



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

# Upplevelsen av kommunikationen mellan kvinnor med bröstcancer och sjuksköterskan

- En litteraturstudie

Annie Hansson

Håkan Wirén

Handledare: Ann-Charlotte Holmgren

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona Juli 2015

# Upplevelsen av kommunikationen mellan kvinnor med bröstcancer och sjuksköterskan

## - En litteraturstudie

Annie Hansson  
Håkan Wirén

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Cancer är en av de stora folkhälsosjukdomarna där årligen cirka 60 000 personer i Sverige får diagnosen. I alla stadier av sjukdom och diagnos har kvinnor med bröstcancer en kommunikation med sjuksköterskan. Hur sjuksköterskan kommunicerar påverkar kvinnornas upplevelser av vården. Det är viktigt att sjuksköterskan kommunicerar med kvinnorna på ett sätt som bygger ett förtroende och främjar en positiv vårdupplevelse. I vårdandet utgör kommunikationen förutsättningar för att kunna förstå kvinnornas verklighet och upplevelser av till exempel sin hälsa.

**Syfte:** Syftet med studien var att beskriva upplevelsen av kommunikationen mellan kvinnor med bröstcancer och sjuksköterskan.

**Metod:** Studien är en litteraturstudie med kvalitativ ansats som baseras på sju stycken vetenskapliga artiklar. En kvalitativ manifest innehållsanalys gjordes som baserades på Graneheims och Lundmans tolkning av Krippendorffs innehållsanalys, där bärande meningenheter väljs ut för att sedan kondenseras därefter kodas.

**Resultat:** Resultatet visade att kvinnor med bröstcancer upplevde att de genom kommunikationen med sjuksköterskan blev stöttade och sedda som individer som inkluderades i sin egen vård. Resultatet visade även att kvinnorna hade negativa upplevelser av kommunikationen med sjuksköterskan där de blev uteslutna ur beslutsfattanden kring sin vård. Den bristande kommunikationen resulterade i att kvinnorna fick bristande förtroende för sjuksköterskan och vården som gavs.

**Slutsats:** Kvinnor med bröstcancer är beroende av att ha en god kommunikation med sjuksköterskan eftersom de genom kommunikationen känner en trygghet och ett stöd i sin sjukdom. När kommunikationen brister förlorar kvinnorna sin rätt till självbestämmande och blir förbisedda då beslut tas utan dem. Kommunikationen är en central punkt för att kunna bedriva en personcentrerad vård.

**Nyckelord:** Bröstcancer, kommunikation, kvinnor, litteraturstudie, sjuksköterska

# Innehållsförteckning

Inledning	5
Bakgrund	6
Bröstcancer	6
Kommunikation	7
Sjuksköterskans kommunikation med kvinnor med bröstcancer	8
Referensram	9
Syfte	10
Metod	10
Datainsamling	10
Urval	12
Inklusionskriterier	12
Exklusionskriterier	12
Kvalitetsgranskning	12
Analys	13
Resultat	14
Stödande kommunikation	15
Förtroende för sjuksköterskan	16
Att bli hörda och sedda	16
Att känna sig delaktiga i vården	17
Bristande kommunikation	18
Bristande förtroende	18
Att inte bli hörda och sedda	19
Uteslutna ur vården	19
Diskussion	20
Metoddiskussion	20
Resultatdiskussion	24
Slutsats	27
Självständighet	28
Referenser	29
Bilaga 1 Databassökningar	32
Bilaga 2 Granskningsprotokoll	34
Bilaga 3 Artikelöversikt	35
Bilaga 4 Exempel på innehållsanalys	37

## Inledning

Cancer är en av de stora folkhälsosjukdomarna där årligen cirka 60 000 personer i Sverige får diagnosen. År 2013 rapporterades 9123 fall av kvinnlig bröstcancer (Socialstyrelsen, 2014). Rustøen & Begnum (2000) skriver att många kvinnor som diagnosticeras med bröstcancer har specifika problem som deras sjuksköterska kan hjälpa till med så som kroppsbild, sexuella svårigheter och social isolering. Kvinnor med bröstcancer är i alla stadier av sjukdom och behandling i kontakt med sjuksköterskan som kan ha en viktig roll som stöd, vilket kan leda till minskad ångest hos kvinnorna (ibid). Studier av McWilliam et al. (2000) och Amir et al. (2004) visar att kvinnor med bröstcancer upplever att sjuksköterskan uppfattas bemöta kvinnorna som individer. På så sätt kan sjuksköterskan anpassa kommunikationen till varje kvinna. De upplever även att sjuksköterskan strävar efter en personcentrerad kommunikation vilket gör att de känner sig delaktiga i vården. Detta ökar möjligheterna att ta tillfredställande beslut kring exempelvis behandling (ibid).

Chant et al. (2002) skriver att utbildning inom kommunikation för sjuksköterskor är viktigt. Detta för att kunna implementera den i den personcentrerade vården (ibid). Watts (2013) beskriver att ökande utmaningar i cancervården kräver att sjuksköterskan har en ökad kunskap och förståelse kring bröstcancer och hur det påverkar kvinnor. Watts (2013) menar vidare att genom sjuksköterskans kunskap och förståelse inom området kan behovet av en tillfredställande kommunikation mellan kvinnor och sjuksköterska tillgodoses, och med det kan god vård ges. Amir et al. (2004) beskriver att forskningen kring hur kvinnor med bröstcancer upplever kommunikationen med sjuksköterskan inte är tillfredställande. Den behöver därför sammanställas och förtydligas för att kunna förbättra kommunikationen mellan kvinnorna och sjuksköterskan. Forskningen är inte tillfredställande eftersom det finns en brist på hur en evidensbaserad kommunikation ska bedrivas inom området bröstcancer (ibid). Amir et al. (2004) menar att vidare forskning och förståelse för kommunikationens betydelse mellan kvinnor med bröstcancer och sjuksköterskan krävs för att kunna utveckla området och på så vis förbättras vården (ibid). Litteratursammanställningen ger en ökad förståelse och kunskap till sjuksköterskan, vilket kan vara av betydelse för att underlätta och förbättra utförandet av en personcentrerad vård. Det är därför av stor vikt att belysa värdet av den upplevda kommunikationen mellan kvinnor med bröstcancer och sjuksköterskan.

# Bakgrund

## Bröstcancer

Det finns två olika typer av bröstcancer, malign och benign (Nystrand, 2014). Bröstcancer i denna studie kommer redogöra för kvinnor med maligna tumörer. Socialstyrelsen (2014) skriver att bröstcancer är en elakartad tumör i bröstkörteln. Av alla kvinnor som diagnosticeras med cancer är det 31 % av dessa som diagnosticeras med bröstcancer, vilket gör den till den vanligaste cancerformen hos kvinnor (ibid). Nystrand (2014) beskriver att tumörbildningarna kan uppstå i bröstets mjölkgångar, mjölkkörtlar eller i den bindväv som finns omkring mjölkkörtlarna (ibid). Dessa tumörbildningar klassificeras i olika stadier som graderas från ett till fyra, vilket skapar ett förtydligande om tumörbildningens spridning (Berg och Emdin, 2008). Vidare definierar Nystrand (2014) screening som självundersökning samt mammografi. Detta ligger till grund för det förebyggande arbetet och för att tidigt kunna upptäcka knölar. Vid självundersökning kan kvinnan känna eventuella förändringar i bröstvävnaden, och då görs en mammografi för att upptäcka tumörbildningar (ibid). De stadier som beskrivs av Berg och Emdin (2008) är stadium I vilket innebär tumörer som är 20 mm eller mindre samt inte har spridning till armhållans lymfkörtlar. Stadium II där tumören är större än 20mm och/eller har spridning till armhållans lymfkörtlar. Stadium III där tumören är större än 5cm eller har omfattande spridning till armhållans lymfkörtlar. Det sista stadiet är stadium IV där tumören spridit sig till huden utanför bröstet eller där det finns fjärrmetastaser (ibid). Nystrand (2014) skriver även att ett Stadium 0 finns, ett "in situ", som betyder att cellerna växer på sin plats inom ett begränsat område, det beskrivs också som ett tidigt stadie av tumörbildningen.

Behandlingar av tumören varierar beroende på den typ och stadium tumörbildningen är i, samt vart den sitter (Berg & Emdin, 2008). Berg och Emdin (2008) beskriver vidare olika alternativ till den annars medicinska behandlingen, till exempel kirurgisk behandling. Olika behandlingarna som beskrivs inom det kirurgiska är ingrepp för att avlägsna tumören, lymfer eller annan skadad vävnad, samt mastektomi. Det beskrivs även om bröstbevarande kirurgi där så mycket av bröstet som går bevaras istället för att ta bort det helt. De farmakologiska behandlingar som benämns är cytostatika- eller strålningsbehandling (ibid).

Amir et al., 2004 beskriver att kvinnor som får diagnosen bröstcancer kan gå igenom olika faser av bearbetning i samband med sin sjukdom. Det innebär att kvinnor med bröstcancer kan ha ett starkt behov av stöd från sjuksköterskan och anhöriga, för att kunna få tid och plats att greppa sin situation och bearbeta den. Det underlättar för kvinnorna att senare kunna förstå den nya situationen som sjukdomen innebär (ibid). Att leva med bröstcancer både under och tiden efter diagnos och behandling, innehåller enligt Hedefalk (2015) många känslor och tankar kring livet och framtiden. Att framtiden blir oviss och kvinnorna blir ångestfyllda över känslor kring framtid, familj, yrke, sina kroppar och sina liv (ibid). Detta påverkar kvinnor olika men där finns fortfarande centrala känslor av oro, rädsla, och olika faser av bearbetning, likt vid alla psykiska kriser (Amir et al., 2004).

