



Sektion för hälsa, HAL


Examensarbete, 15 högskolepoäng
Sjuksköterskeprogrammet, Termin 6

Hur kvinnor med bröstcancer upplever ett vårdande stöd från sjuksköterskan under sin sjukdomstid

Författare: Sofie Andersson
Anette Niklasson

Justerat och godkänt
Datum 6 nov 2007

Handledare: Ingrid Dimberg

Examinator 
Annika Larsson-Mauleon

Blekinge Tekniska Högskola

Sektion för hälsa, HAL

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Kurs: VO1309, Examensarbete, 15 högskolepoäng

Hur kvinnor med bröstcancer upplever ett vårdande stöd från sjuksköterskan under sin sjukdomstid

Författare: Sofie Andersson

Anette Niklasson

Handledare: Ingrid Dimberg

Examinator: Annika Larsson-Mauleon

Sammanfattning

Bröstcancer är den vanligaste formen av cancer hos kvinnor. Varje år upptäcks cirka 7000 nya fall av bröstcancer i Sverige. Syftet med denna studie var att beskriva hur kvinnor med bröstcancer upplever ett vårdande stöd från sjuksköterskan under sin sjukdomstid. Studien har knutit an till Joyce Travelbee, Katie Eriksson, Johan Cullbergs kristeori samt de vårdvetenskapliga begreppen lidande, vårdlidande, sjukdomslidande och vårdrelation. En litteraturstudie med kvalitativ ansats har gjorts och litteratursökningen följde Polit, Beck och Hunglers flödesschema. Studien är baserad på 9 vetenskapliga artiklar som analyserades enligt Graneheim och Lundmans tolkning av en analysmetod. Analysen av artiklarna resulterade i fyra kategorier, nämligen kvinnans upplevelse av sjuksköterskans informativa stöd, kvinnans upplevelse av sjuksköterskans tillgänglighet, kvinnans upplevelse av sjuksköterskans emotionella stöd och kvinnans upplevelse av relationen med sjuksköterskan. Tillfredsställande information från sjuksköterskan minskade ångslan och gav hopp, trygghet och styrka. Kvinnorna kände sig övergivna av sjuksköterskan under långa väntetider. De kände ett behov av att få sina frågor besvarade av medicinskt kunnig vårdpersonal. Kvinnorna poängterade hur viktigt det var att sjuksköterskan kunde hjälpa dem att avlasta psykosociala problem genom att finnas och lyssna, trösta och att deras känslor accepterades. Detta kunde minska den ångest och stress som kvinnorna utsätts för i samband med sjukdomen. En god relation med sjuksköterskan gav kvinnorna trygghet, säkerhet och en känsla av att vara betydande. Sjuksköterskan bekräftade kvinnorna genom att visa förståelse och hänsyn till kvinnornas erfarenheter om sjukdomen. Det är viktigt att sjuksköterskan kan ge kvinnorna ett bra stöd. Detta ökar hennes välbefinnande. En kontaktsköterska skulle kunna ge kvinnorna bättre kontinuitet och en större trygghet.

Nyckelord: bröstcancer, stöd

Innehållsförteckning

Inledning	1	
Bakgrund	1	
Kvinnors upplevelse av att få beskedet bröstcancer	1	
Kvinnans upplevelse	2	
Kris och krishantering	4	
Stöd från sjuksköterskan	5	
Teoretisk referensram	6	
Syfte	8	
Definition	8	
Metod	8	
Litteratursökning	8	
Analys	10	
Resultat	11	
Kvinnans upplevelse av sjuksköterskans informativa stöd	11	
Kvinnans upplevelse av sjuksköterskans tillgänglighet	12	
Kvinnans upplevelse av sjuksköterskans emotionella stöd	13	
Kvinnans upplevelse av relationen med sjuksköterskan	14	
Diskussion	15	
Metoddiskussion	15	
Resultatdiskussion	16	
Slutsats	19	
Referenser	20	
Bilagor	23	
Litteratursökning	Bil. 1(1)	23
Manuell sökning	Bil. 2(1)	24
Artikelöversikt	Bil. 3(1)	25
	Bil. 3(2)	26

Inledning

Ett bröst är för en kvinna inte bara en symbol för kvinnlighet, inte heller bara ett organ som har med modersrollen att göra. Ett bröst är också en mycket viktig del i känslolivet. Om man skär i bröstet, skär man också rakt in i detta känsloliv, i det mest grundläggande psykiska och erotiska. (Almå, 2004, s. 279)

Bröstcancer är den cancersjukdom som är vanligast hos kvinnor, drygt en fjärdedel av all cancer hos kvinnor är bröstcancer. Varje år upptäcks cirka 7000 nya fall av denna sjukdom i Sverige, detta innebär att mellan 15 och 20 kvinnor i bröstcancer i Sverige (Nystrand, 2007). Författarna valde detta ämne på grund av att det är viktigt för sjuksköterskan att förstå hur kvinnan upplever sin situation för att kunna hjälpa och stödja henne. Som blivande sjuksköterskor anser vi det viktigt att ha den kunskap som krävs för att kunna stödja kvinnor i krissituationer. Det är även värdefullt att ha insikt i ämnet då vi tidigare mött kvinnor med bröstcancer och inte vetat hur vi skulle kunna stödja och underlätta deras sjukdomsperiod.

Bakgrund

Kvinnors upplevelse av att få beskedet bröstcancer

Vanliga reaktioner på beskedet är oro, nedstämdhet och känslor av överklighet (Nystrand, 2007). Dessa känslor speglar individens reaktioner på förlust och oväntad hotfull förändring (Johnson & Klein, 1994). Det är viktigt att kvinnan vet att inga känslor är fel i en sådan situation. Det är av betydelse för kvinnan att kunna acceptera känslorna som de kommer (Cullberg Weston, 2001). Det är viktigt att sjuksköterskan är medveten om att erfarenheterna och bearbetningen av att vara sjuk kan variera avsevärt från kvinna till kvinna och att känslorna är så personliga att det kan vara svårt att dela dem med någon (Nystrand, 2007).

En studie av Luoma och Hakamies-Blomqvist (2004) beskriver att kvinnors upplevelse av att få diagnosen bröstcancer visade sig genom dåligt humör. Kvinnorna var deprimerade och mindre toleranta än vad de hade varit innan de fick diagnosen. Några kvinnor var bittra och hade svårt att acceptera sitt öde, det fanns tillfällen då de kände att de inte ville leva längre. Kvinnornas sätt att hantera situationen var genom förnekelse. De tänkte inte på sjukdomen eller försökte glömma den. En del kvinnor isolerade sig, de tyckte det var påfrestande att hela tiden bli påmind om sin sjukdom och de tyckte det var ansträngande när människor i deras närhet tyckte synd om dem.

Westmans, Bergenmars och Anderssons (2006) studie visade att många kvinnor blivit djupt skakade av att få diagnosen bröstcancer samt att de hade svårt att se en mening med att fortsätta leva. De flesta såg sjukdomen som dödlig, även om de innerst inne visste att de hade goda chanser att bli friska. Kvinnorna upplevde både fysiskt och existentiellt lidande. Diagnosen innebar för vissa en känsla av skuld och bitterhet. De undrade vad de hade gjort för fel för att

drabbas av denna sjukdom och ansåg att de förtjänade bättre. Tiden innan återbesök ökade känslan av osäkerhet. De var oroliga för återfall, och om kvinnorna hade ont trodde de genast att det var ett symptom på att cancer hade kommit tillbaka (Westman, Bergenmar & Andersson, 2006).

Kvinnans upplevelse

Enligt Nystrand (2007) känner de flesta kvinnor en trygghet i att få diagnosen bröstcancer då de visste vad de hade framför sig istället för att leva i osäkerhet. Under de första tre månaderna lättade oron och nedstämdheten för de flesta. Då har kvinnan oftast fått besked om diagnos och eventuellt påbörjat behandling. En påfrestande tid för många var när behandlingen var avslutad. Då gjordes inget aktivt mot sjukdomen. Dessutom hade kvinnorna inte längre regelbunden kontakt med sjukvården. Många kände sig utlämnade. När behandlingen var avslutad kunde omgivningen tro att livet skulle bli precis som före sjukdomen. Detta visade sig i att anhöriga och vänner inte var lika intresserade eller orkade lyssna i samma utsträckning som tidigare. Kvinnan kunde då känna sig både ensam och oförstådd. Efter behandlingen var det också vanligt att oroa sig för framtiden och för att sjukdomen skulle återkomma. Det är viktigt för kvinnorna att komma ihåg att de svåra känslorna inte försvinner så snart behandlingen är avslutad (Nystrand, 2007). Om sjuksköterskan har förståelse för kvinnans upplevelse av sjukdomen, kan kvinnan få tillfredsställande stöd (Ödling, 2004).

För att kunna behålla en god livskvalitet var det viktigt att sjukdomen inte förändrade kvinnornas liv, utan att de kunde delta i samma eller liknande aktiviteter som de gjort innan sjukdomen. Studien visade även att det fanns positiva följder av sjukdomen. Bröstcancer hade för vissa kvinnor betytt att de njöt mer av livet. De lärde sig att leva dag för dag. Kvinnorna kände sig stressade när de inte kunde utföra sina vardagssysslor utan behövde vara beroende av andra. Studien visade också att många kvinnor ansåg att de kände sig emotionellt starka, vilket beskrevs som en förmåga att kunna njuta av livet. Detta gav dem också styrkan att fortsätta behandlingen. Kvinnorna menade att en pågående behandling gav hopp och att avsluta behandlingen var det samma som att ge upp (Louma & Hakamies-Blomqvist, 2004).

