



EXAMENSARBETE

Hösten 2014

Sektionen för Hälsa och Samhälle
Sjuksköterskeprogrammet
Omvårdnad 15 hp

Bröstcancerdrabbade kvinnors upplevelser av mötet med sjuksköterskan

Författare

Mimoza Demiri

Elin Signér Mårtensson

Handledare

Anneli Orrung Wahlin

Examinator

Kerstin Blomqvist

Bröstcancerdrabbade kvinnors upplevelser av mötet med sjuksköterskan

Författare: Mimoza Demiri och Elin Signér Mårtensson

Handledare: Anneli Orrung Wallin

Litteraturstudie

Datum: 20150122

Sammanfattning

Bakgrund: En av nio kvinnor i Sverige riskerar att få bröstcancer före 75-års åldern. Diagnosen bröstcancer kan upplevas som en påfrestande livshändelse vilket kan medföra till en plötslig förändring i livet. Sjuksköterskan har i uppgift att stödja och finnas för patient från diagnos. **Syfte:** Att beskriva bröstcancerdrabbade kvinnors upplevelse av mötet med sjuksköterskan från diagnos fram till behandling. **Metod:** En litteraturstudie baserad på 11 kvalitativa artiklar. **Resultat:** Fyra teman utformades vilka var betydelsen av kompetens, betydelsen av empati och sympati, betydelsen av personcentrerad vård samt betydelsen av tillgänglighet. Temat betydelsen av personcentrerad vård utformade tre subteman vilka var behov av information, personlig relation samt stöd och hopp. **Slutsats:** Eftersom mötet med sjuksköterskan upplevs individuellt är det av stor vikt att sjuksköterskan förhåller sig till ett patientcentrerat möte med varje kvinna. Vidare forskning bör genomföras med syfte till att hjälpa sjuksköterskor att uppnå ett gott möte med patienter.

Nyckelord: Bröstcancer, Möte, Upplevelse, Kvinna, Sjuksköterska

Women´s experience of the meeting with the nurse after being breast cancer diagnosed

Author: Mimoza Demiri and Elin Signér Mårtensson

Supervisor: Anneli Orrung Wallin

Literature review

Date: 20150122

Abstract

Background: One of nine women in Sweden run the risk of getting breast cancer before 75 years of age. The diagnosis of breast cancer can be perceived as a stressful life incident which may lead to a sudden change in life. The nurse's task is to support and be there for the patient from diagnosis. **Aim:** To describe women with breast cancer experience of meeting with the nurse from diagnosis to treatment. **Method:** A literature review based on 11 qualitative items. **Results:** Four themes were formed which was the importance of competence, the importance of empathy and sympathy, the importance of person-centered care and the importance of accessibility. The theme named importance of person-centered care formed three subthemes which was need for information, personal relationship and support and hope. **Conclusion:** Since the meeting with the nurse is experienced individually, it's very important that the nurse approach to a patient-centered meeting with each woman. Further research should be conducted with the purpose to helping nurses to achieve a good meeting with patients.

Keywords: Breast cancer, Encounter, Experience, Women, Nurse

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
Upplevelsen av att få bröstcancer	5
Bröstcancer.....	6
Mötet med sjuksköterskan	7
SYFTE	8
METOD	8
Design	8
Datainsamling	8
Urval.....	9
Genomförande.....	9
Analys	10
Förförståelse	11
Etiska överväganden	11
RESULTAT	12
Betydelsen av kompetens.....	12
Betydelsen av empati och sympati.....	13
Betydelsen av personcentrerad vård	15
Behov av information	15
Personlig relation.....	16
Stöd och hopp	18
Betydelsen av tillgänglighet.....	19
DISKUSSION	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion.....	21
SLUTSATS	24
REFERENSER	26

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

BAKGRUND

Att få beskedet bröstcancer är en påfrestande livshändelse som leder till funderingar och frågor som påverkar kvinnors tillvaro (Bergh, 2007). Sjuksköterskan har en viktig roll att finnas för kvinnor från diagnos fram till behandling (Cancerfonden, 2014). När kvinnor har fått diagnosen kan de uppleva en plötslig förändring i livet, från att vara friska till att bli sjuka (Boehmke & Dickerson, 2006). Oavsett om de är förberedda eller inte kan diagnosen upplevas som överklig, chockartad och stressande (Bergh, 2007). Följden kan bli att kvinnor stänger av sina känslor när de får diagnosen bröstcancer (Beatty, Koczwara, Oxlad & Wade, 2008). Mötet med drabbade kvinnor är därför viktigt eftersom de ska få möjlighet att bearbeta sin kris (Socialstyrelsen, 2014).

Upplevelsen av att få bröstcancer

Upplevelse definieras som en minnesvärd händelse som kan upplevas i nutid respektive dåtid (www.lexin2.nada.kth.se). Uplevelsen av en kris vid en bröstcancerdiagnos är individuell som beskrivs i fyra olika faser, chock, reaktion, bearbetning och nyorientering. Alla kvinnor genomgår inte alla dessa faser och inte heller i denna ordning (Bergh, 2007). I Alexy, Fife, Holmberg, & Scott (2001) studie framkom det att de drabbade kvinnorna upplevde skuld, skam och anklagade sig själv för sjukdomen. Känslan av skuld vid diagnos gav en stark reaktion då tankar om vad som hade kunnat göras annorlunda för att förhindra bröstcancers uppkomst stod i fokus (Beatty et al., 2008). Kvinnorna hade svårt att begripa att de fått diagnosen och det förekom fall då den förnekades och där kvinnorna misstänkte att de hade fått fel röntgenbilder (Bøhler, Landmark, Loberg & Wahl, 2008). I en studie av Boehmke och Dickerson (2006) framkom det att kvinnorna kände att de hade kunnat leva ett ”friskt” liv om de hade varit omedvetna om deras bröstcancer. Vårdpersonalen ansågs vara orsaken till att de kände sig sjuka för att dem hade bekräftat bröstcancer för kvinnorna. Kvinnorna kunde få en känsla av förlorad värdighet, depression, låg självkänsla samt en förlorad identitet (Alexy et al., 2001). Känslorna kunde bero på fysiska och känslomässiga förändringar (Boehmke & Dickerson, 2006) eftersom bröstet i svensk kultur betraktas som en del av kvinnornas identitet (Almås & Myklebust Sørensen, 2011). I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska betonas det att sjuksköterskan bör uppmärksamma och kunna möta patienters upplevelse av sjukdom och lidande

(Socialstyrelsen, 2005). I McCabe (2003) studie om patienters upplevelse av sjuksköterskans kommunikation framkom det att oro och osäkerhet lindrades när sjuksköterskan förstod hur patienter kände.

Oavsett vilken krisfas kvinnorna befinner sig i har de behov av hjälp och stöd (Sandberg, 2012). Behovet av stöd i krisen kunde bero på att kvinnorna kände sig ensamma (Bøhler et al., 2008). Idag utser majoriteten av alla svenska sjukhus en kontaktsjuksköterska för varje patient med uppgift att stödja från diagnos. Andra sjuksköterskor och personalgrupper är också en viktig resurs som kvinnorna kan vända sig till (Cancerfonden, 2014). I Carrick, Gallagher, Liebert, Parle, Redman & Robert (2003) studie ansåg sjuksköterskor att om behovet av stöd identifierades kunde de vägleda kvinnorna genom rädsla och sorg (a.a.), vilket var känslor som fanns konstant bland kvinnorna (Hajibabae, Joulaee, Joolae & Kadivar, 2012). I Boehmke & Dickerson (2006) studie framkom känslor av att vara sviken av kroppen som tillåtit en tumör att växa.

Bröstcancer

Det är inte klarlagt hur bröstcancer uppkommer, dock finns det hypoteser som visar på att sjukdomen orsakas av olika riskfaktorer såsom hormonbalans, arvsanlag och yttre miljöfaktorer (Cancerfonden, 2014). Cancerprocessen startar genom att bröstcellerna i bröstkörteln börjar dela sig på ett felaktigt sätt. Balansen i kroppen rubbas och generna ger fel signaler till en eller flera celler, vilket leder till att de nya cellerna bildar en kompakt massa, en tumör. Det kan ta mellan 5 till 20 år från att den första cellen får fel signaler tills att det uppstår en kännbar tumör (Nilsson Sköld, 2010). Det finns både godartade (benigna) och elakartade (maligna) tumörer. Skillnaden är att de godartade tumörerna inte har tendens att växa igenom andra vävnader och kan inte heller sprida sig till andra organ, vilket den elakartade tumören kan. Främst behandlas bröstcancer med kirurgi, men andra vanliga behandlingar är strålbehandling, hormonell behandling och cytostatikabehandling för att minska risken för återfall. Bröstcancer drabbar främst kvinnor men även män kan drabbas då ungefär ett 40-tal män får diagnosen per år (Cancerfonden, 2014). I Sverige riskerar en av nio kvinnor att få bröstcancer före 75-årsåldern och enligt Folkhälsomyndighetens årsrapport från 2014, fick 8303 kvinnor i Sverige diagnosen bröstcancer år 2012. Ett år efter diagnos är andelen överlevande

98,1% hos kvinnor över 35 års ålder. (Folkhälsomyndigheten, 2014). Eftersom antalet kvinnor som får bröstcancer i Sverige är högt kommer sjuksköterskor att möta dem och skapa en relation.