## Kommunikation

Eide och Eide (2007) berättar att ordet kommunikation härstammar från latinets 'communicare', vilket är en böjning av ordet communis som betyder gemensam. Kommunikation är något som görs tillsammans genom att till exempel förmedla ett budskap eller att diskutera. Kommunikation kan ske mellan både enskilda eller ett flertal mottagare. Kommunikation är inte enbart det verbala utan även uppträdandet när man möter individer, ett mänskligt samspel för att förstå, möta och göra sig förstådd genom verbal och kroppsligt kommunikation (ibid). Kommunikation kan enligt O'Hagan et al. (2014) vara verbal och icke-verbal där istället ögonkontakt, kroppshållning, beröring, fysisk närhet mellan sjuksköterska-kvinnor och hanteringen av rummet och miljön är en del av kommunikationen. Kommunikation inom omvårdnadsarbetet är enligt Eide och Eide (2007) en central samlingspunkt för sjuksköterskan där budskap på olika vis kan förmedlas. Vidare beskriver Eide och Eide (2007) även att kommunikationen som sjuksköterskan använder sig av innehåller flera former, så som olika former av information och visuell kommunikation.

Det är enligt Amir et al. (2004) viktigt att sjuksköterskan ständigt ska vara en källa av stöd som genom medvetenhet, korrekt och praktisk information. Genom kommunikationen ska kvinnorna få sina individuella behov tillgodosedda av sjuksköterskan under diagnos- och sjukdomstid (ibid). Kvinnor ska känna sig säkra att kommunicera med sjuksköterskan eftersom tystnadsplikt råder. Det innebär att sjuksköterskan inte får röja några uppgifter från sin yrkesverksamhet så som hälsotillstånd eller om deras personliga förhållanden (SFS, 2010:659).

## Sjuksköterskans kommunikation med kvinnor med bröstcancer

Det är enligt Zamanzadeh et al. (2014) viktigt att sjuksköterskan har en god kunskap att genom kommunikationen kunna delge kvinnor med bröstcancer med information. Detta eftersom det sätt som sjuksköterskan utnyttjar sina kunskaper inom kommunikationen kan skapa ett förtroende mellan kvinnorna och sjuksköterskan (ibid). Sjuksköterskan ska i yrkesutövandet utföra vård och omsorg genom beprövad och vetenskaplig erfarenhet, och i så stor utsträckning som möjligt utforma vården efter kvinnornas behov och önskemål samtidigt som respekt och omtanke visas (SFS, 2010:659). För att, inom cancersjukvården, kunna kommunicera på ett effektivt sätt är det tre drag som behöver finnas hos sjuksköterskan; ett holistiskt synsätt, god kunskap och en trygghet i yrkesrollen (Zamanzadeh et al., 2014).

Enligt O'Hagan (2014) kan sjuksköterskan anpassa kommunikationen beroende på hur mycket tidigare sjukhuskontakt kvinnorna har haft. Om kvinnorna nyligen är diagnostiserade med sin sjukdom är fackterminologi inte lämpligt i kommunikationen eftersom informationen som framkommer genom kommunikationen då blir svårförstådd, medan för kvinnor som levt med sin diagnos ett tag kan det vara en tillgång att använda fackterminologi eftersom mer lämpligt anpassade förklaringar kan ges (ibid). Vidare beskriver O'Hagan (2014) även att kvinnor upplever det som otillfredställande kommunikation när sjuksköterskan och läkaren har en kommunikation gällande kvinnorna utan att de själva inkluderas. Kommunikationen upplevs som fortsatt bristande då sjuksköterskan efter samtalet inte informerar om vad som sagts mellan sjuksköterska och läkare (ibid).

Amir et al. (2004) lyfter fram i en studie att sjuksköterskan är ett stöd för kvinnor med bröstcancer från diagnos till slutförd behandling. Då särskilt kvinnliga sjuksköterskor eftersom kvinnor med bröstcancer kände att sjuksköterskan kunde uppleva en koppling genom att båda var kvinnor, och att förståelsen för sjukdomen och det som påverkas i kvinnornas vardag framkom bättre hos en kvinnlig sköterska än en manlig (ibid). Även en studie av Zamanzadeh et al. (2014) beskriver hur kvinnor i det tidiga stadiet av diagnos blir medvetna om sin sjukdom och har ett stort behov av sjuksköterskans stöd. Enligt Socialstyrelsen (2005) omfattar sjuksköterskans yrkeskunnande tre olika grundläggande kunskapstyper som är en förutsättning för sjuksköterskans yrkesutövande; den arbetstekniska delen, den allmänbildande delen och den yrkesteoretiska delen där kunskap av kommunikativ art ingår (ibid).

Martinez et al. (2015) menar att sjuksköterskans kommunikation med kvinnorna är i ständig utveckling och kräver även deras självbestämmande. Genom kommunikationen skapas ett tillfälle för delat beslutsfattande mellan kvinnor och sjuksköterska. Beslut som tas är baserade på kvinnornas önskemål och värderingar eftersom de genom kommunikationen ska vara väl informerad om sjukdomen och dess behandlingsmöjligheter (ibid).

## Referensram

McCance och McCormack (2013) beskriver att sjuksköterskan arbetar utifrån kärnkompetenser. Dessa är framtagna för att utveckla och skapa en säker vård som är personcentrerad och ser individen och dess enskilda behov. Det skapar då en trygghet för kvinnor med bröstcancer eftersom kärnkompetenserna ständigt utvärderar sjuksköterskans arbete kring dem, och gör även att omvårdnaden utförs med en evidensbaserad grund (ibid). För att kunna utföra en personcentrerad vård är det viktigt att kommunikationen mellan sjuksköterska och kvinnor fungerar på ett sätt som är givande för båda parter (McCance & McCormack, 2013). Sherwood & Barnsteiner (2013) skriver att sjuksköterskan säkerställer att arbetsteamets kommunikation är korrekt och uppdaterad samt ständigt lyhörd för ny information från alla inblandade i kvinnornas vård. Sjuksköterskan kan genom sin kommunikation med kvinnorna förmedla information som är av god kvalitet. Genom en god kommunikation mellan sjuksköterska och kvinnor med bröstcancer kan de känna sig hörda, förstådda och är även trygga med den kommunikation som sjuksköterskan tillhandahåller (ibid). Enligt Patientsäkerhetslag (2010:659) ska vården i största möjliga mån utformas efter patientens egna önskemål och behov, det vill säga att personcentrerad vård alltid ska bedrivas. McCance och McCormack (2013) skriver att begreppet personcentrerad vård tidigare har använts av omvårdnadsteoretiker, men är också en viktig del av sjuksköterskans kärnkompetenser. I kärnkompetenserna beskrivs det vad begreppet innebär för praktiska verksamheter och beslutsfattanden i vården (ibid).

McCance och McCormack (2013) beskriver att personcentrerad vård består av fyra centrala begrepp; vara i relation, vara i en social värld, vara på plats och vara med sig själv. Begreppet vara i relation handlar om vikten av relationer och de medmänskliga processer som kan vara till ”terapeutisk nytta” för kvinnorna, där kan sjuksköterskan med sin kommunikation och medmänskliga relation vara just till ”terapeutisk nytta”. Att vara i en social värld syftar till kvinnornas sociala värld, vad som är viktigt i dennes liv, vilka kvinnorna är som personer. Nära till att vara i en social värld finns begreppet vara med sig själv som menar att



sjuusköterskan har ett stort ansvar att skapa en bild av hur kvinnorna upplever det som händer dem och vad de värderar i sina liv. Detta görs på bästa sätt genom kommunikationen där utbyte av information sker. Att vara på plats menar att platsen där vårdandet och kommunikationen mellan sjuusköterska och kvinnor sker har en viktig del i upplevelsen av vården och att i en viss miljö kommunicerar parterna i ett bättre och mer öppet klimat (ibid). McCance och McCormack (2013) beskriver att inom den personcentrerade vården finns det personcentrerade processer som handlar om vara engagerad och närvarande i kvinnorna och deras vård, värderingar, beslutsfattande och fysisk behov. Sjuusköterskan måste delge kvinnorna information och perspektiv genom uppdaterad praxis. För att kunna genomföra en sådan process krävs hänsyn mellan parterna och deras värderingar som framkommit via kommunikation i processens gång. Det är också en förutsättning för att tillfredställande beslut ska kunna tas från båda parter (ibid).

## Syfte

Syftet med studien var att beskriva upplevelsen av kommunikationen mellan kvinnor med bröstcancer och sjuusköterskan.

## Metod

Kvinnornas upplevelser är subjektiva så därför baserades studien på vetenskapliga artiklar med kvalitativ design (Olsson & Sörensen, 2011). Enligt Willman et al. (2011) är målet med en kvalitativ studie att få en förståelse för ett fenomen, upplevelser eller erfarenheter genom att studera och tolka upplevelser för att få en förståelse om hur det upplevs (ibid).

## Datansamling

Datansamlingen gjordes genom att söka lämpliga vetenskapliga artiklar med aktuell forskning inom området på sökdatabaserna PubMed och Cumulative index of nursing and allied health literature (Cinahl). Olsson och Sörensen (2011) och Karlsson (2012) beskriver att dessa sökdatabaser håller en hög standard på evidensbaserade artiklar. Cinahl är en sökdatabas som är inriktad mot omvårdnad medan PubMed istället är inriktad mot medicinska områden, även om där också finns omvårdnadsvetenskapliga artiklar. PubMed är en sökdatabas för att hitta den allra senaste forskningen inom både medicinska- och omvårdnadsområden eftersom den ständigt uppdateras med ny forskning (ibid). Olsson et al.

(2011) skriver även att huvudsyftet med kvalitativ informationsinsamling är att karaktärisera och upptäcka eller få kännedom om multipla eller olika mönster, det vill säga likheter och skillnader i den insamlade datan. Alla artiklar som användes i studien är peer review för att, som Willman et al. (2006) skriver, ha kollegialt granskats av andra forskare inom området och på så vis hålla en hög vetenskaplig standard.

