa kvinnor och sjuksköterskan blir viktiga för upplevelsen av hela sjukdomsförloppet. **Syfte:** Syftet var att belysa hur kvinnor som lever med bröstcancer upplever mötet med sjuksköterskan. **Metod:** Studien var en allmän litteraturstudie som baserades på ett systematiskt urval av vetenskapliga artiklar, där elva artiklar har kvalitetsgranskats och analyserat. **Resultat:** Resultatet visade att bröstcancerdrabbade kvinnor upplevde trygghet, stöd och att de blev sedda, vilket kategoriserades som vårdande möten. De kunde även uppleva otrygghet, bristande stöd samt att de inte blev sedda. Detta benämndes icke-vårdande möten. **Diskussion:** Vikten av reflektion i det dagliga arbetet för att få till de vårdande mötena med patienten diskuterades. Även vikten av att tydliggöra sjuksköterskans ansvarsområden i utbildningen lyftes fram. **Slutsats:** Det finns ett fortsatt behov av att sprida kunskapen om kvinnors upplevelser av mötet med sjuksköterskan. Den förståelse för patientens situation som studien ger bör appliceras på alla patienter oavsett sjukdom, vilket kan leda till vårdande möten i alla vårdsituationer.

Nyckelord: Bröstcancer, Patient-Sjuksköterska, Upplevelser,

Litteraturstudie

The meeting with the nurse – a literature review about breastcanceraffected women's experience

Author: Christoffer Danarö and Sara Gillsjö

Supervisor: Helena Larsson

Literature review

Date: 130104

Abstract

Background: Each year approximately 7000 people is diagnosed with breast cancer in Sweden, which means that 15-20 women a day get a breast cancer diagnosis and that one out of ten women develop breast cancer during their lifetime. The meetings between these women and the nurse will be important for the experience of the entire course of the disease. **Aim:** The aim was to highlight how women with breast cancer experience the meeting with the nurse. **Method:** The study was a literature review that was based on a systematic selection of scholarly articles, in which eleven articles have been quality reviewed and analyzed. **Results:** The results showed that women with breast cancer experienced security, support and being seen, which was categorized as caring encounters. The women also experienced insecurity, not being supported and not being seen. This was categorized as uncaring encounters. **Discussion:** The importance of reflection on a daily basis to get to the caring encounters with the patient was discussed. The importance of clarifying the responsibilities of the nurse in the education was also highlighted. **Conclusion:** There is a further need to raise awareness of women's experiences of the meeting with the nurse. The understanding of the patient's situation that this study gives should be applied to all patients regardless of disease, which can lead to caring encounters in all care settings.

Keywords: Breastcancer, Patient-Nurse, Experience, Literature review

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
SYFTE.....	7
METOD	7
Urval.....	7
<i>Datainsamling</i>	7
<i>Undersökningens genomförande</i>	8
Analys	9
Etiska överväganden	9
RESULTAT.....	10
Upplevelser av vårdande möten.....	10
<i>Att känna sig trygg</i>	10
<i>Att bli sedd</i>	11
<i>Att känna stöd</i>	11
Upplevelser av icke-vårdande möten.....	12
<i>Att inte känna sig trygg</i>	12
<i>Att inte bli sedd</i>	13
<i>Att bli kränkt</i>	13
DISKUSSION	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion.....	16
Slutsats	18
REFERENSER.....	19

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

BAKGRUND

Bröstet betraktas i vår kultur som en viktig del av den kvinnliga identiteten och det är starkt förknippat med rollen som mamma, vilket kan göra beskedet om bröstcancer traumatiskt för de kvinnor som drabbas (Almås & Sörensen, 2002). Även om prognosen för cancerdrabbade generellt har förbättrats de senaste årtiondena (Socialstyrelsen, 2009a), framkallar ett sådant besked tankar om livets skörhet (Leander, 2009). Drabbade kvinnor kan känna sig ensamma och utsatta, de behöver då möta empati och förståelse. Mötet med sjuksköterskan blir därför viktigt och kan spela en avgörande roll (Wilson & Luker, 2006).

Varje år insjuknar ungefär 7000 personer i bröstcancer i Sverige, vilket innebär att 15-20 kvinnor om dagen får en bröstcancerdiagnos och att var tionde kvinna utvecklar bröstcancer under sin livstid. Antalet bröstcancerdiagnoser har fördubblats de senaste 40 åren, vilket till största del beror på att befolkningen blir äldre och att mammografin, som infördes på 1970-talet, gör att fler cancerdrabbade kvinnor fångas upp. Den tidiga upptäckten gör att kvinnor kan diagnostiseras i tidigt skede vilket också leder till att prognosen förbättras (Nystrand, 2012; Socialstyrelsen, 2007). Av de bröstcancerdiagnoser som ställs varje år är det endast 1 % som gäller män (Fentiman, Fourquet & Hortobagyi, 2006). En anledning till det är att det kvinnliga könshormonet östrogen, som männen har mindre av, bidrar till tumörbildningen (Olsson, 2004). Behandlingen och prognosen är samma för män och kvinnor (Nystrand, 2012), det kan dock tänkas att kvinnor och män har olika upplevelser inför sjukdomen med tanke på bröstets symbolik. Helms, O’Hea och Corso (2008) belyser kvinnans speciella relation till sitt bröst i en studie där kvinnors upplevelser av att förlora ett bröst beskrivs. På grund av bröstets starka koppling till den kvinnliga identiteten påverkades deras sätt att se på sig själva. Förlusten av ett bröst förändrade kvinnans självförtroende, självkänsla, sexualitet och livskvalitet på ett negativt sätt.

Bröstcancer kan botas helt, men många kvinnor tvingas leva länge med bröstcancer som hålls under kontroll med hjälp av olika behandlingar (Nystrand, 2012). Oavsett vilken behandling kvinnan genomgår innebär behandlingarna olika typer av påfrestningar som kan ha negativ påverkan på kvinnans upplevelse för lång tid framöver (Bush, 2010). Under denna tid, från att beskedet om bröstcancer ges till behandlingens slut, blir besöken på sjukhus och mötena med sjuksköterskorna oräknliga. I dessa möten är det viktigt för varje enskild kvinna att bli

bemött på bästa sätt utifrån sin livsvärld. En människas livsvärld kan aldrig förstås fullt ut eftersom den är subjektiv och utgår från varje människas inre perspektiv. Genom en inblick i kvinnans upplevelser och erfarenheter blir det möjligt att se henne som en helhet där kropp och själ hör ihop och där människan bakom sjukdomen är av stor betydelse i mötet (Birkler, 2007).

Att se och möta människan i patienten är en viktig del av sjuksköterskans arbete som bland annat tas upp i Strömbergs avhandling (1997) gällande professionellt förhållningssätt. Genom att intervjua läkare och sjuksköterskor framkom det olika uppfattningar om vad som är viktigast i mötet med patienten. En uppfattning var just att mötet främst handlar om att se och möta människan genom kommunikation och bemötande (ibid). Även omvårdnadsteoretikern Travelbee (1971) betonar vikten av att den enskilda människan är unik och måste förstås utifrån sina upplevelser och erfarenheter. Travelbee (1971) sätter de mellanmänniska relationerna i fokus och menar, likt Birkler (2007), att som sjuksköterska bör tid läggas på att lyssna och ta in den sjukes känslor och tankar (Birkler, 2007; Travelbee, 1971). Följande citat belyser vikten av att försöka möta människan bakom patienten:

Hos varje patient finns ”en hel värld” som vi bara ser en mycket liten del av. Hur lätt kan vi inte göra en patient illa med ett felaktigt valt ord, med vårt kroppsspråk eller ett tonfall som inte passar in i patientens värld just då! Å andra sidan kan just det rätta ordvalet eller tonfallet göra så väl. Tänk om vi hade tillgång till varje patients egen värld... (Bandmann, 1997, s.11)

Även Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor belyser det ansvar som sjuksköterskan har i mötet med patienten. Sjuksköterskan bör ha förmåga att uppmärksamma och möta patientens egen upplevelse av sin sjukdom och sitt lidande. Sjuksköterskan ska även sätta in åtgärder för att lindra patientens lidande så långt det är möjligt (Socialstyrelsen, 2005). Denna uppgift som sjuksköterskan har innebär att visa kvinnan respekt och att inte missbruka den makt som vårdgivaren besitter. Det är också viktigt att uppmärksamma de små, till synes obetydliga, detaljerna som är betydelsefulla för den enskilda individen (Eriksson, 1994). Sjuksköterskans arbete förutsätter en empatisk förmåga som handlar om att kunna leva sig in i en annan människas upplevelser och lidande (Birkler, 2007). Schuster (2006) behandlar i sin avhandling det svåra med empatin och att närma sig patienten i mötet utan att bli privat. Det är sjuksköterskans professionella

förhållningssätt tillsammans med den empatiska förmågan som skapar en nödvändig distans utan att göra mötet kallt eller opersonligt (ibid). Halldórsdóttir (1996) beskriver vårdande möten där professionaliteten, kompetensen och omvårdnaden är lika viktiga som den mellanmänniska kontakten. Alla delar behövs för att det vårdande mötet ska bli komplett, den professionella sjuksköterskan behöver hantera den nära kontakten med patienten men samtidigt vidhålla den distans som vården kräver. I det vårdande mötet byggs en bro mellan sjuksköterska och patient, till skillnad från det icke-vårdande mötet där opersonligheten och bristen på empati bildar en mur dem emellan (ibid). Sjuksköterskor behöver en inblick i patientens livsvärld för att vården ska kunna genomföras på bästa sätt och därför fanns ett behov av att sammanställa kunskapen kring hur kvinnor med bröstcancer upplever mötet med sjuksköterskan.