Mötet mellan kvinna och sjuksköterska

Omvårdnadsteoretikern Suzie Kim beskriver fyra omvårdnadsdomäner varav en av dem är mötet. Denna domän förklarar hon som en relation mellan patient och sjuksköterska som inkluderar samarbete, kommunikation, beröring samt empati. Kim beskriver att mötet uppstår när, i detta fall, kvinnan och sjuksköterskan, är tillsammans i samma kontext av bröstcanceromvårdnad. Kvinnan och sjuksköterskans interaktion har en viktig betydelse för hur den önskade omvårdnaden ska uppnås. Förhoppningen med mötet är att relationen ska bli ömsesidig och att ett samarbete skapas de emellan (Kim, 2002). I Berg & Danielson (2007) studie med patienter och sjuksköterskors upplevelse av den vårdande relationen beskrevs det att samarbetet mellan dem skapade en omtänksam relation. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763, 2§), skall vården vara byggd på ett respektfullt möte vilket kännetecknar allt från första mötet fram till vårdandets slut, med syftet att värna om varje enskild människas värde, integritet och autonomi. I Bolster & Manias (2009) studie som studerade samspelet mellan sjuksköterska och patient inom akutsjukvård kunde personcentrerad vård uppnås genom att sjuksköterskan kände till patienters historia, behov och intressen (a.a.), vilket gav känsla av solidaritet och ökad känsla av kontroll (Halldórsdóttir & Hamrin, 1996). Enligt Card, Ferguson, McMurty, Sheppard och Ward (2013) studie gällande patienter med kronisk sjukdom och Cleary, Karp, Kleinman, Reynolds, Teh och Weiner (2009) studie gällande patienter med kronisk smärta, var kontinuitet betydelsefull för patienters integritet då tilliten till sjuksköterskan stärktes. Relationen som skapades blev starkare ju längre de känt varandra (Bolster & Manias, 2009).

Varje patient är unik och därför ska inte mötet påverkas av sjuksköterskans förförståelse som grundas på de åsikter och föreställningar som varje individ har med sig i sitt bagage (Birkler, 2007). Föreställningarna påverkar hur sjuksköterskan handlar i mötet med en patient (Schuster, 2006). Weaver (2009) menade i sin studie att det var viktigt att bröstcancerdrabbade kvinnor fick möjlighet att uttrycka sina känslor (a.a.), då detta motverkade att sjuksköterskans förförståelse tog över så att det blev något missförstånd.

Dock fanns det kvinnor som inte kunde hantera att prata om sin situation, på grund av att de inte kunde sätta ord på sina tankar och känslor, vilket gjorde att de stötte iväg personer (Beatty et al., 2008). Eftersom sjukdomen var skrämmande och gav osäkerhet om framtiden (Danielson, Norberg & Ödling, 2002) kunde ett samtal med sjuksköterskan leda till meningsfullhet (Edvardsson, Fetherstonehaugh & Nay, 2009). Sjuksköterskan bör lägga stor vikt på att se varje unik kvinna ur ett helhetsperspektiv och undvika att förförståelsen påverkar mötet (Birkler, 2007). Det är därför viktigt att klarlägga upplevelsen av mötet ur ett patientperspektiv.

SYFTE

Syftet var att beskriva bröstcancerdrabbade kvinnors upplevelse av mötet med sjuksköterskan från diagnos fram till behandling.

METOD

Design

Studien genomfördes som en allmän litteraturstudie där urvalet av vetenskapliga kvalitativa artiklar valdes ut genom ett systematiskt arbetssätt och artiklarna kvalitetsgranskades samt analyserades. Kvalitativa artiklar ingick i studien eftersom författarna var ute efter upplevelser (Friberg, 2006; Jakobsson, 2011).

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes som en systematisk sökning med hjälp av sökord, trunkering, booleska operatörer och olika avgränsningar vid litteratursökningar i följande elektroniska databaser: SveMed+, Cinahl, PubMed och PsycINFO (Bilaga 1). Dessa databaser valdes ut för att de var relevanta vårdvetenskapliga databaser inom omvårdnad och psykologi. Strategin i sökningsprocessen var att söka efter kategorier och beskrivningar som var utformade utifrån syftet. Genom sökningarna fann författarna mönster av tillvägagångssättet som var användbara då det gav ett bredare resultat. Sökord som användes var breast neoplasms, breast cancer, nurse-patient interaction, nurse-patient relation, meeting, encounter, interview, qualitative, focus group, women, female, experience, patient experience, patient perception, patient

satisfaction, social support, oncology nurs och time-to-treatment. För att utvidga sökningarna användes trunkering på ord som kunde ha ändelser (Bilaga 1). Vid den systematiska sökningen användes ämnesord, Mesh i databasen PubMed och SveMed+ samt Cinahl Headings i databasen Cinahl. Ämnesord användes för att det var nyckelord som beskrev innehållet i artiklarna (Juhl & Lindahl, 2014). Anledningen till att enbart sökordet breast neoplasms användes som ämnesord var för att vid den manuella sökningen upptäcktes det att området inte var så stort. Författarna ville inte mista relevanta artiklar och därför söktes resterande sökord i fritext där sökorden förekom i artikeln, abstract och som ämnesord. Sökorden kombinerades med booleska operatörer såsom AND och OR. AND användes för att avgränsa antalet träffar vilket medförde att fler antal artiklar blev relevanta till studiens syfte. OR användes vid termer med samma betydelse då sökningen utvidgades och endast ett av orden behövdes finnas med i träffen (Karlsson, 2012). Svensk Mesh användes för att hitta synonymer på engelska. Språket avgränsades till engelska och svenska vilket minskade risken för felaktig tolkning vid översättning. I databaserna PsycINFO och SweMed+ kunde sökningarna avgränsas med Peer-review vilket medförde att de funna artiklarna hade blivit granskade (Juhl & Lindahl, 2014). Avgränsningen Full Text användes på PubMed (a.a.), vilket innebar att dokumentet länkades vidare från referensdatabasen till andra källor som hade tillgång till artiklarna i fulltext (Östlundh, 2012). Manuella sökningar gjordes i studentuppsatser. Två av dessa söktes via Högskolans söktjänst Summon och en beställdes på Högskolans bibliotek (Juhl & Lindahl, 2014).

Urval

Vetenskapliga originalartiklar hittades genom att sökningen begränsades med inklusionskriterier. Dessa utgick från kvinnor som väntade på behandling efter erhållen bröstcancerdiagnos, oavsett typ av bröstcancer. Även studier med kvinnor som fått återfall i sjukdomen inkluderades (Juhl & Lindahl, 2014).

Genomförande

Informationssökningen utfördes i sex steg (Karlsson, 2013) som presenteras i kursivt nedan: *Problemformulering* utformades vilket innebär en formulering om varför det var viktigt att studera området som valts ut. *Att välja rätt resurser* innebär att det gjordes undersökningar om vilka databaser som kunde vara relevanta för att åstadkomma ett

resultat. *Formulera sökfrågan* innebär att informationen som efterfrågades av författarna preciserades. *Att genomföra sökningen* innebär att en manuell sökning genomfördes för att få en överblick om det fanns tillräckligt med material för att kunna utföra studien. *Utvärdering av resultat* innebär att utvärdering av sökresultatet gjordes då författarna funderade över sökord som hittades i artiklarna som var relevanta för den systematiska sökningen. I detta steg funderade författarna om sökningen skulle begränsas eller breddas ytterligare i den systematiska sökningen för att förbättra resultatet. *Genomföra en ny sökning* innebär att en ny sökning genomfördes för att komma åt ett större antal relevanta artiklar som svarade på syftet. Samtliga abstract lästes igenom och de som inte svarade mot syftet exkluderades och vid osäkerhet om innehållet granskades hela resultatdelen i artiklarna (a.a.).

Analys

Data analyserades med en manifest innehållsanalys i enlighet med Hällgren Graneheim och Lundman (2003). Denna analysmetod användes eftersom den beskriver det synliga och uppenbara i textinnehållet. Analysen började efter att artiklar som skulle ingå i studien valts ut. Artiklarna granskades kritiskt av författarna med Röda korsets granskningsmall (2005) och därefter diskuterades kvaliteten på artiklarna utifrån trovärdighet, verifierbarhet och tillförlitlighet (Bilaga 2) med hjälp av Hällgren Graneheim och Lundmans beskrivning av tillvägagångssättet. Trovärdigheteten avgjordes beroende på hur urvalet och datainsamlingsmetoden beskrevs. Tillförlitligheten bedömdes utifrån antalet forskare som medverkade i analysen och genomförandet av datainsamlingen samt om citat framkom, vilket skulle öka överensstämmelsen av deltagarnas beskrivning. Verifierbarheten avgjordes utifrån hur analysprocessen var beskriven, kategoriernas överensstämmelse med syftet, redovisning av datainsamlingsperiod samt hur repeterbar studien var utifrån tillvägagångssättet (Hällgren Graneheim och Lundman, 2003).

Artiklarna markerades med en siffra och därefter översattes resultaten till svenska. Författarna läste igenom både det engelska och det svenska materialet för att undvika feltolkning. Författarna hade syftet framför sig när de plockade ut och markerade meningsbärande enheter, oberoende av sammanhanget den var hämtad från. Författarna analyserade de utvalda artiklarnas resultat var för sig och diskuterade därefter

tillsammans. Meningsbärande enheter kondenserades där kärnan i innehållet bevarades och varje meningsbärande enhet markerades med koder av olika färger. Därefter diskuterades kodernas likheter och skillnader vilket var till hjälp för att bilda teman som omfattade liknande innehåll. Koderna som bildades skulle enbart passa in i ett tema och inga koder uteslöts på grund av brist av placering på lämpligt tema (Hällgren Graneheim & Lundman, 2003). Detta resulterade till fyra teman vilka var *betydelsen av kompetens*, *betydelsen av empati och sympati*, *betydelsen av personcentrerad vård* och *betydelsen av tillgänglighet*. Temat *betydelsen av personcentrerad vård* utformade tre subteman vilka var *behov av information*, *personlig relation* samt *stöd och hopp*.

Förförståelse

Författarnas reflektion över förförståelsen utgick från antagandet om att upplevelsen av mötet med sjuksköterskan var bristande för kvinnor som väntade på en bröstcancerbehandling. Förförståelsen berodde på att det har gjorts en B-uppsats inom området där det framkom bristande vård. Detta har bidragit till att det skapats en uppfattning om att det är viktigt att bröstcancerdrabbade kvinnor får ett gott möte med sjuksköterskan under hela sjukdomsprocessen, då bröstet är en kroppsdel som associerar till kvinnlighet. Schuster (2006) betonar att det behövs någon som lyssnar och finns som ett stöd i sjukdomen.

