Sjuksköterskans stödjande omvårdnadsåtgärder för kvinnor med bröstcancer – en litteraturstudie

Nursing interventions to support women with breast cancer – a literature review

Författare
Cassandra Westley
Matilda Sundell

Örebro universitet, Institutionen för hälsovetenskap och medicin
Omvårdnadsvetenskap
Omvårdnadsvetenskap C, Självständigt arbete 15 hp
Höstterminen 2015

Sammanfattning
Bakgrund: Bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor. Diagnosen innebär psykiska, fysiska och sociala konsekvenser för kvinnan vilket medför krav på sjuksköterskans kompetens inom omvårdnad.
Syfte: Syftet med litteraturstudien var att beskriva sjuksköterskans stödjande omvårdnadsåtgärder för patienter med bröstcancer.
Metod: En litteraturstudie genomfördes med en beskrivande design och en struktuerad sökning. Databaserna som användes var Medline och Cinahl. Artiklar som inkluderades i studien skulle vara skrivna mellan 2005-2015, vara peer reviewed och publicerade på engelska. De valda artiklarna lästes igenom och kvalitetgranskades av båda författarna. Analysen av artiklarna gjordes med hjälp av Krisenssons (2014) integrerad analys.
Resultat: Resultatet visade att det finns flera olika omvårdnadsaspekter som behöver uppmärksammas och att sjuksköterskan bör arbeta utifrån en personcentrerad omvårdnad genom hela sjukdomsprocessen. De främsta omvårdnadsfaktorerna som framkom i resultatet var samordning och organisation i vården, personcentrerad omvårdnad, betydelsen av information, stöd gällande kroppsuppfattning och sexualtiet, vikten av socialt stöd, emotionellt stöd och uppföljning efter behandling och utskrivning.
Slutsats: Omvårdnaden för patienter med bröstcancer är komplex och kvinnor har behov av individuellt anpassat stöd i olika tidsperioder under sjukdomen. Utifrån tidigare forskning kan det konstateras att flera kvinnor upplever att de inte får sina behov tillgodosedda. En mer detaljerad forskning om kvinnans upplevelser samt hur diagnosen påverkar henne kan förbättra bröstcancervården och bidra till att kvinnors individuella behov kan tillfredsställas.

Nyckelord: Bröstcancer, Omvårdnadsåtgärder, Personcentrerad omvårdnad, Sjuksköterska

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. Inledning 3
2. Bakgrund 3
2.1 Bröstcancer 3
2.2 Sjukdomens påverkan på kvinnan 3
2.2.1 Behandlingens påverkan 4
2.2.2 Psykiska reaktioner 5
2.2.3 Sexualitet och relationer 6
2.3 Sjuksköterskans stödinsatser 7
2.3.1 Personcentrerad omvårdnad 8
2.3.2 Uppföljning 8
2.4 Problemformulering 8
3. Syfte 9
4. Metod 9
4.1 Design 9
4.2 Sökstrategi 9
4.3 Urval 10
4.3.1 Inklusions- och exklusionskriterier 10
4.3.2 Urvalsprocess 11
4.3.3 Kvalitetsgranskning 11
4.3.4 Analys 11
4.4 Etiska överväganden 11
5. Resultat 12
5.1 Samordning och organisation 12
5.2 Personcentrerad omvårdnad 12
5.3 Betydelsen av information 13
5.4 Bristande stöd gällande kroppsuppfattning och sexualitet 14
5.5 Vikten av socialt stöd 16
5.6 Emotionellt stöd 17
5.7 Uppföljning efter behandling och utskrivning till hemmet 18
6. Diskussion 20
6.1 Metoddiskussion 20
6.1.1 Sökstrategi 20
6.1.2 Begränsningar, inklusions- och exklusionskriterier 21
6.1.3 Granskningsprocessen 22
6.1.4 Analys 23
6.2 Resultatdiskussion 23
6.2.1 Samordning och organisation 23
6.2.2 Personcentrerad omvårdnad 24
6.2.3 Information och egenvård 25
6.2.4 Sexualitet 26
6.2.5 Vikten av socialt stöd 27
6.2.6 Emotionellt stöd 28
6.2.7 Genus och kultur 29
6.2.8 Etik inom bröstcancervården 29
6.2.9 Klinisk nytta 30
6.2.10 Förslag till fortsatt forskning 30
7. Slutsats 30
Referenser 32
Bilagor

1. INLEDNING

För många kvinnor har bröstet en viktig psykisk funktion för självkänslan. Att få ett bröstcancerbesked kan innebära en stor förändring och ett förändrat livsperspektiv. Ju skörare identitet och självkänsla, desto lättare uppstår psykiska reaktioner av sorg (Cullberg, 2006). Som sjuksköterska är det därför viktigt att identifiera patientens egna behov av vård och stöd, både under förloppet samt efter sjukdomen (Almås & Sørensen, 2002).

2. BAKGRUND

2.1 Bröstcancer

Bröstcancer är den vanligaste cancerformen bland kvinnor. År 2013 rapporterades 9123 fall av kvinnlig bröstcancer i Sverige, vilket motsvarar 31 procent av all kvinnlig cancer. Under perioden mellan 1970 och 2013 har förekomsten ökat från cirka 80 till 190 fall per 100 000 (Socialstyrelsen, 2013). Bröstcancer delas in i grupper beroende på var cancern ursprungligen startat. Den vanligaste formen av bröstcancer är den som utgår från mjölkgångarnas celler eller från mjölkörtlarna (Mård, 2013). Prognosen ser olika ut beroende på vilket stadium sjukdomen befinner sig i och beaktar tumörens storlek, hur inblandade lymfkörtlarna är i det drabbade området samt om cancern har spridit sig till andra delar av kroppen. Vilken typ av behandling som krävs avgörs utifrån vilket spridningsstadium sjukdomen befinner sig i (Crane-Okada & Loney, 2007).

2.2 Sjukdomens påverkan på kvinnan

Bröstcancer har psykologiska, känslomässiga och sociala konsekvenser för kvinnan vilket medför utmaningar och omställningar i livet (Cruickshank, Kennedy, Lockhart, Dosser & Dallas, 2008; Montazeri, 2008). Det kan handla om psykiska, fysiska, funktionella och sociala utmaningar, vilket vidare medför att kvinnans livskvalitet kan påverkas. Livskvalitet omfattar upplevelser och känslor, vilka är individuella för varje person. Det är därför viktigt att sjuksköterskan tar reda på vad som är betydelsefullt för varje enskild patient (Brülde, 2003).

Det finns många definitioner på vad livskvalitet är. Världshälsoorganisationen (WHO, 1995) definierar livskvalitet som ”Individual´s perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns” (s. 1405).

2.2.1 Behandlingens påverkan

Är prognosen god kan kvinnan genomgå en bröstbevarande operation. Tumören tas då bort tillsammans med närliggande bröstvävnad och ofta avlägsnas även lymfkörtlarna i armhålan. När hela bröstkörteln avlägsnas kallas det för en mastektomi. Behandlingsmetoden är aktuell när området med förstadium till cancer är utbredd. Val av operationsmetod utses i samråd med kvinnan där valet till viss del styrs av vad som passar kvinnan bäst med beaktande av hennes trygghet samt hur operationen kommer påverka hennes självbild (Gjertsen, 2003; Almås & Sørensen, 2002).