Sökningar på PubMed gjordes med Major Medical Subject Headings (MeSH) och på Cinahl med Headings för att minska sökfältet. Enligt Willman et al. (2006) är major MeSH och Cinahl Headings kategoriseringsord. Det innebär att sökområdena primärt handlar om det utvalda begreppsområdet, att de artiklar som fås fram i första hand handlar om de termer som har använts och är relevanta för det som eftersöks (ibid). De sökord som användes hittades genom att söka på Karolinska institutets MeSH-sökverktyg. Genom att söka på exempelvis bröstcancer framkom förslag på övriga relevanta sökord som kunde användas vid sökningar om bröstcancer. Dessa sökningar hittade nya sökord som skulle passa för att hitta relevanta artiklar. Sökord som valdes ut var; *breast cancer, breast cancer women, early stage breast cancer, patient perspective of breast cancer, breast neoplasms, breast cancer support, communication, nurse-patient communication interactions, patient-nurse relations, patient perspective, patient experience och patient-centered.*

Bilaga 1 ger en överblick över de sökningar som gjordes för att finna artiklar till studien. Willman et al. (2006) och Karlsson (2012) beskriver att sökningen får ett mer tillfredställande resultat med artiklar som svarar på studiens syfte om boolska sökoperatörer kompletterar sökningen. Därför användes de boolska sökoperatörerna AND och OR. AND användes för att skapa ett område för fokus dit sökningen avgränsas. OR användes för sökningen ska breddas och att det mellan sökorden skulle skapas en händelse. Boolska sökoperatörer skapar sökordskombinationer för att kunna begränsa sökningarna, vilket även skapar en möjlighet för att tydliggöra ämnesområden. Sökkombinationerna som valdes ut för artikelsökningarna var specifika just till denna studie. Som ett komplement till de sökningar som gjordes utfördes även fritextsökningar och manuella sökningar (ibid).

## Urval

### *Inklusionskriterier*

Studien baserades på kvalitativt utformade vetenskapliga artiklar som skulle vara skrivna på engelska. Artiklarna skulle vara skrivna mellan år 2000-2015 för att få ingå i studien eftersom endast den aktuella forskningen var önskvärd. Med 'kvinnor med bröstcancer' menas kvinnor från diagnosticeringstillfället fram till två år in i sjukdomsförloppet.

### *Exklusionskriterier*

Endast vetenskapliga artiklar som gällde kvinnor med bröstcancer och sjuksköterska på sjukhus användes eftersom det är på sjukhuset diagnosen ställs och behandlingen utförs, därför valdes primärvård och hemsjukvård bort. Eftersom artiklarna endast skulle handla om kommunikationen på sjukhus valdes artiklarna efter gjord sökning på titelnivå, fanns inte svaret om artikelns innebörd där så valdes istället på abstractnivå. Artiklar som uttryckligen handlade om kvinnor som kommit längre än två år i sitt sjukdomsförlopp valdes också bort eftersom det intressanta i denna studie var att undersöka kvinnor med bröstcancer och deras upplevelse av kommunikation med sjuksköterskan under de första två åren av sjukdomen.

Sökningarna som genomfördes inför studien resulterade i totalt 439 lästa titlar i Cinahl och 694 lästa titlar i PubMed. Sökningarna genomfördes på två olika datorer men titlarna lästes tillsammans för att vid oklarheter kunna diskuteras. De artiklars titlar som inte ansågs svara på studiens syfte valdes bort, och på de som svarade på syftet lästes även abstractet. Totalt lästes 197 av artiklarnas abstract. Utifrån de lästa abstracten inkluderades elva artiklar som ansågs aktuella för att ingå i kvalitetsgranskningen. De artiklar som inte ingick i kvalitetsgranskningen sparades i en särskild mapp för att senare möjligtvis kunna användas till resultatdiskussionen. Inga artiklar slängdes under studiens gång utan sparades alltid i mappen. Detta för att kunna gå tillbaka och titta på ytterligare forskning utöver artiklarna som användes i resultatet.

## Kvalitetsgranskning

Den kvalitetsgranskning som utfördes på studiens artiklar gjordes med Willman et al.'s (2006) granskningsprotokoll för kvalitetsbedömning av kvalitativa studier (se bilaga 2), som är ett hjälpmedel för att granska de sju vetenskapliga artiklarna för att se om de hade tillräckligt hög kvalitet för att kunna ingå i studien. Granskningsprotokollets innehåll

avhandlar moment för granskning av vetenskapliga artiklar med flera frågor som handlar om tydlighet av syfte, metod och huruvida relevansen av artiklarna stämmer överens med dessa kriterier. Granskningsprotokoll för kvalitetsbedömning av kvalitativa studier fortlöper i en bedömning av kvalitet på artiklarnas som delas in i hög kvalitet, medel kvalitet och dålig kvalitet. Bedömningen av vilka artiklar som var av bra, medel eller dålig kvalitet gjordes genom att sätta en procentsats efter det antal frågor som besvarades vilket ger en klassificering av artiklarnas innehåll och huruvida de platsar i studien eller inte. I granskningsprotokoll för kvalitetsbedömning av kvalitativa studier fanns positiva svar som ja och negativa svar som nej och vet ej. Totalt kunde artikeln få 14 poäng beroende på kvalitet, där positiva svar tilldelades ett poäng medan negativa svar tilldelades noll poäng. För att kunna rangordna artiklarna som granskades delades de in i hög, medel eller låg kvalitet där fördelningen var : hög (>80 %), medel (70-79 %), låg (<60 %). För att säkerställa granskningens kvalitet så har alla artiklarna granskats enskilt för att sedan diskuteras för att reda ut oklarheter kring artiklarna. Efter att ha genomfört kvalitetsgranskningen bedömdes sju av artiklarna innehålla studiens inklusionskriterier och svara på dess syfte (se bilaga 3). De artiklar som inte svarade på studiens syfte valdes bort och fick således inte ingå i kvalitetsgranskningen. Av de tretton artiklar (varav sex stycken var dubletter) som kvalitetsgranskades valdes sju stycken ut där fyra var av hög kvalitet och tre av medel kvalitet.

## Analys

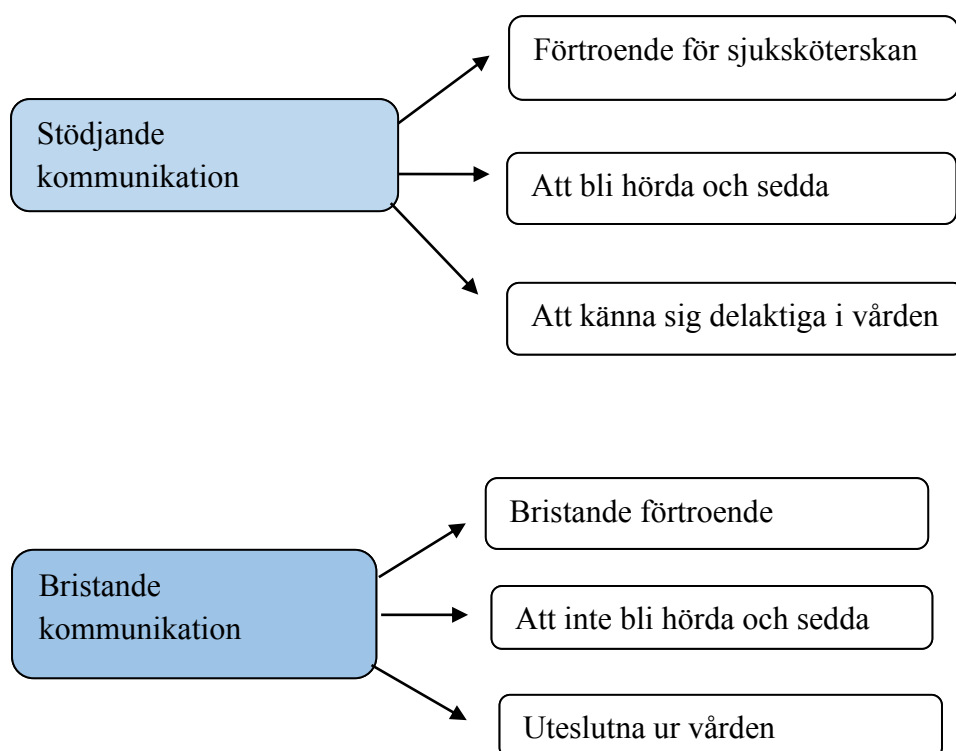
Analysmetoden som valdes för att analysera studiens sju artiklar var Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av Krippendorffs innehållsanalys. Denna analysmetod används för kvalitativa studier, och fokuserar enligt Graneheim och Lundman (2004) på att tolka olika texter och beskriva dess likheter och variationer i innehållet. Genom att göra en innehållsanalys av detta slag bortser forskaren från eventuell tidigare kunskap och förståelse inom ämnet. Detta för att kunna vara öppen för den nya datans textinnehåll.

Innehållsanalysen som användes för att analysera artiklarna var en manifest analys med latent inslag (ibid). Graneheim och Lundman (2004) beskriver att en manifest innehållsanalys skildrar det synliga och tydliga i textmaterialet. Forsberg och Wengström (2008) skriver att latent inslag innebär att en viss tolkning görs av vad som ligger bakom orden i den text som analyseras. De skriver även att genom de latent inslagen kommer inte bara det uppenbara i texten fram utan även det underliggande (ibid).

Artiklarnas resultat lästes ett flertal gånger både enskilt och även tillsammans för att en ökad förståelse för innehållet i texterna skulle uppnås. Analysen omfattade följande steg; välja ut meningsenheter, kondensering, kodning, formulering av underkategorier och huvudkategorier (se bilaga 4). Meningsenheterna som valdes ut kopierades för att sedan klistras in i ett nytt textdokument som sparades. Meningsenheterna översattes från engelska till svenska med hjälp av Norstedts stora engelsk-svenska ordbok – Norstedts comprehensive English-Swedish dictionary (Vincent, 2000). Detta för att meningarna inte skulle tappa något av sin innebörd. Meningsenheterna kondenserades sedan eftersom kondenseringen enligt Graneheim och Lundman (2004) kortar ner den ursprungliga texten men behåller sin tydliga kärna. Meningsenheterna kondenserades sedan ytterligare för att bilda koder, vilket Graneheim och Lundman (2004) menar talar utmärkande om vad meningsenhetens innehåll egentligen handlar om. Koderna jämfördes för att få fram likheter och skillnader i innehåll. Dessa koder bildade sex underkategorier som i sin tur bildade två huvudkategorier. Huvudkategorierna blev rubriker i studiens resultat.

## Resultat

Efter analysen av artiklarna framkom följande två huvudkategorier; *stödjande kommunikation* med underkategorierna *förtroende för sjuksköterskan, att bli hörda och sedda* och *att känna sig delaktiga i vården*. Samt *bristande kommunikation* med underkategorierna *bristande förtroende, att inte bli hörda och sedda* och *uteslutna ur vården*. Citat som förekommer i resultatet är inkluderade för att kunna förstärka illustrationen av kvinnorna med bröstcancer och deras upplevelser av kommunikationen med sjuksköterskan. I figur 1 på nästa sida beskrivs varje huvudkategori med tillhörande underkategorier.