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska patientens behov av trygghet tillgodoses (Raadu, 2005). Dahlberg, Fagerberg, Nyström, Segesten och Suserud (2003) menar att otrygghet är nära kopplat till hot. När sjukdom hotar individens vardag uppstår otrygghet och en önskan om att undkomma det hot som sjukdomen innebär samt att återställa tryggheten. Om inte hotet kan avlägsnas, om inte sjukdomen kan botas, kan ändå viss trygghet nås genom att kvinnan får kontroll över sin situation. Att ha insikt i sin situation ger en känsla av trygghet. ”Vårdandets mål är att lindra eller förhindra lidande samt skapa förutsättningar för välbefinnande.” (Dahlberg et al., 2003, s. 32)

Vårdlidande uppstår när kvinnan orsakas lidande i samband med vårdande eller brist på vårdande. Vårdlidande kan uppstå på grund av bristande information, svårigheter att förstå

personalens agerande eller obegripligheter i vårdmiljön. Vårdlidande innebär att inte bli uppmärksammas. Detta innebär att kvinnan inte får ta del i sin hälsoprocess och i vårdandet. Kvinnans värdighet kränks när hon inte blir sedd eller hörd (Dahlberg et al., 2003). Kränkning av kvinnans värdighet och hennes värde som människa utgör den vanligast förekommande formen av vårdlidande. Att kränka kvinnans värdighet innebär att frånta henne möjligheten att helt och fullt vara människa. Därmed minskas hennes möjligheter att använda sina innersta krafter. Sjuksköterskan kan omedvetet orsaka vårdlidande genom avsaknad av reflektion och bristande kunskap om mänskligt lidande. Det är viktigt att sjuksköterskan vågar möta lidandet. Sjuksköterskan kan lindra kvinnans lidande genom att uppmuntra, stödja och trösta. Att finnas där för kvinnan och visa sitt stöd. Sjuksköterskans stöd till kvinnan kan minska hennes vårdlidande (Eriksson, 1994).

Sjukdomslidande uppstår på grund av sjukdom eller annan ohälsa. Sjukdomslidande kan innebära symtom som smärta, illamående, trötthet och yrsel, men det kan också upplevas som ensamhet eller som en känsla av att vara sårad eller sårbar. Sjukdom kan även innebära känslor av hopplöshet, skuld, skam, saknad och osäkerhet och dessa känslor bär kvinnan ofta ensam (Dahlberg et al., 2003). Sjukdom, ohälsa och att vara patient berör kvinnans livssituation. Kvinnan står inför ett lidande som innefattar hela hennes situation. De självklara och invanda levnadsmönstren rubbas och tas plötsligt mer eller mindre ifrån kvinnan. Sjuksköterskans uppgift är att ge kvinnan möjlighet att uppleva sin fulla värdighet och att förhindra alla former av kränkning (Eriksson, 1994). Kvinnan kan känna sig värdelös på grund av skam och skuld över att drabbats av bröstcancer. Att uppleva att man har ett egenvärde, även som patient, är av grundläggande betydelse för tillfrisknandet. Då en människa fråntas ansvar berövas hon samtidigt sin värdighet. Värdighet innebär att man som människa och patient blir tagen på allvar och att ens upplevelser betraktas som sanna. Att bekräfta den bröstcancersjuka kvinnan i vården innebär att ge varje kvinna individuell vård. Att inte bli sedd orsakar känslor av förtvivlan och skuld. Eriksson (1994) beskriver det som ”att inte bli sedd är ett sätt att förintas.” (s. 93)

Syftet med vårdrelationen är att en vårdande relation ska uppstå, där vårdaren gör sitt bästa för att lindra lidande, främja hälsa och välbefinnande. För detta krävs en mellanmänsklig relation. Det är vårdaren som ansvarar för att vårdrelationen ska etableras. Det är därför också vårdarens ansvar att vårdrelationen blir positiv. Det är vårdarens ansvar att förhindra att en livsförstörande relation skapas eller att vårdlidande uppstår (Dahlberg et al., 2003).

Bröstcancer innebär för de flesta ett hot om död, och sjukdomen är fortfarande starkt förknippad med att leda till döden. Ett cancerbesked innebär också ett hot om en rad andra förändringar av olika betydelse för kvinnan. Bröstcancerdiagnosen upplevs som ett hot mot kvinnans livsroller som mor och fru. Själva beskedet att kvinnan har drabbats av bröstcancer kan komma som ett slag. Beskedet leder till ett inre kaos som kan bestå under varierande tid. Utåt visar kvinnan kanske inte mycket av sin känslostorm, då hon är fokuserad på att "hålla ihop" som människa. (Jönsson, 2004). Enligt Jönsson (2004) uttryckte sig en kvinna såhär angående bröstcancerbeskedet:

Och så sitter han där och säger: Du har bröstcancer. Jag hör bara ordet cancer och sen försvinner han liksom längre bort i rummet. Det enda jag kan tänka på är att detta händer och hur jag ska komma hem. Jag ser att han rör på munnen, men jag hör inte vad han säger. (Jönsson, 2004, s.285)

Kris och krishantering

En kris kan betecknas som en situation utlöst av en yttre händelse som hotar individens fysiska existens, sociala identitet och trygghet eller grundläggande tillfredsställelse i tillvaron. Psykiska kriser innebär upplevelser av övergivenhet, självförkastelse och/eller kaos (Cullberg, 2003).

Sjukdom vållar känsloreaktioner hos den sjuke, och inför bröstcancersjukdom är detta särskilt påtagligt. Känslor av oro, ångest och nedstämdhet men också ilska, mindervärde och en känsla av att vara kränkt kan komma över kvinnan i olika perioder av sjukdomen. Själva diagnosbeskedet är bara ett i en serie av trauman under sjukdomsförloppet hos bröstcancerpatienter.

Strålbehandling och operation är för många minst lika traumatiska upplevelser som upptäckten av tumören. Att genomgå en mastektomi och få hela sin självbild omskakad är en traumatisk upplevelse som många gånger resulterar i självhat mot den nya spegelbilden (Cullberg, 2003).

Det kan hjälpa kvinnan att veta att det blir lättare att ta sig igenom krisen om möjligheten att få utlopp för sina känslor finns. Risken att drabbas av ångest och depression ökar om känslorna inte får utlopp. Det är till stor hjälp för kvinnan om sådana situationer avdramatiseras, så kvinnan kan känna sig trygg och våga visa sina känslor. Att få vara delaktig i vården är ett sätt att bearbeta krisen (Birgegråd & Glimelius, 1991).

Cullberg Weston (2001) anser att det finns ett typiskt mönster för hur människan reagerar vid kriser. Att förstå och känna till detta mönster kan hjälpa sjuksköterskan att ge kvinnan ett tillfredsställande stöd. Krisens förlopp kan enligt Cullberg (2003) indelas i fyra faser, i den inledande fasen befinner sig kvinnan i chock. Denna fas drabbar kvinnan i samband med beskedet om cancerdiagnosen. (Cullberg, 2003). Människors reaktioner väldigt individuella. Vissa människor kan till en början vara lugna när de får cancerbeskedet, för att senare, när chocken avtar, drabbas av skakningar, panik och tårar. Andra kan direkt uttrycka sin sorg och smärta (Cullberg Weston, 2001). Fasen innebär att kvinnan tar avstånd från verkligheten och det inträffade. Det är svårt för kvinnan att ta till sig information och verkligen förstå vad som skett (Cullberg, 2003). Informationen vid diagnosen ska vara mycket enkel och "handfast" för ett erbjuda kvinnan en fast grund att stå på (Birgegråd & Glimelius, 1991). Chockfasens längd kan variera från ett per timmar till någon vecka (Cullberg Weston, 2001).

Den andra fasen benämns reaktionsfasen och tar sin början då kvinnan inte längre kan blunda för verkligheten, utan tvingas hantera det inträffade (Cullberg, 2003). Kvinnan måste nu möta det faktum att hon drabbats av bröstcancer. I denna fas uppstår ofta ett behov hos kvinnan att veta mer om sjukdomen (Cullberg Weston, 2001). Kvinnan försöker finna någon mening i det som skett. Sorgreaktionen är en väsentlig del av den akuta krisen, och denna fas karakteriseras av att kvinnan har behov av att ge uttrycka för sina känslor. Inte sällan drar sig kvinnan tillbaka på ett

självd destruktivt sätt. Att drabbas av depression är vanligt förekommande i denna fas. Kvinnan upplever ofta en meningslöshet och att livet mest ter sig som ett kaos (Cullberg, 2003).

Under bearbetningsfasen börjar kvinnan återigen kunna se ljusare på framtiden. Övergången till denna fas innebär ett accepterande av tanken att leva med diagnosen (Cullberg, 2003). Kvinnan försöker nu integrera den nya situationen med sin världsbild, med sin självbild och med sin framtidssyn. Det är oftast under denna fas som behandlingen sätts in, detta kan bidra till en känsla av att ha återvunnit kontrollen över sig själv (Cullberg Weston, 2001).