Efter operationen genomgår kvinnan oftast strålbehandling beroende på vilket stadie kvinnan är i. Har en spridning av metastaser till lymfkörtlarna skett, kan det vara aktuellt med stål- cytostatika- eller hormonbehandling var för sig eller i kombination. Det bedöms av kirurgen och onkologen och tillämpas för att förhindra lokala återfall av sjukdomen (Gjertsen, 2003; Almås & Sørensen, 2002).

Strålbehandling är en form av behandling mot bröstcancer som innebär att området där cancertumören finns, strålas. Biverkningar som kan uppstå i samband med strålbehandling är fatigue, lokala hudförändringar, illamående, halsont och smärta relaterad till en tillfällig inflammtion i nerver (Crane-Okada & Loney, 2007; Tadman & Roberts, 2007). Andra biverkningar som kan uppstå är aptitlöshet och därmed viktförändringar samt infertilitet (Valand & Fodstad, 2002). Många patienter upplever stora psykiska påfrestningar i samband med strålbehandling. Psykisk stress under en längre tid påverkar tidigare nämnda biverkningar vilket vidare bidrar till ytterligare kraftlöshet (Varre, 2003).

En kombination av kirurgi och strålbehandling i axillen ökar risken för lymfödem. Lymfödem uppstår när det lymfatiska systemet sviktar vilket ökar vätske- och proteinmängden interstitiet. Det kan leda till ytterligare en fysisk påfrestning för patienten (Gjertsen, 2003; Vigen, 2003).

Cytostatikabehandling är en behandlingsform som används av patienter som befinner sig i ett mer aggressivt stadie av sjukdomen. Relaterade biverkningar är illamående, kräkningar, diarre, konstipation, smakförändringar, fatigue och håravfall (Crane-Okada & Loney, 2007; Tadman & Roberts, 2007). Patienternas reaktioner varierar från individ till individ men cytostatikabehandling kan innebära en stor påfrestning både psykiskt och fysiskt (Valand & Fodstad, 2002).

Hormonbehandling med antiöstrogener används när tumören har östrogenreceptorer, vilket är cirka 80 % av fallen. Hormonbehandling har stor betydelse för undvika recidiv och dödlighet i bröstcancer och kan behövas upp till 3-5 år efter operationen. Biverkningar som kan uppstå är illamående, vätskeansamlingar i kroppen, lätt viktökning och blödning från slidan. Även besvär liknande de som uppstår vid klimakteriet kan förekomma, till exempel värmevallningar (Almås & Sørensen, 2002).

2.2.2 Psykiska reaktioner

Kvinnobröstet har i alla tider varit en symbol för det kvinnliga och feminina. Att få ett bröstcancerbesked och därmed eventuellt förlora ett eller båda av brösten kan uppfattas som ett hot för kvinnans identitet. Många aspekter av kvinnans tillvaro påverkas vilket kan leda till en personlig kris (Gjertsen, 2003). Kriser innebär upplevda känslor av övergivenhet, självförakt och kaos, enskilt eller i kombination. Kaosupplevelsen kan betraktas vara förknippad med cancerbeskedet, då kvinnan kan känna stark ångest samt ett panikartat sökande efter meningen med livet i relation till det besked hon nyss delgivits (Cullberg, 2006).

Att genomgå en kris är en naturlig del i läkningsprocessen vilken består av fyra faser;

1. Under *chockfasen* håller den insjuknande patienten verkligheten ifrån sig och relaterar inte adekvat till det som hänt. Utåt sett kan allt verka välordnat men kan under ytan liknas med en katastrof då hela patientens existens hotas. Chockfasen kan pågå från ett kort ögonblick, upp till några dygn som längst.
2. *Reaktionsfasen* pågår under några veckor upp till flera månader. Nu börjar kvinnan reagera på det som hänt och individens försvarsmekanismer mobiliseras. Det är vanligt att hon söker en mening med det som hänt och frågar sig varför hon drabbats.
3. Under *bearbetningsfasen* börjar situationen ofta att stabilisera sig och kvinnan kan börja blicka framåt istället för att vara upptagen med att fokusera på att överleva dagen. Bearbetningsfasen pågår cirka ett halvår, upp till ett år efter cancerbeskedet.
4. I *nyorienteringsfasen* har den drabbade patienten accepterat den nya livssituationen och den initialt medföljande smärtan av cancerbeskedet är nu under kontroll. Individen finner lösningar på problem och klarar av att gå vidare (Cullberg, 2006).

Att bli diagnostiserad med en cancersjukdom innebär både förlust och sorg. Många kvinnor som opererats beskriver en känsla av förtvivlan och ångest inför framtiden (a.a). Cullberg (2006) menar att det är vanligt att kvinnor faller in i en depression efter operationen, vilket beror på den upplevda känslan av att ha blivit stympad.

2.2.3 Sexualitet och relationer

Sexualitet och relationer är en väsentlig del av livet som mer eller mindre kan påverkas beroende på varje enskild kvinnas livssituation (Carlsson, 2007). Att få en livshotande sjukdom utmanar både relationen till sig själv men även till sin partner. Sexualitet har olika psykiska och fysiska aspekter, såsom närhet, bekräftelse, njutning och sensualism. Sexuell lust består av sexuell drift, motivation och önskan, vilka kan påverka omfattningen av den upplevda sexlusten (Carlsson, 2007). Tidigare forskning visar att kvinnor med bröstcancer upplever både fysiska och psykiska förändringar vad gäller självbild och sexualitet. Det kan handla om fysiska omställningar så som

sexuell lust och njutning samt om psykiska förändringar som en negativ kroppsuppfattning, förlust av kvinnlighet, depression och ångest (Gilbert, Ussher, & Perz, 2010). Sex och sexualitet betraktas ofta som ett obekvämt samtalsämne att prata om, både för patient och vårdpersonal, vilket kan medföra att ämnet inte tas upp. Det kan på sikt orsaka problem och svårigheter i relationen med sig själv samt till sin partner (Carlsson, 2007).

2.3 Sjuksköterskans stödinsatser

Omvårdnad handlar inte bara om att lindra patientens fysiska besvär utan även att främja den psykiska hälsan. Sjukdomsförloppet kan se olika ut och patienten kan behöva olika slags stöd beroende på vilka problem och konsekvenser som uppstår i samband med sjukdomen och behandlingsprocessen (Carlsson, 2007). Lampic, Höyer & Lambe (2010) menar att kommunikation och samordning är en viktig del inom cancervården samt en förutsättning för att kunna ge kvinnan det stöd hon behöver. Sjuksköterskan har en betydande roll vad gäller samordningen och bör vara lyhörd och uppmärksam på tecken hos patienten som tyder på att hon behöver kontakt med andra i vårdteamet. Utifrån kvinnans behov kan sjuksköterskan erbjuda kontakt med till exempel kurator, fysioterapeut, präst eller psykiater (Valand & Fodstad, 2002). Väsentliga faktorer för att uppnå en god cancervård är bemötande, kontinuitet, omvårdnad och psykosocialt stöd (Lampic et al., 2010). Psykosocialt stöd är ett mångdimensionellt begrepp där flera yrkeskategorier är inblandade. House (1981) har kategoriserat socialt stöd i fyra kategorier:

1. *Emotional support* innebär att visa delaktighet, empati, kärlek och omsorg.
2. *Appraisal support* är bekräftelse stöd i form av uppmuntran och feedback och sociala jämförelser. Det kan handla om stöd från andra som har liknande erfarenheter.
3. *Informational support* innebär rådgivning, förslag eller vägledning som kan hjälpa en person ta sig igenom en svårhanterbar situation
4. *Instrumental support* innebär stödinsatser i form av ekonomi, tid och praktiska handlingar.