**Figur 1.** Översikt över huvudkategorier och underkategorier.

## Stödjande kommunikation

I huvudkategorin stödjande kommunikation beskrev kvinnor med bröstcancer upplevelsen av att ha en god kommunikation med sjuksköterskan i vården kring sin bröstcancer. Behovet av att ha en kommunikation med sjuksköterskan var stort genom sjukdomen men särskilt vid diagnos och tidigt sjukdomsstadium. Kvinnorna beskrev att genom kommunikationen kände de sig betydelsefulla eftersom de blev hörda och sedda av sjuksköterskan. Genom upplevelsen av den stödjande kommunikationen utvecklades ett förtroende för sjuksköterskan och vården som hon gav. Genom kommunikationen som kvinnorna med bröstcancer hade med sjuksköterskan redogjorde de för känslan av ett lugn. De berättade även att fokus inte låg på sjukdomen utan att de tilläts vara mänskliga under tiden för sjukdomen. Det framgick i resultatet att när kvinnorna fick diagnosen bröstcancer kände de sig ofta nedslagna och tog inte längre livet för givet. Genom kommunikationen med sjuksköterskan beskrev kvinnorna att de upplevde ett stöd och situationen kunde då kännas mer optimistisk och hanterbar.

### *Förtroende för sjuksköterskan*

Underkategorin förtroende för sjuksköterskan visade på att kvinnorna hade en effektiv form av kommunikation med sjuksköterskan. Detta beskrev kvinnorna att det fick dem att uppleva sjuksköterskan som mänsklig, och med en känsla av förståelse för de olika behov i vården som fanns hos varje enskild individ. I resultatet framgick det att kvinnorna upplevde att sjuksköterskan genom kommunikationen kunde validera deras känslor och tankar. Det ledde till att de kände sig bekväma med sjuksköterskan. Hur kommunikationen utfördes beskrevs påverka kvinnornas upplevelser av sin egen kontroll och balans i sjukdomen. Förtroendet för sjuksköterskan framställdes av kvinnorna som ovärderligt (Admi, Zohar & Rudner, 2011; Bakker, Fitch, Gray, Reed & Bennet, 2001; Brovall, Gaston-Johansson & Danielson, 2006; Drageset, Lindstrøm, Giske & Underlid, 2012; Halkett, Arbon, Scutter & Borg, 2006; Korber, Padula, Gray & Powell, 2011).

*”The women used metaphors describing the BCNS as an anchor, a supporting shoulder, a comforting hand, and a traffic light providing direction” (Admi et al., 2011, s 509)*

Det framgick hos kvinnorna att sjuksköterskan hade en god kännedom om bröstcancer som sjukdom, och vad som skulle kunna ske efter nödvändiga behandlingar. Genom förtroendet för sjuksköterskan upplevde kvinnorna att de kände ett behövligt stöd för sitt beslutsfattande som sjuksköterskor. En viktig del i förtroendet för sjuksköterskan beskrevs vara att kvinnan själv kunde ta reda på information kring sin sjukdom, för att sedan bekräfta det med sjuksköterskan utan att få känslan av att det inte var tillåtet (Bakker et al., 2001; Brovall et al., 2006; Pieters et al., 2012).

### *Att bli hörda och sedda*

I underkategorin att bli hörda och sedda beskrev kvinnor med bröstcancer upplevelsen av att bli hörda och sedda av sjuksköterskan. Kvinnorna berättade att utifrån att ha blivit lyssnade på kunde de få personcentrerade råd av sjuksköterskan. Genom att få råd som inte var generella, utan istället anpassade till individen, så beskrev kvinnorna att deras förtroende, för både sig själva och för vården som erbjöds av sjuksköterskan, förstärktes. Kvinnorna berättade att genom sjuksköterskans ärlighet i informationen kring deras sjukdom kände de sig hörda och sedda. Efter informationen gav sjuksköterskan kvinnorna en chans att reflektera och ställa frågor kring det som precis kommit upp. Kommunikationssättet som

sjuusköterskan använde sig av beskrevs av kvinnorna inge en känsla av förtroende (Admi et al., 2011; Bakker et al., 2001; Drageset, 2012; Halkett et al., 2006; Pieters et al., 2012).

*“She gave me a lot of information and emotional support and practical support”* (Halkett et al., 2006, s 50)

Sjuusköterskan upplevdes av kvinnorna ge en trygghet, som inte annan vårdpersonal gav. Kvinnorna beskrev upplevelsen att se sjuusköterskan som en medmänniska som lyssnade på deras berättelser och upplevelser av bröstcancersjukdomen (Bakker et al., 2001., Drageset et al., 2012; Pieters et al., 2012).

*“She listens so carefully to what you’re saying and therefore everything gets done. It’s because she heard what I wanted to do and she said well all right, if you think you can handle it, we’ll try it”*

(Bakker et al., 2001, s 64)

#### *Att känna sig delaktiga i vården*

Kvinnorna med bröstcancer upplevde att de tilläts vara deltagande i kommunikationen, gällande information och beslutsfattande kring sin vård. Kvinnorna beskrev att genom deltagandet i kommunikationen kände de sig förberedda inför sina beslutsfattanden kring vård och behandling (Brovall et al., 2006; Halkett et al., 2006; Korber et al., 2011; Pieters, Heilemann, Maliski, Dornig & Menten, 2012).

*“It’s your body and you have a right to know what they’re going to be doing to it. So if you have any doubts or any questions, don’t hesitate to ask why”* (Bakker et al., 2001, s 66)

Det framgick i resultatet att kvinnor med bröstcancer ansåg att olika alternativ, kring deras vård och behandling, blev tydligt genom en tillfredställande kommunikation med sjuusköterskan. Kvinnorna uppgav att genom kommunikationen fick de information om olika förslag på behandlingar men tilläts själva välja hur de ville att vården skulle se ut. Detta även om förslag på andra alternativ och lösningar ibland gavs av sjuusköterskan. Kvinnorna berättade att de uppfattade sjuusköterskan som en förespråkare i kommunikationen med läkaren. Det gjorde att kvinnorna kunde inkluderas mer i vården där de annars hade räknats bort, eftersom de inte hade samma kontakt med läkaren som sjuusköterskan hade. Kvinnorna berättade om upplevelsen att det inte bara var deras sjukdom som behandlades. De



behandlade även personen, vilket gjorde att kvinnorna upplevde en känsla av medmänsklighet (Admi et al., 2011; Bakker et al., 2001; Brovall et al., 2006; Halkett et al., 2006; Korber et al., 2011; Pieters et al., 2012).

*”I wanted to know as much about it as there was to know. Maybe I’m just too inquisitive, but I just really want to know what was being done and how come. They never kept you in the dark. I was fully informed. And they made you feel like a friend”* (Pieters et al., 2012, s 13)

## Bristande kommunikation

I huvudkategorin bristande kommunikation beskrev kvinnorna med bröstcancer att de vid diagnostillfället kände en rädsla inför vad som väntade dem. Detta eftersom kommunikationen mellan kvinnorna och sjuksköterskan inte var tillfredställande, och att de vid tillfällena upplevde sjuksköterskan som irriterad och okänslig inför situationen. Det framkom också i resultatet att sjuksköterskan ibland hade en dialog, angående kvinnorna och deras vårdssituation, med läkaren som kvinnorna uteslöts ur. Kvinnorna beskrev upplevelsen att bli utesluten som frustrerande. Detta eftersom de upplevde att de borde inkluderas för att kunna vara delaktiga fullt ut i sin vård.

### *Bristande förtroende*

Bristande förtroende var en underkategori som i resultatet visade att kvinnorna med bröstcancer inte alltid upplevde informationen de fick i vården som tillfredställande. Kvinnorna beskrev att genom kommunikationen med läkaren så kunde information framkomma, som vid senare kommunikation med sjuksköterskan inte var densamma (Bakker et al., 2001).

*“I find that my doctor’s nurse is not always passing the information on to him. I want to feel it’s coming from him and it’s not just her trying to guess what I should do. So that’s annoying when I know that she answers and she hasn’t reached him for a solution. Then I have to wait to talk to him at my appointment”* (Bakker et al., 2001, s 66)

I resultatet framkom det att kvinnor med bröstcancer upplevde att stödet de behövde under sin första sjukdomstid inte var tillräckligt. De upplevde endast ett mycket litet beslutsstöd av sjuksköterskan gällande bröstcancerbehandlingar. Kvinnorna beskrev att de redan i tidigt

stadie av sin sjukdom upplevde ett bristande förtroende för sjuksköterskan. Detta eftersom kommunikationen mellan kvinnorna och sjuksköterskan borde funnits där i chockstadiet när diagnos ställdes, men istället uteblev (Bakker et al., 2001; Brovall et al., 2006; Halkett et al., 2006).

#### *Att inte bli hörda och sedda*

Kvinnorna berättade att de upplevde sjuksköterskan och annan vårdpersonal som okänslig i sin kommunikation. Bröstcancerdiagnosen beskrevs av kvinnorna som en obekant och skrämmande upplevelse. Eftersom sjuksköterskan själv inte upplevt situationen att leva med bröstcancer så uppfattades sjuksköterskan som otålig, ignorant och okunnig. När kvinnorna inte kände sig hörda och sedda beskrev de upplevelsen av att deras frågor och intresse kring bröstcancer viftades bort av sjuksköterskan. Detta gjorde att de påverkades negativt inför framtida möten och relationer med vårdpersonal (Bakker et al., 2001; Halkett et al., 2006; Pieters et al., 2012).

*”Women are stronger, have far more obligations outside of themselves, but are often afraid to ask for help”* (Korber et al., 2011, s 48)

Det sätt som sjuksköterskan informerade på, och hur hon använde sin expertis i vården, beskrevs av kvinnorna som en avgörande faktor för hur sjuksköterskan upplevde maktbalansen mellan sig och kvinnorna med bröstcancer. Kvinnorna redogjorde för när sjuksköterskan såg sig högre i maktbalansen. Då ansåg kvinnorna att de blev undantryckta och bortglömda i situationen, då fokuset istället hamnade på sjukdomen (Bakker et al., 2001; Brovall et al., 2006; Pieters et al., 2012).