Den sista av faserna benämns nyorienteringsfasen. Denna fas har till skillnad från de andra inte någon avslutning. Årret kommer alltid att finnas där som en påminnelse, men kvinnan har lärt sig leva med det inträffade. Den skakade självkänslan har återfunnits och nya förhoppningar har tillkommit. Kvinnan kan se världen med andra ögon igen, detta sker naturligtvis under förutsättning att kvinnan kunnat arbeta sig igenom krisen (Cullberg, 2003). Målet med all kristerapi är att stödja kvinnans egna läkningsresurser så att krisen får genomlöpa en naturlig utveckling och mynna ut i nyorientering. I kristerapi eftersträvas att inte se kriser som något patologiskt, utan som en naturlig effekt av en omskakande händelse (Cullberg, 2003).

Stöd från sjuksköterskan

Kvinnans förmåga att hantera sjukdomssituationen kan stärkas genom stödet från sjuksköterskan (Cullberg Weston, 2001). Med stöd avses att sjuksköterskan i både emotionellt och informativt avseende hjälper kvinnan att hantera konsekvenserna av sjukdom, behandling och sviktande hälsa. Uppgiften förutsätter en förmåga att se och förstå de olika konsekvenser sjukdomen har för den enskilde och hennes familj. Sjuksköterskan fungerar som ett effektivt stöd för kvinnan genom att hjälpa henne hantera situationen och hålla hoppet levande i samband med sjukdomen. Att sjuksköterskan har fokus på hur kvinnan upplever sitt sjukdomstillstånd här och nu är väsentligt (Cancerfonden, 2006). Avsikten med att ge stöd är att stärka kvinnan och understödja hennes egna resurser. Om kvinnan upplever sitt möte med sjuksköterskan som positivt kan det stöd som sjuksköterskan ger hjälpa kvinnan att begränsa påfrestningarna (Cullberg Weston, 2001).

Kvinnor som fått diagnosen bröstcancer behöver känslomässigt stöd och hjälp att bearbeta sina känslor. Att sjuksköterskan talar med kvinnan om känslorna inför sjukdomen och behandlingen är viktigt. Detta kan resultera i en fördjupad relation mellan sjuksköterskan och kvinnan, vilket är av värde för båda. Många människor skäms för att visa svaghet genom att gråta eller på annat sätt ge utlopp för känslorna. För sjuksköterskan är det positivt att kvinnan visar sina känslor eftersom sjuksköterskan då får en utökad helhetssyn av henne. Det är positivt om kvinnan får föra med sig sin personlighet in i vårdsituationen. När det gäller att uppfatta kvinnans känslor har sjuksköterskan ofta stor fördel av att känna till kvinnans personlighet och livssituation. Sjuksköterskan måste vara väl medveten om att kvinnorna har mycket olika uttryckssätt och vanor när det gäller att uttrycka sina känslor. Yrkesrollen som sjuksköterska kan fördjupas och breddas genom en nära relation till kvinnan (Birgegård & Glimelius, 1991).

Det är viktigt att sjuksköterskan är med från början då kvinnan får bröstcancerdiagnosen. Ibland

har sjuksköterskan större möjlighet att sitta kvar hos kvinnan än läkaren och kan bemöta känslor och ge utrymme för frågor. Sjuksköterskan får då en uppfattning om kvinnans reaktioner (Birgegård & Glimelius, 1991).

Ilskan och vreden över att bli drabbad av bröstcancer är starkt förknippad med det hot som sjukdomen utgör mot kvinnan. Vid ett angripande försvarar vi oss, och det är just det kvinnan gör när hon försöker värja sig mot sjukdomen. Vreden bemöts bäst genom att kvinnan får uttrycka den, utan att det görs försök att dämpa eller bortförklara den (Jönsson, 2004).

Teoretisk referensram

Travelbee (1971) menar att omvårdnad är en process mellan en sjuksköterska och en annan individ, eller en grupp av individer. Denna process innebär att sjuksköterskan kan hjälpa patienter att utstå och bemästra sjukdom och lidande och finna en mening i sin upplevelse. Sjuksköterskans främsta uppgift är att hjälpa individer att återhämta sig från sjukdom. Vissa individer tillfrisknar aldrig och måste då lära sig att leva med sjukdomen. För att kunna hjälpa kvinnan måste sjuksköterskan förstå hur individen uppfattar sin sjukdom och sitt lidande. Sjuksköterskans förmåga att se vilka följder sjukdomen har kan hjälpa kvinnan hantera situationen (Cancerfonden, 2006).

Travelbee (1971) beskriver lidandet som ett personligt fenomen, att det ger en förståelse om innebörden i fysisk, emotionell eller andlig smärta. Lidande uppstår vid olika typer av förluster, minskad känsla av egenvärde eller separation från närstående. Sjukdomens konsekvenser kan innebära lidande för kvinnan. Det är därför viktigt att sjuksköterskan ser till kvinnans egna upplevelser av sin sjukdom och lidande, mera än till sin egen eller annan vårdpersonals värdering. För att sjuksköterskan ska kunna hjälpa kvinnan med detta måste hon anse att sjukdom är en vanlig erfarenhet och ett personligt fenomen. Utan denna förståelse kan inte sjuksköterskan på ett mellanmänniskt plan förstå individens erfarenheter, och sjuksköterskans vård kommer inte då att hjälpa patienten på ett meningsfullt sätt (Travelbee, 1971).

Sjuksköterskans uppgift är inte enbart att hjälpa individen att hantera sjukdomen och lidandet utan även hjälpa henne att finna en mening med dessa erfarenheter. Detta gör sjuksköterskan genom att använda sig själv terapeutiskt. Därmed menas att sjuksköterskan medvetet använder sin personlighet och sin kunskap för att lindra individens lidande. Detta kräver att sjuksköterskan har självinsikt, en förståelse av människans handlingar, en förmåga att tolka eget beteende likväl som andras, och en vilja att ingripa effektivt i olika situationer (Travelbee, 1971).

En god relation mellan kvinnan och sjuksköterskan kan hjälpa kvinnan att känna trygghet och välbefinnande (Cancerfonden, 2006). Detta förespråkar även Travelbee. Travelbee (1971) utgår ifrån att varje individ är unik. Hon tar avstånd från det generella begreppet patient, som bortser från individens unika egenskaper. Begreppet patient gör det svårt för sjuksköterskan att se

individens speciella behov, som hela omvårdnaden grundas i. Det är viktigt att få en relation mellan en människa och en annan, inte som sjuksköterska och patient. Det är först då en meningsfull relation är etablerad. En mellanmänsklig relation är en relation där sjuksköterskan kan hjälpa patienten att uthärda och bemästra sjukdom och lidande och finna en mening i sin livssituation. Relationen är präglad av ömsesidigt förtroende mellan patient och sjuksköterska. För att relationen ska kunna etableras krävs det att begreppen ”sjuksköterskan” och ”patienten” förbises. Sjuksköterskan ska ses som en medmänniska med behov som tillgodoses i relationen. Det är sjuksköterskan som ansvarar för att relationen etableras och upprätthålls (Travelbee, 1971). En mellanmänsklig relation kan endast etableras om sjuksköterskan och patienten går igenom flera olika faser; det första mötet, framväxt av identitet, empati och sympati.

I det första mötet är det sjuksköterskan som ansvarar för att bryta rollerna patient och sjuksköterska. Dessa begrepp skadar samspelet genom att dölja individernas unika egenskaper. Allteftersom sjuksköterskan och patienten samspejar ser de varandra som två jämställda människor. Det är först nu sjuksköterskan kan se den unika individen i patienten. Under denna fas kommer sjuksköterskans och patientens identiteter och personligheter fram. Nästa fas kännetecknas av att sjuksköterskan kan få en djupare förståelse av hur individen upplever sin situation. Empati är en förmåga att sätta sig in i eller dela och förstå en annan individs mentala tillstånd vid ett visst tillfälle. Detta är en omedelbar process som karakteriseras av förmågan att kunna förstå meningen och relevansen av individens tankar och känslor. Sjuksköterskan får då en djupare förståelse till individens personlighet tydligare än annars, och kan då förutse dennes handlingar. Den därpå kommande sympatifasen är ett steg djupare än empatifasen. Att känna sympati är en naturlig drift eller önskan att mildra lidande. Detta innebär att sjuksköterskan känner medlidande för individen men även en önskan om att lindra lidandet. Under denna fas har sjuksköterskan och patienten funnit ett förtroende för varandra. Denna fas övergår i resultatet av överstående faser; där sjuksköterskan och patienten förstår varandras innersta tankar, känslor och attityd (Travelbee, 1971).

Syftet med sjuksköterskans kommunikation är att lära känna kvinnan och att utforska och tillgodose hennes behov. Kommunikation är sjuksköterskans viktigaste hjälpmedel. Genom att kommunicera med kvinnan kan sjuksköterskan etablera en mellanmänsklig relation, och på så vis hjälpa patienten att bemästra sjukdom och lidande samt finna en mening i sin upplevelse (Travelbee, 1971).

Att kunna identifiera kvinnans omvårdnadsbehov och fastställa hur de kan tillgodoses, samt att kunna förutse kvinnans beteende är viktiga egenskaper för sjuksköterskan enligt Travelbee (1971). Dessa förmågor är viktiga för att sjuksköterskan ska kunna stödja kvinnor som med bröstcancer (Nystrand, 2007).

Syfte

Syftet med denna studie är att beskriva hur kvinnor med bröstcancer upplever ett vårdande stöd från sjuksköterskan under sin sjukdomstid.

Definition

Med sjukdomstid avses tiden från det att kvinnan fått diagnosen bröstcancer till att hon är färdigbehandlad.

Studien beskriver kvinnans upplevelse av sjuksköterskans stöd, dock har ett fåtal citat av läkare använts för att ytterligare beskriva kvinnans upplevelse av stöd.