2.3.1 Personcentrerad omvårdnad

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:72) har sjukvården som ansvar att erbjuda patienten individanpassad information utifrån hans eller hennes behov. Vården ska utformas i samråd med patienten och sjuksköterskan ska säkerställa att patienten samt att hans eller hennes närstående har förstått den givna informationen. Kontakten mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal ska främjas och målet för hela hälso- och sjukvårdslagen är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Personcentrerad vård handlar om att tillgodose den enskilda personens behov utifrån hans eller hennes upplevelser och tolkning av hälsa och sjukdom. Det innebär att sjuksköterskan bör ha ett helhetsperspektiv där patientens andliga, existentiella, sociala, psykiska samt fysiska behov uppmärksammas och respekteras (Svensk Sjuksköterskeförening, 2010). Omvårdnaden av kvinnor med bröstcancer ska utgå ifrån *kvinnan*, där sjuksköterskan bör ha en överblick av kvinnans totala situation och hennes resurser (Valand & Fotstad, 2002).

2.3.2 Uppföljning

Alla kvinnor som diagnostiseras med bröstcancer i Sverige följs noggrant genom hela sjukdomsförloppet och behandling samt resultat registreras genom hela sjukdomsprocessen (Berg, 2007). Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer från 2014 bör hälso- och sjukvården erbjuda en kontaktsjuksköterska till varje kvinna med bröstcancer. Det har visat sig vara betydande för patientens upplevelse och bearbetning av sin sjukdom och situation (Socialstyrelsen, 2014). Regelbundna och täta kontroller har inte kunnat påvisa en större överlevnadsfrekens i bröstcancer, men uppföljningen har däremot tillgodosett andra patientbehov, så som olika typer av stöd och ett ökat välbefinnande (Regionala cancercentrum i samverkan, 2014). Socialstyrelsen rekommenderar en strukturerad årlig uppföljning i minst fem år efter att en kvinna men bröstcancer blivit behandlad.

2.4 Problemformulering

Incidensen av bröstcancer är stigande och statistiskt sett kommer var tionde kvinna i Sverige att utveckla bröstcancer (Almås & Sørensen, 2002).

Omvårdnad av en kvinna med bröstcancer är en uppgift som kräver mycket engagemang från sjuksköterskan. Tiden under sjukdomsprocessen präglas av många olika känslor så som hopp, besvikelse, sorg och meningsfullhet för alla inblandade (Valand & Fodstad, 2009). Vården är i ständig utveckling och trots att sjuksköterskor är en stor del av cancervården finns fortfarande förhållandevis lite information kring hur en optimal omvårdnad bör se ut för kvinnor med bröstcancer (Vivar & McQueen, 2005). Nya studier visar att patienter behöver mer information och undervisning samt stöd från vårdpersonal (Binkley, Harris, Levangie, Pearl, Guglielmino, Kraus & Rowden 2012). Kvinnor som diagnostieras med bröstcancer är olika individer och har olika uppfattningar samt individuella behov av stödinsatser. För att optimera omhändertagandet och omvårdnaden för kvinnor med bröstcancer behövs därför mer kunskap och forskning kring kvinnors behov av stöd samt upplevelser.

3. SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att beskriva sjuksköterskans stödjande omvårdnadsåtgärder för kvinnor med bröstcancer.

4. METOD

4.1 Design

Studien genomfördes som en litteraturstudie med en beskrivande design, där en strukturerad sökning har utförts med mål att få med relevanta studier inom det valda området. Litteraturstudien innebär ett kritiskt granskande och sammanställande av litteratur inom ett problemområde eller ett valt ämne (Kristensson, 2014).

4.2 Sökstrategi

Sökord identifierades utifrån de meningsbärande orden i syftet, där några av sökorden översattes i Svenska Mesh. ”Breast cancer” översattes till ”Breast Neoplasms”. Databaserna Medline och Cinalh valdes ut då de har relevant forskning inom omvårdnadsvetenskap. För sökmatris se Bilaga 1. Därefter genomfördes en sökning med de enskilda ämnesorden och utvidgades med

”suggest terms” för att inkorporera andra relaterade termer. Termerna ”Nurses” och ”Breast Neoplasms” utvidgades med hjälp av databasernas egna ordlistor för att få fram alla artiklar där termerna benäms. ”Nurse-patient relations” och ”Nursing/nurses role” söktes som enskilda ämnesord. Efter att ha omarbetat syftet efter de första sökningarna valdes ”Nurses role” fortsättningsvis att användas som sökord då ett flertal av de valda titlarna hade ”Nursing/nurses role” som nyckelbegrepp. Artiklarna där ”Nurses/nursing role” nämndes i, svarade på syftet och gjorde att sökningen utökades ytterligare.

I båda databaserna användes följande meshtermer och kombinationer (MH Nurses+) OR (MH Nurse's Role), (MH Breast Neoplasms+) AND (MH "Nurse-Patient Relations"), (MH Breast Neoplasms+) AND (MH Nurse's Role), (MH Breast Neoplasms+) AND (MH Nurses+) samt (MH Breast Neoplasms+) AND (MH Nurses+) OR (MH Nurse's Role), se bilaga 1. Avgräsningarna för sökningarna var att artiklarna skulle vara skrivna mellan år 2005-2015 och på engelska. På Cinalh valdes även avgräsningen att artiklarna skulle vara Peer reviewed. Ett krav för att artiklarna ska få publiceras på Medline är att de ska vara Peer reviewed, vilket innebär att avgränsingen skedde automatiskt vid sökningen på databasen.

Därefter genomfördes en fritextsökning i båda databaserna enligt den Booleska sökstrategin. Sökningar av *Nurs**, *Support*, *Breast cancer*, *Breast Neoplasms,* och *”Nursin-* eller *Nurses Role”* kombinerades med AND emellan begreppen.

4.3 Urval

4.3.1 Inkulsions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier var att artiklarna skulle beskriva sjuksköterskans stödjande omvårdnadsåtgärder för patienter med bröstcancer, vara skrivna på engelska, publicerade mellan 2005-2015 samt ”peer reviewed”. Studierna skulle utgå från kvinnornas perspektiv samt deras behov av stöd, vilket gjorde att de artiklar som enbart handlade om familjens och anhörigas upplevelser, exkluderades. Eftersom författarna valde att fokusera på kvinnor som överlevt bröstcancer exkluderades studier som handlade om palliativ vård.

4.3.2 Urvalsprocess

Sökningarna på Medline slutade med 26 lästa titlar och abstrakt och Cinalh med 39 stycken. Artiklarna som valdes ut i sökningarna har genomgått flera urval och granskats i fyra steg, se bilaga 1. Under första steget lästes artiklarnas titlar. Därefter lästes abstrakt och de studier som inte svarade på syftet sorterades bort vilket gjorde att 20 artiklar återstod för genomläsning i fulltext. Efter enskild läsning på varsitt håll kvarstod tolv artiklar, varav sex från Medline och sex från Cinalh, för granskning och värdering.