SYFTE

Syftet var att belysa hur kvinnor som lever med bröstcancer upplever mötet med sjuksköterskan.

METOD

Studien är en allmän litteraturstudie som baserades på ett systematiskt urval av vetenskapliga artiklar, där artiklarna har kvalitetsgranskats och analyserats (Friberg, 2006).

Urval

De inklusionskriterier författarna utgick från var: Kvinnor över 18 år som erhållit bröstcancerdiagnos, oavsett vilken typ av bröstcancer det gäller. Det skulle även vara kvalitativa artiklar. De exklusionskriterier som användes var: kvantitativa artiklar, kvinnor som får återfall i sin bröstcancer, män med bröstcancer, kvinnor som genomgår alternativa behandlingar, speciella behandlingsprogram eller olika terapimetoder.

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes via litteratursökning i elektroniska databaser där artiklar söktes med hjälp av sökord, trunkering, boolesk operator och olika avgränsningar (Forsberg & Wengström, 2008; Östlundh, 2006). De sökord som användes var *breast cancer, challenge, experience, interview, living, nurse, patient, patient-nurse, support* och *women*. Sökorden användes i olika kombinationer i databaserna Cinahl, ERIC, PsycINFO och Pubmed.

Trunkering användes på sökorden *challenge, experience, interview, nurse, patient* samt *support* för att även få med eventuella böjningar av orden. AND användes som boolesk operator i samtliga sökningar. För att avgränsa sökningarna användes begränsningar, (Östlundh, 2006), såsom Peer reviewed, Date after 2002, Female, Human, Adulthood, English och Swedish (Bilaga 1). Som komplement till den databasbaserade sökningen utfördes även manuell sökning (Forsberg & Wengström, 2008; Östlundh, 2006).

Undersökningens genomförande

På de artiklar som framkom i databassökningen lästes samtliga abstract igenom utifrån de inklusions- och exklusionskriterier som angivits tidigare samt utifrån studiens syfte. De artiklar som enligt titel och abstract svarade på syftet och stämde med de förbestämda kriterierna sparades antingen ner i fulltext eller beställdes. Vid den manuella sökningen lästes redan inkluderade artiklars referenslistor igenom för att identifiera titlar som antydde relevans för studien. Högskolans sökverktyg Summon användes för att hitta artiklarnas abstract. De artiklar som var aktuella för studiens resultat sparades ner i fulltext eller beställdes. När samtliga artiklar, från båda sökningarna, lästes igenom i sin helhet föll sex artiklar bort då de visade sig inte svara på syftet. Slutligen resulterade den databasbaserade sökningen i åtta artiklar och den manuella sökningen gav ytterligare fem artiklar. Av dessa 13 exkluderades två i granskningen. Studien i sin helhet innehöll elva kvalitativa artiklar.

De utvalda artiklarna granskades kritiskt och därefter gjordes en bedömning av kvaliteten (Friberg, 2006). Artiklarna granskades med två olika granskningsmallar (Forsberg & Wengström, 2008; Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2012). Granskningen genomfördes av författarna var för sig och därefter gemensamt. Efter jämförelse mellan de båda granskningsmallarna bedömdes artiklarnas kvalitet som antingen låg, medelhög eller hög. Tre artiklar bedömdes ha låg kvalitet och de diskuterades ytterligare. Av dessa uteslöts två på grund av starkt bristande metodbeskrivning. Den tredje artikeln inkluderades trots den låga bedömningen eftersom resultatet ändå ansågs trovärdigt och gav en bra bild av kvinnors upplevelser. Av de övriga artiklarna bedömdes sju stycken ha medelhög kvalitet och tre stycken bedömdes ha hög kvalitet. I samband med granskningen sammanställdes även en artikelöversikt (Bilaga 2).

Analys

Analysen av det insamlade materialet gjordes enligt en tillämpning av Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av en kvalitativ innehållsanalys. Författarna läste noggrant igenom samtliga artiklar enskilt flera gånger för att få en djupare förståelse för innehållet. Vid genomläsningen blev det tydligt att det fanns positiva och negativa upplevelser av mötet. Artiklarna lästes igenom ännu en gång och små, mer hanterbara, enheter togs ut från texten genom att allt som svarade på syftet ströks under. Detta gjordes enskilt av författarna och sedan jämfördes utdragen. De meningsbärande enheterna översattes sen från engelska till svenska och kondenserades för att ta bort överflödigt text. De kondenserade meningsbärande enheterna sorterades efter innehåll och kodades. Koderna sorterades i positiva och negativa upplevelser efter hand som likheter och skillnader identifierades. Utifrån innehållet i texterna tolkades de positiva upplevelserna av mötet som vårdande och de negativa som icke-vårdande med inspiration från Halldórsdóttir (1996). Under kategorin *Vårdande möten* framkom tre underkategorier, *Att känna sig trygg*, *Att bli sedd* och *Att känna stöd*. Kategorin *Icke-vårdande möten* fick följande underkategorier: *Att inte känna sig trygg*, *Att inte bli sedd* och *Att bli kränkt*.

Etiska överväganden

Etiska övervägande gällande urvalet och bearbetningen av artiklarna gjordes enligt Forsberg och Wengström (2008). För det första valdes artiklar som fått tillstånd från etisk kommitté eller där noggranna etiska övervägande hade gjorts, såsom informerat samtycke. Det andra var att redovisa samtliga artiklar som ingår i studien och det tredje var att presentera alla resultat oavsett om de gav stöd eller inte gav stöd åt den egna förförståelsen (ibid). Författarnas förförståelse var att sjuksköterskans bemötande har stor påverkan på hur kvinnan känner sig och på hur hon hanterar situationen. Denna påverkan är stor oavsett om bemötandet är bra eller dåligt, men vid dåligt bemötande kan känslan leva kvar längre och för lång tid framöver påverka kvinnans syn på vården. Författarna trodde att de negativa upplevelserna skulle vara dominanta i resultatet. Förförståelsen byggde på privata upplevelser av bristande bemötande inom cancervården.

RESULTAT

Resultatet visade att kvinnorna i artiklarna upplevde mötet med sjuksköterskan både positivt och negativt. Upplevelserna presenteras nedan utifrån kategorierna vårdande möten respektive icke-vårdande möten.

Upplevelser av vårdande möten

I artiklarna beskrevs kvinnornas upplevelser av positiva möten med sjuksköterskor. Upplevelserna delades in i underkategorierna: *Att känna sig trygg*, *Att bli sedd* samt *Att känna stöd*.

Att känna sig trygg

Artiklar beskrev att många av kvinnorna upplevde trygghet i mötet med sjuksköterskan (Halkett, Arbon, Scutter & Borg, 2006; Saares & Suominen, 2005). Upplevelser av trygghet uppkom när sjuksköterskorna var omhändertagande, tog hand om kvinnorna och guidade längs den svåra väg som sjukdom och behandling innebar. Även en sådan praktisk och enkel sak som att sjuksköterskorna kom fram och presenterade sig bidrog till en upplevelse av att vara omhändertagna och trygga (Pieters, Heilemann, Grant & Maly, 2011; Pieters, Heilemann, Maliski, Dornig & Menten, 2012; Saares & Suominen, 2005).