Metod

Litteratursökning

Författarna valde att genomföra en kvalitativ litteraturstudie i form av analys och bedömning av vetenskapliga artiklar. En litteraturstudie valdes för att identifiera och analysera relevanta forskningsresultat, dessa sammanställdes sedan för att få en överblick över kunskapsläget. I en litteraturstudie används skriven text. Detta kan innebära alla former av text. Exempel på detta är böcker, rapporter, tidskrifter eller annan form av litterära dokument, men det kan även vara material som finns tillgängligt på Internet (Friberg, 2006).

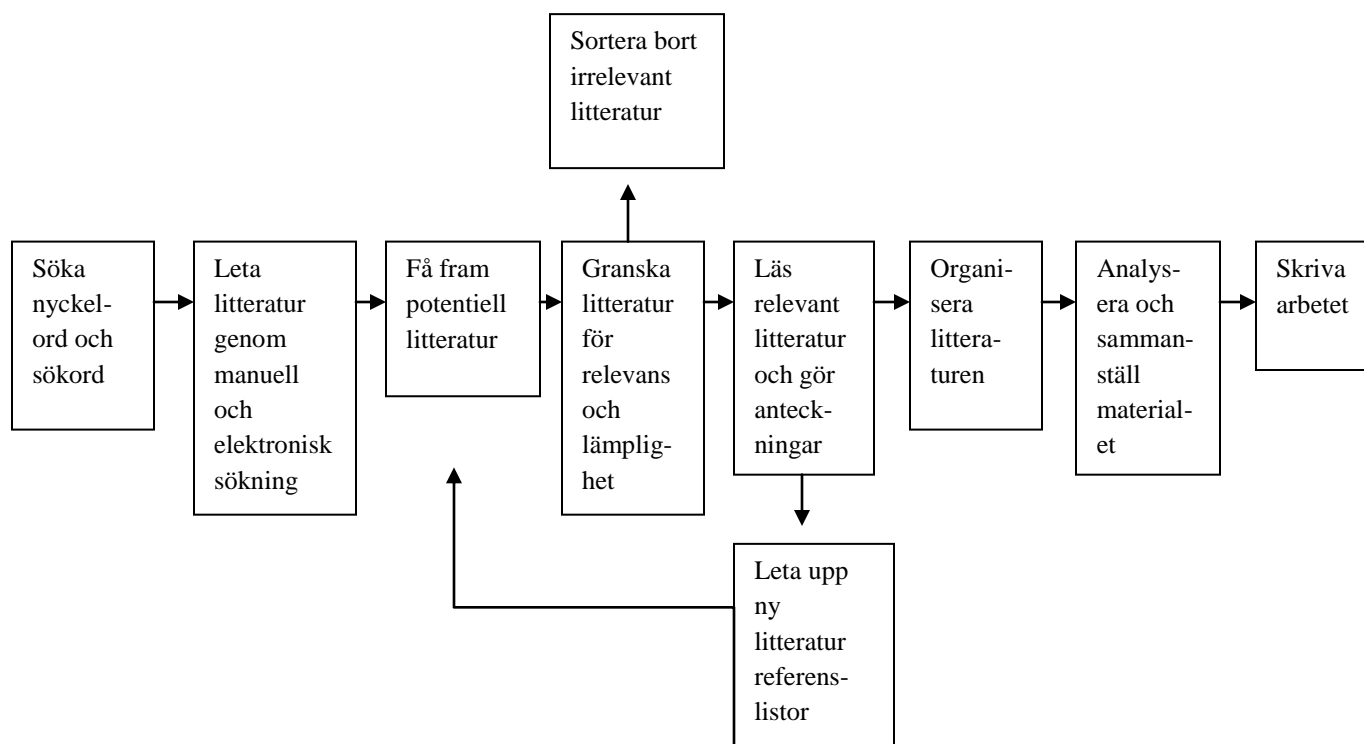
Det kvalitativa synsättet intresserar sig för individen. Fokus riktas mot hur individen tolkar och formar sin verklighet. I kvalitativa studier studeras människan i det verkliga livet. Att studera människor i interaktion med andra människor är utmärkande för den kvalitativa forskningstraditionen (Backman, 1998). Kvalitativa studier har ökad förståelse som yttersta mål. Varje enskild kvalitativ studie får ett större kunskapsvärde om flera studiers resultat sammanställs. Då skapas en sammansatt kunskap om ett specifikt fenomen, i detta fall stödet till bröstcancersjuka kvinnor (Friberg, 2006).

För att hitta artiklar användes sökmotorerna ELIN (Electronic Library Information Navigator) och CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature), vilka innehåller flera databaser. ELIN är en fulltextdatabas som kan innehålla tidskriftsartiklar, rapporter eller hela böcker i fulltext (Pettersson, 2005a). CINAHL är en referensdatabas inom omvårdnad. En referensdatabas hänvisar till en viss artikel som har publicerats. Databasen refererar till tryckt material och innehåller bibliografiska uppgifter om ett dokument (Pettersson, 2005b). Vid sökningen i denna sökmotor användes följande begränsningar: english, article and peer-reviewed. MeSH (Medical Subject Headings) termer som användes i CINAHL var: breast neoplasms, social support och life change events. Följande sökord i ELIN användes: breast cancer, patients experiences, emotional support och social support. Följande begränsningar gällande artiklarna gjordes: de skulle vara i fulltext, skrivna på engelska eller svenska och vara vetenskapligt

granskade. Manuell sökning gjordes från referenser på biblioteket på Blekinge Tekniska Högskola. En manuell sökning sker genom kontroll av läroböcker samt manuell sökning i referenslistor och tidskrifter (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006). Vid denna manuella sökning hittades artiklar i tidskrifterna *Vård i Norden* och *Cancer Nursing*. Sökningar gjordes även i bibliotekets katalog, vilket resulterade i att författarna med hjälp av sökordet "bröstcancer" fann en avhandling och en rapport.

Inklusionskriterierna innefattade artiklar som handlar om kvinnor i åldern 18 år och uppåt som har bröstcancer. Gränsen är satt vid 18 då kvinnan anses vara vuxen. Artiklarna skulle vara vetenskapliga med ett kvalitativt angreppssätt, och studierna skulle vara gjorda i Europa, och skrivna på engelska eller svenska. Följande exklusionskriterier användes: män, kvantitativa studier och kvalitativa enkätstudier. Artiklarna skulle vara publicerade efter år 1990 och motsvara studiens syfte. Anledningen till att år 1990 valdes var att det innan dess inte fanns ett lika brett utbud av artiklar att tillgå.

För litteratursökningen användes Polit, Beck och Hunglers (2001) flödesschema, vilket tydligt visar tillvägagångssättet (figur 1).



Figur. 1 Flödesschema enligt Polit, Beck och Hungler (2001).

25 artiklar fanns, efter att ha läst abstrakten valdes 15 artiklar ut som motsvarade studiens syfte.

Analys

De 15 artiklarna lästes igenom, hälften var, var och en för sig. Därefter gick författarna igenom vad de kommit fram till. Ytterligare sex artiklar kunde nu tas bort då dessa studier inte utgick från kvinnans perspektiv. Artiklarnas resultat lästes sedan igenom noggrant, de delar av texten som stämde överens med syftet skrevs upp på ett separat block eller i ett Word dokument. Varje textremsa klipptes sedan ut och lades i en hög för att lättare få en överblick av materialet. Tillsammans lästes varje textremsa igenom på nytt. Innehållet i textremsorna kortades ner, kondenserades, utan att själva innebörden gick förlorad. Texten jämfördes för att hitta likheter och olikheter. Textremsorna sorterades sedan i olika högar efter innehåll, varje hög bildade en subkategori. Subkategorier sorterades och sammanställdes i olika kategorier. Detta resulterade i fyra kategorier, informativt stöd, tillgänglighet, emotionellt stöd, och relationer.

Artiklarna analyserades med inspiration från innehållsanalysen Graneheim och Lundman (2004) beskrivit. Först lästes innehållet i artiklarna flera gånger för att förstå helheten av texten. Sedan valdes meningar eller fraser med samma innebörd och som relaterade till samma sak, ut och bildade så kallade meningsbärande enheter. Efter det kondenserades texten vilket innebär att texten kortades ned, utan att kärnan i innehållet förlorades. Till sist sammanfattades och kodades innehållet i de meningsbärande enheterna som skapade subkategorier som grupperades och bildade kategorier.

Exempel på analysen

Meningsbärande enhet	Kondenserad text	Subkategori	Kategori
Women felt that care and compassion was insufficient when it came to satisfying women's thirst for information (Landmark, Strandmark & Wahl, 2002)	Kvinnornas behov av information blev inte tillfredställd.	Brist på information	Informativt stöd
To meet the nurse for support and follow-up talk after the diagnosis was experienced as important, because, the interviewees said, they had felt stunned and shocked and had had difficulties in taking in the physician's information about therapy (Pålsson & Norberg, 1995)	Sjuksköterskans stöd och uppföljning av kvinnan efter diagnosbeskedet var viktigt.	Brist på emotionellt stöd	Emotionellt stöd

Women stated that they felt abandoned during these waiting periods, because they had no personnel to discuss their thoughts and questions with (Pålsson, 1995)	Kvinnorna kände sig övergivna under väntetiderna, de hade ingen tillgänglig personal att tillgå.	Brist på tillgänglighet	Tillgänglighet
Disconfirming relationships led to feelings of inferiority and of being abandoned, and were experienced when the professionals: were, above all, only technically and medically interested, did not give consolation and encouragement as well as when the professionals were stressed or where evasive (Pålsson, Norberg, Hellström & Tapper, 1995).	Kvinnorna kände sig underlägsna och övergivna när relationen misslyckades att etableras.	Övergivna i relationen	Relationer

Resultat

Analysen resulterade i fyra kategorier, dessa var kvinnans upplevelse av sjuksköterskans informativa stöd, kvinnans upplevelse av sjuksköterskans tillgänglighet, kvinnans upplevelse av sjuksköterskans emotionella stöd och kvinnans upplevelse av relationen med sjuksköterskan.