4.3.3 Kvalitetsgransking

För att värdera artiklarnas kvalitét gjordes en granskning med stöd av Kristensson (2014). Artiklarna granskades med hjälp av en granskningsmall där syfte, metod, design, värdering och resultat ingick för bedömning av artiklarnas kvalitét, se bilaga 2. Genom granskningen sorterades en artiklel bort då den inte ansågs vara av tillräckligt bra kvalitét (Kristensson, 2014). Elva artiklar inkluderades i resultatet, varav sex stycken från Medline och fem stycken från Cinalh. Åtta artiklar var av kvalitativ ansats och tre stycker av kvantitaviv.

4.4 Analys

Artiklarna som inkluderades i resultatet lästes igenom ett flertal gånger av båda författarna. Övergripande likheter identifierades på var sitt håll. Därefter diskuterades de lästa artiklarna och innehåll som svarade på syftet identifierades och kategorier skapades. Kategorierna låg sedan som grund för rubriker i resultatsammanställningen. Huvudkategorierna som identifierades var *Samordning och organisation i vården, Personcentrerad omvårdnad, Betydelsen av information, Bristande stöd gällande kroppsuppfattning och sexualitet, Vikten av socialt stöd, Emotionellt stöd* samt *Uppföljning efter behandling och utskrivning*, se bilaga 3. Metoden som användes vid analys av artiklarna är inspirerad av Krisenssons (2014) integrerad analys.

4.5 Etiska överväganden

Tio av artiklarna som inkluderades i litteraturstudien var godkända av en etisk kommitté. I en av artiklarna nämndes inget om etiskt godkännande, men den

tidsskrift där artikeln var publicerad i, hade som krav att alla artiklar skulle vara vetenskapligt granskade (Kristenssons, 2014). I alla studier fick deltagarna information om studien och fick lämna in sitt medgivande. Alla studier nämnde att kvinnorna som deltog, kunde hoppa av när som helst under studiens gång samt att insamlade material avidentifieras.

5. RESULTAT

5.1 Samordning och organisation i vården

Flera studier har beskrivit patienternas syn på sjuksköterskans roll i vårdorganisationen. Där har det framkommit att ett fungerande vårdsystem och samordning är av stor beydelse (Admi, Zohar & Rudner, 2011; Droog, Armstrong & MacCurtain, 2014; Remmers, Holtgräwe & Pinkert, 2010).

I studien av Remmers et al. (2010) beskrevs vikten av att ha en kontaktsjuksköterska genom hela sjukdomsprocessen. Kvinnorna i studien menade att det var en trygghet att sjuksköterskan fanns där när de behövde stöd, och att en kontinuitet i vården skapade tillit till sjuksköterskan och resten av vårdlaget.

Flera studier redogjorde att en tydlig och bra kommunikation vårdpersonalen emellan gjorde att samarbetet fungerade och de olika yrkeskunskaperna utnyttjades. Vidare visade det ha en positiv inverkan på patienternas hälsa och bidrog till en känsla av välbefinnande. En sjuksköterska beskrev att eftersom alla patientsituationer är individuella är ett bra samarbete väsentlig för att på bästa sätt kunna hjälpa och stötta patienten i den situation hon befinner sig i (Droog et al., 2014). En bra kommunikation och lagsamarbete visade även öka vårdkvalitén då patienten till exempel inte behövde svara på samma fråga flera gånger. Det gav kvinnorna i studierna känslan av att de fick den bästa möjliga vård (Droog et al., 2014; Remmers et al., 2010).

I studien skriven av Admi et al. (2011) betonade kvinnorna betydelsen av sjuksköterskans förmåga att hantera och lösa problem. Kvinnorna menade att sjuksköterskan hade en viktig roll i samordningen. Resultaten i studien visade att viktiga element i en fungerande vårdprocess var rätt kunskap, tillgänglighet, individanpassad omvårdnad samt en fungerande dokumentationshantering. En

annan betydande faktor var samordningen mellan olika vårdgivare (a.a.).

5.2 Personcentrerad omvårdnad

I flera av studierna beskrevs vikten av en personcentrerad vård som utgångspunkt där sjuksköterskorna tog hänsyn till kvinnornas individuella situationer och förutsättningar (Drageset, Lindstrøm, Giske & Underlid, 2011; Halkett, Arbon, Scutter, & Borg, 2006;
Remmers et al., 2010). En kvinna från studien av Halkett et al. (2006) beskrev att sjuksköterskans intresse och stöd hade hjälpt henne i hanteringen av de svårigheter och problem som uppstått under sjukdomsprocessen. Det hade hjälpt kvinnan att få en mer optimistisk och självsäker position, vilket hade ökat hennes välbefinnande.

I resultat från Halkett et al. (2006) framkom det att kvinnor behövde stöd i olika tidsperioder av sjukdomsprocessen. En del av kvinnorna hade svårt att hantera diagnosen och behövde mer stöd i början av sjukdomsförloppet, medan andra behövde sjuksköterskans stöd och vägledning när det gällde beslut om behandlingen. I studien skriven av Drageset et al.(2011) visade det sig att kvinnorna behövde mer stöd under tiden mellan diagnos och operation. Väntetiden skapade oroväckande tankar så som dödsångest och rädsla för att inte vakna igen efter operation. Kvinnorna kände att de inte hade någon kontroll över situationen, vilket var skrämmande och upplevdes som panikartat.

Remmers et al. (2010) beskrev att kvinnorna hade en önskan om att behandlas med respekt där sjuksköterskan skulle uppmärksamma deras personliga önskemål och behov. Flera kvinnor beskrev att det var av stor betydelse att sjuksköterskan såg till individen och mötte kvinnan i den situation hon befann sig i, med ett visat intresse för vad just den kvinnan behövde. Genom att lära känna patienten samt identifiera de behov av stöd hon hade, kunde en gemensam vårdplan utformas där den personcentrerade omvårdnaden låg som grund för resten av sjukdomsprocessen (Halkett et al., 2006; Remmers et al., 2010).

5.3 Betydelsen av information

Flera studier visade att sjuksköterskan hade en viktig roll i att förmedla praktisk information (Admi et al., 2011; Droog et al., 2014; Halkett et al., 2006). Genom att anpassa och förtydliga viktigt information utifrån varje enskild kvinnas situation och behov kunde sjuksköterskan förmedla en tillit och trygghet (Admi et al., 2011; Halkett et al., 2006). Flera studier beskrev vikten att patienten får information om sjukdomen och vad som händer i kroppen vid de olika behandlingsmetoderna (Drageset et al., 2011; Droog et al., 2014; Remmers et al., 2010). Sjukdomen och de olika behandlingsalternativen resulterar i ett flertal symtom och biverkningar, både psykiska och fysiska, så som rädsla, ångest, oro, illamående, smärta, viktförändringar, förändrad kroppsuppfattning samt en nedsatt fysisk förmåga (Admi et al., 2011; Drageset et al., 2010; Droog et al., 2014; Remmers et al., 2010).