Etiska överväganden

Författarnas etiska överväganden var att studien skulle uppfylla etiska principer såsom godhetsprincipen, icke-skada-principen, sannfärdighetsprincipen och principen om rättvisa. Kraven för att uppfylla godhetsprincipen var strävandet efter att studien skulle tillföra ny betydelsefull kunskap som skulle kunna förbättra omvårdnaden för kvinnorna i mötet med sjuksköterskan. Utifrån icke-skada-principen respekterades deltagarnas upplevelser i de utvalda artiklarna. Det fanns en strävan efter att vara sanningsenlig och inte förändra innehållet utifrån förförståelsen, något som sannfärdighetsprincipen står för. Rättvisprincipen uppnåddes genom att all material behandlades lika och inte värderades oavsett författarnas synpunkter på materialets kvalitet (Olsson & Sörensen, 2011; Stryhn, 2010). Medvetenhet och reflektion om förförståelsen bidrog till ett etiskt och neutralt förhållningssätt (Dahlborg-Lyckhage, 2012).

RESULTAT

Litteraturstudien bestod av 11 kvalitativa artiklar där det framkom både skillnader och likheter avseende kvinnornas upplevelser av mötet med sjuksköterskan vid diagnos fram till behandling. Följande teman och subteman utformades (tabell 1).

Tabell 1 Bröstcancerdrabbade kvinnors upplevelser av mötet med sjuksköterskan från diagnos till behandling

<i>Teman:</i>	<i>Subteman:</i>
Betydelsen av kompetens	
Betydelsen av empati och sympati	
Betydelsen av personcentrerad vård	Behov av information Personlig relation Stöd och hopp
Betydelsen av tillgänglighet	

Betydelsen av kompetens

I detta tema är kvinnornas upplevelse av sjuksköterskans kompetens i fokus (Arbon, Borg, Halkett & Scutter, 2006; Baker & Carnwell, 2003; Booth, Clarke, Hewison & Velikova, 2005; Drageset, Giske, Lindstrøm & Underlid, 2011; Grant, Heilemann, Maly & Pieters, 2010; Hack, McClement, Pedersen & Taylor-Brown, 2013; Hamilton, Moore & Song, 2011; Holtgräwe, Pinkert & Remmers, 2009; Jensen, Johansen, Pedersen, Thomsen & Zachariae, 2007).

Sjuksköterskan uppfattades ha olika uppgifter i mötet med kvinnorna från diagnostiseringen vilket kännetecknades som medvetenhet om att ständigt kunna tillgodose behov av stöd, kommunikation, relation, tillgänglighet, uppmuntran och praktisk information (Arbon et al., 2006.) En kompetent sjuksköterska upplevdes som någon som var medveten om vad denne gjorde och talade om (Grant et al., 2010).

"I felt that the people that were guiding me were very competent and knew what they were doing and what they were talking about..." (Grant, Heilemann, Maly & Pieters, 2010, s. 181).

Vidare upplevdes sjuksköterskan som kompetent genom att vara bekant med kvinnornas individuella situation och processen som de gick igenom. En kunnig sjuksköterska kunde besvara frågor och ibland ge mer information än vad läkarna gjorde (Arbon et al., 2006). I Drageset et al. (2011) studie framkom det att sjuksköterskans tålmod i kommunikationen var en egenskap som hade en positiv inverkan på kvinnornas välmående. Det upplevdes vara lättare att tala med sjuksköterskan än med läkare (Baker & Carnwell, 2003; Booth et al., 2005) om känslor, samt att diskutera frågor och be om råd (Booth et al., 2005). Att sjuksköterskan var vänlig och höll sig på samma nivå som patienten uppfattades professionellt (Baker & Carnwell, 2003). Kvinnorna kände sig bekväma att diskutera känslor och bekymmer med sjuksköterskan vilket gav en god inverkan, då diagnosen upplevdes påfrestande med många beslutstaganden som sjuksköterskan tog sig tid att lösa (Arbon et al., 2006). Ärlighet upplevdes när sjuksköterskan inte ville ge några orealistiska löften genom att uttrycka att cancer var en sjukdom som alla andra (Holtgräwe, Pinkert & Remmers, 2009). Kompetensen grundades i medicinska kunskaper vilket innebar att sjuksköterskan hade all information (Hack et al., 2013), samt förmåga att identifiera känslomässiga och fysiska reaktioner hos kvinnorna (Hack et al., 2013; Jensen et al., 2007), vars behov sjuksköterskan kunde möta (Jensen et al., 2007). Det professionella arbetet uppmärksammades vid planering och utdelning av information (a.a.). Exempelvis uttryckte kvinnorna i Grant et al. (2010) studie att sjuksköterskans förberedelser om vad som skulle ske inför behandling var fantastiskt.

I Jensen et al. (2007) studie framgick det att kvinnorna kände sig lurade när de upptäckte bristande kompetens. Förtroende var viktigt för att kunna känna trygghet i relationen därför återupprättades den genom att förlåta sjuksköterskan för de misslyckade handlingarna. Det förekom ett fall där information gavs på ett respektlöst sätt, då en sjuksköterska och läkare talade om en kvinnas behandling i en korridor innan hon hade fått ta del av informationen, vilket gav en känsla av att framstå som ett objekt (a.a.). Okänsliga kommentarer gav frustration (Hamilton Moore & Song, 2011).

Betydelsen av empati och sympati

I detta tema är kvinnornas upplevelse av sjuksköterskans empati i fokus (Arbon et al., 2006; Baker & Carnwell, 2003; Drageset et al. 2011; Grant et al., 2010; Hack et al.,

2013; Hamilton, Moore & Song, 2011; Holtgräwe, Pinkert & Remmers, 2009; Jensen et al., 2007; Saares & Suominen, 2004).

Omtänksamhet visades genom engagemang och intresse för hur det gick och att ständigt fråga om kvinnorna behövde något (Arbon et al., 2006; Hack et al., 2013; Saares & Suominen, 2004) vilket upplevdes trovärdigt (Arbon et al., 2006). I studien av Hamilton, Moore och Song (2011) upplevde kvinnorna att sjuksköterskans empati och förståelse vid diagnos uppskattades. Sättet att visa empati värderades högt och ökade kvinnornas förtroende vilket underlättade deras situation (a.a.). Att vara varm, vänlig, personlig och omtänksam var goda egenskaper (Arbon et al., 2006; Baker & Carnwell, 2003; Grant et al., 2010; Jensen et al., 2007) då det gav en känsla av att sjuksköterskans handlingar inte endast var ett jobb (Baker & Carnwell, 2003) utan ansågs vara humant (Arbon et al., 2006). Exempelvis uttrycktes det i Drageset et al. (2011) studie att sjuksköterskans omtänksamhet trädde fram när kvinnorna blev kontaktade utanför sjukhuset. Att sjuksköterskan tog sig tid att ringa upp och diskutera deras välmående uppskattades (Arbon et al., 2006).

Det var betydelsefullt att känna sig sedda när sjuksköterskan var närvarande och dessutom lyhörd för frågor, behov och önskemål (Grant et al., 2010; Hack et al., 2013; Hamilton, Moore & Song, 2011; Holtgräwe, Pinkert & Remmers, 2009; Jensen et al., 2007). Sjuksköterskans närhet och beröring gav en god inverkan (Holtgräwe, Pinkert & Remmers, 2009; Jensen et al., 2007; Saares & Suominen, 2004) vilket var tröstande. Att sjuksköterskan uppmuntrade kvinnorna att släppa ut sina känslor upplevdes positivt (Holtgräwe, Pinkert & Remmers, 2009; Jensen et al., 2007).

“...they are just there for you! I thought, don't cry now, and then this nurse is sitting there, who could be my child, and says, let go. Now, let loose. Don't be strong. Just let go. Just bawl your eyes out. And then I shed my tears, and one of them held my hand, the other stroked my face...”(Holtgräwe, Remmers & Pinkert, 2009, s. 14).

Betydelsen av personcentrerad vård

I detta tema presenteras tre subteman som fokuserar på kvinnornas upplevelse av sjuksköterskans information, personliga relation samt stöd och hopp (Arbon et al., 2006; Baker & Carnwell, 2003; Booth et al., 2005; Drageset et al., 2011; Fridlund, Holmberg & Koinberg, 2001; Grant et al., 2010; Hack et al., 2013; Hamilton, Moore & Song, 2011; Holtgräwe, Pinkert & Remmers, 2009; Jensen et al., 2007; Saares & Suominen, 2004).

Behov av information

Informationen som kvinnorna fick upplevdes värdefull och de kände sig uppdaterade om vad som skulle ske vilket gjorde att inget kom som en överraskning (Grant et al., 2010; Saares & Suominen, 2004). Kvinnorna upplevde att informationen utgick från hur mycket kunskap de hade om sjukdomen och att sjuksköterskan var redo att upprepa samma information om det önskades (Baker & Carnwell, 2003). Chocken vid diagnosen gjorde kvinnorna oförmögna att ta in all information av läkaren och de var därför tacksamma över att sjuksköterskan hade mer tid att diskutera vidare om förloppet som de skulle gå igenom. Detta hjälpte dem att hantera sina känslor och gav hopp (Arbon et al., 2006). Kvinnorna fick muntlig och skriftlig information (Grant et al., 2010) som var individuellt anpassad på ett sätt som de förstod (Drageset et al., 2011; Hamilton, Moore & Song, 2011; Jensen et al., 2007). Individuell anpassad information, möjlighet att diskutera behandlingsalternativ och biverkningar samt stöd från sjuksköterskan var till hjälp för kvinnorna att fatta beslut (Arbon et al., 2006). Detta upplevdes tillfredställande, bekvämt och gav trygghet (Arbon et al., 2006; Drageset et al., 2011). Kvinnorna upplevde att sjuksköterskan försäkrade om att de var införstådda med vad som väntade dem och förberedda på de nödvändiga stegen som de skulle genomgå innan behandling. Exempelvis framkom det i Arbon et al. (2006) studie att en sjuksköterska förberedde kvinnorna genom att visa bilder på hur kirurgingrepp gick till lindrade rädslan för vilken följd en mastektomi skulle få på kroppsuppfattning och personlighet. Att vara välinformerad gjorde kvinnorna förberedda inför kommande behandling (Arbon et al., 2006; Baker & Carnwell, 2003; Hamilton, Moore & Song, 2011; Jensen et al., 2007) då de kunde slappna av, eftersom de var medvetna om att information gavs när det behövdes (Arbon et al., 2006). I Hamilton, Moore och Song (2011) studie uppskattades ärlighet om behandling. Brist på ärlighet, gjorde dem

bekymrade och ökade misstron gentemot sjuksköterskan (a.a.). När den muntliga informationen inte stämde överens med den skriftliga ledde det till minskat förtroende för sjuksköterskan (Jensen et al., 2007).