Kvinnans upplevelse av sjuksköterskans informativa stöd

Studier har visat att kvinnorna behövde informativt stöd vid diagnostillfället (Fridfinnsdottir, 1997). Kvinnorna uttryckte ett behov av stöd samt uppföljning efter diagnosen på grund av att de kände sig chockade och överraskade (Pålsson & Norberg, 1995). Kvinnorna upplevde att informationen från sjuksköterskan ofta var otillräcklig, bristfällig och motsägelsefull. Detta skapade känslor av osäkerhet, otrygghet och ängslan (Arman, Rehnsfeldt, Lindholm, Hamrin & Eriksson, 2001; Carnwell & Baker, 2003; Hellström & Tapper, 1997; Landmark, Strandmark & Wahl, 2002; Pålsson, 1995; Pålsson & Norberg, 1995). Kvinnorna kände otrygghet när de fått dubbla budskap från sjuksköterskorna, inte fått tillräckligt med information och när kvinnan inte förstod sjuksköterskans förklaring om olika behandlingar (Pålsson & Norberg, 1995).

Enligt flera studier upplevde kvinnorna att de själva fick kräva sjuksköterskan på mer utförlig information om sin sjukdom (Fridfinnsdottir, 1997; Landmark, Strandmark & Wahl, 2002; Pålsson, 1995; Pålsson & Norberg, 1995). Kvinnorna upplevde detta som påfrestande (Pålsson & Norberg, 1995). De kände därför att de var ensamma i kampen mot sjukdomen. Kvinnorna uttryckte att de ville ha professionell information, inte bara omvårdnad och medlidande (Landmark, Strandmark & Wahl, 2002).

Kvinnorna upplevde det svårt att ta till sig den information som gavs av sjuksköterskan (Pålsson

& Norberg, 1995). De önskade muntlig och skriftlig information i kombination vid diagnostillfället för att bättre kunna tillgodogöra sig informationen som gavs (Ödning, Axelsson & Norberg, 1995). På grund av bristen på kunskap gällande bröstcancer visste de inte vilka frågor de skulle ställa. Kvinnorna föreslog att sjuksköterskan skulle fråga dem hur mycket de ville veta istället för vad de ville veta (Carnwell & Baker, 2003).

Kvinnorna uttryckte ett behov av att få veta sanningen om sin sjukdom. De tyckte det var viktigt att sjuksköterskan hade förmåga att lyssna och svara på frågor, även om det inte fanns något definitivt svar (Landmark, Strandmark & Wahl, 2002). Kvinnorna efterfrågade uppriktig information, detta ingav ett förtroende som ledde till emotionellt stöd (Fridfinnsdottir, 1997). Hellströms och Tappers studie (1997) visade att kvinnorna kände trygghet när sjuksköterskan på ett tillmötesgående sätt gav dem den information de behövde. Tillfredsställande information från sjuksköterskan minskade ängslan och gav hopp, trygghet och styrka (Pålsson, 1995).

Att tidigt få information om behandling och sjukhusrutiner var viktigt, det underlättade för kvinnorna att förstå diagnosen och bestämma sig angående behandlingen (Carnwell & Baker, 2003). I en studie gjord av Pålsson (1995) berättade kvinnorna om sina svårigheter att välja operationstyp. De saknade stöd från sjuksköterskan och de kände att de själva inte hade tillräcklig kunskap för att fatta ett sådant beslut. Kvinnorna uttryckte ett behov av professionellt stöd när det gällde frågor om behandlingen. Att få ta del av sjuksköterskans kunskap och att få stöd från deras sida var viktigt. Kvinnorna behövde professionell hjälp när de ställdes inför val gällande behandlingen. "I should choose myself whether I want to remove my whole breast or go for the breast-preserving variation. A shocking experience". (Landmark, Strandmark & Wahl, 2002, s. 221)

Kvinnans upplevelse av sjuksköterskans tillgänglighet

Att ha samma vårdpersonal vid vårdbesöken gav kvinnorna stöd och en känsla av trygghet (Hellström & Tapper, 1997; Pålsson & Norberg, 1995). Pålssons (1995) studie visade att kvinnorna tyckte att det var svårt när det var olika vårdpersonal vid återbesöken. Detta gjorde det svårt att prata om påfrestningar.

Kvinnorna kände sig övergivna av sjuksköterskorna under långa väntetider, de hade ingen de kunde vända sig till med frågor och funderingar (Hellström & Tapper, 1997; Landmark, Strandmark & Wahl, 2002; Pålsson, 1995). Kvinnorna beskrev väntetiden som svår och fruktansvärd. Väntetiden ansågs också vara en konstant strid (Landmark, Strandmark & Wahl, 2002). När behandlingsperioden var slut kände många kvinnor saknad, de kände sig ensamma och hade många frågor de ville ha besvarade. Kvinnorna hade ett behov av att få sina frågor besvarade av medicinskt kunnig vårdpersonal (Hellström & Tapper, 1997).

Kvinnorna kände förtroende för sjuksköterskorna när de tog sig tid att svara på frågor (Pålsson & Norberg, 1995). Att sjuksköterskan hade tillräckligt med tid var viktigt (Hellström & Tapper, 1997). Kvinnorna ansåg att sjuksköterskorna stressade vid återbesöken (Hellström & Tapper, 1997; Pålsson & Norberg, 1995). Detta ledde till besvikelse, kvinnorna kände sig som objekt (Pålsson & Norberg, 1995).

Kvinnans upplevelse av sjuksköterskans emotionella stöd

Studier visade att de bröstcancersjuka kvinnorna uttryckte brist på stöd från sjuksköterskan (Landmark & Wahl, 2001; Pålsson, 1995). Kvinnorna kände sig avfärdade, bedrövade och förvirrade i mötet med sjukvården (Pålsson, 1995). Att bli omsorgsfullt omhändertagen och uppskattad av sjuksköterskan var betydelsefullt. I en akut och kritisk situation, som till exempel vid diagnosbeskedet, när framtiden var oförutsägbar, var stödet mycket viktigt (Landmark, Strandmark & Wahl, 2002).

Enligt Hellström & Tapper (1997) hade många av kvinnorna inte samtalat med sjuksköterskorna om hur de upplevde sin situation. Kvinnorna var besvikna över att ingen sjuksköterska haft tid att stanna upp för samtal, samt att de fått undvikande svar på sina frågor om sjukdomen (Ödling, Axelsson & Norberg, 1995). Istället för att få sympati, stöd och möjlighet att diskutera sina känslor med sjuksköterskan, hänvisades kvinnorna till psykiatri, terapi och cancerorganisationer (Arman et al., 2001). Landmark och Wahl (2001) fann i sin studie att brist på stöd från sjuksköterskan var en börda för de bröstcancersjuka kvinnorna. I en studie gjord av Arman et al. (2001) framkom det att kvinnorna upplevde att sjuksköterskorna inte visade något intresse för deras existentiella situation. Kvinnorna kände att de hade blivit behandlade som kroppar, som nummer eller som en diagnos. Detta ökade deras lidande och känslan av osäkerhet vilket tvingade dem att genomgå kampen mot sjukdomen på egen hand.

Kvinnorna upplevde det som att deras identitet försvann bakom diagnosen. Detta upplevdes som tärande (Landmark, Strandmark & Wahl, 2002). Studier visade att många kvinnor upplevde sjukdomen som ett stort hot, kvinnorna upplevde rädsla, vrede och oro. Kvinnorna var oroliga för smärtan, sjukhusvistelsen, lidandet, familjens reaktioner och döden (Fridfinnsdottir, 1997). Kvinnorna poängterade hur viktigt det var att sjuksköterskan kunde hjälpa dem att avlasta psykosociala problem genom att finnas och lyssna, trösta och att deras känslor accepterades. Detta kunde minska kvinnornas ångest (Pålsson & Norberg, 1995).

They are so morose these people that I get palpitations and I sweat all the time, and the one that does the ultrasonic examination on my breast doesn't say a word. The specialist sits at a table by himself, saying not a word. A nurse stand in the middle of the room, she just smiles. Nobody says a word. I feel as if I have arrived at the gates of Hell or something. Now I'm going to be executed, it's that sort of feeling I got there. I don't think much of them as psychologists that lot'. It seems as if the patient becomes lost in the technological world. (Landmark, Strandmark & Wahl, 2002, s. 221)

Resultatet visar att emotionellt stöd minskar den stress som kvinnan utsätts för i samband med sjukdomen. Det var viktigt att kvinnorna fick emotionellt stöd från sjuksköterskan. Kvinnorna hade behov av att dela sin oro och rädsla med någon som uppmuntrade dem och som visade omsorg (Fridfinnsdottir, 1997). Kvinnorna hade behov av stöd från någon utifrån familjen (Ödling, Axelsson & Norberg, 1995). En studie av Fridfinnsdottir (1997) visade att även om familj och nära vänner gav kvinnan emotionellt stöd, kan sjuksköterskan ge kvinnan värdefullt stöd.