Admi et al. (2011) beskrev att sjuksköterskan hade en viktig roll i att förmedla relevant information i situationer då kvinnorna är fyllda med rädsla och ångest. Att få diagnosen var för många kvinnor en omvälvande upplevelse där känslor som stress, kris och kaos uppstod. Diagnosen kändes ofta overklig och det var svårt att anpassa sig till att vara sjuk (Drageset et al., 2011). När sjuksköterskan gav relevant och anpassad information upplevde kvinnorna att de hade en bättre chans att hantera och acceptera sjukdomen, vilket minskade deras oro och kvinnorna kunde slappna av och fokusera mer på sin återhämtning (Admi et al., 2011).

I studien av Dawe, Bennett, Kearney & Westera (2014), beskrev kvinnorna betydelsen av hur informationen framkom, det vill säga vilken *tid, typ* och *mängd* information som gavs. Det var blandade reaktioner när det gällde mängden skrivet material som tillhandahölls vid tidpunkten då kvinnorna fick sin diagnos. Flera kvinnor menade att de istället hade önskat att sjuksköterskan hade berättat vad sjukdomen och de olika behandlingarna innebar (a.a.).

I flera av studierna upplevde kvinnorna att de inte fick tillräckligt med information om sexualitet. Kvinnorna menade att det var ett viktigt och relevant ämne att informera om samt vilka eventuella hinder sjukdomen kunde medföra (Droog et al., 2014; Schmid-Büchi et al., 2013; Vieira, Santos, dos

Santos, & Giami, 2014).

5.4 Stöd gällande kroppsuppfattning och sexualtiet

I studiernas resultat påvisades det att bröstcancer och mastektomi hade en negativ effekt vad gäller kvinnors självbild och många av kvinnorna upplevde att de förlorat en del av sin kvinnlighet. Sjuksköterskan hade en viktig roll i att hjälpa kvinnorna att förbereda sig mentalt för de fysiska förändringarna som operationen kunde medföra (Drageset et al., 2011; Halkett et al., 2006; Heidari & Ghodusi, 2015; Remmers et al., 2010; Schmid-Büchi, Halfens, Müller, Dassen & van den Borne, 2013).

Schmid-Büchi et al. (2013) beskrev i sin studie att kvinnorna uttryckte att de hade högst behov av stöd från sjuksköterskan gällande behandlingsrelaterade symtom så som försämrad självbild, kroppsuppfattning, fysiska och sociala problem. Kvinnorna i studien av Vieira et al. (2014) beskrev betydelsen av att få information om både fysiska och psykiska påfrestningar behandlingen kunde medföra, med betoning på sexualitet. Kvinnorna ansåg att det var hjälpfullt för båda parterna i relationen att få råd och stöd från sjuksköterskorna i syfte att främja anpassningen av sexualiteten efter sjukdomen (a.a.).

Vieira et al. (2014) beskrev i sin studie att vissa av kvinnorna inte kände sig sexuellt attraktiva efter operationen och att den sexuella attraktionskraften var relaterad till en kropp som var, enligt de, kvinnlig, snygg, slimmad och ungdomlig. Kvinnorna menade att det var viktigt att sjuksköterskan lyfte frågan gällande kroppsuppfattning och sexualitet eftersom det var en betydande del i deras liv (a.a.)

5.5 Vikten av socialt stöd

Flera kvinnor beskrev betydelsen av det sociala stödet under och efter sjukdomsprocessen (Dawe et al., 2014; Remmers et al., 2010; Salonen, Tarkka, Kellokumpu-Lehtinen, Koivisto, Aalto & Kaunonen, 2013; Sammarco et al., 2008; Schmid-Büchi et al., 2013). Ofta identifierades make och familj som en viktig källa till socialt stöd men sjuksköterskans stöd var av stor betydelse redan vid första mötet (Dawe et al., 2014). I studien av Salonen et al. (2013) redovisades resultatet med hjälp av en kontrollgrupp och en

interventionsgrupp, där båda grupperna fick samma omvårdnad. Skillnaden var att interventionsgruppen fick extra stöd från vården postoperativt. Studien visade 89 % av båda grupperna hade kontakt med deras kontaktsjuksköterska varje vecka efter operationen. Efter sex månader hade 84 % av interventionsgruppen och 81 % av kontrollgruppen fortfarande kontakt med sin sjuksköterska (a.a.).

I studien skriven av Sammarco et al. (2008) undersöktes förhållandet mellan upplevt socialt stöd, upplevd orolighet samt upplevd livskvalitet för kvinnor med bröstcancer. Resultaten i studien visade sjuksköterskor bör lyfta frågan om socialt stöd och att det var en central roll i att uppleva och förbättra kvinnors livskvalitét. Kvinnor i studien menade att behovet av socialt stöd var stort och att det var viktigt att bli informerad tidigt i sjukdomsprocessen om vilka resurser som fanns att tillgå.

Remmers et al. (2010) beskrev att ett önskemål från kvinnorna var att få information om möjligheterna att delta i olika diskussionsgrupper. Där kunde kvinnor med liknande erfarenheter mötas och på så sätt finna stöd i varandra. Kvinnor från studien av Dawe et al. (2014) menade även de att det vore betydelsefullt att prata med någon som också överlevt sjukdomen.

5.6 Emotionellt stöd

Det framkom i flera studier hur viktigt det var med sjuksköterskans förhållningssätt gentemot patienterna (Admi et al., 2011; Halkett et al., 2006; Remmers et al., 2010). Kvinnorna önskade en ömsesiding relation med sjuksköterskan där sjuksköterskan lyssnade, stöttade och vägledde. Det gav kvinnorna möjlighet att visa sig svaga och uttrycka sina känslor (Remmers et al., 2010). I studien skriven av Admi et al. (2011) menade kvinnorna att det var viktigt att sjuksköterskan tog hänsyn till de emotionella aspekterna. Genom att vara lugn och empatisk kände kvinnorna en tillit och en ökad mottaglighet för det sjuksköterskan sa.

Flera kvinnor beskrev förändringar i deras emotionella tillstånd under sjukdomen. I situationer förknippade med livsavgörande beslut så som olika behandlingalternativ, framkom känslor som dödsångest och kvinnorna

upplevde att de inte hade någon kontroll över varken sina känslor eller sitt liv. Många känslor var förknippade med existentiella frågor där kvinnorna tänkte mycket på meningen med livet och hur framtiden skulle komma att se ut. Flera kvinnor oroade sig över att sepereras från sin familj och att försvinna från sina barn och barnbarn (Drageset et al., 2011). I studien skriven av Halkett et al. (2006) framkom det att sjuksköterskan ständigt identifierades som en viktig källa till stöd och att de hade en viktig roll i att identifiera kvinnornas behov. På så sätt kunde sjuksköterskan stödja kvinnan i att berätta och prata om sjukdomen med sin familj. Flera studier beskrev att kvinnorna ofta hade dåligt samvete över familjen och hur familjerelationerna skulle påverkas, samt en rädsla över att bli en börda för sina familjer på grund av sjukdomen. Vissa kvinnor menade att de var mer oroliga för hur familjen skulle påverkas, än för sig själva (Drageset et al., 2011; Remmers et al., 2010).