Sjuksköterskornas personliga egenskaper bidrog till kvinnornas upplevelse av trygghet i mötet. De upplevdes som vänliga, hjälpsamma, välvilliga och avslappnade och de ingav värme och respekt. Andra egenskaper som uppskattades var när sjuksköterskorna var kunniga, kompetenta, sakliga och ärliga (Chantler, Podbilewicz-Schuller & Mortimer, 2005; Halkett et al., 2006; Pieters et al., 2011; Pieters et al., 2012; Saares & Suominen, 2005). Sjuksköterskorna beskrevs inneha olika roller och speciellt sjuksköterskans roll som förmedlare av information var något som upplevdes som värdefullt och viktigt. I det sammanhanget beskrevs att flera kvinnor upplevde det som särskilt meningsfullt att träffa just sjuksköterskorna då de gav mer information än övrig vårdpersonal, vilket ingav trygghet (Halkett et al., 2006). Flera artiklar uppmärksammade att kvinnorna upplevde att de fick den information från sjuksköterskorna som de ville ha och behövde för att fatta beslut. Sjuksköterskorna gav råd utifrån kvinnans individuella situation, vilket upplevdes underlätta beslutsfattandet. Eftersom sjuksköterskorna förklarade och hjälpte kvinnorna förstå vad som skulle komma gällande behandling och undersökningar, ledde det till att kvinnorna upplevde

mer delaktighet i processen. Genom att kvinnorna förstod vad som skulle hända och kunde förbereda sig ökade deras upplevelse av trygghet (Dubois & Loiselle, 2009; Halkett et al., 2006; Pieters et al., 2011; Pieters et al., 2012).

Att bli sedd

I artiklarna beskrevs att kvinnorna upplevde att de blev sedda när sjuksköterskorna lyssnade på deras oro och vågade diskutera framtida utmaningar. Sjuksköterskornas sätt att vara i mötet gjorde att kvinnorna inte behövde känna sig ensamma. I artiklarna framkom det att kvinnorna upplevde att sjuksköterskorna fanns där när de behövde det. Sjuksköterskorna var tillgängliga, pratade med dem och svarade på deras frågor. Det beskrevs också att kvinnorna upplevde att sjuksköterskorna även var öppna för att prata om behandlingar, bekymmer och känslor på ett bekvämt och enkelt sätt. (Dubois & Loiselle, 2009; Halkett et al., 2006; Saares & Suominen, 2005). Andra artiklar lyfte upp sjuksköterskornas positiva egenskaper som bidrog till kvinnornas upplevelse av att känna sig bekräftade och sedda, såsom att de var lyhörda, tillmötesgående, öppna och personliga. (Halkett et al., 2006; Pieters et al., 2011; Pieters et al., 2012).

I artiklarna framkom även att kvinnorna kände sig uppmärksammade, bekräftade och att deras välbefinnande ökade genom att sjuksköterskorna visade ett genuint intresse för varje kvinna, såg individen och respekterade dem som de individer de var (Halkett et al., 2006; Kennedy, Harcourt & Rumsey, 2007; Pieters et al., 2012; Saares & Suominen, 2005; Wilkes, White & Beale, 2002). Andra artiklar uppmärksammade att kvinnorna upplevde att sjuksköterskorna hade ett holistiskt synsätt, att de såg hela kvinnan och inte bara hennes sjukdom. En upplevelse av att känna sig sedda i mötet kom från att sjuksköterskorna hade en medvetenhet för kvinnans behov och visade medkänsla (Halkett et al., 2006; Kennedy et al., 2007; Saares & Suominen, 2005).

Att känna stöd

Flertalet artiklar lyfte upp sjuksköterskans roll som förmedlare av stöd som viktig. Det beskrevs att flera kvinnor upplevde detta stöd som mycket positivt. Kvinnorna upplevde att de fick informativt, praktiskt/fysiskt och känslomässigt stöd i mötet. Det känslomässiga stödet upplevdes som mest värdefullt. Det framkom också att sjuksköterskorna hade en realistisk inställning till sjukdomen, att kvinnan visades intresse i mötet, att sjuksköterskorna var noga

med sekretessen och att de hade humor, vilket bidrog till att kvinnorna upplevde känslomässigt stöd (Dubois & Loiselle, 2009; Halkett et al., 2006; Kennedy et al., 2007; Saares & Souminen, 2005; Wilkes et al., 2002).

Artiklarna uppmärksammade att kvinnorna upplevde sjuksköterskorna som en viktig resurs under sjukdomstiden och deras genuint optimistiska inställning upplevdes som ett stort stöd (Chantler et al., 2005; Dubois & Loiselle, 2009; Saares & Suominen, 2005). Detta bidrog till att kvinnorna upplevde ökat självförtroende, ökat hopp och mer optimism inför framtiden (Chantler et al., 2005; Halkett et al., 2006). Ytterligare något som bidrog till upplevelsen av stöd i mötet var när sjuksköterskorna tog sig tid, trots att de egentligen var upptagna. De tog sig tid att kontakta kvinnorna, tid att förklara saker och tid för att diskutera hur kvinnorna mådde. Att sjuksköterskorna tog sig tid bidrog till upplevelsen av att kvinnorna kunde ta sig an sina känslor och de utmaningar som skulle komma (Dubois & Loiselle, 2009; Halkett et al., 2006; Wilkes et al., 2002). En artikel beskrev det så här: "The women were made aware that although the breast care nurses were busy they would always make time available if the women wanted to have a chat about something" (Halkett et al., 2006, s.52).

Upplevelser av icke-vårdande möten

I artiklarna beskrevs kvinnornas upplevelser av negativa möten med sjuksköterskor. Upplevelserna delades in i underkategorierna: *Att inte känna sig trygg*, *Att inte bli sedd* samt *Att bli kränkt*.

Att inte känna sig trygg

Att inte känna sig trygg i mötet handlade i flera fall om att kvinnorna var osäkra på vilken funktion sjuksköterskorna hade. Upplevelser av otrygghet och osäkerhet skapades också när sjuksköterskorna gav felaktig information eller när de inte gav den typ av information som kvinnorna behövde. Det framkom också att kvinnorna upplevde att stödet och de känslomässiga behoven blev åsidosatta eftersom sjuksköterskorna lade fokus på de medicinska och fysiska aspekterna (Halkett et al., 2006; Kennedy et al., 2007; Wilkes et al., 2002). Andra artiklar beskrev att vissa kvinnor upplevde brist på empati då de blev hänvisade vidare när det gällde det känslomässiga stödet och de upplevde att sjuksköterskan inte var till någon hjälp (Arman, Rehnsfeldt, Lindholm, Hamrin & Eriksson, 2004; Lacey, 2002). Wilkes et al. (2002) nämnde också att kvinnorna upplevde att sjuksköterskorna inte hade den

nödvändiga kompetensen när det gällde rådgivning. Lacey (2002) tog upp att kvinnorna upplevde otrygghet när sjuksköterskorna inte ingav något hopp.

Att inte bli sedd

Chantler et al. (2005) beskrev upplevelser av att sjuksköterskorna var opersonliga i mötet. Deltagarna i artikeln upplevde att sjuksköterskorna var okänsliga och inte såg till deras personliga behov, något som ledde till upplevelser av att inte känna sig sedda som individer (ibid). Andra artiklar tog upp upplevelser av att inte bli sedda som hela människor utan att de istället blev behandlade som ett nummer eller ett bröst. Det var bara sjukdomen som var i fokus (Arman et al., 2004; Chantler et al., 2005). Det framkom också att kvinnorna upplevde en känsla av att inte bli sedda när sjuksköterskorna hade brist på tid och inte tog sig tid till att lyssna på dem (Arman et al., 2004; Wilkes et al., 2002).