I Baker och Carnwell (2003) studie var kvinnorna tacksamma över informationen som de fick vid diagnos då det gav förståelse för sjukdomen.

”Information was good, checking up and clarifying was good and that made me feel that I understood what was happening, I was informed and that was important to me”(Arbon, Borg, Halkett & Scutter, 2006, s. 53).

Vid behov av information behövde kvinnorna inte vänta länge då det fick ett snabbt svar (Baker & Carnwell, 2003; Holtgräwe, Pinkert & Remmers, 2009) och hade möjlighet att ställa frågor till sjuksköterskan om det behövdes (Baker & Carnwell, 2003). Sjuksköterskan besvarade frågor som kvinnorna var oroliga över vilka var relaterade till information som de hade läst (Arbon et al., 2006).

Brist på lämplig information ledde till missnöje (Baker & Carnwell, 2003; Jensen et al., 2007) och upplevelser av att inte vara tillräckligt förberedda inför behandling (Baker & Carnwell, 2003). Bristande information uttrycktes när sjuksköterskan inte hade förmedlat samtliga behandlingsalternativ, exempelvis möjligheten att genomföra mastektomi av båda brösten, vilket hade resulterat i att kvinnorna hade valt ett annat alternativ. Sjuksköterskans fråga om ytterligare information önskades ansågs vara onödig då inga frågor kunde ställas på grund av bristande kunskap om sjukdomen (a.a.). Det var svårt att ta till sig all information och trots att de var lyhörda kunde varken sammanhang eller slutsatser dras, eftersom de var känslomässigt påverkade (Fridlund, Holmberg & Koinberg, 2001). I studien av Baker och Carnwell (2003) framkom det att kvinnorna kände sig oförmögna att ta upp känsliga frågor såsom överlevnad.

Personlig relation

Det var betydelsefullt för kvinnorna att kunna prata med samma sjuksköterska (Fridlund et al., 2001). Tilliten till sjuksköterskor gjorde att kvinnorna kunde prata med dem

(Jensen et al., 2007; Saares & Suominen, 2004), vilket minskade oron (Baker & Carnwell, 2003; Holtgräwe, Pinkert & Remmers, 2009).

Regelbunden kontakt med sjuksköterskan gjorde att relationen upplevdes som en förtroendefull vänskap (Baker & Carnwell, 2003; Booth et al., 2005) och kvinnorna uttryckte att det förmodligen berodde på att sjuksköterskan hade varit med från dagen som de fick diagnosen (Baker & Carnwell, 2003).

“Perhaps because they have been there from the beginning and they are like a friend ... I personally got so much confidence in them to get me through”

(Baker & Carnwell, 2003, s.176).

Relationen som skapades utvecklades under sjukdomsförloppet (Arbon et al., 2006). Sjuksköterskan som var med från diagnostillfället upplevdes vara en person som stod nära i jämförelse med annan vårdpersonal (a.a.). Kvinnorna upplevde att sjuksköterskan som de hade fått kontakt med var den viktigaste personen under detta förlopp (Grant et al., 2010). Att ha en personlig relation med sjuksköterskan ökade självkänslan och fick dem att känna sig som personer och inte som ett objekt (Jensen et al., 2007). Kvinnorna kände att de blev väl omhändertagna av sjuksköterskan (Drageset et al., 2011; Saares & Suominen, 2004), och de hade inte kunnat önska sig ett bättre omhändertagande (Drageset et al., 2011). I Holtgräwe, Pinkert och Remmers (2009) studie framkom det att sjuksköterskan framstod ibland som en förebild för kvinnorna om de framförallt var kvinnliga, positiva och/eller omtyckta. Relationen med sjuksköterskan hjälpte kvinnorna att ta lämpliga beslut då sjuksköterskan var lyhörd för deras bekymmer. Sjuksköterskan kunde ge råd och uppmuntran utifrån behovet av information och stöd som identifierades (Arbon et al., 2006). En öppen kommunikation mellan sjuksköterskan och kvinnorna motiverade dem att påbörja behandling (Hamilton, Moore & Song, 2011). Kvinnorna föredrog att prata i förtroende med sjuksköterskan eftersom det var lättare att öppna sig för en oberoende person än med familj och vänner som var känslomässigt inblandade (Drageset et al., 2011). Kvinnorna kände sig respekterade av sjuksköterskan (Baker & Carnwell, 2003), vilket visades genom att kvinnornas kommunikationssätt accepterades och att de blev tilltalade med titeln ”Mrs”. Deras

kunskap om sjukdom, integritet och religiösa tro blev mött med respekt (Hamilton, Moore & Song, 2011). Det var betydelsefullt att bli mötta på allvar och respekterade för de personer de var av sjuksköterskan (Holtgräwe, Pinkert & Remmers, 2009). Automin respekterades genom kvinnornas eget beslutstagande utifrån vägledning (Grant et al., 2010).

Stöd och hopp

En kvinna var missnöjd med att inte vara medveten om sjuksköterskans uppgift om att ge stöd till kvinnan vid behov (Arbon et al., 2006). Uppmuntran som kvinnorna fick av sjuksköterskan från dagen de fick diagnosen fram till behandling uppskattades (Baker och Carnwell, 2003; Hamilton, Moore och Song, 2011).

“The best support is to know that somebody is there and cares about me”

(Drageset, Giske, Lindstrøm & Underlid, 2011, s. 5).

I Arbon et al. (2006) studie framkom det att sjuksköterskans stöd, uppmuntran och vård var mer tillfredsställande än av annan vårdpersonal. Sjuksköterskan hade en realistisk inställning till sjukdomen (Arbon et al., 2006; Hack et al., 2013; Saares & Suominen, 2004) vilket upplevdes som ett känslomässigt stöd (Arbon et al., 2006; Saares & Suominen, 2004) samt främjade trygghet (Hack et al., 2013). Stödet uppfattades individuellt och mötet upplevdes vänligt, emotionellt och holistiskt (Arbon et al., 2006; Saares & Suominen, 2004). Det informativa stödet som kvinnorna fick av sjuksköterskan var värdefullt (Drageset et al., 2011; Saares & Suominen, 2004), då det gav möjlighet att skilja mellan fantasi och verklighet (Drageset et al., 2011) samt hantera och klara av livssituationen (Arbon et al., 2006; Fridlund, Holmberg & Koinberg, 2001). Många beslutstagande gjorde att kvinnorna förlorade sitt självförtroende och medvetenhet fanns om att inte längre kunna ta hälsa och livet för givet vilket sjuksköterskan återupprättade med uppmuntran och bekräftelse (Arbon et al., 2006).

Sjuksköterskans berättelse om egna erfarenheter om att överleva cancer gjorde att kvinnorna fick ro (Hamilton, Moore & Song, 2011). Kvinnorna fick hopp genom att sjuksköterskan talade om att bli drabbad av bröstcancer är inte är ett slut på livet (Saares

& Suominen, 2004). Sjuksköterskans utstrålning av glädje gjorde att kvinnorna fick livsgnistan tillbaka då det gav en känsla av att inte vara sjuk (Holtgräwe, Pinkert & Remmers, 2009; Saares & Suominen, 2004).

Betydelsen av tillgänglighet

I detta tema är kvinnornas upplevelse av sjuksköterskans tillgänglighet i fokus (Arbon et al., 2006; Baker & Carnwell, 2003; Booth et al., 2005; Drageset et al., 2011; Fridlund, Holmberg & Koinberg, 2001; Grant et al., 2010; Hack et al., 2013; Hamilton, Moore & Song, 2011; Holtgräwe, Pinkert & Remmers, 2009).

Sjuksköterskan tillbringade tid med kvinnorna och var tillgänglig dygnet runt (Baker & Carnwell, 2003; Booth et al., 2005; Drageset et al., 2011; Fridlund, Holmberg & Koinberg, 2001; Grant et al., 2010; Hack et al., 2013; Holtgräwe, Pinkert & Remmers, 2009), både via personliga möten och via telefonkontakt (Arbon et al., 2006; Baker & Carnwell, 2003; Booth et al., 2005; Drageset et al., 2011; Fridlund, Holmberg & Koinberg, 2001; Grant et al., 2010), vilket var viktigt (Drageset et al., 2011; Fridlund, Holmberg & Koinberg, 2001). Kvinnorna kunde ringa sjuksköterskan även för småsaker utan att de kände sig dumma. Möjlighet för hembesök av sjuksköterskan var värdefullt då det hjälpte kvinnorna att klara av diagnosen, överväga behandlingsalternativ och förbereda sjukhusinläggning (Baker & Carnwell, 2003).

Tillgängliga sjuksköterskor var tillfredsställande för kvinnorna då det inte blev avbrutna och kände att de inte tog upp sjuksköterskans tid om de hade frågor (Booth et al., 2005; Drageset et al., 2011) eller vid behov av stöd (Baker & Carnwell, 2003; Booth et al., 2005).