I studien skriven av Heidari & Ghodusi (2015) undersöktes sambandet mellan kroppsbild, hopp och psykisk hälsa hos kvinnor som genomgått en mastektomi. En sådan behandling kan medföra en rad konsekvenser för kvinnans emotionella hälsa och studiens resultat påvisade att det fanns en risk att kvinnan tappade hoppet. Att känna hopplöshet visade sig ha en negativ inverkan på hälsan hos kvinnorna och Heidari & Ghodusi (2015) menade därför att det var nödvändigt att sjuksköterskan försökte öka patienternas hopp, eftersom hoppet är den mest värdefulla resurs patienten har.

I resultatet från Admi et al. (2011) framkom det hur viktigt det var att sjuksköterskan fanns nära till hands under situationer då kvinnan hade funderingar kring det emotionella. Kvinnor beskrev att det var viktigt att sjuksköterskan skulle känna till de olika reaktionerna som kunde förekomma vid sjukdomen. Sjuksköterskans uppmärksamhet, empatiska förhållningssätt och uppmuntran fick patienterna att känna en trygghet och känslor av hopp och optimism (Admi et al., 2011). En kvinna beskrev att det ofta saknades medkänsla och sympati från andra vårdkategorier men att sjuksköterskan alltid var förstående och empatisk. Kvinnorna menade att ingenting var viktigare än att ha en tröstande hand och att bli sedd som en människa med inviduella behov (a.a). I studien av Remmers et al. (2010) beskrev kvinnorna deras

förväntningar på sjuksköterskorna i svåra situationer. De menade att sjuksköterskorna kunde ge stöd genom uppmuntring, tröstande konversationer och närhet som till exempel sitta bredvid sängen eller hålla handen. Det bidrog till en känsla av trygghet.

Resultat från flera studier visade att sjuksköterskan kan ha en lugnande effekt på patienten endast med deras närvaro, förståelse och uppmuntran. Det visade sig vara viktigt att sjuksköterskan och patienten skapade en tillitsfull relation under behandlingstiden för att kunna bidra till känslor av välbefinnande (Admi et al., 2011; Drageset et al., 2011; Droog et al., (2014); Heidari & Ghodusi (2015); Remmers et al., 2010).

5.7 Uppföljning efter behandling och utskrivning till hemmet

Resultaten i flera studier visar att tillänglighet var en viktig och betydande faktor för kvinnor med bröstcancer (Admi et al., 2011; Halkett et al., 2006; Remmers et al., 2010). I studien skriven av Halkett et al., (2006) beskrev många av kvinnorna att sjuksköterskan var tillgänglig under hela sjukdomsprocessen. Sjuksköterskan var flexibel gällande tidsbokning och en kvinna beskrev tacksamt att sjuksköterskan kontaktat henne efter utskrivning för att meddela att stöd fortfarande fanns att tillgå, trots att kvinnan kommit hem. I studien av Dawe et al.(2014) framkom det att sjuksköterskan och hennes stödjande insatser även hade en mycket viktig roll för patienternas återhämtning i hemmet. En patient berättar att hon hade kontakt med sjuksköterskan varje dag i två veckor, vilket varit en stor trygghet.

I två av studierna framkom det att kvinnorna saknade undervisning och uppföljning gällande egenvård samt hur kvinnan skulle hantera sin sjukdom i hemmet efter utskrivning (Droog et al., 2014; Schmid-Büchi et al., 2013). Resultatet i studien av Droog et al. (2014) visade att 59 % av kvinnorna inte tyckte att de hade fått tillräckligt med information angående näringsbehov efter behandlingen. En kvinna beskrev att undervisning i kost hade gett henne en bättre kontroll över sjukdomen. En annan kvinna beskrev att hon varit tvungen att undersöka kostfrågan själv och hitta egna lösningar för att lindra sitt illamående.

Flera kvinnor menade att sjuksköterskan hade en viktig roll i att informera och undervisa patienten i frågor som rörde sjukdomen och de biverkningar som uppstod. Sjuksköterskan kunde till exempel undervisa i egenvård av illamående, hur patienten skulle röra armen samt hjälp till att hitta en bekväm sovställning för kvinnan (Dawe et al., 2014; Drageset et al., 2011; Remmers et al., 2010; Sammarco & Konecny, 2008). Flera studier visade att sjukdomen medfört en hel del en oro och osäkerhet för kvinnor, vilken ofta förknippades med tre situationer; framtiden, operationen samt att förlora ett eller båda brösten. Det medförde en känsla av att inte ha kontroll över situationen (Drageset et al., 2011). Postoperativt var det även vanligt med besvär som smärta, orörlighet, illamående med mera. I samband med besvären uppstod det en rad frågor angående återhämtning, rehabilitering, personlig hygien, kost, sårförband och utprovning av bröstprotes (a.a.).

Flera studier påvisade att information, undervisning samt att sjuksköterskan lärde kvinnorna att hantera känslor som uppstod i samband med bröstcancer kunde främja kvinnornas chans att acceptera situationen, öka deras välbefinnande, känsla av kontroll samt empowerment (Dawe et al., 2014; Drageset et al., 2011; Droog et al., 2014; Remmers et al., 2010).

6. DISKUSSION

6.1 Metoddiskussion

Den utförda studien genomfördes som en litteraturstudie med en beskrivande design, vilket är en metod som ger en översikt av tidigare forskning inom det valda området. Den beskrivande designen ansågs vara lämpad för att svara på studiens syfte. Forsberg & Wengström (2013) menar att en svaghet med litteraturstudien kan vara att författarna själva inte har samlat in resultatet, utan att det baseras på tolkningar av andras forskning.

6.1.1 Sökstrategi

Sökningen efter relevant material genomfördes via två databaser, Cinahl och medline, vilka båda innehåller vetenskapliga artiklar inom omvårdnadsvetenskap. De två databaserna som valdes ansågs vara lämpliga för att svara på studiens syfte. I efterhand hade ytterligare en databas, PsycInfo,

möjligtvis kunnat utöka sökningen ytterligare. Vidare hade utökade sökningar och därmed mer material kunnat göra litteraturstudien mer överförbar i ett större sammanhang. Med tanke på den angivna tidsramen ansåg författarna till litteraturstudien att en större studie inte var möjlig att genomföra. De flesta av de artiklar som ingår i studien visar en gemensam inställning gällande den stödjande sjuksköterskan, och därmed är det inte säkert att fler sökningar hade förändrat resultatet för litteraturstudien.

Sökorden som valdes identifierades utifrån syftet där några översattes i svenska Mesh, för att få de engelska termerna som användes i databaserna. Sökningar med ”Nursing role” och ”Nurses role” gjordes innan en omarbetning av syftet genomfördes. Därefter har författarna gjort ett medvetet val av att behålla sökordet då sökningarna resulterat i ett flertal vetenskapliga artiklar som svarade på syftet. Hade sökordet exkluderats hade två artiklar som användes i litteraturstudiens resultat, försvunnit. Därefter genomfördes en fritextsökning för att utöka sökningen efter relevant litteratur ytterligare, vilket resulterade i en artikel som användes i den genomförda litteraturstudien.