Att bli kränkt

Arman et al. (2004) och Pieters et al. (2012) nämnde att kvinnorna inte upplevde någon sympati utan att sjuksköterskorna istället uppfattades som irriterade (ibid). I en artikel beskrev kvinnorna upplevelser av att personalen inte litade på dem, vilket upplevdes kränkande (Halkett et al., 2006). En annan artikel nämnde kvinnornas upplevelser av att vara vanställd och ofullständig efter att ha opererat bort bröstet, och att dessa upplevelser förstärktes av att sjuksköterskorna inte gav någon hjälp att bearbeta den förändrade kroppsbilden. Upplevelser av att bli kränkt och ledsen frammanades av att sjuksköterskorna visade bristande intresse för kvinnans existentiella situation och av att sjuksköterskorna ignorerade kvinnornas psykiska lidande. Andra artiklar beskrev att sjuksköterskorna använde ett svårbegripligt och fackligt språk, vilket gjorde att kvinnorna upplevde en känsla av utanförskap (Arman et al., 2004; Lacey, 2002; Wilkes et al., 2002; Wong, D'Alimonte, Angus, Paszat, Soren & Szumacher, 2011).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Trovärdigheten i studien diskuterades när författarna gick igenom metoden för att bedöma om den var lämplig. Olika val i forskningsprocessen har kunnat påverka resultatets trovärdighet (Jakobsson, 2011). Som metod valdes litteraturstudie för att sammanställa den aktuella forskning som finns på området. Kvalitativa artiklar valdes då de kan beskriva kvinnans

upplevelser och inre perspektiv i högre grad än vad kvantitativ metod gör. Lundman och Hällgren Graneheim (2012) nämner att just kvalitativ metod är att föredra vid omvårdnadsforskning då den går mer på djupet och utgår ifrån att sanningen är subjektiv och finns i betraktarens ögon (ibid). Valet av metod kan i efterhand anses lämpligt då det gav svar på syftet.

Andra val som har kunnat påverka trovärdigheten är de databaser som användes. Cinahl, PubMed, PsycInfo och ERIC ansågs relevanta då de behandlar bland annat omvårdnad och psykologi vilket var lämpligt utifrån syftet (Forsberg & Wengström, 2008). Ett annat var att sökningarna begränsades till svenska och engelska artiklar då författarna endast hade kunskap i dessa språk. Samtliga artiklar som inkluderades i studien var skrivna på engelska och eftersom båda författarna har svenska som modersmål kan detta ha påverkat analysprocessen då delar av artiklarna behövde översättas. En sökning som inkluderat fler språk hade eventuellt gett fler träffar, men de hade då inte varit till någon användning. En styrka i metoden är att artiklar som är publicerade tidigare än 2002 har exkluderats eftersom den mest aktuella forskningen skulle studeras. Anledningen till detta var att behandling och vården av bröstcancerdrabbade ständigt förändras och är under utveckling (Socialstyrelsen, 2009a), och därmed har kvinnor idag troligtvis en annan syn på sjukdomen och mötet med sjuksköterskan än vad kvinnor hade för femton år sedan. Att endast välja artiklar som publicerats efter 2002 kan dock ha inneburit en begränsning för studien då artiklar som möjligen kunde svarat på syftet har uteslutits. Författarna valde även att ta med artiklar som beskrev kvinnor vars behandling var avslutad. Beslutet att inkludera dessa artiklar kan ha påverkat resultatet då dessa kvinnor eventuellt hade en annan syn på mötet med sjuksköterskan efter att de avslutat sin behandling än vad de hade haft om intervjuerna skett under sjukdomstiden. Artiklarna inkluderades dock eftersom författarna ansåg deras åsikter vara värdefulla för resultatet samt att de speglade syftet med studien. Inga märkbara skillnader upptäcktes.

För att stärka trovärdigheten i studien bedömdes kvaliteten på de valda artiklarna med hjälp av två granskningsmallar (Forsberg & Wengström, 2008; SBU, 2012). Författarna såg det även som en styrka att granskningen genomfördes av båda var för sig och sedan tillsammans. Av de tre artiklar som bedömdes ha låg kvalitet exkluderades två eftersom deras metod var alltför otydligt beskriven vilket ledde till svårigheter att bedöma artiklarnas trovärdighet. En

anledning till den bristande metodbeskrivningen kan vara att de tidskrifter som publicerat artiklarna endast tillåter ett visst antal ord. Den tredje bedömdes ha tillräckligt god kvalitet för att ändå inkluderas. Detta kan ses som ett tecken på att bedömningsskalan med de tre kategorierna låg, medelhög och hög, inte möjliggjorde någon större nyansskillnad mellan artiklarna eftersom de tre artiklar som bedömdes ha låg kvalitet ändå hade stora skillnader.

Tillförlitligheten i studien diskuterades genom att granska metoden för att bedöma i vilken utsträckning samma studie kan göras om med samma eller liknande resultat (Jakobsson, 2011). Författarna har strävat efter att göra beskrivningen av analysförfarandet så tydlig som möjligt för att andra ska kunna genomföra en liknande studie. Hur tydlig beskrivningen än är skulle resultatet troligtvis inte bli exakt detsamma då författare alltid ser på materialet med olika ögon beroende på vilka erfarenheter och kunskaper denne har. Det perspektiv författaren har påverkar, trots en strävan att se objektivt på materialet (Birkler, 2008). Beskrivningen av analysen har, liksom övrig metodbeskrivning, blivit kontrollerad av externa läsare för att säkerställa tydligheten.

Resultatets överförbarhet diskuterades, det vill säga i vilket sammanhang resultatet kan vara giltigt och vilka begränsningar som kan påverka (Jakobsson, 2011). Alla artiklar utom en skrev ut vilka åldrar deltagarna hade. Ingen av dem hade deltagare som var yngre än 30 år. Att inga yngre kvinnor deltagit kan tyckas ganska naturligt eftersom bröstcancer främst drabbar medelålders och äldre kvinnor (Nystrand, 2012). Detta kan dock bidra till att resultatet inte kan överföras till alla och då framförallt yngre kvinnor. Likaså blir det svårt att överföra resultatet till män då denna studie endast bygger på kvinnors upplevelser av mötet. Artiklarna i studien var enbart från utvecklade industriländer i västvärlden vilket kan göra det svårt att överföra resultatet till andra delar av världen. Det finns emellertid skillnader i sjukvårdssystemet även mellan länder i västvärlden, så som Sverige och USA, som skulle kunnat generera stora motsättningar i studiens resultat. Detta är dock inget författarna har sett i studien.

Förförståelsen samt personliga erfarenheter kan kanske ha påverkat resultatets trovärdighet (Olsson & Sörensen, 2011). Under processen har författarna varit noga med att inkludera allt som svarat på syftet utan att lägga in sin förförståelse. Författarna har också strävat efter en

objektiv bedömning. Detta, tillsammans med det faktum att författarna genomgått hela processen tillsammans under diskussion, bidrar till studiens trovärdighet.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom två kategorier, upplevelser av vårdande möten och icke-vårdande möten. De två fynd som valts ut för diskussion representerar dessa två kategorier. Det första fyndet var att många kvinnor upplever sjuksköterskan som ett stort stöd i mötet. Det andra fyndet var att brist på stöd och brist på delaktighet ofta beror på stress och brist på tid.

Att uppleva stöd framgick som mest centralt i det vårdande mötet. Trots att andelen anmälningar för brister i bemötandet ökar (Socialstyrelsen, 2009b) finns det upplevelser av sjuksköterskan som ett stort stöd i mötet. Merparten av artiklarna beskrev sjuksköterskans viktiga stödjande roll. Chantler et al. 2005 liksom Dubois & Loïselle (2009), Halkett et al. (2006), Kennedy et al. (2007), Saares & Suominen (2005) och Wilkes et al. (2002) beskriver att det stöd som sjuksköterskorna ingav i mötet var mycket viktigt för upplevelsen av hela behandlingstiden. Även Fontes och Alvim (2008) beskriver i sin artikel hur patienter med cancer upplevde ett stort stöd från sjuksköterskorna. Sjuksköterskorna visade tålamod och förklarade alla delar i sjukdomsprocessen och det beskrivs också att sjuksköterskan förmedlade styrka till att genomleva det jobbiga (ibid). Den öppenhet som sjuksköterskorna visade och en ömsesidig tillit ökade kvinnornas känsla av samhörighet, vilket skapade en bro dem emellan (Halldórsdóttir, 2008). Gallup's årliga undersökning, där amerikaner får rangordna yrkeskategorier efter ärlighet och etiskt tänkande, har visat att människor generellt har mycket stort förtroende för sjuksköterskor då de har hamnat överst på listan alla år utom ett sedan 1999 (Jones, 2010). Det förtroende som sjuksköterskor ges, för med sig ett ansvar, att faktiskt ha den kompetens, kunskap och empatiska förhållningssätt som mötena i vården förutsätter. Björkström (2005) visar på att både sjuksköterskestudenter och erfarna sjuksköterskor inte alltid var medvetna om det ansvar de hade och att det alltså är av vikt att medvetandegöra det i utbildningen. Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor bör kanske därför ses som ett riktmärke inom sjuksköterskeutbildningen då den tar upp sjuksköterskans ansvarsområden och vilka mål arbetet strävar mot. Det tas bland annat upp att sjuksköterskan, i mötet med patienten, ska kommunicera på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt (Socialstyrelsen, 2005). Sjuksköterskans sätt att kommunicera öppet

är en väg till delaktighet och en väg till den bro som skapar det vårdande mötet (Haldórsdóttir, 2008).