Sjuksköterskor som ignorerade kvinnornas upplevelser kunde få dem att skämmas över sitt själsliga lidande (Arman et al., 2001). Kvinnornas behov av att bli sedda och omhändertagna var centralt både före och efter operationen (Landmark, Strandmark & Wahl, 2002).

Det förekom även studier som visade att kvinnorna upplevde vårpersonalen som stödjande, omtänksam och vänlig (Carnwell & Baker, 2003; Hellström & Tapper, 1997). Hellströms och Tappers (1997) studie visade att kvinnorna tyckte sjuksköterskorna var lyhörda för deras behov av stöd och uppmuntran.

Kvinnans upplevelse av relationen med sjuksköterskan

En god relation med sjuksköterskan gav kvinnorna trygghet, säkerhet och en känsla av att vara betydande. Sjuksköterskan bekräftade kvinnorna genom att visa förståelse och hänsyn till kvinnornas erfarenheter om sjukdomen. När stämningen i relationen var bra kände kvinnorna att de vågade fråga om sjukdomen och visa sina känslor (Landmark, Strandmark & Wahl, 2002; Pålsson, 1995; Pålsson & Norberg, 1995). En tillfredsställande relation etablerades när sjuksköterskan visade kvinnorna förståelse, intresse och respekt. Det var viktigt att sjuksköterskan inte bara såg kvinnan som en patient. Kvinnorna kände sig underlägsna och övergivna om sjuksköterskan var stressad, undvikande och endast tekniskt och medicinskt intresserade (Pålsson, 1995).

En studie av Landmark, Strandmark och Wahl (2002) visade att kvinnorna tyckte att rutinerna vid återbesöken var osammanhängande när det inte var samma vårdpersonal vid de olika tillfällena. Detta uppfattades som smärtsamt, som en stor belastning och ett avbrott av information. Kvinnorna efterfrågade en fast punkt som kunde minska deras oro. ”When I came for my check-up I had loads of questions, but then another doctor turned up. It was such a disappointment, it was so hurtful” (Landmark, Strandmark & Wahl, 2002, s. 221). Studien visade även att brist på stöd från sjuksköterskor uppstod då kvinnorna ansåg att behandlingen var osammanhängande (Landmark, Strandmark & Wahl, 2002).

Om sjuksköterskan ifrågasatte kvinnornas behov uppstod en otillfredsställande relation (Pålsson & Norberg, 1995). Stor personalomsättning skapade otrygghet hos kvinnorna (Ödling, Axelsson & Norberg, 1995). När kvinnorna upplevde det som att personalen arbetade efter löpande band principen för de illa (Arman et al., 2001; Pålsson, 1995). När en vårdande relation inte etablerades beskrev kvinnorna detta som ett lidande. Lidandet uppstod när kvinnan inte sågs som en unik individ (Arman et al., 2001).

Sammanfattningsvis visade resultatet att det i undantagsfall fanns studier där kvinnorna beskrev sjuksköterskan som stödjande, omtänksam och vänlig. Alla nio artiklar beskrev vikten av stöd och vilka effekter det hade om inte kvinnan fick det stöd hon behövde. Stödet uppfattades oftast som otillräckligt och bristfälligt, vilket bidrog till osäkerhet, otrygghet och ångslan hos kvinnorna. En god relation med sjuksköterskan gav kvinnorna trygghet, säkerhet och en känsla av att vara betydande. När stämningen i relationen var bra vågade kvinnorna visa sina känslor och ställa frågor om sjukdomen.

Diskussion

Metoddiskussion

Genom valet av kvalitativ ansats fick författarna en god insyn i kvinnornas känslor och upplevelser gällande sjuksköterskans stöd. En studie med kvantitativ ansats hade inte kunnat ge en lika djup och ingående förståelse över hur kvinnor med bröstcancer upplever stödet från sjuksköterskan (Friberg, 2006). En intervjustudie var inte aktuell då endast ett fåtal kvinnor blir intervjuade, detta hade begränsat resultatet. En litteraturstudie ger möjligheten att få tillgång till resultatet från flera olika studier, vilket i sin tur bidrar med mer kunskap i ämnet. Enligt Friberg (2006) ger en sammanställning av flera kvalitativa studier ett större kunskapsvärde.

Artiklarna hittades genom sökning i två databaser och genom manuell sökning i vetenskapliga tidskrifter. Att huvuddelen av artiklar återfanns i databasen ELIN kan ha medfört en viss begränsning. Andra sökord och sökning i andra databaser hade kanske gett andra artiklar men de nio artiklar som användes var tillräckligt, då det inte var några svårigheter att få fram kategorier. Genom manuell sökning skapades tillgång till ytterligare information som hade betydelse för arbetet.

Begränsningen av urvalet inkluderade kvinnor i åldern 18 år och uppåt för att få med vuxna kvinnor i olika åldrar. Författarna ville ha ett brett ålders spektrum då kändes det naturligt att sätta en gräns vid 18 år då kvinnan är vuxen. Om män hade inkluderats i studien hade det sannolikt blivit ett annat resultat. Brösten har troligen inte en sådan betydelse för männen som det har för kvinnan. Däremot är nog ett cancerbesked detsamma för män som för kvinnor. Samtliga studier var gjorda i Europa. Om urvalet hade utökats till flera länder hade resultatet kanske blivit ett annat. Men författarna anser att skillnaderna inte är så stora i behovet av stöd vid bröstcancer i de olika världsdelarna. Däremot är det sannolikt att stödets betydelse är olika då synen på bröstet varierar i världen. Artiklarna skulle inte vara äldre än 1990, då det innan dess inte fanns ett lika brett utbud av artiklar att tillgå. Skillnader i behovet av stöd i artiklarna från 1990-talet och 2000-talet har inte påträffats.

Polit, Beck och Hunglers (2001) flödesschema var till stor hjälp vid litteratursökningen och gav en god översikt hur sammanställningen av litteraturen gjordes. Materialet analyserades med hjälp av den analysmetod som Graneheim och Lundman (2003) beskrivit. Denna metod visade sig vara lätt att genomföra och passade syftet. Genom att ta ut de meningsbärande enheterna ur texten och sedan kondensera dessa framkom innehållet på ett bra sätt. Översättningen och tolkningen av artiklarna kan ha betydelse för resultatet. Problemet hanterades genom att författarna diskuterade fram ett gemensamt resultat när tolkningen skiljdes åt.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att kvinnorna ofta upplevde informationen från sjuksköterskan som otillräcklig, bristfällig och motsägelsefull. Kvinnorna fick själva kräva sjuksköterskan på mer utförlig information, vilket upplevdes som påfrestande. Dahlberg et al. (2003) anser att en sjukdom hotar individen genom otrygghet. Om inte sjukdomen kan botas kan ändå viss trygghet nås genom att kvinnan får kontroll över sin situation. God och utförlig information om sitt hälsotillstånd kan bidra med detta. Detta stöds av fyndet i resultatet som visar att tillfredsställande stöd kan ge kvinnan hopp, trygghet och styrka samt minska hennes ängslan.

Ett cancerbesked innebär olika förändringar och betydelsen av dessa förändringar är individuell men de flesta kvinnor som får diagnosen bröstcancer hamnar oftast i en kris. Cullberg Weston (2001) anser att det finns ett typiskt mönster för hur människan reagerar vid kriser. Att förstå och känna till detta mönster kan underlätta för sjuksköterskan att ge kvinnan stöd. Enligt Cullberg (2003) innebär första fasen att kvinnan hamnar i en chock. Det är då svårt för henne att ta till sig den information hon får. Författarna fann att kvinnorna upplevde det svårt att ta till sig den information som gavs av sjuksköterskan vid diagnostillfället. De önskade både muntlig och skriftlig information för att bättre kunna tillgodogöra sig informationen. Detta stöds även av Birgegård & Glimelius (1991) som anser att informationen vid diagnostillfället ska var enkel och ”handfast” vilket ger kvinnan en fast grund att stå på.

Författarna fann att kvinnorna var i behov av stöd och uppföljning efter diagnosen på grund av att de kände sig chockade och överraskade. Cullberg (2003) beskriver detta som det andra steget i krisen som benämns reaktionsfasen. Kvinnan kan inte längre blunda för verkligheten utan är i behov av att veta mer om sjukdomen (Cullberg Weston, 2001).

Bearbetningsfasen är den tredje fasen. Denna fas är resultatet på informationen kvinnan har fått. Om hon fått bra information kan hon börja acceptera sin sjukdom (Cullberg, 2003). Vår studie har visat att kvinnan tyckte det var viktigt att tidigt få information om behandling och sjukhusrutiner, detta kunde underlätta för kvinnan att förstå och acceptera sin diagnos. Det var även viktigt för kvinnorna att få veta sanningen om sin sjukdom, oavsett om beskedet var bra eller dåligt. Det var viktigt att sjuksköterskan hade förmåga att lyssna och svara på de frågor kvinnorna hade, även om det inte fanns några definitiva svar. Travelbee (1971) anser att individen behöver hjälp att lära sig att leva med sin sjukdom. För att sjuksköterskan ska kunna göra detta krävs det att hon förstår hur kvinnan uppfattar sin sjukdom och sitt lidande. Den sista av faserna benämns nyorienteringsfasen. Denna fas har ingen avslutning. Kvinnan har lärt sig att leva med det som inträffat (Cullberg, 2003).