6.1.2 Begränsningar, inklusions- och exklusionskriterier

Innan sökningen genomfördes gjordes begränsningar på att artiklarna skulle vara skrivna på engelska, publicerade mellan 2005-2015 samt vara ”peer reviewed”. Begränsningen angående att artiklarna skulle vara publicerade inom en tidsperiod på tio år, valdes för att litteraturstudien skulle inrikta sig på nyare forskning som idag kan ses som aktuell. ”Peer reviewed” innebär att artiklarna är vetenskapligt granskade och godkända av en oberoende redaktion där den vetenskapliga kvalitén bedöms (Olsson & Sörensen, 2011), och valdes för att säkerställa att artiklarna var tillförlitliga.

Artiklar som handlade om män och partners upplevelser, samt om palliativ vård exkluderades. Genom att exkludera artiklar som innehöll palliativ vård, uteslöts studier med mycket sjuka patienter som befann sig i mer kritiska stadier av sjukdomen. Avgränsningen kan ha medfört en förlust av resultat gällande upplevda stödinsatser för kvinnor som vårdats palliativt. Dock ville författarna till litteraturstudien fokusera på överlevande patienter eftersom fler

och fler kvinnor med bröstcancer får behålla livet idag. Inklusionskriterierna gjorde att resultatet enbart handlade om kvinnor som överlevt sin bröstcancer. Det valdes ingen begränsning på deltagarnas ålder med anledning av att resultatet inte syftade till att undersöka någon speciell åldersgrupp med bröstcancer. Hade intresset varit att undersöka en viss åldersgrupp hade sökningarna gett ett betydligt mindre resultat och utökade sökningar krävts. Många av artiklarna som användes i litteraturstudien handlade om bröstsjuksköterskans stödjande roll för patienter med bröstcancer. I Sverige finns ingen specialistutbildning som leder till att bli bröstsjuksköterska utan den närmsta sjuksköterskan för patienten, benämns ofta som ”kontaktsjuksköterska” eller ”onkologisjuksköterska”. Författarna till litteraturstudien ansåg trots allt att artiklarna var relevanta då resultatet kan vara till hjälp för alla sjuksköterskor som arbetar inom bröstcancervård.

Eftersom litteraturstudien bygger på artiklar från olika länder och världsdelar bidrar det till ett resultat som till viss del kan ses som internationellt.

6.1.3 Granskningsprocessen

Tolv artiklar kvalitetsgranskades efter en tydlig beskrivning för respektive kvalitativ och kvantiativ metod (Kristensson, 2014). Bedömningen av artiklarnas kvalitét utgick från studiernas syfte, metod, design, etiska överväganden samt resultatets relevans för litteraturstudien. Av de utvalda artiklarna var åtta stycken genomförda med ett kvalitativt angreppssätt och innehöll subjektiva upplevelser ifrån patienter med bröstcancer, vilket författarna till litteraturstudien ansåg vara relevant för syftet. Flertalet av studierna uppnådde datamättnad, hade relevanta datainsamlingsmetoder och beskrev rekryteringen och dataanalysen mycket tydligt vilket enligt Kristensson (2014) stärker den kvalitativa studiens metod. Några av studierna beskrev de etiska övervägendena tydligt och förklarade ingående dataanalysmetoden vilket också anses som styrkor. Resultatets logik och de fyra komponenterna i trovärdighetsbegreppet, tillförlitlighet, överförbarhet, verifierbarhet och giltighet, uppmärksammades också i granskningen av artiklarna. Några av artiklarna kunde ha redogjort tydligare angående etiska övervägandena, datainsamlingsmetod, design och analys. Trots bristerna valdes

artiklarna ändå att inkluderas i litteraturstudien eftersom bristerna inte påverkade deras resultat och var relevanta för litteraturstudiens syfte.

Tre kvantitativa artiklar inkluderas i litteraturstudien. Artiklarnas styrkor ansågs bland annat vara de utförligt beskrivna datainsamlingsmetoderna, studiernas design, samt att det fanns tydliga beskrivningar och motiveringar för valda instrument. Instrumentens validitet och reliabilitet var beskrivna i två av studierna, vilket styrker kvalitén (Kristensson, 2014). Svagheter i studierna var bland annat urvalsmetoder och egenskaper på deltagarna. Studierna studerade ofta deltagare i en viss åldersgrupp från en och samma kultur. För att få ett bredare resultat och därmed öka generaliserbarheten, hade en större variation på deltagarna stärkt studierna (a.a.). Det saknades även tydliga beskrivningar angående rekryteringsprocessen samt redovisning av eventuella bortfall. Ingen av studierna som inkluderades i litteraturstudien beskrev forskarnas relation till deltagarna, vilket är enligt Kristensson (2014) en svaghet. En kvantitativ artikel exluderades med anledning av att den inte svarade på litteraturstudiens syfte samt ansågs vara av för låg kvalitét, vilket resulterade i elva inkluderade studier i litteraturstudien.

6.1.4 Analys

Analysmetoden som valdes var inspirerad av Kristenssons (2014) integrerad analys. Artiklarna som valdes lästes igenom var för sig för att minimera risken för att missa viktigt resultat samt för att få en varsin uppfattning om artiklarnas innehåll. Inför resultatet identifierades kategorier tillsammans som därefter utgjorde resultatet för studien.

6.2 Resultatdiskussion

Resultatet av litteraturstudien visar att sjuksköterskans stödinsatser ska utgå från en personcentrerad omvårdnad där sjuksköterskan tillgodoser de individuella behov patienten har. För att uppnå en individanpassad omvårdnad visar resultatet att det är viktigt med information, kommunikation, utbildning, socialt och emotionellt stöd samt en fungerande samordning och organisation (Admi et al., 2011; Dawe et al., 2014; Drageset et al., 2011; Droog et al., 2014; Halkett et al., 2006; Heidari & Ghodusi 2015; Remmers et al., 2010; Salonen et

al., 2013; Sammarco et al., 2008; Schmid-Büchi et al., 2013; Viera et al., 2014).

6.2.1 Samordning och organisation

I flera av artiklarna som ingår i litteraturstudien framkommer det att sjuksköterskan har en central roll i samordningen och i vårdorganisationen, vilket medför en kontinuitet i vårdprocessen (Admi et al., 2011; Droog et al., 2014; Remmers et al., 2010). Resultatet kan bekräftas av Kvinnsland (2003) som menar att kontinuitet och engagemang är viktigt genom hela patientens kontakt med sjukvården. Även Carlsson (2007) verifierar att det är viktigt med ett multidisciplinärt team. Författarna till litteraturstudien anser att samordning och ett fungerande teamsamarbete är avgörande för att kunna tillfredsställa patientens behov av stöd. Genom att ha tydliga dokumentationsramar samt ett samarbete i arbetslaget där alla berörda yrkesgrupper är insatta i patientens situation kan en individanpassad omvårdnad uppnås. Kommunikation och samarbete är av stor betydelse i sammanhanget.