”It’s not always that busy, and there’s a lot of nurses so you don’t feel too bad for taking up time if you want to ask something”(Booth, Clarke, Hewison, Velikova, 2005, s. 69)

Kvinnorna var tacksamma över tillgängligheten (Baker & Carnwell, 2003; Booth et al., 2005) då det gav ro och tröst (Baker & Carnwell, 2003). Tillgängligheten gjorde att kvinnornas önskemål blev uppfyllda och underlättade deras situation som de befann sig

i (Grant et al., 2010; Holtgräwe, Pinkert & Remmers, 2009). Vid behov av att prata och få ytterligare information var kvinnorna medvetna om att sjuksköterskan kunde skaffa tid för dem trots att denne var upptagen (Arbon et al., 2006) och därför ansågs sjuksköterskan vara mycket hjälpsam (Baker & Carnwell, 2003; Grant et al., 2010; Hamilton, Moore & Song, 2011). Däremot upplevde kvinnorna i Dragset et al. (2011) studie att sjuksköterskan var upptagen och var därför rädda att störa då de inte ständigt kunde vara i centrum eftersom det fanns fler patienter som skulle vårdas. I Booth et al. (2005) studie framkom det att kvinnorna oroade sig över att begära stöd av sjuksköterskan då den tiden hade kunnat användas till sjukare kvinnor än dem själva.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Både svagheter och styrkor kan ses vid metodens tillvägagångssätt. Det upptäcktes att några enstaka ord hade trunkerats fel vilket kan ha minskat relevanta artiklar, som berodde på liten kunskap hos författarna. Om andra sökord hade använts, som författarna inte hade i tanken, finns det möjlighet att fler relevanta artiklar hade hittats. Dock bidrog de manuella sökningarna till att fler sökord användes vilket resulterade till att ytterligare artiklar hittades. Artiklar som var skrivna på andra språk än svenska och engelska kan ha varit relevanta men exkluderades på grund av att författarna inte behärskade andra språk än de nämna. En svaghet i genomförandet är att författarna kan ha missat relevant material vid sökningarna i samtliga databaser på grund av att det fanns artiklar som inte kunde öppnas. Orsak till detta är okänd för författarna. Trots att sökningarna i PubMed gjordes i Full Text kunde författarna inte öppna artiklarna i källorna som referensdatabasen länkade till. Författarna försökte åtgärda detta genom att söka artiklarna i Högskolans söktjänst Summon och eftersom att abstracten inte var tillräckligt utförliga beställdes inte dessa på Högskolans bibliotek. Att författarna inte fick tillgång till fler databaser berodde på Högskolans utbud vilket kan ha begränsat antalet relevanta artiklar. Att endast inkludera mötet med sjuksköterskan från diagnos fram till behandling ser författarna som en styrka då resultatet hade blivit mer omfattande om exempelvis hela processen hade inkluderats, dvs. innan, under och efter

behandling. Författarna tror då att upplevelserna hade blivit mer övergripande och inte så specificerande.

En styrka i den systematiska sökningen var att saturation uppnåddes. Datainsamlingen har hanterats korrekt utan tidspress vilket ökar trovärdigheten. Genom att använda Röda korsets bedömningsmall blev artiklarna mer överskådliga vilket minskade risken att gå miste om viktig information. Att artiklarna granskades och analyserades var för sig och sedan diskuterades gemensamt minskade risken för subjektiva bedömningar vilket stärker tillförlitligheten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2003). I analysen har författarna inkluderat allt som svarade på syftet med en strävan efter att inte påverkas av förförståelsen (Birkler, 2008). Eftersom analysen har skett i enlighet med Lundman & Hällgren Graneheim (2003) och har beskrivet den väl ökas verifierbarheten i studien. Valet att ta med citat från artiklarna i resultatet berodde på att de illustrerade en bättre beskrivning av kvinnornas upplevelse av mötet vilket ökade tillförlitligheten. Bekräftelsebarheten i studien tillämpades då oberoende personer såsom handledare, examinator och klasskamrater har kritiskt granskat arbetet (a.a.). Författarna har strävat efter att studien ska vara repeterbar genom att uppnå en tydlig beskrivning av genomförandet, men trots detta är författarna medvetna om att resultatet inte hade blivit densamma utan liknande beroende på författarnas förförståelse.

I denna studie inkluderades studier med vuxna kvinnor. Därmed kan resultatet överföras till en stor målpopulation. Med tanke på genusperspektivet är det inte möjligt att överföra studiens resultat till män då upplevelserna av mötet kan skilja mellan könen vilket kan ses som en svaghet. Möjligen hade studien kunnat överföras till andra kvinnliga patientgrupper då upplevelsen av mötet med sjuksköterskan kan vara liknande vid andra sjukdomar. Artiklar från tio olika länder ingick vilket ökar överförbarheten. Författarna har fått en ökad förståelse om ämnet med vidgande förförståelse genom ständiga diskussioner vilket styrker trovärdigheten.

Resultatdiskussion

Författarna valde att fördjupa denna diskussion i fyra fynd som var framträdande i resultatet. Dessa var upplevelser som grundade sig på personcentrerad vård, tillgänglighet, empati och sympati samt kompetens.

Tillit skapas genom personcentrerad vård. I merparten av de studier som ingick i litteraturstudien betonade att det var betydelsefullt för bröstcancerdrabbade kvinnor att ha en personlig relation med sjuksköterskan för att känna tillit. Enligt Edvardsson, Fetherstonehaugh och Nay (2009) är ett grundläggande villkor att känna till patienters historia, behov och intressen för att uppnå personcentrerad vård. Det räcker inte att endast ha kunskap om patienter utan det måste tillämpas i praktiken genom att ha samtal med patienter vilket ger meningsfullhet (a.a.). Bolster och Manias (2009) instämmer att personcentrerad vård uppnås genom att lära känna patienter, dock redogör de att det även krävs en relation med patienterna. Detta avgör sjuksköterskans förmåga att förstå patienters behov och förväntningar. Genom att diskutera med patienter om deras önskemål i början av varje möte kan sjuksköterskan försäkra sig att personcentrerad vård tillämpas. Ju längre en sjuksköterska har känt en patient desto starkare blir relationen mellan dem, vilket ökar tilliten för sjuksköterskan (a.a.). Enligt HSL, (SFS 1982:763), 2§, ska vården främja goda kontakter mellan patienter och hälso- och sjukvårdspersonal där behovet av kontinuitet ska tillgodoses för hela Sveriges befolkning. Card et al. (2013) betonar att tillit ökas när det finns kontinuitet i mötet med sjuksköterskan. För att patienter ska skapa en relation och känna tillit måste sjuksköterskan vara ärlig (a.a.). Cleary et al. (2009) skriver att kontinuitet är betydelsefullt för patienters integritet. I linje med dessa studier framkommer tillit som ett centralt fenomen där patienter vill förlita sig på en högre makt (sjuksköterska) för att kunna klara av en livssituation (Rosengren, 2012).

Sjuksköterskans tillgänglighet ökar patienters välbefinnande. Vår studie visade att sjuksköterskans tillgänglighet gav kvinnorna ro. Nurminen (2012) beskriver tid som ett centralt fenomen vilket utformar vårdandets struktur och inramning där förväntningen av tiden är att den ska tillföra lindring. Tidsuppfattningen mellan patient och sjuksköterska överensstämmer inte alltid. Patienter kan dröja kvar i den förgångna tiden i livet, på grund av att denne inte har hunnit bearbeta livssituationen, medan vårdaren fokuserar på nuet (a.a.). Patienter blir glada när sjuksköterskan kan avsätta tid för dem under stressiga dagar (McCabe, 2003). I studien av Danielson, Norberg och Ödling (2002) ansåg sjuksköterskor att det var betydelsefullt för patienter att få kommunicera

med dem på grund av sjukdomen och osäkerhet om framtiden. Även om det finns tid kan sjuksköterskor dra sig undan från att samtala på grund av osäkerhet, speciellt om det berör djupa ämnen (a.a.). Däremot finns det sjuksköterskor som upplever tidsbrist (Bolster & Manias, 2009; Danielson, Norberg & Ödling, 2002) vilket resulterar till att patienters behov att få prata inte tillgodoses (Danielson, Norberg & Ödling, 2002). Bolster & Manias (2009) menar att tidsbrist begränsar möjligheten till möten med patienter. Sjuksköterskor prioriterar patienters behov och upplever att de inte kan vara tillgängliga för samtliga behov (Danielson, Norberg och Ödling, 2002). Enligt icke-skada-principen ska således inte tidsbrist orsaka skada i omvårdnaden (Stryhn, 2007), då patienters välbefinnande kan minskas. Det är viktigt att sjuksköterskan strävar efter att tillfredsställa patienters behov vilket även Socialstyrelsen betonar. I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska föreskrivs det att sjuksköterskan ska tillgodose patienters omvårdnadsbehov samt ha förmåga att åtgärda och hantera förändringar i patienters fysiska och psykiska tillstånd (Socialstyrelsen, 2005).

Empati och sympati är goda egenskaper. I merparten av studierna betonades det att den sympatiska och empatiska sjuksköterskan underlättade kvinnornas livssituation. Enligt Halldórsdóttir och Hamrin (1996) är en empatisk sjuksköterska en nödvändig person som visar respekt och medkänsla gentemot patienter. När sjuksköterskan förstår hur patienter känner lindras oro och osäkerhet (McCabe, 2003). Känslor bekräftas när sjuksköterskan visar empati och om det inte visas leder det till att patienter känner sig isolerad, ensam och sårbar (Cleary et al., 2009). Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska ska sjuksköterskor ha förmåga att kommunicera med patienter på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt (Socialstyrelsen, 2005). Omvårdnadsteoretikern Suzie Kim förespråkar att en god kommunikation är ett av de grundläggande kraven för att relationen ska bli ömsesidig (Kim, 2002).

En kompetent sjuksköterska ger patienter trygghet. Vår studie visade att en kompetent sjuksköterska fick kvinnorna att känna sig bekväma och när motsatsen visades kände de sig lurade. Berg och Danielson (2007) instämmer att sjuksköterskans kompetens främjar trygghet. I studien av Halldórsdóttir och Hamrin (1996) beskrivs det att sjuksköterskans

kompetens visas genom att förhålla sig till en professionell omvårdnad, där förtroende och anknytning skapas, vilket leder till trygghet. Kompetens inom omvårdnad inkluderar nödvändig professionell kunskap och färdigheter. Patienter får en ökad känsla av kontroll när omvårdnaden är individuell. Om sjuksköterskan är likgiltig vid mötet med patienter uppfattas det som inkompetent. Brist på kompetens framträder vid kliniska bedömningar, i kommunikation och utförandet av uppgifter. Patienter accepterar att misstag händer dock är det svårare att acceptera att sjuksköterskan inte bryr sig om sin kompetens (a.a.).