#### *Uteslutna ur vården*

Resultatet visade på att kvinnorna kände att de saknade ett fullgott stöd gällande sitt beslutsfattande kring behandlingar och vårdupplägg. Sjuksköterskans kommunikation, där information kring behandlingsalternativ framgick, beskrevs som överväldigande eftersom alternativen framfördes genom otillfredställande kommunikation. Det gjorde det svårt för kvinnorna att ta till sig det som sjuksköterskan försökte informera om (Bakker et al., 2001; Brovall et al., 2006; Pieters et al., 2012).

*”Ask questions and maybe be more firm and say maybe I want this checked out ...maybe that was my mistake ...I should have said that”*  
(Bakker et al., 2001, s 66)

Kvinnorna berättade att de upplevde sig uteslutna ur sin vård och rätten att ta egna beslut. Detta eftersom sjuksköterskan höll hårt i tyglarna gällande kontrollen över vården, för att på så sätt hålla relationen på en professionell nivå. Vid misslyckade försök att kommunicera sina önskemål till sjuksköterskan berättade kvinnorna att de istället blev mer passiva och undergivna i situationen. Det bidrog till att de mer sällan blev tillfrågade om sina önskemål och åsikter (Brovall et al., 2006; Pieters et al., 2012).

## Diskussion

### Metoddiskussion

Studien var en kvalitativt utformad litteraturstudie. Litteraturstudie valdes då det passade tidsramen för att söka vetenskapliga artiklar och sammanställa den insamlade datan. Att göra en studie med kvantitativ utformning valdes bort då statistik inte var intressant för studiens syfte. Även intervjustudie valdes bort då det inte ansågs passa tidsramen då ett etiskt godkännande krävs. Det valdes även bort eftersom patienter inte får intervjuas och det intressanta för studien var kvinnornas perspektiv. Om någon av dessa utformningar valts istället för litteraturstudie hade studien sett annorlunda ut.

Inom området kvinnor med bröstcancer och deras upplevelse av kommunikationen med sjuksköterskan hade det tidigare gjorts ett flertal empiriska intervjustudier men forskningen inom området med litteraturstudier var inte tillfredställande. Litteraturstudie med kvalitativa artiklar gjordes för att kunna svara på syftet genom att sammanställa och förtydliga den tidigare forskningen inom området. När en litteraturstudie görs används litteratur, vetenskapliga artiklar, inom det valda ämnet som söks upp för att sedan kritiskt granskas och sammanställas (Forsberg & Wengström, 2008). Willman et al. (2006) beskriver att artiklar med kvalitativ ansats är att föredra när studien handlar om en grupp människors upplevelser av en specifik situation. I det här fallet var det kvinnornas upplevelse av kommunikationen med sjuksköterskan (ibid). De sökdatabaser som användes var PubMed och Cinahl som enligt Willman et al. (2006) är primärt anpassade för hälso- och sjukvårdspersonal och som innehåller den senaste forskningen vilket passar in på en litteraturstudie. Manuella sökningar gjordes även för att hitta specifika artiklar som ansågs passa i studien. Willman et al. (2006) menar att manuella sökningar är ett komplement till databassökningarna (ibid).

Litteratursökningen har gjorts vid två olika datorer men på både Cinahl och PubMed. Detta

för att kunna söka artiklar som svarade på studiens syfte inom den begränsade tidsramen som fanns för att utforma studien. Aveyard (2010) skriver att genom en litteratursammanställning kan studien förenkla för hälso- och sjukvårdspersonal eftersom de inte behöver läsa individuella studier. Istället kan de läsa litteratursammanställningen där den mest relevanta forskningen presenteras genom en sammanställning av andra studier (ibid.). Litteratursammanställning användes för att kunna stärka denna studie och då kunna användas för att förbättra kommunikationen mellan kvinnor med bröstcancer och sjuksköterskan.

De artiklar som inkluderades i studien ingick endast artiklar skrivna på engelska vilket automatiskt gjorde att artiklar från hela världen framkom i sökningarna. Hade endast artiklar som var skrivna på ett skandinaviskt språk inkluderats hade resultatet kunnat se annorlunda ut. Det togs ett medvetet beslut att inte begränsa till sjukvårdssystem liknande Sveriges, utan istället välja artiklar från olika länder med andra sjukvårdssystem. Detta gjordes för att inte begränsa sökningen, då det ansågs att kommunikationens utformning inte borde skilja sig åt beroende på vart i världen den tillämpas. De utvalda artiklarna till studiens resultat hade ett internationellt spann då artiklar från Australien, Norge, Israel, Sverige, Kanada och USA inkluderades. Den breda urvalet av artiklar har olika kulturer och sjukvårdssystem än det svenska. Willman et al. (2011) menar att genom en användning av artiklar från hela världen kan en trovärdighet för studiens resultat skapas, och därmed kan det bli en styrka i denna studie (ibid.). Den stora avvikelsen från de uppräknade västerländska länderna är USA, vars sjukvårdssystem skiljer sig från de andra utländska ländernas system som använts i studien. Statens kommuner och landsting (2008) diskuterar USA:s sjukvårdssystem som avvikande i den meningen att det grundar sig på privata försäkringar och att sjukvården har ett vinstintresse. Statens kommuner och landsting (2008) menar på att västvärldens industriländer ofta delar liknande sjukvårdssystem som det svenska. Ett sjukvårdssystem där det med olika medel ger alla medborgare möjligheten att få samma typ av vård, oberoende av medborgarens egna ekonomiska medel (ibid). Resultatet hade kunnat påvisa något annat än det nuvarande resultatet om det i denna studie hade exkluderat artiklar från USA. Detta eftersom kvinnorna med bröstcancer hade kunnat vara påverkade i sina ställningstagande om vården, vilket hade kunnat påverka kommunikationen med sjuksköterskan. I artiklarna från USA diskuteras det däremot inte att de inte har råd, eller på annat sätt påverkats av att inte har råd med behandling och vård. Endast i en studie av Pieters et al. (2012) benämns det att en patient anser att företaget bara är ute efter pengar (ibid). Utöver det har det inte visat

någon form av brist i vården eller i kommunikationen mellan kvinnor med bröstcancer och sjuksköterskor.

En av exklusionskriterierna innefattade att kommunikationen endast skulle innefatta kvinnorsjuksköterska på sjukhus och inte på vårdcentral eller i hemsjukvård, detta för att smalna av området. Hade istället vårdcentral och hemsjukvård inkluderats så hade resultatet kunnat visa på annat än det resultat som nu framkommit, eftersom kvinnorna kan ha uppfattat kommunikationen annorlunda när sjuksköterskan är i kvinnans hem än på sjukhuset som mer officiellt kan ses som en arbetsplats.

I datainsamlingen användes sökord som kunde knytas samman till studiens syfte och som även hade liknande betydelser med varandra för att kunna bredda sökspektrumet. Olsson och Sörensen (2011) skriver att om artiklarna som hittas genom sökningarna ska vara relevanta är det viktigt att sökorden och syftet stämmer överens med varandra (ibid). För att utnyttja sökdataserna till fullo och få fram så bra artiklar som möjligt gjordes även en genomgång av sökdataserna tillsammans med en bibliotekarie. Forsberg och Wengström (2008) menar att bibliotekarier som besitter kunskap om de sökdataserna som används kan hjälpa till att ge en mer avancerad inblick i dataserna vilket gör att sökandet kan förbättras (ibid).

Sökningarna förstärktes med de boolska sökoperatorerna AND och OR vilket Willman et al. (2006) beskriver som att lägga in ett OCH eller ett ELLER mellan sökorden. Genom att kombinera med AND eller OR blir sökfältet mer begränsad. Artikelsökningarna hade kunnat se annorlunda ut om även det boolska sökordet NOT hade inkluderats. Det hade kunnat vara till en fördel att använda det för att uppnå en ännu större sökavgränsning. Användningen av NOT kan även vara en nackdel då artiklar kan falla bort i sökningen som annars hade varit användbara till studien.

De artiklar som hittades genom databassökningar i PubMed och Cinahl fick genomgå en kvalitetsgranskning (se bilaga 2) med protokoll för kvalitetsbedömning av kvalitativa studier av Willman, Stoltz och Bathsevani (2011). Detta protokoll för kvalitetsgranskning valdes eftersom det var tidigare känt. Artiklarna granskades var för sig eftersom det, som Willman et al. (2006) beskriver, är till studiens fördel om fler än en person granskat de funna artiklarna, detta eftersom texten kan uppfattas olika från person till person, och de olika tolkningarna då kan ge ett ostabilt resultat. Kvalitetsformuläret är då en hjälp för att bättre kunna kvalitetsbestämma artiklarna och kunna se på papper hur olika artiklarnas kvalitet kan

uppfattas (ibid). Av de artiklar som klarade kvalitetsgranskningen var fyra artiklar av hög kvalitet och tre av medel kvalitet. Sättet som valdes att poängsätta de olika svaren, beroende om svaret var negativt eller positivt, anses inte har påverkats om poängbaseringen på positiva och negativa svar hade varit annorlunda.

Analysen som gjordes på studien var en manifest innehållsanalys med latent inlag och som analysmetod valdes Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av bl.a Krippendorffs innehållsanalys. Denna innehållsanalys valdes eftersom analysens steg upplevdes som mer lättförståeliga än andra analysmetoder. Innehållsanalysen förmedlar på ett enkelt sätt textens kärna och budskap och metoden anses vara en god grund för studenter. Andra analysmetoder kunde ha använts men valdes bort. Exempel på en annan innehållsanalys som kunde ha gjorts var Hsieh och Shannons (2005) konventionella innehållsanalys men eftersom den typen hade ett mer omfattande syfte så valdes istället Graneheim och Lundmans (2004) tolkning av Krippendorffs innehållsanalys. Meningsenheterna valdes ut ur artiklarnas resultat genom att resultatet lästes och relevanta stycken valdes ut och därefter översattes meningsenheterna från engelska till svenska. Detta gjordes med hjälp av ett engelsk-svenskt lexikon för att ingen viktig innebörd i meningensheten skulle förloras i översättningen. Detta eftersom det fanns en möjlighet att innebörden av de engelska meningsenheterna skulle felöversättas då svenska var modersmålet, inte engelska. Meningsenheterna kopierades från artiklarna tillsammans med referens och sidnummer och klistrades sedan in i ett nytt dokument där de kondenserades och kodades. Att meningensheternas urval gjordes tillsammans anses som positivt i studien eftersom de kunde diskuteras under urvalets gång. Underkategorier och huvudkategorier sammanställdes gemensamt då det tydliggjorde hur de skulle se ut. Vid kondenseringen fick det vid något tillfälle åter ses tillbaka till artikelns originaltext för att kunna se textens helhet, så att kärnan av meningensheten inte skulle förloras. Genom innehållsanalysen framkom sex stycken underkategorier som sedan bildade två huvudkategorier.