Brist på stöd och delaktighet framkom som centralt i det icke-vårdande mötet. Att patienten får för lite stöd och inte blir delaktig i processen kan i många fall bero på stress och brist på tid hos personalen. Att sjuksköterskorna upplevdes ha tidsbrist resulterade i flera fall i brist på framförallt känslomässigt stöd och hjälp (Arman et al., 2004; Lacey, 2002; Wilkes et al., 2002). Kennedy et al. (2007) och Wilkes et al. (2002) beskrev att fokus lades på det medicinska och det fysiska istället för helheten, något som deltagarna upplevde negativt. Även Socialstyrelsen (2003) beskriver hur patienter med cancer upplevde brist på känslomässigt stöd som någonting återkommande i hela vårdkedjan. Chantler et al. (2005) beskrev sjuksköterskorna som opersonliga, något som också Jangland, Gunningberg och Carlsson (2009) belyser. De nämner den brist på omhändertagande och stöd patienten kände när sjukvårdspersonalen inte presenterade sig, skakade hand och såg patienten i ögonen. Detta var också starkt förknippat med känslan av stress då telefonen ringde och störde samtalen flera gånger (ibid). McCabe (2004) nämner att sjuksköterskorna fokuserade på annat än patienten i samtalen och att patienterna inte fick tillräckligt med information, något som beskrevs bero på brist på tid snarare än ovilja från sjuksköterskorna. Nedskärningar och besparingar, bland annat det anställningsstopp som infördes på Skånes universitetssjukhus (Region Skåne, 2012), har blivit vardag för dagens sjuksköterskor vilket medför stress och sjukskrivningar. Yoder (2010) tar upp sjuksköterskors syn på de tillfällen när stödet brister. Flera faktorer, såsom mycket krävande patienter, dålig prognos eller stressig arbetsmiljö, hade betydelse då de orsakade en trötthet och en hopplöshet som påverkade sjuksköterskornas bemötande (ibid). Stress och tidsbrist kanske alltså inte är den enda bidragande orsaken till icke-vårdande möten, utan det kan även bero på sjuksköterskans likgiltighet. Likgiltigheten kan dels ha sitt ursprung i ett faktiskt ointresse från sjuksköterskans sida och dels kan det bero på att alltför stort engagemang i patienten påverkar den egna hälsan. Att distansera sig från patienten blir då ett skydd som kan uppfattas som kyla och ovilja. Wiman och Wikblad (2004) belyser detta då de tar upp att icke-vårdande möten inte behöver bero på sjuksköterskans okänslighet utan istället kan bero på den distans som sjuksköterskan bygger upp för att inte bli för emotionellt involverad. Muren mellan sjuksköterska och patient byggs upp när patienten upplever likgiltighet och brist på stöd (Haldórsdóttir, 2008), vilket alltså kan kopplas ihop

med stress och tidsbrist likväl som med sjuksköterskans förhållningssätt till patienten. Oavsett vad det beror på är denna mur en bidragande orsak till ökat lidande för patienten. Sjuksköterskor och annan vårdpersonal bör kontinuerligt ges tid att reflektera över de möten som uppstår. Ansvaret bör inte endast ligga på den enskilda sjuksköterskan utan reflektionen bör vara en del av arbetsgivarens förbättringsarbete. Genom att reflektera över och värdera den kunskap som förvärvas kan sjuksköterskor utveckla sin yrkeskompetens (Ekebergh, 2009). Det är också genom reflektion som sjuksköterskan kan utveckla sitt förhållningssätt gentemot patienten för att varje möte ska bli bästa möjliga. Sjuksköterskans strävan bör alltid vara att sätta de mellanmänniska relationerna i fokus (Travelbee, 1971) och att ge patienten en upplevelse av ett vårdande möte.

Slutsats

Studien ger en inblick i hur kvinnor som lever med bröstcancer upplever mötet med sjuksköterskan. Även om mötet till övervägande del upplevdes positivt fanns det upplevelser av brist på stöd och kränkningar som visar att det finns fortsatt behov av att sprida kunskapen om kvinnors upplevelser av mötet med sjuksköterskan, både under utbildningen och ute i verksamheten. Det finns även utrymme för ytterligare forskning kring utsatta patientgruppers behov av stöd från sjuksköterskan, för att underlätta såväl patienternas situation som sjuksköterskans arbete. Studien kan bidra till ökad förståelse hos sjuksköterskan för kvinnans upplevelser och den situation hon befinner sig i. Denna förståelse bör appliceras på alla patienter oavsett sjukdom, vilket kan leda till vårdande möten i alla vårdssituationer.

REFERENSER

*= Artiklar som har använts i resultatet

Almås, H. & Sörensen, E. M. (2002). Omvårdnad vid bröstcancer. IB. Almås & Sörensen (Red.), *Klinisk omvårdnad 1* (s. 271-283). Stockholm: Liber.

*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), 248-265. Hämtad från databasen PSYCINFO with Full Text.

Bandmann, U. (1997). Förord. IB. Wachtmeister, I. *Boken jag saknade när jag fick bröstcancer: Tankar, känslor, fakta, behandling och alternativa metoder.* (s. 11-12). Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: Etik och människosyn.* Stockholm: Liber.

Birkler, J. (2008). *Vetenskapsteori: en grundbok.* Stockholm: Liber.

Björkström, M. (2005). *Den professionella sjuksköterskan: i relation till den akademiska sjuksköterskeutbildningen.* Doktorsavhandling, Karlstad Universitet, Institutionen för hälsa och vård.

Bush, J. N. (2010). Post-Traumatic Stress Disorder Related to Cancer: Hope, Healing, and Recovery. *Oncology Nursing Forum*, 37(5), 331-343. doi:10.1188/10.ONF.E331-E343

*Chantler, M., Podbilewicz-Schuller, Y. & Mortimer, J. (2005). Change in Need for Psychosocial Support for Women with Early Stage Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(2/3), 65-77. doi:10.1300/J077v23n02_05

*Dubois, S. & Loiselle, G. C. (2009). Cancer informational support and health care service use among individuals newly diagnosed: a mixed methods approach. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15(2), 346-359. doi:10.1111/j.1365-2753.2008.01013.x

Ekebergh, M. (2009). *Livsvärldsdidaktik på vårdvetenskaplig grund i sjuksköterske- och specialistutbildningar: Utveckling av en handledningsmodell*. (Acta Wexionensia, nr 196). Växjö: Växjö University Press.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.

Fentiman, I. A., Fourquet, A. & Hortobagyi, G.N. (2006). Male breast cancer. *The Lancet*, 267(9510), 595-604. Hämtad från databasen ScienceDirect with Full text.

Fontes, C. A. S. & Alvim, N. A. T. (2008). Human relations in nursing care towards cancer patients submitted to antineoplastic chemotherapy. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(1), 77-83. doi:10.1590/S0103-21002008000100012

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

Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. I B. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 115-124). Lund: Studentlitteratur.

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

*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.

Halldórsdóttir, S. (1996). *Caring and uncaring encounters in nursing and health care: developing a theory*. Doktorsavhandling, Linköpings universitet, Hälsouniversitetet.

Halldórsdóttir, S. (2008). The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 643-652. doi:10.1188/02.ONF.1491-1497

Helms, L. R., O'Hea, L. E. & Corso, M. (2008). Body image issues in women with breast cancer. *Psychology, Health & Medicine*, 13(3), 313-325.
doi:10.1080/13548500701405509

Jakobson, U. (2011). *Forskningens Termer & Begrepp – En ordbok*. Lund: Studentlitteratur.

Jangland, E., Gunningberg, L & Carlsson, M. (2009). Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: Evidence for quality improvement. *Patient Education and Counseling*, 75(2), 199-204.
doi:10.1016/j.pec.2008.10.007

Jones, J. M. (2010). *Nurses Top Honesty and Ethics List for 11th Year*. Hämtad 17 december, 2012, från Gallup, <http://www.gallup.com/poll/145043/nurses-top-honesty-ethics-list-11-year.aspx>

*Kennedy, F., Harcourt, D. & Rumsey, N. (2007). The challenge of being diagnosed and treated for ductal carcinoma in situ (DCIS). *European Journal of Oncology Nursing*, 12(2), 103-111. doi:10.1016/j.ejon.2007.09.007

*Lacey, D. M. (2002). The experience of using decisional support aids by patients with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29(10), 1491-1497.
doi:10.1188/02.ONF.1491-1497

Leander, G. (2009). *Efter cancerbeskedet*. Hämtad 23 september, 2012, från Cancerfonden, <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/for-patienter/Vardagen-forandras/Efter-cancerbeskedet/>

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. IB. Granskär & Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvården* (s. 187-203). Lund: Studentlitteratur.