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska ska kunskaper inom omvårdnad och medicin tillämpas. Vidare ska sjuksköterskan uppmärksamma och möta patienters sjukdomsupplevelse och lidande genom att lindra dessa med adekvata åtgärder (Socialstyrelsen, 2005). Eftersom det förekommer bristande kompetens hos sjuksköterskor anser författarna att insatser bör vidtas för att utveckla omvårdnaden. International Council of Nurses etiska koder förespråkar att omvårdnaden kan utvecklas genom att utarbeta metoder för professionell utvärdering samt utveckla metoder för att skydda patienten, närstående eller samhället när vården hotas av vårdpersonalens handlande (Svensk sjuksköterskeförening, 2007). Författarna anser att varje sjuksköterska bör utvärdera sin yrkesroll samt i arbetslaget utvärdera varandra, då den enskilda sjuksköterskan inte alltid ser sina styrkor och brister. Utvärderingen ger medvetenhet om styrkor och svagheter vilket ger möjlighet att förbättra yrkesrollen som sjuksköterska.

Slutsats

Mötet kan bli olika beroende på sjuksköterskans förhållningssätt, personlighet och kön och/eller vilken situation patienten befinner sig i. Det är därför viktigt som sjuksköterska att mötet med varje patient är personcentrerat samt att denne reflekterar över sitt förhållningssätt gentemot patienten. Vad som brister och vad som är hållbart i mötet är områden för vidare forskning, för att se om det blir förbättring och om upplevelserna skiljer sig därefter. Det är även av stor vikt att studera bröstcancerdrabbade mäns upplevelse av mötet med sjuksköterskan, då upplevelser kan

skilja mellan könen. Syftet med studien är att den ska vara potentiell användbar i sjuksköterskans praktiska arbete genom att bidra till ökad medvetenhet om kvinnors upplevelse av mötet.

REFERENSER

*Artiklar som ingick i studiens resultat

Alexy, W., Fife, B.-L., Holmberg, S.-K. & Scott, L.-L. (2001). Relationship issues of women with breast cancer. *Cancer Nursing*, 24(1), 53-60. doi: 10.1097/00002820-200102000-00009

Almås, H. & Myklebust Sørensen, E. (2011). Omvårdnad vid bröstcancer. I R. Grønseth (Red.), *Klinisk omvårdnad: D. 2.* (s. 439-253). Stockholm: Liber.

*Arbon, P., Borg, M., Halkett, G. & Scutter, S. (2006). The role of the breast care nurse during treatment for early breast cancer: The patient's perspective. *Contemporary Nurse*, 23(1). 46-57. doi: 10.5172/conu.2006.23.1.46

*Baker, S-A. & Carnwell, R. (2003). A qualitative study to evaluate breast care nursing in North Wales from the user perspective. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 7(3). 171-179. doi: 10.1016/j.cein.2003.09.002

Beatty, L., Koczwara, B., Oxlad, M & Wade, T-D (2008). The psychosocial concerns and needs of women with recently diagnosed with breast cancer: a qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives. *Health Expectations*, 11(4), 331-342. doi: 10.1111/j.1369-7625.2008.00512.x

Beck, C.T. & Polit, D.F. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9nd ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Berg, L. & Danielson, E. (2007). Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21 (4). 500-506. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00497.x

Bergh, J. (2007). *Bröstcancer*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press.

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

Boehmke, M-M. & Dickerson, S-S. (2006). The diagnosis of breast cancer: transition from health to illness. *Oncology Nursing Forum*, 33(6). 1121-1127.
doi:10.1188/06.ONF.1121-1127

Bolster, D. & Manias, E. (2009). Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital: Qualitative observation and interview study. *International Journal of Nursing Studies* 47(2). 154-165. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.05.021

*Booth, L., Clarke, S-A., Hewison, J. & Velikova, G. (2005). Social support: Gender differences in cancer patients in the United Kingdom. *Cancer Nursing*, 29(1). 66-72.
doi: 10.1097/00002820-200601000-00012

Card, S., Ferguson, L-M., McMurty, J., Sheppard, S. & Ward, H. (2013). Putting the 'patient' back into patient-centred care: an education perspective. *Nurse Education in Practice*. 13(4). 283-288. doi: 10.1016/j.nepr.2013.03.016

Carrick, S., Gallagher, J., Liebert, B., Parle, M., Redman, S. & Robert, C. (2003). An evidence based specialist breast nurse role in practice: a multicenter implementation study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 12. 91-97. doi: 10.1046/j.1365-2354.2003.00331.x

Cleary, P-D., Karp, J-F., Kleinman, A. Reynolds, C-F., Teh, C-F., & Weiner, D-K. (2009). Older people's experiences of patient-centered treatment for chronic pain: a qualitative study. *Pain Medicine*, 10(3). 521-531. doi: 10.1111/j.1526-4637.2008.00556.x

Dahlborg Lyckhage, E. (2012). Att analysera berättelser (narrativer). I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.161-172). Studentlitteratur: Lund.

Danielsson, E., Norber, A. & Ödling, G. (2002). Care of women with breast cancer on a surgical ward: nurses' opinions of the need for support for women, relatives and themselves. *Journal of Advanced Nursing*, 39(1). 77-86. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02244.x

*Drageset, S., Giske, T., Lindstrøm, T-C. & Underlid, K. (2011). "The support I need": Women's experiences of social support after having received breast cancer diagnosis and awaiting surgery. *Cancer Nursing*, 35(6).1-9. doi:10.1097/NCC.0b013e31823634aa

Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D. & Nay, R. (2009). Promoting a continuation of self and normality: person-centred care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *Journal of Clinical Nursing*, 19. 2611-2618. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03143.x

Folkhälsomyndigheten. (2014). *Folkhälsan i Sverige: Årsrapport 2014*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten, från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/17825/Folkhalsan-i-Sverige-arsrapport-2014.pdf>

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F.Friberg (Red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.

*Fridlund, B., Holmberg, K. & Koinberg, I-L. (2001). Breast cancer patients' satisfaction with a spontaneous system of check-up visits to a specialist nurse. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(3). 209-215. doi: 10.1046/j.1471-6712.2002.00040.x

*Grant, M., Heilemann, M-V., Maly, R-C. & Pieters, H-C. (2010). Older women's

reflections on accessing care across their breast cancer trajectory: Navigating beyond the triple barriers. *Oncology Nursing Forum*, 37(1). 175-184. doi: 10.1188/11.ONF.175-184

*Hack, T-F., McClement, S-E., Pedersen, A-E. & Taylor-Brown, J. (2013). An Exploration of the Patient Navigator Role: Perspectives of Younger Women With Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 41(1).77-88. doi: 10.1188/14.ONF.77-88

Hajibabae, F., Joulaee, A., Joolae S. & Kadivar, M. (2012). Living with breast cancer: Iranian women's lived experiences. *International Nursing Review*, 59(3), 362-368. doi: 10.1111/j.1466-7657.2012.00979.x

Halldórsdóttir, S. & Hamrin, E. (1996). Experiencing existential changes: the lived experience of having cancer. *Cancer Nursing*, 19(1). 29-36. doi: 10.1097/00002820-199602000-00004

*Hamilton, J-B., Moore, A-D. & Song, L. (2011). Patient-Healthcare Provider Communication: Perspectives of African American Cancer Patients. *Health Psychology*, 31(15). 539-547. doi:10.1037/a0025334

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

Hällgren Graneheim, U. & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2). 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Jakobsson, U. (2011). *Forskningens termer och begrepp: en ordbok*. Lund: Studentlitteratur.

*Jensen, A-B., Johansen, M-B., Pedersen, A-F., Thomsen, D-K. & Zachariae, R.

(2007). Breast cancer patients' narratives about positive and negative communication experiences. *Acta Oncologica*, 46(7). 900-908. doi: 10.1080/02841860701261550

Karlsson, E-K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 95-113). Lund: Studentlitteratur.

Kim, H.S. (2000). *The nature of theoretical thinking in nursing* (2nd ed). New York: Springer.

Landmark, B-Th., Bøhler, A., Loberg, K. & Wahl, A-K. (2008). Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context: a focus group study of women attending a breast diagnostic centre in Norway. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7b), 192-200. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02340.x

Lexin. (u.å). Upplevelse. I *Lexin2.nada.kth.se*. Hämtad 10 september, 2014, från http://lexin2.nada.kth.se/lexin/#searchinfo=both,swe_swe,upplevelse;

McCabe, C. (2003). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1). 41-49. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x

Nationalencyklopedin. (2014). Bemötande. I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 10 september, 2014, från <http://www.ne.se/>

Nurminen, M. (2012). Tid – vårdande tid. I I. Bergbom & L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 279-290). Lund: Studentlitteratur.

Nystrand, A. (2014). *Bröstcancer*. Hämtad 15 september, 2014, från Cancerfonden, <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Cancersjukdomar/Brostcancer/>

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (3. uppl.). Stockholm: Liber.

Röda Korsets Högskola. (2005). *Mall för granskning av vetenskapliga artiklar*. Hämtad 17 november, 2014, från Röda Korsets Högskola, http://www.rkh.se/PageFiles/466/mall_granskning.pdf

*Saares, P. & Suominen, T. (2004). Experiences and resources of breast cancer patients in short-stay surgery. *European Journal of Cancer Care*, 14(1). 43-52.
doi:10.1111/j.1365-2354.2005.00512.x

Sandberg, M. (2012). Omvårdnad av patienter med bröstcancer. I L. Lindwall (Red.), *Omvårdnad vid kirurgiska sjukdomar*.(s.145- 152). Studentlitteratur: Lund.