Vår studie visar att kvinnorna upplever att de inte får det stöd de behöver från sjuksköterskan. Kvinnorna tyckte det var betydelsefullt att bli omsorgsfullt omhändertagen och uppskattad av

sjuusköterskan. Enligt Birgegård & Glimelius (1991) är det viktigt att sjuusköterskan talar med kvinnan om känslorna inför sjukdomen och behandlingen. Detta kan resultera i en fördjupad relation mellan sjuusköterskan och kvinnan, vilket är av värde för båda. Eriksson (1994) menar att det är viktigt att sjuusköterskan vågar möta lidandet. Sjuusköterskan kan lindra kvinnans lidande genom att uppmuntra, stödja och trösta. Resultatet visar att brist på stöd från sjuusköterskan var en börda för de bröstcancersjuka kvinnorna. Dahlberg et al. (2003) skriver att vårdlidande uppstår när kvinnan orsakas lidande i samband med vårdande eller brist på vårdande. Vårdlidande innebär att inte bli uppmärksammas. Det är vårdarens ansvar att förhindra att vårdlidande uppstår.

Resultatet visar att flera av kvinnorna inte samtalat med sjuusköterskan om hur de upplevde sin situation. Kvinnorna var besvikna över att ingen i sjuusköterskan haft tid att stanna upp för samtal, samt att de fått undvikande svar på sina frågor om sjukdomen. Enligt Eriksson (1994) har upplevelsen av att man har ett egenvärde som patient en grundläggande betydelse för tillfrisknandet. Vårdighet innebär att man som människa och patient blir tagen på allvar och att ens upplevelser betraktas som sanna. Att inte bli sedd orsakar känslor av förtvivlan och skuld. Resultatet visar att sjuusköterskan bekräftade den bröstcancersjuka kvinnan genom att ge henne individuell vård. Om sjuusköterskan visade förståelse och hänsyn till kvinnornas erfarenheter om sjukdomen kände de sig bekräftade. Om kvinnornas känslor accepterades kunde detta minska deras ångest och lidande. Birgegård och Glimelius (1991) skriver att det är viktigt att sjuusköterskan talar med patienten om känslorna inför sjukdomen och behandlingen är viktigt. Detta kan resultera i en fördjupad relation mellan sjuusköterskan och kvinnan, vilket är av värde för båda.

I studien framkom det att kvinnorna upplever att sjuusköterskorna inte visar något intresse för deras existentiella situation. Kvinnorna upplever det som att de blir behandlade som kroppar, nummer eller som en diagnos. Kvinnorna uppfattar det som att deras identitet försvinner bakom diagnosen vilket upplevs som påfrestande. Detta ökar deras lidande och känslan av osäkerhet vilket tvingar dem att genomgå kampen mot sjukdomen på egen hand. Sjuusköterskor som ignorerade kvinnornas upplevelser kunde få dem att skämmas över sitt mentala och spirituella lidande. Detta stämmer väl överens med Erikssons (1994) teori om hur viktigt det är att bekräfta den bröstcancersjuka kvinnan i vården, vilket i praktiken innebär att ge varje kvinna individuell vård.

I litteraturstudien framkom att många kvinnor upplever sin sjukdom som ett stort hot. Kvinnorna har behov av att dela sin oro och rädsla med någon som uppmuntrar dem och som visar omsorg. Sjuusköterskans emotionella stöd kan avlasta kvinnornas psykosociala problem. Stödet kan minska den ångest och stress som kvinnorna utsätts för i samband med sjukdomen. Enligt Dahlberg et al. (2003) uppstår sjukdomslidande på grund av sjukdom, och kan orsakas av kroppsliga symtom, men även på grund av känslor som ensamhet, rädsla och sårbarhet. Jönsson (2004) skriver att bröstcancer för de flesta innebär ett hot om död, och sjukdomen är fortfarande

starkt förknippad med att leda till döden.

Resultatet visar att en god relation med sjuksköterskan ger kvinnorna trygghet, säkerhet och en känsla av att vara betydande. När stämningen i relationen är positiv känner kvinnorna att de vågade fråga om sjukdomen och visa sina känslor. Om sjuksköterskan ifrågasatte kvinnornas behov uppstod en otillfredsställande relation. Sjuksköterskan bekräftar kvinnorna genom att visa förståelse och hänsyn till deras erfarenheter av sjukdomen. Kvinnorna ansåg att en tillfredsställande relation med sjuksköterskan etablerades genom att de visade intresse, respekt och förståelse för individen. Enligt Dahlberg et al. (2003) är syftet med vårdrelationen att en vårdande relation ska uppstå där vårdaren gör sitt bästa för att lindra lidande samt främja hälsa och välbefinnande. Det är vårdaren som ansvarar för att vårdrelationen ska etableras samt att den blir positiv.

Travelbee (1971) anser att det är viktigt en relation mellan en människa och en annan skapas, inte som sjuksköterska och patient. Det är först då en meningsfull relation är etablerad. En mellanmänsklig relation är en relation där sjuksköterskan kan hjälpa patienten att uthärda och bemästra sjukdom och lidande och finna en mening i sin livssituation. Relationen är präglad av ömsesidigt förtroende mellan patient och sjuksköterska. Denna process innebär att sjuksköterskan kan hjälpa patienten att utstå och bemästra sjukdom och lidande samt finna en mening i sin upplevelse. Vår studie visar att när en vårdande relation inte etablerades upplevdes detta som ett lidande av kvinnorna. Lidandet uppstod när kvinnan inte sågs som en unik individ. Ett hinder för att den mellanmänskliga relationen ska uppstå kan vara tillfällena då personkemin inte stämmer mellan kvinnan och sjuksköterskan. Det kan då vara svårt att nå en interaktion på djupare nivå. Enligt Travelbee (1971) är det nödvändigt för sjuksköterskan att se till kvinnans egna upplevelser av sin sjukdom och lidande, än till sin egen eller annan vårdpersonals värdering. Utan denna förståelse kan inte sjuksköterskan på ett mellanmänskligt plan förstå individens erfarenheter, och sjuksköterskans vård kommer då inte att hjälpa patienten på ett meningsfullt sätt (Travelbee, 1971). Dahlberg et al. (2003) anser att det är vårdarens ansvar att i en vårdrelation lindra lidande samt främja hälsa och välbefinnande. Det är vårdarens ansvar att förhindra att en livsförstörande relation skapas eller att vårdlidande uppstår.

Resultatet visar att kvinnorna kände sig underlägsna och övergivna om sjuksköterskan var stressad, undvikande och endast tekniskt och medicinskt intresserad. När sjuksköterskan stressade vid besöken kände sig kvinnor som objekt. Enligt Eriksson (1994) är kränkning av kvinnans värdighet och hennes värde som människa utgör den vanligaste förekommande formen av lidande. Dahlberg et al. (2003) menar att patientens värdighet kränks när hon inte blir sedd eller hörd. Vårdlidande kan även uppstå vid bristande information, svårigheter att förstå personalens agerande och obegripligheter i vårdmiljön. Detta påträffades i resultatet då kvinnorna ansåg att väntetiderna var en konstant strid. De kände sig övergivna när de inte hade någon de kunde ställa frågor till. Resultatet visar även att kvinnorna upplevde att personalen arbetade efter löpande- band- principen, detta gjorde att de for illa.

Slutsats

Att sjuksköterskan är medveten om kvinnans behov vid bröstcancer kan hjälpa sjuksköterskor att förstå hur de kan stödja kvinnan. Resultatet visar att kontinuitet, stöd och tillgänglighet är viktigt för att kvinnan ska känna sig trygg. En mer kontinuerlig kontakt med sjuksköterskan efterlystes av kvinnorna, ett behov av en kontaktsköterska framkom. En kontaktsköterska har en kontinuerlig kontakt med kvinnorna. En sådan specialistsjuksköterska finns beskriven av Birgegård & Glimelius (1991) samt av Cancerfonden (2006). Kontaktsköterskans arbete grundar sig i att se patienten ur ett helhetsperspektiv, ur fysisk, psykisk, social och existentiell dimension (Cancerfonden, 2006). Kvinnorna upplever en stor trygghet i att veta vem de skulle möta och vem de kunde vända sig till. En kontaktsköterska fyller behovet av kontinuitet och stöd till kvinnan. Kontaktsköterskan har det primära ansvaret för ett begränsat antal patienter, med omfattande uppgifter både i den allmänna omvårdnaden och i planeringen av patientens fortsatta vård. En ökad kunskap om kvinnans upplevelse av sjuksköterskans stöd är viktig, det behövs mer kunskap inom detta ämne. Genom att bekräfta kvinnan och ge henne stöd, kan hennes lidande lindras och hennes välbefinnande öka. Vår studie har gett en djupare förståelse för kvinnans behov av stöd, samt visat hur betydelsefullt sjuksköterskans stöd är för kvinnans välbefinnande. Det är viktigt att fortsätta forskningen inom detta ämne. En ökad kunskap om hur kvinnan upplever stödet kan resultera i en förbättrad vård.