McCabe, C. (2004). Nurse–patient communication: an exploration of patients’ experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 41-49. Från <http://web.ebscohost.com.ezproxy.bibl.hkr.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fe932db7-3994-4466-9304-390094a26b31%40sessionmgr113&vid=1&hid=111>

Nystrand, A. (2012). *Bröstcancer*. Hämtad 11 september, 2012, från Cancerfonden, <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Cancersjukdomar/Brostcancer/>

Olsson, H. (2004). Epidemiologi och kliniska riskfaktorer. IB. Jönsson, P-E (Red.), *Bröstcancer* (s. 19-34). Södertälje: AstraZenica Sverige.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.

*Pieters, C. H., Heilemann, V. M., Grant, M. & Maly, C. R. (2011). Older women’s reflections on accessing care across their breast cancer trajectory: Navigating beyond the triple barriers. *Oncology Nursing Forum*, 38(2), 175-184. doi:10.1188/11.ONF.175-184

*Pieters, C. H., Heilemann, V.M., Maliski, S., Dornig, K. & Menten, J. (2012). Instrumental relating and treatment decision making among older women with early-stage breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39(1), 10-19. doi:10.1188/12.ONF.E10-E19

Region Skåne. (2012). *Anställningsstopp på Skånes universitetssjukhus*. Hämtad 17 december, 2012, från Region Skåne, http://www.skane.se/sv/Press/Presskontakt/Halso___sjukvard/Arkiv/Anstillningsstopp-pa-Skanes-universitetssjukhus/

*Saares, P. & Suominen, T. (2005). Experiences and resources of breast cancer patients in short-stay surgery. *European Journal of Cancer Care*, 14(1), 43-52.

Schuster, M. (2006). *Profession och existens*. Doktorsavhandling, Lärarhögskolan i Stockholm, avdelningen för vård- och hälsopedagogik.

Socialstyrelsen (2003). *Cancervården: Väntetider, bemötande och personalförsörjning*. Hämtad 14 december, 2012, från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10806/2003-131-26_200313126.pdf

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 23 september, 2012, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>

Socialstyrelsen (2007). *Populärversionen av nationella riktlinjer för bröstcancer*. Hämtad 14 september, 2012, från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9085/2007-114-51_200711453.pdf

Socialstyrelsen (2009a). *Cancer i siffror 2009*. Hämtad 23 september, 2012, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-127>

Socialstyrelsen (2009b). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Hämtad 19 december, 2012, från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8496/2009-126-72_200912672_rev2.pdf

Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (2012). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: en handbok. Version 2012-02-03*. Hämtad 29 november, 2012, från Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering, <http://www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-vard/Utvardering-av-metoder-i-halso-och-sjukvarden--En-handbok/>

Strömberg, B. (1997). *Professionellt förhållningssätt hos läkare och sjuksköterskor: En studie av uppfattningar*. Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet, Institutionen för vårdpedagogik.

Travelbee, J. (1971), *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

*Wilkes, L., White, K. & Beale, B. (2002). Life after breast cancer: Australian women's stories of support. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 9(2), 22-26. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Wilson, K. & Luker, K.A. (2006). At home in hospital? Interaction and stigma in people affected by cancer. *Social Science & Medicine*, 62(7), 1616-1627.
doi:10.1016/j.socscimed.2005.08.053

Wiman, E. & Wikblad, K. (2004). Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 13(4), 422-429. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00902.x

*Wong, J.J., D'Alimonte, L., Angus, J., Paszat, L., Soren, B. & Szumacher, E. (2011). What do older patients with early breast cancer want to know while undergoing adjuvant radiotherapy? *Journal of Cancer Education: the official journal of the American Association for Cancer Education*, 26(2), 254-261. doi:10.1007/s13187-010-0188-5

Yoder, A. E. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 23(4), 191-197. doi:10.1016/j.apnr.2008.09.003

Östlundh, L. (2006). Informationssökning. I B. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 45-70). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, abstract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
121231	Cinahl	Breast cancer AND Challenge* AND Living	Peer reviewed, Published from 2002-2012, Female, Human, All adult, English, Swedish	Abstract	16	De flesta svarade inte på syftet då de inte beskrev kvinnans upplevelse av mötet med sjuksköterskan. Andra anledningar till exklusion var att artiklarna var kvantitativa, de utgick från vårdgivarens perspektiv eller att de utgick från partnerns perspektiv.	0
121231	Cinahl	Breast cancer AND Experience* AND Interview* AND Patient* AND Women	Peer reviewed, Published from 2002-2012, Female, Human, All adult, English, Swedish	Abstract	75	De flesta svarade inte på syftet då de inte beskrev kvinnans upplevelse av mötet med sjuksköterskan. Andra anledningar till exklusion var att de utgick från	Instrumental Relating and Treatment Decision Making Among Older Women With Early-Stage Breast Cancer. The experience of using decisional support aids by patients with breast

						vårdgivarens perspektiv, det var manliga deltagare och att de var kvantitativa.	cancer The experiences of and the nursing care for breast cancer patients undergoing immediate breast reconstruction. 3 dubletter
121231	Cinahl	Breast cancer AND Experience* AND Interview* AND Patient-nurse AND Women	Peer reviewed, Published from 2002-2012, Female, Human, All adult, English, Swedish	Abstract	0	-	-
121231	Cinahl	Breast cancer AND Experience* AND Nurse* AND Support* AND Women	Peer reviewed, Published from 2002-2012, Female, Human, All adult, English, Swedish	Abstract	44	De flesta svarade inte på syftet då de inte beskrev kvinnans upplevelse av mötet med sjuksköterskan. Andra anledningar till exklusion var att de var kvantitativa eller att de utgick från vårdgivarens perspektiv.	Life after breast cancer: Australian women's stories of support. 2 dubletter
121231	ERIC	Breast cancer AND Challenge* AND Living	Peer reviewed, Date after 2002, English, Swedish	Abstract	2	Ingen av artiklarna svarade på syftet, eftersom de inte beskrev kvinnors upplevelse av mötet med sjuksköterskan.	-

						En av dem utgick från vårdgivarens perspektiv.	
121231	ERIC	Breast cancer AND Experience* AND Interview* AND Patient* AND Women	Peer reviewed, Date after 2002, English, Swedish	Abstract	2	Ingen av artiklarna svarade på syftet, eftersom de inte beskrev kvinnors upplevelse av mötet med sjuksköterskan. En av dem utgick från vårdgivarens perspektiv.	-
121231	ERIC	Breast cancer AND Experience* AND Interview* AND Patient-nurse AND women	Peer reviewed, Date after 2002, English, Swedish	Abstract	1	Artikeln svarade inte på syftet..	-
121231	ERIC	Breast cancer AND Experience* AND Nurse* AND Support* AND Women	Peer reviewed, Date after 2002, English, Swedish	Abstract	2	Ingen av artiklarna svarade på syftet, eftersom de inte beskrev kvinnors upplevelse av mötet med sjuksköterskan. En av dem utgick från vårdgivarens perspektiv.	-
121231	PsycInfo	Breast cancer AND Challenge* AND Living	Peer reviewed, Date after 2002, Female, Human, Adulthood, English, Swedish	Abstract	26	De flesta svarade inte på syftet då de inte beskrev kvinnans upplevelse av mötet med	-

						sjuusköterskan. En annan anledning till exklusion var att de utgick från vårdgivarens perspektiv.	
121231	PsycInfo	Breast cancer AND Experience* AND Interview* AND Patient* AND Women	Peer reviewed, Date after 2002, Female, Human, Adulthood, English, Swedish	Abstract	76	De flesta svarade inte på syftet då de inte beskrev kvinnans upplevelse av mötet med sjuusköterskan. Andra anledningar till exklusion var att de hade manliga deltagare, andra cancerformer, artiklarna var kvantitativa, artiklarna utgick från vårdgivarens perspektiv, de belyste kvinnans liv efter sjukdomen eller att de handlade om mötet med läkare.	Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences. The role of the breast care nurse during treatment for early breast cancer: The patient's perspective. The challenge of being diagnosed and treated for ductal carcinoma in situ (DCIS). What do older patients with early breast cancer want to know while undergoing adjuvant radiotherapy?
121231	PsycInfo	Breast cancer AND Experience* AND Interview* AND Patient-Nurse AND Women	Peer reviewed, Date after 2002, Female, Human, Adulthood, English, Swedish	Abstract	14	De flesta svarade inte på syftet då de inte beskrev kvinnans upplevelse av mötet med	2 dubletter