Schuster, M. (2006). *Profession och existens: en hermeneutisk studie av asymmetri och ömsesidighet i sjuksköterskors möten med svårt sjuka patienter*. Doktorsavhandling. Stockholms universitet, Institutionen för samhälle, kultur och lärande.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 12 september, 2014, från Sveriges riksdag, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Sköld Nilsson, A. (2010). *Bröstcancerboken: från besked till färdigbehandlad*. Stockholm: Norstedt.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 20 december, 2014, från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen. (2014). *Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för bröstcancervård 2014*. Hämtad 8 september, 2014, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19383/2014-4-2.pdf>

Stryhn, H. (2010). *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Svensk sjuksköterskeförening. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor* [Broschyr]. Stockholm.

Weaver, C. (2009). Caring for a patient after mastectomy. *Nursing*. 39(5). 44-48. doi: 10.1097/01.NURSE.0000350757.93924.b5.

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F.Friberg (Red.) *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

Sökschema för systematisk datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökning nr	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar/databasfilter	Typ av sökning (tex. MESH-term, abstract, nyckelord, fritext)	Antal träffar	Lästa Abstract	Utvalda artiklar
2014-11-12	PubMed	1	Breast neoplasms OR breast cancer	Abstract, Full Text, English	Fritext	289280	181	An Exploration of the Patient Navigator Role: Perspectives of Younger Women With Breast Cancer. Experiences and resources of breast cancer patients in short-stay surgery. Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study.
		2	Nurse-Patient Relation* OR Meeting* OR Encounter*			249996		
		3	Women OR Female			6783635		
		4	Interview* OR Qualitative* OR Focus group*			401454		
		5	1 AND 2			2243		
		6	3 AND 5			1795		
		7	4 AND 6			181		
2014-11-13	Cinahl	1	Breast neoplasms OR breast cancer		Cinahl Heading <i>breast neoplasms</i> (major) fritext ord i kombination	36040	12 5	Ett antal artiklar hade redan blivit utvalda i PubMed, resterande artiklar var inte relevanta för studiens syfte.
		2	Nurse-Patient Relation* OR Meeting* OR Encounter* OR Nurse-patient interaction*			66687		
		3	Patient experience* OR Patient perception			7050		
		4	Interview* OR Qualitative* OR Focus group*			186583		
		5	1 AND 2			678		
		6	3 AND 5			12		
		7	4 AND 6			5		

2014-11-13	Cinahl	1 2 3 4 5	Breast neoplasms OR Breast cancer Nurse-Patient Relation* OR Meeting* OR Encounter* Interview OR Qualitative OR Focus group 1 AND 2 3 AND 4	Abstract, search mode: boolean/phrase	MESH-term <i>breast neoplasms(explode)</i> och fritext ord i kombination	39374 66574 114264 770 117	117	Ett antal artiklar hade redan blivit utvalda i PubMed, resterande artiklar var inte relevanta för studiens syfte. 0
2014-11-13	PsycINFO	1 2 3 4 5 6 7	Brest cancer OR breast neoplasms Encounter* OR Meeting* OR Nurse-Patient Relation* Interviews OR Qualitative OR Focus group Patient satisfaction 1 AND 2 3 AND 5 4 AND 6	Peer-reviewed		8585 98129 344317 12428 424 154 8	20 8	Social support: Gender differences in cancer patients in the United Kingdom Patient-Healthcare Provider Communication: Perspectives of African American Cancer Patients.
2014-11-13	PubMed	1 2 3 4 5 6 7	Breast neoplasms OR Breast cancer Interview* OR Qualitative* OR Focus group* Nurse-Patient Relation* OR Meeting* OR Encounter* Social Support 1 AND 2 3 AND 5 4 AND 6			289280 401454 249996 254073 6614 230 64	64	“The support I need” Women’s experiences of social support after having received breast cancer diagnosis and awaiting surgery
2014-11-13	PubMed	1 2 3 4 5	Time-to- treatment Breast cancer OR Breast Neoplasms Nurse-Patient Relation* OR Meeting* OR Encounter* Experience* OR Patient perception* Interviews OR Qualitative			654104 289280 249996 727205 298527		Breast cancer patients’ narratives about positive and negative communication experiences.

		6 7 8 9	OR Focus group 1 AND 2 3 AND 6 4 AND 7 5 AND 8	Abstract, Fulltext, English		13929 199 35 11	35 11	
2014-11-14	SveMed+	1 2 3	Breast neoplasms Oncology nurs* 1 AND 2	Peer-review	MESH-term <i>breast neoplasms</i> och fritext ord i kombination	1038 132 4	4	Breast cancer patients' satisfaction with a spontaneous system of check-up visits to a specialist nurse
2014-11-14	Manuell sökning i referenslistor							A qualitative study to evaluate breast care nursing in North Wales from the user perspective
2014-11-16	Manuell sökning i referenslistor							Older women's reflections on accessing care across their breast cancer trajectory: Navigating beyond the triple barriers

Bilaga 2

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat *	Kvalitet
Hack, T-F., McClement, S-E., Pedersen, A- E. & Taylor- Brown, J. Kanada 2013	An Exploration of the Patient Navigator Role: Perspectives of Younger Women With Breast Cancer.	Syftet var att beskriva unga kvinnliga bröstcancer patienters erfarenhet av den onkologiska sjuksköter- skan.	<i>n</i> = 12 kvinnor med diagnos eller behandling för bröstcancer. <50 år, läsa och tala engelska. Semistrukturerade ljudinspelade intervjuer, 45min – 2 h. Intervjuerna inleddes med öppna frågor följt av följdfrågor.	Triagulerings analys. Intervjuerna identifierades med kodnummer till varje deltagare, som transkriberades ordagrant. Noggrann granskning av transkriptioner upprepades över tid. Triagulerings analys av intervjuerna genomfördes, när saturation av data uppnåddes, vidare analyserades transkriptionerna och kategorier tillkom.	Det framkom fyra huvudkategorier: 1. Otillfredsställda behov eller problem som uppstått, 2. Emotionella reaktioner på de otillfredsställda behov eller problem som uppstått, 3. Sätt att hantera, 4. Procedurens faser, Personliga egenskaper: det väsentliga.	<i>Trovärdighet:</i> En tydlig beskrivning av urval och datainsamlingsmetod. <i>Tillförlitlighet:</i> Tillvägagångssättet och genomförandet var inte tillräckligt beskriven. Citat framkom. <i>Verifierbarhet:</i> Analysprocessen beskriven och kategorier stämde överens med syfte.
Saares, P. & Suominen, T. Finland 2004	Experiences and resources of breast cancer patients in short-stay surgery	Syftet var att beskriva hur kvinnor med bröstcancer upplevde vården vid operation med kort sjukhus- vistelse.	<i>n</i> =8 kvinnor som fått diagnos och deltagit i en korttidskirurgi. 30- 64 års ålder. Semistrukturerade bandinspelade intervjuer, 45-90min. Intervjuerna inleddes med frågor följt av följdfrågor.	Innehållsanalys användes vars material transkriberades ordagrant. Analysprocessen utvecklade kategorier från data när saturation uppnåddes.	Det framkom 3 fraser av vårdprocessen som innefattade sjukdomsfas, vård fas och läkningsfas. I varje fas delades resultatet av patienters erfarenhet i: 1. Upplevelse, 2. Egna copingstrategier, 3. Copingstrategier utifrån, 4. Omvårdnadens betydelse.	<i>Trovärdighet:</i> Tydlig beskriven datainsamlingsmetod och urval. <i>Tillförlitlighet:</i> Tydligt genomförande och tillvägagångssätt. Citat framkom. <i>Verifierbarhet:</i> Kategorier stämde överens med syfte och analysprocessen beskriven.

*Endast resultat som handlar om tiden mellan diagnos och behandling ingår

Holtgräwe, M., Remmers, H. & Pinkert, C. Tyskland 2009	Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study.	Syftet med denna studie var att ta reda på hur stress påverkar kvinnorna som befinner sig i ett tidigt stadium av bröstcancer och vilka behov och förväntningar de hade av sjuksköterskorna.	n= 42 kvinnor i ett tidigt stadium av bröstcancer. 20 – 50 års ålder. Förmåga att uttrycka sig och förstå de tyska språket. Semistrukturerade bandinspelade intervjuer, 20-50min.	Systematisk innehållsanalys användes. Data transkriberades ordagrant. Materialet kondenserades och kategorier bildades.	Det framkom 2 huvudkategorier: 1. Stress, 2. Behov. Ett flertal subkategorier framkom.	<i>Trovärdigheten:</i> Tydligt beskrivet urval och datainsamlingsmetod. <i>Tillförlitlighet:</i> tillvägagångssättet och genomförandet var inte tillräckligt beskriven. Citat framkom. <i>Verifierbarhet:</i> Analysprocessen beskriven och kategorierna stämde överens med syftet.
Booth, L., Clarke, S-A., Hewison, J. & Velikova, G. England 2005	Social support: Gender differences in cancer patients in the United Kingdom	Syftet var att undersöka hur patienter uppfattade stödet de tog emot samt undersöka deras preferenser och tillfredsställelse med information och emotionell stöd från personal.	n= 16 deltagare varav 11 patienter fått återfall i malignt melanom och 6 kvinnor som fått återfall i bröstcancer samt fått behandling. Semistrukturerade intervjuer, cirka 1h. Frågeställningarna bildades enligt teman som var tagna från litteraturen relaterat till kognitivt stöd, emotionellt stöd och könsskillnader.	En tematisk analys där data transkriberades ordagrant. Analysprocessen innebar identifiering, kodning och kategorisering av meningsfulla enheter av text. Bekräftelsebarheten tillämpades.	Det framkom 2 huvudkategorier: 1. Måttlig genustillfredsställelse och preferenser för olika typer av stöd, 2. Genuspåverkade uppfattningar av stöd.	<i>Trovärdighet:</i> Tydlig beskrivning av urval och datainsamlingsmetod. <i>Tillförlitlighet:</i> Tillvägagångssättet och genomförandet var inte tillräckligt beskriven. Citat framkom. <i>Verifierbarhet:</i> Beskriven analysprocess och kategorier svarade på syftet.
Hamilton, J-B., Moore, A-D. & Song, L. Amerika	Patient-Healthcare Provider Communication: Perspectives of African	Syftet var att undersöka afroamerikanska cancer patienters perspektiv av vårdpersonal-	n=28 patienter varav 15 kvinnor med bröstcancer och 13 män med prostatacancer. Intervjuer, 45 min – 2h. Intervjuerna var ostrukturerade i början	Grounded theory användes. Huvudkategorier bildades när en teoretiskt saturation av materialet uppnåddes. Meningsbärande enheter identifierades, kodades och därefter bildades kategorier	Det framkom 4 huvudkategorier: 1. Kommunikation av cancer information, 2. Kommunikation av delade beslut, 3. Kommunikation av empati och förståelse, 4. Kommunikation av	<i>Trovärdighet:</i> Ingen tydlig beskrivning av urval och datainsamlingsmetod. <i>Tillförlitlighet:</i> Tillvägagångssättet och genomförandet var inte