Valet av referensram var en av sjuksköterskans kärnkompetenser, närmare bestämt personcentrerad vård. Detta eftersom den ansågs som vara en referensram som bör lyftas fram och ständigt vara aktuell för hur kommunikationen upplevs mellan kvinnor med bröstcancer och sjuksköterskan. Personcentrerad vård som referensram skapar en möjlighet att sätta kvinnorna som personer i centrum av sin vård. Att välja andra referensramar så exempelvis Florence Nightingale eller andra omvårdnadsteoretiker hade kunnat ändra

diskussionerna kring studiens resultat, då det istället hade varit ur omvårdnadsteoretikens perspektiv. Genom att diskutera studiens resultat utifrån den personcenterade vården hamnar fokuset på den individanpassningsbara personcentreringen i vården, som är viktig att lyfta fram.

## Resultatdiskussion

Studiens resultat visade på att kvinnor med bröstcancer hade upplevelser av kommunikationen med sjuksköterskan av både positiv och negativ karaktär, även om den positiva var det mest framträdande.

I resultatet framkom det att kommunikationen hade en stor betydelse för kvinnor med bröstcancer under tiden för diagnos och behandling. Detta eftersom det genom kommunikationen byggdes upp ett förtroende för sjuksköterskan hos kvinnorna. McCabe (2004) styrker detta då det beskrivs att kvinnornas syn på sjuksköterskan och hennes kommunikation var värdefull, och att de såg sjuksköterskorna som ett stöd under sin tid på sjukhuset (ibid). Kommunikationen mellan kvinnorna och sjuksköterskan beskrevs i resultatet som en central punkt i allt från information kring sjukdomen och behandlingar till beslutsfattanden kring vården. Även Jones et al. (2010) stöder resultatet när de beskriver hur kvinnor genom kommunikationen med sjuksköterskan känner ett stöd genom sjukdomstiden, och att sjuksköterskan lyssnar till kvinnornas behov och vägleder dem med information och kontakt exempelvis med läkaren (ibid). Som McCance & McCormack (2013) skriver i referensramen kan sjuksköterskan genom kommunikationen med kvinnor med bröstcancer skapa en bild av vad kvinnorna värderar i vården och det som hör till livet kring sjukdomen. Genom kommunikationen kan sjuksköterskan vara närvarande och förstående på ett annat sätt än om hon hade kunnat om arbetet enbart baserats efter läroböcker. Förståelsen, hänsynen och möjligheterna till gemensamma beslutsfattanden som skapas genom kommunikationen bidrar till att en god personcentrerad vård kan utföras (ibid).

Resultatet uppmärksammade att den information som framkom genom kommunikationen gav kvinnorna en ökad insikt i sin diagnos och behandling. Den insikten skapade möjligheter till att ta tillfredställande beslut i sin vård. Det framkom även i resultatet att kvinnor med bröstcancer upplevde att de genom kommunikationen med sjuksköterskan utvecklade en relation som var pågående under hela behandlingstiden. Jones et al. (2010) styrker resultatet att relationen som växte fram under tiden för deras sjukdom underlättade för kvinnorna under

behandlingarna (ibid). Även i referensramen där personcentrerad vård beskrivs som en av sjuksköterskans kärnkompetenser lyfts relationen, som byggs upp genom kommunikationen, fram. För att kvinnorna genom kommunikationen med sjuksköterskan skulle kunna ta det bästa beslutet för just sin livssituation var det viktigt att sjuksköterskan var tydlig i informationen och anpassade den för individen (McCance & McCormack, 2013).

Resultat visade att det stöd som sjuksköterskan ger kvinnorna upplevdes skapa ett förtroende mellan kvinnorna och sjuksköterskan. Kvinnorna upplevde att sjuksköterskan inte bara kommunicerade genom sitt tal utan även genom kroppsspråket och att vara närvarande i samtalet. Förtroendet upplevdes som en inbjudan till att bli delaktig i sin vård. Fredriksson (1999) beskriver att ”vara där” är ett intersubjektivt fenomen där inte endast den fysiska närvaron är inräknad utan även kommunikationen och förståelsen. Att genom kommunikationen ”vara där” för kvinnorna innefattar sjuksköterskans uppmärksamhet där sjuksköterskans kroppsspråk kan uppfattas och räcka som svar. Sjuksköterskans handling med kommunikationen har ett syfte vilket kan vara att ge stöd, att trösta eller att minska kvinnornas intensitet av oönskade känslor kring sin sjukdom och livssituation (ibid).

Genom att sjuksköterskan tillämpade ett personcentrerat arbetssätt kände sig kvinnorna hörda och sedda som individer. Detta styrks av Finch et. Al. (2006) som skriver att sjuksköterskans kommunikation är mer än bara orden som används utan även hennes tonläge, kroppsspråk och ansiktsuttryck. Sjuksköterskans sätt att kommunicera med kroppsspråk och ansiktsuttryck skapade en känsla av tydlighet och förtroende. Kvinnorna kände även att kommunikationen de hade med sjuksköterskan var ärlig och personcentrerad, vilket skapar en känsla av delaktighet i vården (ibid).

I resultatet framkom det att kommunikationen mellan kvinnor med bröstcancer och sjuksköterskan upplevdes som bristande. Detta eftersom kommunikationen och vården som implementerades inte utförts på ett personcentrerat sätt. Chant et al. (2002) styrker detta genom att beskriva sjuksköterskans kommunikation som en färdighet. Sjuksköterskan kan besitta färdigheten men den också kan brista, och är i ständigt behov av utveckling och förbättring. Kommunikationen som sjuksköterskan använde sig av i kontakten med kvinnorna kunde brista på grund av sjuksköterskans olika aspekter, så som förutsättningar och organisatoriska kulturer. Sjuksköterskan var själv en del av dessa faktorer och beroende på hur denne hanterade, eller inte kunde hantera faktorerna, kunde sättet som kommunikationen skedde på ändras både till positiva eller till det negativa (ibid). Chant et al. (2002) menar att



utbildning inom olika kommunikationstekniker skulle kunna vara en lösning på problemet med bristande kommunikation. Utbildningen skulle kunna ske genom både klinisk erfarenhet och teoretisk utbildning, där en lösning till den bristande kommunikation kunde finnas. Behovet av mer forskning inom området är stort för att förbättring ska kunna ske, både för studenter och för färdiga sjuksköterskor (ibid).

Resultatet visade att kvinnor med bröstcancer inte kände sig delaktiga i beslutsfattanden kring sin vård och behandlingar. Detta eftersom information ofta passerade kvinnorna i kommunikationen mellan sjuksköterskan och läkaren. Sheldon et. Al. (2006) styrker resultatet när de beskriver att sjuksköterskor ofta får agera som en tolk mellan läkaren och kvinnorna. Sjuksköterskan är den som stannar kvar efter att läkaren har lämnat rummet, vilket gör det till sjuksköterskans uppgift att svara på frågor eller förklara vad läkaren tidigare sagt. Att sjuksköterskan får agera mellanhand mellan läkare och kvinnorna kan göra att kommunikationen brister och information går förlorad. Den bristande kommunikationen kan försvåra kvinnornas delaktighet i sin vård och även försvåra deras beslutsfattanden kring behandlingar (ibid).

Kvinnor med bröstcancer beskrev i resultatet att de upplevde sjuksköterskan som otålig och okänslig i kommunikationen. Det gjorde att kvinnorna ansågs att deras framtida vårdmöten skulle påverkas. Även hur de kommer kvinnorna såg på sitt eget agerande i vården och på vårdmötena skulle komma att påverkas. McCabe (2004) uppbygger resultatet då kvinnorna inte kände att de kunde prata med sin sjuksköterska. Detta eftersom de uppfattade sig själva som störande för deras arbete, och att sjuksköterskan hade viktigare arbetsuppgifter än att stanna upp för att prata med dem. Sjuksköterskan uppfattades som uppbundna med arbetsuppgifter som läkemedelshantering eller journalskrivning, vilket gjorde att den personcentrerade vården som borde bedrivits stundtals föll bort. Kvinnorna ansåg inte att sjuksköterskorna ensamma var skyldiga till den bristande kommunikationen, eftersom de uppfattade deras arbetsbörda. Den bristande kommunikationen gjorde att kvinnorna höll sig i bakgrunden och på så sätt också bidrog till att kommunikationen inte upplevdes som tillfredställande (ibid). McCabe (2004) beskriver att även om kvinnorna uppskattade sjuksköterskan och hade ett förtroende för yrkesrollen var det ett stort problem att den personcentrerade kommunikationen ofta föll bort. Genom kliniska organisatoriska åtgärder hade sjuksköterskan kunnat få mer tid över att kommunicera på ett sätt som hade fått kvinnor att uppleva kommunikationen som förbättrad och mer individanpassad (ibid). McCance &

McCormack (2013) skriver att personcentrerad vård som en av sjuksköterskans kärnkompetenser är särskilt viktigt i vårdens beslutsfattanden, där både kvinnorna med bröstcancer och sjuksköterskan ska kunna bli hörda. För att kunna bedriva en personcentrerad vård är en givande tvåvägskommunikation en förutsättning för både kvinnorna och sjuksköterskan (ibid).