						sjuusköterskan. En annan anledning till exklusion var att de utgick från vårdgivarens perspektiv.	
121231	PsycInfo	Breast cancer AND Experience* AND Nurse* AND Support* AND Women	Peer reviewed, Date after 2002, Female, Human, Adulthood, English, Swedish	Abstract	27	De flesta svarade inte på syftet då de inte beskrev kvinnans upplevelse av mötet med sjuusköterskan. Andra anledningar till exklusion var att de utgick från vårdgivarens perspektiv eller att de var kvantitativa.	2 dubletter
121231	Pubmed	Breast cancer AND Challenge* AND Living	Published last 10 years, Female, Humans, Adult 19+, English, Swedish	Title/Abstract	30	De flesta svarade inte på syftet då de inte beskrev kvinnans upplevelse av mötet med sjuusköterskan. Andra anledningar till exklusion var att artiklarna var kvantitativa.	0
121231	Pubmed	Breast cancer AND Experience* AND	Published last 10 years, Female, Humans, Adult	Title/Abstract	134	De flesta svarade inte på syftet då	5 dubletter

		Interview* AND Patient* AND Women	19+, English, Swedish			de inte beskrev kvinnans upplevelse av mötet med sjuksköterskan. Andra anledningar till exklusion var att artiklarna var kvantitativa, de utgick från vårdgivarens perspektiv eller att de var review-artiklar.	
121231	PubMed	Breast cancer AND Experience* AND Interview* AND Patient-nurse AND Women	Published last 10 years, Female, Humans, Adult 19+, English, Swedish	Title/Abstract	0	-	-
121231	PubMed	Breast cancer AND Experience* AND Nurse* AND Support* AND Women	Published last 10 years, Female, Humans, Adult 19+, English, Swedish	Title/Abstract	60	De flesta svarade inte på syftet då de inte beskrev kvinnans upplevelse av mötet med sjuksköterskan. Andra anledningar till exklusion var att artiklarna var kvantitativa, de utgick från vårdgivarens eller partnerens perspektiv. En artikel var en review-artikel.	2 dubletter

Bilaga 2

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Arman Maria, Rehnsfeldt Arne, Lindholm Lisbet, Hamrin Elisabeth & Eriksson Katie Finland och Sverige 2004	Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experience.	Syftet var att tolka och förstå patientens upplevelse av lidande relaterat till sjukvården från en etisk existentiell utgångspunkt.	Intervjuer genomfördes med 16 kvinnor mellan 35 – 69 år, från fyra olika landsting i Sverige och Finland frågades om att delta i studien.	En intervjuguide användes eftersom de var fyra olika forskare som genomförde intervjun. Intervjuerna spelades in och renskrevs ordagrant. Analysen genomfördes i sex steg där meningsbärande enheter från texten tillsammans med forskarnas förståelse bidrog till att få en djupare förståelse för informanternas svar.	Tre kategorier framkom i resultatet: 1. Att relationen mellan patient och vårdpersonal ofta uteblev och att de det sågs som vårdpersonalens ansvar. 2. Att inte ses som en hel människa med erfarenheter och behov. 3. Att ens rop på hjälp inte blir hört.	Medel
Chantler Marcia, Podbilewicz- Schuller Yaffa & Mortimer Joanne. USA 2005	Change in need for psychosocial support for women with early stage breast cancer.	Att undersöka vilken skillnad det finns i behov av stöd t.ex. beroende på var i behandlingen man är (sen-tidig fas).	Fokusgruppsamtal genomfördes med 31 kvinnor mellan 33 – 68 år. 14 av dem hade fått sin diagnos inom sex månader och 17 av dem hade fått sin diagnos mellan sex-tolv månader tillbaka. De blev tillfrågade av en behandlande onkolog på en onkologiklinik. En utbildad moderator och en onkolog deltog vid fokusgruppsamtalen.	Diskussionerna vid fokusgruppsamtalen utgick från fyra teman: Allmänna medicinska bekymmer, stöd man fått från andra, stöd man behövt från andra och hur behovet av stöd har förändrats över tid. Intervjuerna spelades in och renskrevs ordagrant varefter transkribering skedde. I nästa steg analyserade två av forskarna och moderatören materialet var för sig och sedan jämförde de med varandra och kom överens om gemensamma teman.	De tre teman som framkom var: Allmänna medicinska bekymmer, psykologiska följder och socialt stöd. Under dessa tillkom underrubriker.	Medel

<p>Dubois Sylvie & Loïselle Carmen</p> <p>Canada 2009</p>	<p>Cancer informational support and health care service use among individuals newly diagnosed: A mixed methods approach</p>	<p>Att öka förståelsen för vilken roll informativt stöd har och hur individen kan använda sig av sjukvårdens tjänster vid nyttillkommen bröstcancer och prostacancer.</p>	<p>Intervjuer genomfördes med 20 personer efter att de tidigare deltagit i en kvantitativ studie med 250 personer.</p>	<p>I steg ett gjordes en enkätundersökning och utifrån de 250 deltagarna valdes 20 ut till en intervjustudie för att gå djupare in på fenomenet. 10 män med prostatacancer och 10 kvinnor med bröstcancer intervjuades för att få reda på vilket stöd och vilken hjälp de fick under kontakten med sjukvården. Författarna analyserade först enkäterna och intervjuerna analyserades var för sig och sedan tillsammans.</p>	<p>I den kvalitativa studien framkom tre övergripande kategorier:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Positiva upplevelser av informativt stöd från sjukvårdspersonal bidrog till att underlätta val av vilka tjänster man mottog från sjukvården. 2. Negativa upplevelser av det informativa stödet ledde till en misstro till sjukvården. 3. Blandade känslor gentemot det stöd man fick gjorde det svårare att ta beslut angående sjukvården. 	<p>Medel</p>
<p>Halkett Georgia, Arbon Paul, Scutter Sheila & Borg Martin</p> <p>Australien 2006</p>	<p>The role of the breast care nurse during treatment for early breast cancer: The patient's perspective.</p>	<p>Att undersöka, ur patientens perspektiv, hur de ser på bröstcancersjuksköterskans roll.</p>	<p>Intervjuer genomfördes med 18 kvinnor mellan 39 – 77 år, som inom det senaste året genomgått behandling mot bröstcancer. De som ingick i studien hade fått bröstcancerdiagnos och slutfört behandling. Deltagarna skulle även ha engelska som modersmål. De kvinnor på ett stort sjukhus i södra Australien som uppfyllde inklusionskriterierna tillfrågades.</p>	<p>Ostrukturerade intervjuer genomfördes där kvinnorna fick beskriva sina upplevelser av bröstcancersjuksköterskan från att de fick sin diagnos tills att behandlingen var avslutad. Intervjuerna spelades in, renskrevs ordagrant och transkriberades sedan. Fraser och meningar plockades ut som tycktes representera upplevelsen. Sen identifierades teman utifrån de fraserna/meningarna. Tillsist lästes texten genom för att se en röd tråd.</p>	<p>I resultatet framkom det att de flesta upplevde att bröstcancersjuksköterskan spelade en stor roll och gav mycket stöd. En hade negativa upplevelser – hon förstod inte syftet med bröstcancersjuksköterskan.</p>	<p>Medel</p>
<p>Kennedy Fiona, Diana Harcourt Diana & Rumsey Nichola</p>	<p>The challenge of being diagnosed and treated for ductal carcinoma in situ (DCIS)</p>	<p>Att undersöka kvinnors upplevelser/erfarheter av DCIS och hur de påverkas psykosocialt.</p>	<p>Intervjuer genomfördes med 16 kvinnor mellan 39 – 74 år, som fått diagnosen DCIS senaste 10 åren. Kvinnorna rekryterades till studien genom media (reklam på</p>	<p>Semi-strukturerade intervjuer i kvinnornas hem. Intervjuerna renskrevs ordagrant och det lästes sen igenom flera gånger. Texten kodades och utifrån koderna bildades teman.</p>	<p>Sex olika teman framkom:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Att DCIS är ”osynlig”, många hade inte hört talas om diagnosen innan. 2. Osäkerhet/ovisshet inför diagnosen. 3. Uppfattningar om DCIS – är det bröstcancer eller inte? 4. Att acceptera behandling. 5. 	<p>Medel</p>