2011	American Cancer Patients.	ens kommunikationsbeteenden och hur dessa kommunikationsmönster underlättar eller hindrar deras cancer hantering.	och blev strukturerade över tid.	när en teoretisk saturation uppnåddes.	respekt. Ett flertal subkategorier framkom.	tillräckligt beskriven. Citat framkom. <i>Verifierbarhet:</i> Ingen tydlig beskrivning av analysen, dock kategorier som svarade på syftet.
Drageset, S., Giske, T., Lindstrøm, T-C. & Underlid, K. Norge 2011	“The support I need”: Women’s experiences of social support after having received breast cancer diagnosis and awaiting surgery	Syftet med denna studie var att beskriva kvinnors individuella upplevelser av socialt stöd efter ha fått en bröstcancerdiagnos och väntar på operation.	n= 21 kvinnor som hade fått en nydiagnostiserad bröstcancer och var inbokad på operation vid Norges universitetssjukhus. >18 år, skriva och tala norska. Individuella semistrukturerade intervjuer, 50-120min. Intervjumallen var baserad på tidigare forskning.	Datansamlingen pågick mellan februari 2006 – februari 2007. Analys genomfördes på 3 nivåer: 1. Intervjuerna transkriberades, meningsbärande enheter identifierades och data kondenserades. 2. Transkriptionerna lästes ett flertal gånger. Kategorierna som bildades identifierades till meningsfulla enheter som kodades till teman. 3. Teoretisk förståelse mellan helhet och delarna tillämpades.	Det framkom 5 övergripande kategorier: 1. Tillgängligt stöd, 2. Information och rådgivning, 3. Omvårdnad, 4. Att ha förtroende, 5. Balansera avstånd och närhet.	<i>Trovärdighet:</i> Beskriven datansamlingsmetod och urval. <i>Tillförlitlighet:</i> Tillvägagångssättet och genomförandet var inte tillräckligt beskriven. Citat framkom. <i>Verifierbarhet:</i> Beskriven analysprocess och kategorier som svarade på syftet.
Jensen, A-B., Johansen, M-B., Pedersen, A-F., Thomsen, D-K. & Zachariae, R.	Breast cancer patients’ narratives about positive and negative communication experiences.	Syftet var att använda positiva och negativa behandlingserfarenheter av patienter och att få kunskap av positiva respektive negativa	n= 15 kvinnor som behandlades för primär bröstcancer. 36-60 års ålder. Intervjuer genomfördes via telefon, upp till 2 h.	Innehållsanalys användes Intervjuerna transkriberades ordagrant. Samtliga forskare deltog i analysen där materialet lästes igenom och sorterades in i kategorier efter behandlingserfarenheter från deltagarna.	Det fram 3 huvudkategorier: 1. Tilldelad information och professionell omsorg, 2. Emotionella behov, 3. Andra kategorier	<i>Trovärdighet:</i> Tydlig beskrivning av urval. Ingen tydlig beskrivning av datansamlingsmetoden. <i>Tillförlitlighet:</i> Tillvägagångssättet och genomförandet var inte tillräckligt beskriven. Citat framkom. <i>Verifierbarhet:</i>

Danmark 2007		aspekter av kommunikation mellan patient och vårdpersonal.				Kategorierna svarade på syftet. Ingen tydlig beskrivning av analysprocessen.
Fridlund, B., Holmberg, L. & Koinberg, I-L. Sverige 2001	Breast cancer patients' satisfaction with a spontaneous system of check-up visits to a specialist nurse	Syftet var att beskriva bröstcancerpatienters tillfredsställelse med ett spontant uppföljningsbesök hos en specialistsjuksköterska.	n=19 kvinnor med bröstcancer som strategiskt valdes ut. 40-82 års ålder. Halvstrukturerade bandinspelade intervjuer, 20-40min. Pilotintervjuer hade genomförts i en tidigare studie.	Fenomenologisk analys. Intervjutekten transkriberades och lästes ett flertal gånger. Materialitet som var uttalande från deltagarna som motsvarade syftet identifierades. Vidare söktes likheter och skillnader i uttalanden och när likheter framkom bildades en kategori.	Det framkom 5 huvudkategorier: 1. Behov av tillgänglighet, 2. Behov av information, 3. Behov av tillit, 4. Behov av bekräftelse, 5. Behov av egenvård.	<i>Trovärdighet:</i> Datainsamlingsmetod beskrivet. Ingen tydlig beskrivning av urvalet. <i>Tillförlitlighet:</i> Tillvägagångssättet och genomförandet var inte tillräckligt beskriven. Citat framkom. <i>Verifierbarhet:</i> Kategorier som svarade på syftet och beskriven analysprocess.
Carnwell, R. & Baker, S-A. England 2003	A qualitative study to evaluate breast care nursing in North Wales from the user perspective	Syftet var att undersöka patienters upplevelser av bröstcancer omvårdnaden i North Wales.	n= 13 kvinnor som fått diagnos och behandling valdes slumpmässigt ut. Semistrukturerad intervju genomfördes. Kvinnorna rekryterades genom en tidigare enkätundersökning som bjöd in deltagarna för en fortsatt studie med intervjuer. Frågorna utvecklades av resultatet från kvinnorna under den tidigare enkätundersökningen.	Innehållsanalys. Intervjuteexterna transkriberades och lästes om. De kontrollerades genom "membercheks". Bekräftelsebarheten tillämpades då resultatet har blivit kritisk granskad av två forskare. Liknande kommentarer grupperades tillsammans och bildade kategorier.	Det framkom 6 huvudkategorier: 1. Deltagarnas egenskaper, 2. Tillgång till bröstvård, 3. Erfarenheter av bröstomvårdnad vid diagnos, 4. Erfarenheter av bröstomvårdnad pre-operativt, 5. Erfarenhet av bröstvård post-operativt, 6. Upplevda styrkor och svagheter av bröstomvårdnad. Vidare framkom det ett antal subkategorier.	<i>Trovärdighet:</i> En tydlig beskrivning på urval och datainsamlingsmetod. <i>Tillförlitlighet:</i> Tydligt beskrivet genomförande och tillvägagångssätt. Citat framkom. <i>Verifierbarhet:</i> Kategorier som svarade på syftet och beskrivning av analysprocess finns.
Grant, M., Heilemann, M-V., Maly, R-C. &	Older women's reflections on accessing care	Syftet var att beskriva äldre kvinnors upplevelser	n= 18 kvinnor med nyligen avslutad bröstcancerbehandling. >70 år, talade engelska.	Grounded Theory användes. Transkriberades ordagrant och kontrollerades för noggrannhet. Systematisk	Det framkom 4 huvudkategorier: 1. Cancer resa märkt av en serie av händelser, 2. Väntan, 3. Konstellation av	<i>Trovärdighet:</i> Tydlig beskrivning av urval och datainsamlingsmetod. <i>Tillförlitlighet:</i> Tillvägagångssättet och genomförandet var inte tillräckligt beskriven. Citat framkom. <i>Verifierbarhet:</i> Kategorier som svarade på syftet och beskriven analysprocess.

Pieters, H-C. Amerika 2010	across their breast cancer trajectory: Navigating beyond the triple barriers	relaterat till hinder i bröstcancer-vården i deras prediagnostiska period och under hela deras diagnos, behandling och utanför.	Individuella semistrukturerade bandinspelade intervjuer, 1-2,5h. Intervjuguide skapades av en tidigare pilotstudie.	kodning av data som jämfördes inom och mellan intervjuerna. Materialet kontrollerades genom ”memberchecks”. Slutligen bildades huvudkategorier och kategorier.	trippel hinder, 4. Service inom onkologi sjuksköterska navigator. Det framkom ett antal subkategorier.	gångssättet och genomförande var beskrivet. Citat framkom. <i>Verifierbarhet</i> : Tydlig beskrivning av analysprocessen och kategorier som svarade på syftet.
Arbon, P., Borg, M., Halkett, G. & Scutter, S. (2006) Australien	The role of the breast care nurse during treatment for early breast cancer: The patient's perspective	Syftet var att undersöka bröstsjuksköterskans roll ur ett patient perspektiv.	n= 18 kvinnor som genomgått behandling för bröstcancer inom det senaste året. 39-77 års ålder, engelska som modersmål. Djupgående bandinspelade intervjuer.	Datansamlingen pågick under år 2003. 3 metoder användes vid analys av data: 1. Intervjuerna transkriberades ordagrant och meningsbärande enheter identifierades. 2. Läsa om transkriptionerna och identifiera nya teman. 3. Varje mening lästes igenom innan reflektion av betydelsen i relation till helheten.	Det framkom 6 huvudkategorier: 1. Stöd från bröstsjuksköterskor, 2. Kommunikation, relation och en medvetenhet om kvinnornas behov, 3. Tillgänglighet, 4. Trygghet, 5. Praktisk information, 6. Negativa erfarenheter med bröstsjuksköterskor.	<i>Trovärdighet</i> : Tydlig beskrivning av urval och datansamlingsmetod. <i>Tillförlitlighet</i> : Tydlig beskrivning av genomförandet och tillvägagångssättet. Citat framkom. <i>Verifierbarhet</i> : Tydlig beskrivning av analysprocessen och kategorier som svarade på syftet.