Referenser

- Almås, Å. (Red.). (2004). *Klinisk omvårdnad 1*. Stockholm: Liber.
- Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., Hamrin, E., & Eriksson, K. (2001). Suffering related to health care: A study of breast cancer patient's experiences. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 248-256.
- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Birgegård, G., & Glimelius, B. (1991). *Vård av cancersjuka*. Lund: Studentlitteratur.
- Bröstcancerföreningarnas Riksorganisation. (2007). *Symtom*. Hämtad 2007-10-08 från World Wide Web: http://www.bro.org.se/om_broscancer.asp
- Cancerfonden. (2006). *Rosaboken om bröstcancer*. Stockholm: Cancerfonden.
- Carnwell, R., & Baker S. (2003). A qualitative study to evaluate breast care nursing in North Wales from the user perspective. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 7, 171-179.
- Cullberg, J. (2003). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Cullberg Weston, M. (2001). *När beskedet är cancer*. Wahlström & Widstrand.
- Dahlberg, K., Nyström, M., Fagerberg, I., Segesten, K., & Suserud, B-O. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1994) *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Friberg, F. (Red.). (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Fridfinnsdottir, E-B. (1997). Icelandic women's identifications of stressors and social support during the diagnostic phase of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 526-531.
- Graneheim, U-H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Hellström, Y., & Tapper, G. (1997). *Bröstcancerbehandlade kvinnors upplevelser av vård, behandling och dagligt liv* (avhandling för doktorsexamen, Bleking Internationella Hälsohögskola).

Johanson, J., & Klein, L. (1994). *Leva med cancer*. Lund: Studentlitteratur.

Jönsson, P-E. (red.). (2004). *Bröstcancer*. Södertälje: Astra Zeneca.

Landmark, B-T., Strandmark, M., & Wahl, A. (2002). Breast cancer and experiences of social support- In-depth interviews of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 16, 216-223.

Landmark, B., & Wahl, A. (2001). Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 112-121.

Luoma, M-L., & Hakamies-Blomqvist, L. (2004). The meaning of quality of life in patients being treated for advanced breast cancer : A qualitative study. *Psycho-Oncology*, 13, 729-739.

Nystrand, A. (2005). *Bröstcancer*. Hämtad 2007-09-11 från World Wide Web:
http://www.cancerfonden.se/templates/Information_34.aspx?fulltext=1

Persbo, M. (2004). *Om operation*. Hämtad 2006-12-12 från World Wide Web:
http://www.cancerfonden.se/templates/Information_143.aspx?fulltext=1

Pettersson, A-M. (2005a). *Fulltextdatabaser*. Hämtad 2007-09-13 från World Wide Web:
<http://stora-sok.bth.se/icm.aspx?PageId=86>

Pettersson, A-M. (2005b). *Referensdatabaser*. Hämtad 2007-09-13 från World Wide Web:
<http://stora-sok.bth.se/icm.aspx?PageId=33>

Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2001). *Essentials of nursing research – methods, appraisal, and utilization*. Philadelphia: Lippincott.

Pålsson, M-B. (1995). *Breast cancer patients' experiences in the initial phase of their disease, and the need of improvement of the care*. (Avhandling för doktorsexamen, Umeå universitet).

Pålsson, M-B., & Norberg, A. (1995). Breast cancer patients' experiences of nursing care with the focus on emotional support: the implementation of nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 277-285.

Raadu, G. (red.). (2005). *Författningshandboken – För personal inom hälso- och sjukvård*. Sockholm:Liber.

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

Westman, B., Bergenmar, L., & Andersson, L. (2006). Life, illness and death—Existential reflections of a Swedish sample of patients who have undergone curative treatment for breast or prostatic cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 10, 169-176.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Ödling, G. (2004). *Professional caregivers' experiences of caring for women with breast cancer on a surgical ward*. (Avhandling för doktorsexamen, Umeå universitet).

Ödling, G., Axelsson, K., & Norberg, A. (1995). Upplevelser i samband med operation av nyupptäckt bröstcancer. *Vård i Norden*, 15, 14-18.

Bilagor

Litteratursökning

Bil. 1(1)

Databas:	Sökord	Antal träffar	Urval	Författare
ELIN@Blekinge				
#1	Breast cancer	57562	0	
#2	#1 and emotional support	53	1	Fridfinnsdottir (1997)
#3	#1 and social support	167	2	Landmark, Strandmark & Wahl (2002) Landmark & Wahl (2001)
#4	#1 and patients experiences	16	2	Carnwell & Baker (2003) Arman, Rehnsfeldt, Lindholm, Hamrin & Eriksson (2001)

Databas:	Sökord	Antal träffar	Urval	Författare
CINHAL				
#1	Breast neoplasms	12500	0	
#2	social support	13840	0	
#3	Life change events	1325	0	
#4	#1 and #2	464	0	
#5	#1 and #3	25	0	
#6	#1 and #2 and #3	4	0	

Titel	Författare	Tidskrift
Upplevelser I samband med operation av nyupptäckt bröstcancer	Ödling, Axelsson & Norberg (1995)	Vård i norden
Bröstcancerbehandlade kvinnors upplevelser av vård, behandling och dagligt liv	Hellström & Tapper (1997)	Rapport
Breast cancer patients' experiences in the initial phase of their disease, and the need of improvement of the care	Pålsson, Norberg, Hellström & Tapper (1995)	Avhandling
Breast cancer patients' experiences of nursing care with the focus on emotional support: the implementation of a nursing intervention	Pålsson & Norberg (1994)	Journal of Advanced Nursing

Artikelöversikt

Bil. 3(1)

Författare, år och land	Syfte	Metod/design	Resultat
Landmark & Wahl (2001), Norge	Beskriva kvinnors erfarenheter av att leva med nydiagnostiserad bröstcancer	Kvalitativ ansats, 10 kvinnor intervjuades	All energi koncentrerades på att kämpa för livet. Hela kvinnans existans var hotad. Diagnosen orsakade starka känsloreaktioner, många drabbades av en traumatisk kris. Stöd från släkt och sjuksköterskan var viktigt.
Fridfinnsdottir (1997), Island	Undersöka stressfaktorer och socialt stöd under/vid diagnosen bröstcancer	Kvalitativ ansats, 12 kvinnor intervjuades	Visade att om man minskade väntetiden, minskar mycket stress hos kvinnorna. Att emotionellt stöd är mest värdefullt från maken, familjen och nära vänner, även sjukhuspersonals kan vara ett stort emotionellt stöd genom att informera.
Landmark, Strandmark & Wahl (2002), Norge	Att undersöka hur bröstcancer patienter upplevde att leva med sjukdomen och hur de erfor det sociala stödet under denna tid.	Kvalitativ ansats, 10 kvinnor intervjuades	Visade att kvinnorna behövde emotionellt stöd för att tro på sig själv, många kände brist på detta. Studien visade även brist på information och uppföljning från sjuksköterskan.
Pålsson, Norberg, Hellström & Tapper (1995), Sverige	Är att beskriva kvinnor som nyligen fått diagnosen bröstcancer upplevde sjukdomen och omvårdnaden.	Kvalitativ ansats, 21 kvinnor intervjuades	Kvinnorna saknade stöd från sjuksköterskorna och vänner under den inledande fasen av sjukdomen. Familjen var ett stort stöd, och de tyckte stödet från andra i kvinnor i samma situation var viktigt. Informationen från läkaren var otillfredsställande. Relationen till personalen var oftast obekräftad. Det ansågs vara viktigt att införskaffa en kontaktsjuksköterska (SNC supportiv nursing care)

Bil. 3(2)

Författare, år och land	Syfte	Metod/design	Resultat
Pålsson & Norberg (1994), Sverige	Är att beskriva bröstcancer patienters erfarenhet om omvårdnaden med fokus på emotionellt stöd.	Kvalitativ ansats, 26 kvinnor intervjuades	Emotionellt stöd ledde till en känsla av säkerhet som ledde till känsla av kontroll.
Carnwell & Baker (2003), England	Att utvärdera sjuksköterskans omvårdnad av kvinnor med bröstcancer	Kvalitativ ansats, 13 kvinnor intervjuades	Deltagarna i studien var överlag mycket nöjda med omvårdnaden. Emotionellt stöd var viktigt för tillfrisknandet och det psykiska välbefinnandet. Sjuksköterskorna var bra på att förmedla stöd enligt patienterna.
Ödling, Axelsson & Norberg (1995), Sverige	Att belysa kvinnors upplevelse av omvårdnad på en kirurgavdelning i samband med operation av nyupptäckt bröstcancer.	Kvalitativ ansats, 5 kvinnor deltog i intervjuer	Sjukhusvistelsen beskrevs i stort som positiv. Stor personalomsättning resulterade i otrygghet. Den fysiska omvårdnaden fick gott omdöme men brister i den psykiska påtalades.
Arman, Rehnsfeldt, Lindholm & Hamrin & Eriksson (2001), Sverige	Att belysa bröstcancerdrabbade kvinnors upplevelser av lidande.	Kvalitativ ansats, 17 kvinnor deltog i öppna intervjuer	Svårigheter i kommunikationen mellan kvinnorna och sjukvårdspersonalen resulterade i utökat lidande. Dubbelt lidande uppstod om kvinnan inte uppmärksammades i sitt lidande.
Hellström, & Tapper (1997), Sverige	Att beskriva kvinnornas upplevelser av sin situation dvs. vård, behandling och hur de hanterar denna situation i det dagliga livet under första året efter diagnosbeskedet	Kvalitativ ansats, 26 kvinnor medverkade i intervjuer	Kvinnorna tyckte att vården fungerade bra. Maken var ofta det bästa stödet, men även vårdpersonalen nämndes som betydelsefull när det gäller stöd. Cancern kändes som en utmaning som skulle bekämpas för att livet kändes så meningsfullt. Kvinnorna kände att de kunde hantera situationen.