Storbritannien 2007			hemsidor och i tidningar som handlade om bröstcancer). Kvinnor från andra länder än Storbritannien exkluderades eftersom policys och riktlinjer inom vården kunde skilja mellan länder.		Socialt stöd. 6. Att gå vidare.	
Lacey, D.Margaret. USA 2002	The experience of using decisional support aids by patients with breast cancer.	Att utforska hur patienter med bröstcancer upplever stödet vid beslutsfattande från tiden innan diagnos t.o.m. behandling.	Intervjuer genomfördes med 12 kvinnor mellan 38 – 68 år. Kvinnorna skulle vara diagnostiserade med bröstcancer utan metastaser och friskförklarade. Kvinnorna har blivit kontaktade av bröstmottagningen efter avslutad behandling.	Efter informerat samtycke gjordes intervjuer, hemma hos informanten, som spelades in. Författarna använde sig av en frågemall med öppna frågor. Intervjuerna skrevs ner ordagrant och forskarna identifierade mönster och teman i texten i olika steg. Återkoppling med informanterna skedde så att forskarna fick bekräftat att det uppfattats på rätt sätt.	Sex övergripande teman framkom: 1. Att till en början vara för stressad och överväldigad för att fatta ett klokt beslut. 2. Att ha en stark känsla av att behöva behandla bröstcancer så snabbt som möjligt. 3. Att lita på läkare angående beslut om behandling. 4. Vikten av att familj och vänner är med och stöttar i beslutsfattandet. 5. Upptäckten att sjuksköterskor var svårtillgängliga och inte involverade i beslut kring behandling. 6. Att de saknade multiprofessionella team.	Hög
Pieters Huibrice, Heilemann MarySue, Grant Marcia, Maly C Rose USA 2011	Older women's reflections on accessing care across their breast cancer trajectory: navigating beyond the triple barriers.	Att beskriva vad äldre kvinnor med bröstcancer har för upplevelser angående vårdhinder innan diagnosen, efter diagnosen och igenom hela behandlingstiden.	Intervjuer genomfördes med 18 kvinnor mellan 70 – 94 år. Samtliga hade avslutat behandlingen för 3-15 månader sen. De rekryterades genom flyers på 24 olika vårdinstitutioner i Los Angeles och i angränsande områden i södra Kalifornien. Även snöbollsurval och reklam i tidningar användes.	Deltagarna fick välja plats för intervjun. Många valde sitt eget hem, men en del valde t.ex. sjukhuscafeterian eller jobbet. Tio av kvinnorna intervjuades även en andra gång för att få en djupare förståelse. Ordagrannrenskrivning och transkribering genomfördes av intervjuerna. Texterna kodades. Koderna sorterades i ett dataprogram och kategorier/subkategorier framkom genom dessa koder.	De framkom tre ålderrelaterade hinder i vården. Dessa var: 1. Bristande kunskap. 2. Tidigare sjukdomar. 3. Många besök i sjuvården.	Hög

<p>Pieters Huibrie, Heilemann MarySue, Maliski Sally, Dornig Katrina & Menten Jan</p> <p>USA 2012</p>	<p>Instrumental relating and treatment decision making among older women with early-stage breast cancer.</p>	<p>Att förstå hur kvinnor över 70 år, som nyligen behandlats för bröstcancer, upplevde beslut om behandling och kommunikation med vårdpersonal.</p>	<p>Semi- strukturerande intervjuer genomfördes med 18 kvinnor mellan 70 – 94 år. De rekryterades med hjälp av flyers i väntrum och på andra offentliga platser. Författarna skickade också ut brev och reklam. Även snöbollsurval användes.</p>	<p>Efter informerat samtycke gjordes intervjuer utifrån en intervjuguide. Intervjuerna spelades in, renskrevs ordagrant och kontrollerades ett flertal gånger. Kodning gjordes i två steg. Dessa utvecklades sedan till kategorier som analyserades. Teman bildades genom att se förhållanden mellan olika kategorier.</p>	<p>Tre huvudteman framkom som viktiga i processen av beslutsfattande:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Att få information. 2. Att tolka och förstå vad sjukvårdspersonalen säger. 3. Att bestämma sig för att lita på sjukvårdspersonalen. 	<p>Medel</p>
<p>Saares, P & Suominen, T.</p> <p>Finland 2004</p>	<p>Experiences and resources of breast cancer patients in short-stay surgery.</p>	<p>Att undersöka hur kvinnor med bröstcancer upplever vården vid operation med kort sjukhusvistelse.</p>	<p>Semi-strukturerade intervjuer genomfördes med åtta kvinnor mellan 30-64 år. Alla kvinnorna hade fått en bröstcancerdiagnos för första gången och hade blivit opererade vid en kort vistelse på sjukhus.</p>	<p>Två pilotintervjuer gjordes och den senare användes i studien. Kvinnorna blev intervjuade i sina hem inom 2 månader efter operationen. Intervjuguide användes. Innehållsanalys genomfördes i följande steg: Ordagrann renskrivning, transkribering, kodning och kategorisering.</p>	<p>Resultatet presenterades i tre faser (sjukdom, vård och läkning). Fyra kategorier framkom i varje fas och de var:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Upplevelse. 2. Egna copingstrategier. 3. Copingstrategier utifrån. 4. Omvårdnadens betydelse. 	<p>Medel</p>
<p>Wilkes Leslie, White Kate & Beale Barbara</p> <p>Australien 2002</p>	<p>Life after breast cancer: Australian women's stories of support.</p>	<p>Att beskriva vilka behov av stöd bröstcancer drabbade kvinnor hade under sin sjukdom och vilken de fick hjälp.</p>	<p>Semi-strukturerade intervjuer genomfördes med sex kvinnor mellan 50 – 64 år. Dessa hade anmält sig frivilligt efter att ha fyllt i en enkätstudie i en lokal tidning.</p>	<p>Intervjuernas syfte var att ta reda på vilket stöd kvinnorna kände att de behövde vid olika tillfällen under sjukdomsperioden och hur och av vem de fick stöd. Intervjuerna spelades in och renskrevs ordagrant varefter transkriberades genomfördes. Ett dataprogram sorterade texten och därefter kodade forskarna texten var för sig innan de jämförde med varandra och kom fram till en gemensam och slutgiltig kodning. Teman identifierades utifrån koderna.</p>	<p>Forskarna valde att skriva resultaten varje kvinna för sig men sex övergripande teman framkom:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Att bli förkrossad över diagnosen. 2. Att känslomässigt stöd framförallt kom från familj och vänner. 3. Att de inte fick tillräckligt med stöd från sjukvårdspersonal. 4. Att de var brist på förmedling av information. 5. Att de var brist på rätt sorts stöd från sjuksköterskor. 6. Att sjuksköterskor behöver mer utbildning inom rådgivning 	<p>Låg</p>

<p>Wong Jennifer, D'Alimonte Laura, Angus Jan, Paszat Lawrence, Soren Barbara & Szumacher Ewa</p> <p>Canada 2011</p>	<p>What do older patients with early breast cancer want to know while undergoing adjuvant radiotherapy?</p>	<p>Att undersöka vad kvinnor över 70 år med bröstcancer har för behov av information?</p>	<p>Fokusgruppintervjuer genomfördes med 16 kvinnor över 70 år. 45 kvinnor kontaktades från början varav 23 tackade ja. Dock uppfylldes datamättnad redan efter 16 deltagare så 16 kvinnor ingick i studien. Kvinnorna kontaktades efter avslutad behandling. Samtliga pratade flytande engelska.</p>	<p>Fokusgruppintervjuer genomfördes som spelades in, renskrevs ordagrant och sedan transkriberades. Texterna analyserades och kodades av en oberoende part som observerat fokusgruppsamtalen. Mönster och teman identifierades ur datamaterialet.</p>	<p>Fyra olika kategorier framkom: 1. Att kvinnorna behövde information kring sin bröstcancer diagnos. 2. Att kvinnorna behövde information relaterat till beslut om behandling. 3. Att kvinnorna behövde information om hur behandlingen skulle gå till. 4. Att ge förslag till sjukvårdspersonal hur de skulle kunna förbättra kommunikationen under diagnos och behandling av bröstcancer.</p>	<p>Hög</p>
--	---	---	--	---	---	------------