## Slutsats

Resultaten visade att kvinnorna med bröstcancer var beroende av en god kommunikation från sjuksköterskan. Kvinnorna uppskattade när sjuksköterskan var tydlig och hjälpsam, då de fann både trygghet och stöd i sjuksköterskans kommunikation. Det kvinnorna menade var att deras självkänsla och självbestämmande stärktes av sjuksköterskans stödjande kommunikation. Det påtalas även att när kommunikationen med kvinnorna brister förlorar de sitt självbestämmande samt sin självkänsla. De upplevdes uteslutna från sin egen vård eftersom de kände att besluten togs av någon annan. För att förhindra sådana situationer är det av stor vikt att utforma kommunikationen utifrån en personcentrerad vård. Genom en personligt utformad kommunikation blir mötet mer positivt då informationen är lättförståelig. Kommunikationen har stor betydelse i sjuksköterskans arbete och bemötande, vilket har tydliggjorts i denna studie. Sjuksköterskan bör följa sina kärnkompetenser och kompetensbeskrivningen för att kunna utföra ett gott arbete. Utbildning i kommunikation bör vara en central punkt för sjuksköterskan men även för sjuksköterskestudenter. Det bör finnas utrymme för utveckling av kommunikationen under sjuksköterskeutbildningen samt på arbetsplatsen. Det krävs ett ständigt arbete med kommunikationen inom sjukvården för att kunna förbättra och förtydliga kommunikationen som sker under möten med och för kvinnor med bröstcancer. I tidigare studier har det framkommit att läkarnas kommunikation har varit svårförstådd, vilket resulterade i att sjuksköterskan fick agera tolk åt kvinnorna. Det innebär att sjuksköterskans kommunikation ständigt måste vara närvarande för att skapa en delaktighet vid mötet för kvinnorna med bröstcancer. Med utgångspunkt från studiens resultat kan man kunna se till behovet av vidare utveckling av kommunikationen mellan kvinnor med bröstcancer och sjuksköterskan. Då särskilt användandet av den personcentrerade kommunikationen som ett instrument i relationen mellan kvinnor med bröstcancer och sjuksköterskan.

## Självständighet

A. Hansson & H. Wirén har tillsammans sökt litteratur till både bakgrund och resultat. Detta har gjorts på separata datorer bredvid varandra. Artiklarna har sedan delats upp mellan A. Hansson & H. Wirén för att granskas, efter det byttes artiklarna för att granskas även av den andra parten för att båda skulle vara delaktiga i analysens alla steg, även under kondensering och kodning. A. Hansson har varit huvudansvarig över utformningen av själva studien, och H. Wirén har varit ansvarig för studiens tabeller och referenslista. Skrivandet och korrekturläsning av studien gjordes tillsammans av A. Hansson och H. Wirén.

## Referenser

- Admi, H., Zohar, H., & Rudner, Y. (2011). "Lighthouse in the dark": A qualitative study of the role of breast care nurse specialists in Israel. *Nursing and Health Sciences*, 13, 507-513.
- Amir, Z., Scully, J., & Borril, C. (2004). The professional role of breast cancer nurses in multi-disciplinary breast cancer care teams. *European journal of Oncology Nursing*, 8, 306-314.
- Aveyard, H. (2010). *Doing a literature review in a health and social care: A Practical Guide*. Berkshire: Open University Press.
- Bakker, D., Fitch, M., Gray, R., Reed, E., & Bennet, J. (2001). Patient-health care provider communication during chemotherapy treatment: the perspectives of women with breast cancer. *Patient Education and Counseling*, 42, 61-71.
- Bergh, J., & Emdin, S. (2008). Bröstcancer. I: F. Ringborg, U., Henriksson, R., & Dalianis, T. (Red.), *Onkologi* (sid 265-292). Stockholm: Liber.
- Berlin, J. (2013). Teamarbete – ett livsviktigt samspel. I: F. Leksell, J., & Lepp, M. (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (sid 159-177). Stockholm: Liber.
- Brovall, M., Gaston-Johansson, F., & Danielson, E. (2006). Postmenopausal Women With Breast Cancer: Their Experiences of the Chemotherapy Treatment Period. *Cancer Nursing*, 29, 34-42.
- Chant, S., Jenkinson, T., Randle, J., & Russel, G. (2002). Communication skills: some problems in nursing education and practice. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 12-21.
- Drageset, S., Lindström, T., Giske, T., & Underlid, K. (2012). "The Support I Need" – Women's Experiences of Social Support After Having Received Breast Cancer Diagnosis and Awaiting Surgery. *Cancer Nursing*, 6, 39-47.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Omvårdnadsorienterad kommunikation – Relationsetik, samarbete och konfliktslösnig*. Lund: Studentlitteratur.
- Finch, L. (2006). Patients' communication with nurses: relational communication and preferred nurse behaviors. *International Journal For Human Caring*, 10, 14-22.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Fredriksson, L. (1999). Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. *Journal of advanced nursing*, 30, 1167-1176.
- 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.

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

Hedefalk, B. (2015). *Bröstcancer*. Cancerfonden  
<https://www.cancerfonden.se/om-cancer/efter-cancerbeskedet>  
Hämtad: 2015-04-13

Henricson, M. (2012). Informationssökning. I: F. Karlsson, E K. (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 95-99). Lund: Studentlitteratur.

Jones, L., Leach, L., Chambers, S., & Occhipinti, S. (2010). Scope of practice of the breast care nurse: A comparison of health professional perspectives. *European Journal of Oncology Nursing*, 14, 322-327.

Korber, S., Padula, C., Gray, J., & Powell, M. (2011). A breast navigator program: Barriers, enhancers, and nursing interventions. *Oncology Nursing Forum*, 38, 44-50.

Martinez, K. (2015). How can we best respect patient autonomy in breast cancer treatment decisions?. *Breast cancer management*, 4, 53-64.

McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients experiences. *Journal Of Clinical Nursing*, 13, 41-49.

McCance, T., & McCormack, B. (2013). Personcentrerad omvårdnad. I: F. Leksell, J., & Lepp, M. (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (sid 81-110). Stockholm: Liber.

McWilliam, C., Brown, J-B., & Stewart, M. (2000). Breast cancer patients' experiences of patient-doctor communication: a working relationship. *Patient Education and Counseling*, 39, 191-204.

Nystrand, A. (2014). *Bröstcancer*. Cancerfonden  
<https://www.cancerfonden.se/om-cancer/brostcancer>  
Hämtad: 2015-03-12

O'Hagan, S., Manias, E., Elder, C., Pill, J., Woodward-Kron, R., McNamara, T., Webb, G., & McColl, G. (2014). What counts as effective communication in nursing? Evidence from nurse educators' and clinicians' feedback on nurse interactions with simulated patients. *Journal of Advanced Nursing*, 70, 1344-1356.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). Metoder för datainsamling. I: F Olsson, H., & Sörensen, S.(Red.), *Forskningsprocessen, kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (sid 129-156). Stockholm: Liber.

Pieters, H., Heilemann, M., Maliski, S., Dornig, K., & Menten, J. (2012). Instrumental Relating and Treatment Decisions Making Among Older Women With Early-Stage Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 39, 10-19.

Rosén, M. (2013). Evidens och evidensbaserad vård. I: F. Leksell, J., & Lepp, M. (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (sid 201-2017). Stockholm: Liber.

Rustøen, T., Begnum, S. (2000). Quality of Life in Women With Breast Cancer. *Cancer Nursing*, 23, 416-421.

SFS 2010:659. Patientsäkerhetslag.

Sheldon, L., Barrett, R., & Ellington, L. (2006). Difficult communication in nursing. *Journal Of Nursing Scholarship*, 38, 141-147.

Sherwood, G., & Barnsteiner, J. (2013). *Kvalitet och säkerhet inom omvårdnad: sex grundläggande kärnkompetenser*. Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2014). *Cancerincidens i Sverige 2013*.

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19613/2014-12-10.pdf>

Hämtad: 2015-03-29

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen

Vincent, P. (2000). *Norstedts stora engelsk-svenska ordbok – Norstedts comprehensive English-Swedish dictionary (3 uppl)*. Stockholm: Norstedts ordbok

Watts, T. (2013). Primary Breast Cancer: what do practice nurses need to know?. *Practice Nurse*, 43, 36-42.

Wiklund Gustin, L., & Bergbom, I. (2012). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet (3 uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.

Zamanzadeh, V., Rassouli, M., Abbaszadeh, A., Nikanfar, A., Alavi-Majd, H., & Ghahramanian, A. (2014). Factors Influencing Communication Between the Patients with Cancer and their Nurses in Oncology Wards. *Indian Journal of Palliative Care*, 20, 12-20.

# Bilaga 1 Databassökningar

## Sökningar i CINAHL

	Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa Titlar	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
S1	Breast neoplasms	28395	150417	0	0	0
S2	Breast cancer	20740	150417	0	0	0
S3	Patient-nurse relations	19223	150417	0	0	0
S4	Communication	20014	150417	0	0	0
S5	Patient perspective	456	150417	0	0	0
S6	Patient centered care	2413	150417	0	0	0
S7	Breast cancer patients experience	68	150417	0	0	0
S8	Patient perspective of breast cancer	3	150417	0	0	0
S9	Patients experience	3713	150417	0	0	0
S1 AND S4	breast neoplasms AND communication	607	150417	300	32	2 (dublett)
S1 AND S4 AND S3	breast neoplasms communication AND patient-nurse relations	11	150417	11	8	0
S1 AND S3	breast neoplasms AND patient-nurse relations	45	150417	45	11	1 (dublett)
S1 AND S3 AND S4	breast neoplasms AND patient-nurse relations AND communication	11	150417	11	7	0
S1 AND S3 AND S4 AND S5	breast neoplasms AND nurse-patient relations AND communication AND patient perspective	1	150417	1	0	0
S8 AND S3	patient perspective of breast cancer AND patient-nurse relations	18,740	150417	0	0	0
S1 AND S6	breast neoplasms AND patient centered care	54	150417	54	10	1 (dublett)
S1 AND S6 AND S3	breast neoplasms and patient centered care AND patient-nurse relations	3	150417	3	3	0
S1 AND S9 AND S4	breast neoplasms patients experience AND communication	14	150417	14	9	0

## Sökningar i PubMed

	Sökordskombinationer	Antal träffar	Sökdatum	Lästa Titlar	Lästa abstrakt	Antal valda artiklar
S1	breast neoplasms	152290	150417	0	0	0
S2	breast cancer	298631	150417	0	0	0
S3	patient-nurse relations	18400	150417	0	0	0
S4	communication	333453	150417	0	0	0
S5	patient perspective	31659	150417	0	0	0
S6	patient centered care	17558	150417	0	0	0
S7	breast cancer patients experience	4278	150417	0	0	0
S8	patient perspective of breast cancer	1019	150417	0	0	0
S9	patients experience	217823	150417	0	0	0
S1 AND S4	breast neoplasms AND communication	3193	150417	0	0	0
S1 AND S4 AND S3	breast neoplasms AND communication AND patient-nurse relations	50	150417	50	12	1
S1 AND S3	breast neoplasms AND patient-nurse relations	182	150417	182	18	0
S1 AND S3 AND S4	breast neoplasms AND patient-nurse relations AND communication	50	150417	50	14	2
S1 AND S3 AND S4 AND S5	breast neoplasms AND nurse-patient relations AND communication AND patient perspective	4	150417	4	4	0
S8 AND S3	patient perspective of breast cancer AND patient-nurse relations	8	150417	8	8	0
S1 AND S6	breast neoplasms AND patient centered care	190	150417	190	32	2
S1 AND S6 AND S3	breast neoplasms and patient centered care AND patient-nurse relations	6	150417	6	6	1
S1 AND S9 AND S4	breast neoplasms patients experience AND communication	146	150417	146	12	1
S2 AND S1 AND S4 AND S5	breast cancer AND breast neoplasms AND communication AND patient perspective	58	150417	58	5	2 (dubblätt)



## Bilaga 2 Granskningsprotokoll

Protokoll för kvalitetsbedömning av kvalitativa studier (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011).

Finns det ett tydligt syfte? Ja  Nej  Vet ej

Patientkaraktäristiska Antal.....

Ålder.....

Man/kvinna.....

Är kontexten presenterad? Ja  Nej  Vet ej

Etiskt resonemang? Ja  Nej  Vet ej

*Urval*

Relevant? Ja  Nej  Vet ej

Strategiskt? Ja  Nej  Vet ej

*Metod för*

– urvalsförfarande tydligt beskrivet? Ja  Nej  Vet ej

– datainsamling tydligt beskriven? Ja  Nej  Vet ej

– analys tydligt beskriven? Ja  Nej  Vet ej

*Giltighet*

– Är resultatet logiskt, begripligt? Ja  Nej  Vet ej

– Råder datamättnad? (om tillämpligt) Ja  Nej  Vet ej

– Råder analysmättnad? Ja  Nej  Vet ej

*Kommunicerbarhet*

– Redovisas resultatet klart och tydligt? Ja  Nej  Vet ej

– Redovisas resultatet i förhållande till Ja  Nej  Vet ej

en teoretisk referensram?

Genereras teori? Ja  Nej  Vet ej

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Hög  Medel  Låg

## Bilaga 3 Artikelöversikt

### Artikelöversikt 1 (2)

Författare/år/land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Kvalitet
Pieters, H., Heilemann, M., Malinski, S., Dornig, K., & Mentis, J. 2012, USA	”Instrumental Relating and Treatment Decision Making Among Older Women With Early-Stage Breast Cancer”	Att förstå hur kvinnor, 70 år eller äldre, som nyligen genomgått behandling för bröstcancer i tidigt stadium upplevde beslutsfattanden kring behandling	28 semistrukturerade personliga intervjuer	18 kvinnor i åldrarna 70-94 år som avslutat behandling för primär bröstcancer i ett tidigt stadium	Hög
Admi, H., Zohar, H., & Rudner, Y. 2011, Israel	”Lighthouse in the dark: A qualitative study of the role of breast care nurse specialist in Israel”	Att få en inblick i rollen av specialistbröstsjuksköterskans roll genom en analys av tackbrev skrivna av kvinnor med bröstcancer	Trianglerad kvalitativ studie som baserades på 125 tackbrev från kvinnor med bröstcancer. Även intervjuer med 3 kvinnor med bröstcancer. Datan analyserades genom beskrivande innehållsanalys	125 tackbrev skrivna av 113 kvinnor med bröstcancer till bröstcancersjuksköterskor. Tre intervjuer med kvinnor med bröstcancer	Medel
Brovall, M., Gaston-Johansson, F., & Danielson, E. 2006, Sverige	“Postmenopausal Women With Breast Cancer: Their Experiences of the Chemotherapy Treatment Period”	Att beskriva upplevelsen av kvinnor efter klimakteriet med bröstcancer som genomgår adjuvant cytostatikabehandling	Intervjuer med öppna frågor	20 kvinnor >50 år som genomgått klimakteriet och var diagnostiserade med bröstcancer	Medel

## Artikelöversikt 2 (2)

Författare/år/land	Titel	Syfte	Metod	Urval	Kvalitet
Halkett, G., Arbon, P., Scutter, S., & Borg, M. 2014, Australien	"The role of the breast cancer nurse during treatment for early breast cancer: The patient's perspective"	Att undersöka patientens perspektiv på bröstcancersjuksköterskans roll	Fördjupade intervjuer. Tematisk analys gjordes för att analysera datan	18 Kvinnor som hade avslutat sin behandling för bröstcancer i tidigt stadie	Hög
Korber, S., Padula, C., Gray, J., & Powell, M. 2011, USA	"A Breast navigator Program: Barriers, Enhancers, and Nursing Interventions"	Att identifiera hinder och förstärkare för avklarande av bröstcancerbehandling ur perspektivet av deltagare i ett bröstcancer navigations-program	Kvalitativ studie med fokusgrupper och telefonintervjuer	14 kvinnor som var inskrivna i bröstcancer navigations-programmet. 13 av kvinnorna hade avslutat sin bröstcancerbehandling och en kvinna hade inte avslutat behandlingen	Hög
Bakker, D., Fitch, M., Gray, R., Reed, E., & Bennet, J. 2001, Kanada	"Patient-health care provider communication during chemotherapy treatment: the perspectives of women with breast cancer"	Att undersöka interaktioner mellan kvinnor med bröstcancer och deras cancerspecialister ur ett patientperspektiv under tiden kvinnorna genomgick kemoterapi.	Fördjupade ostrukturerade intervjuer	40 kvinnor med bröstcancer från två olika cancercenter	Medel
Drageset, S., Lindstrøm, T., Giske, T., & Underlid, K. 2012, Norge	"The Support I Need – Women's Experiences of Social Support After Having Received Breast Cancer Diagnosis and Awaiting Surgery	Att beskriva kvinnors individuella upplevelser av socialt stöd efter att få en bröstcancerdiagnos och väntar på operation	Kvalitativ beskrivande designad studie med individuella semistrukturerade intervjuer utförda dagen före operation	21 kvinnor mellan 41-73 år som nyligen diagnosticerats med bröstcancer	Hög

## Bilaga 4 Exempel på innehållsanalys

### Meningsenheter 1 (3)

Meningsenhet	Översatt meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
”The women used metaphors describing the BCNS as an anchor, a supporting shoulder, a comforting hand, and a traffic light providing direction” (Admi et al., 2011)	Kvinnorna använde metaforer för att beskriva BCNS som ett ankare, en stödjande axel, en tröstande hand, och ett trafikljus som ger riktning	Kvinnorna beskrev sjuksköterskorna som guidande och med en stödjande hand	Att bli guidad rätt av sjuksköterskan	Förtroende för sjuksköterskan	Stödjande kommunikation
“She listens so carefully to what you’re saying and therefore everything gets done. It’s because she heard what I wanted to do and she said well all right, if you think you can handle it, we’ll try it” (Bakker et al., 2001)	”Hon lyssnar så noga på vad du säger och därför allt blir gjort. Det beror på att hon hörde vad jag ville göra och hon sa okej, om du tror att du kan hantera det ska vi prova det ”	Hon hör vad du säger och säger okej, att vi kan prova det du vill	Hon lyssnar på vad du vill	Att bli hörda och sedda	

Meningsenheter 2 (3)

Meningsenhet	Översatt meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
<p>“It’s your body and you have a right to know what they’re going to be doing to it. So if you have any doubts or any questions, don’t hesitate to ask why” (Bakker et al., 2001)</p>	<p>”Det är din kropp och du har rätt att veta vad de ska göra det. Så om du har några tvivel eller frågor, tveka inte att fråga varför”</p>	<p>Det är din kropp, har du frågor eller tvivel om behandling så tveka inte att fråga</p>	<p>Att få vara delaktig i vården när det gäller ens egen kropp</p>	<p>Att känna sig delaktiga i vården</p>	<p>Stödjande kommunikation</p>
<p>“I find that my doctor’s nurse is not always passing the information on to him. I want to feel it’s coming from him and it’s not just her trying to guess what I should do. So that’s annoying when I know that she answers and she hasn’t reached him for a solution. Then I have to wait to talk to him at my appointment” (Bakker et al., 2001)</p>	<p>Jag tycker att min sjuksköterska inte alltid delgav informationen till läkaren. Jag vill känna att det kommer från honom och att det är inte bara är hon som försöker gissa vad jag ska göra. Så det är irriterande när jag vet att hon svarar och hon inte nått honom för en lösning. Då måste jag vänta med att prata med honom på mitt möte”</p>	<p>Vill ha korrekt information från sin läkare och inte något svar som sjuksköterskan har gissat</p>	<p>Sjuksköterskan ger otillförlitliga svar på frågor</p>	<p>Bristande förtroende</p>	<p>Bristande kommunikation</p>

Meningsenheter 3 (3)

Meningsenhet	Översatt meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
”Women are stronger, have far more obligations outside of themselves, but are often afraid to ask for help” (Krober et al., 2011)	”Kvinnor är starkare, har långt fler skyldigheter utanför sig själva, men är ofta rädda för att be om hjälp”	Kvinnor är starka men vågar inte be om hjälp med sina skyldigheter	Att inte våga be om hjälp	Att inte bli hörda och sedda	Bristande kommunikation
”Ask questions and maybe be more firm and say maybe I want this checked out ...maybe that was my mistake ...I should have said that” (Bakker et al., 2001)	”Ställ frågor och kanske vara mer fast och säga kanske jag vill ha det här undersökt ... kanske var det mitt misstag ... Jag borde ha sagt det ”	Skulle ställt fler frågor och stått på mig att jag vill ha detta undersökt	Att inte bli tillfrågad och engagerad i vården	Uteslutna ur vården	