I litteraturstudiens resultat framkommer betydelsen av att ha en kontaktsjuksköterska som följer kvinnan genom hela sjukdomsprocessen. Det ger kvinnorna en trygghet (Remmers et al., 2010). Betydelsen och vikten av att ha en kontaktsjuksköterska kan bekräftas av Tadman & Roberts (2007) som beskriver att sjuksköterskan ofta är den person som arbetar närmast patienten. Genom att få träffa samma sjuksköterska som därmed kan lära känna individen gör att vården kan utarbetas efter varje kvinnas situation och behov samt att tillgängligheten ökar (Carlsson, 2007). Enligt Patientlagen (SFS, 2014:821) ska patienten få en fast vårdkontakt om patienten själv begär det, eller att det ökar patientens känsla av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet I resultatet framkommer även att tillgänglighet är en central och viktig del för kvinnor med bröstcancer (Admi et al., 2011; Halkett et al., 2006; Remmers et al., 2010).

6.2.2 Personcentrerad omvårdnad

För att på bästa sätt kunna tillgodose kvinnans individuella behov, är det viktigt att sjuksköterskan ser människan utifrån ett helhetsperspektiv, för att sedan kartlägga kvinnans situation samt hennes resurser (Admi et al., 2011; Drageset

et al., 2011; Halkett et al., 2006; Remmers et al., 2010). Författarna till litteraturstudien anser att sjuksköterskan kan få en tydligare uppfattning och förståelse för varje kvinnas situation genom att ta sig tid till att lära känna patienten. Reitan och Schølberg (2003) menar att information om patientens upplevelser samt upplevda konsekvenser av sjukdomen kan hjälpa sjuksköterskan att få en översikt av situationen och utifrån det erbjuda anpassade stödinsatser.

Resultatet från litteraturstudien kan appliceras till Virginia Henderssons behovsteori, där hon menar att alla människor har grundläggande behov, vilka tolkas och tillfredsställs på olika sätt. Det kan bero på sociala och kulturella faktorer samt individuella skillnader som motivation, ålder samt psykiska och fysiska aspekter. Sjuksköterskans uppgift är att hjälpa patienten att uppnå det hon upplever är hälsa och välbefinnande (Kirkevold, 2000). Ett antagande av resultatet kan vara att genom ett empatiskt förhållningssätt där sjuksköterskan aktivt lyssnar, tolkar, observerar och försöker förstå kvinnans grundläggande behov kan en individanpassad och personcentrerad omvårdand utformas.

6.2.3 Information och egenvård

Artiklarna som ingick i studien visar att kvinnors behov av information och utbildning var stort under sjukdomsprocessen. Flera av kvinnorna menar att mer information hade hjälpt de i hanteringen av sjukdomen. Resultatet kan bekräftas genom Carlsson (2007) som anser att information och kunskap kan underlätta för patienten att hantera situationen samt leda till en mer delaktighet i behandlingen. Crane-Okada & Loney, (2007) påstår att sjuksköterskan ska undervisa, stödja och observera patienter som genomgår de olika behandlingsmetoderna, samt informera kring biverkningar som kan uppstå under behandlingstiden.

En del av kvinnorna uppger att de inte fått tillräckligt med information angående sjukdomen, operationen och behandlingen. Det framgår inte i alla studier vilken tidpunkt och under vilka omständigheter informationen gavs men som Cullberg (2006) beskriver, genomgår människan olika faser vid ett cancerbesked. Kvinnornas upplevelser av bristande information skulle kunna bero på att de befinner sig i en fas där de inte är mottagliga för information.

Cullberg (2006) menar att det är först i bearbetningsfasen, vilken ofta inträffar efter några månader, som människan förstår och kan ta till sig information. Ett antagande av resultatet kan därför vara att det är extra viktigt att sjuksköterskan har förmåga att se individens behov, vilket kan bekräftas av Rutten, Arora, Bakos, Aziz, & Rowland (2005) som menar att individanpassad information är av stor betydelse. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:72) menar att patienten alltid har rätt att få en individuellt anpassad information utifrån det tillstånd hon eller han befinner sig i. Det handlar om information om hälsotillstånd, metoder för undersökning, vård och behandlingsalternativ.

Litteraturstudiens resultat visar att information kring egenvård ofta upplevdes bristfällig, vilket medförde allvarliga konsekvenser för kvinnan, till exempel en förändrad kroppsuppfattning, oro, ångest och depression. I en litteratursammanställd studie skriven av Schmid-Büchi, Halfens, Dassen och van den Borne (2008), uttryckte kvinnorna ett utökat behov av information gällande egenvård efter behandling. Enligt Dorothea Orems egenvårdsteori kan en människa öka sin känsla av välbefinnande genom egenvård. Patientens egenvårdskapacitet utvecklas genom instruktioner och övning. Sjuksköterskans uppgift är att stötta och undervisa patienten utifrån hennes individuella behov, personlighet och livssituation (Kirkevold, 2000). Författarna till litteraturstudien anser att information och undervisning är betydande för hur kvinnor med bröstcancer upplever och lär sig hantera sin sjukdom. Genom att sjuksköterskan informerar och vägleder kvinnan utifrån hennes behov kan många av följderna undvikas. En anledning till varför information upplevs vara bristfällig kan bero på underbemanning och tidsbrist, vilket medför att sjuksköterskan inte alltid är medveten om kvinnans behov.

6.2.4 Sexualitet

Resultatet av litteraturstudien visar att flera kvinnor upplever negativa förändringar av kroppsuppfattning och sexualitet som följd av sjukdomen (Drageset et al., 2011; Halkett et al., 2006; Heidari & Ghodusi, 2015; Remmers et al., 2010; Schmid-Büchi et al., 2013). Resultatet kan bekräftas genom liknande resultat från två andra studier skrivna av Gilbert, Ussher & Perz (2010) och Schmid-Büchi et al. (2008), där det framkommer att kvinnor ofta

upplever en rad känslomässiga och fysiska förändringar i samband med sjukdomen.

En del av kvinnorna i resultatet av litteraturstudien uppger att de inte fått tillräckligt med information kring sexualitet och vilka eventuella hinder sjukdomen kan medföra rent kroppsligt. Carlsson (2007) menar att det fortfarande är mycket kring sex och sexualitet som är tabubelagt och att vårdpersonal fortfarande känner sig obekväma i att ta upp frågan, vilket kan bero på flera orsaker. En del undviker att prata om sexualitet på grund av en rädsla för att kränka patientens integritet (Borg, 2003) eller på grund av sjuksköterskans bristande kunskap och erfarenhet (Quinn, 2003).

Författarna till litteraturstudien anser att sjuksköterskor generellt sett behöver utöka sina kunskaper gällande sexualitet samt hur det kan påverka kvinnan. Idag ingår inte någon undervisning om sexualitet i sjuksköterskeprogrammet, vilket kan bidra till fortsatt kunskapsbrist inom området. En ökad kunskap skulle kunna medföra att ämnet kan diskuteras mellan sjuksköterska och patient på ett naturligt och bekvämt sätt. Sexualitet och dess innebörd är en central och viktig del i många människors liv. Sexualiteten påverkas inte bara negativt för patienter med bröstcancer utan hos fler patientgrupper, vilket betyder att det förmodligen finns ett stort behov av stöd inom området.

Både Borg (2003) och Quinn (2003) påpekar att sjuksköterskan bör vara medveten och förstå sin egen sexualitet i stödjandet av patienter eftersom det har en central betydelse i sammanhanget. När sjuksköterskan tar upp frågor kring sexualitet med cancersjuka patienter krävs inte bara utökade kunskaper inom ämnet, utan även en känslomässig inlevelse. Genom att visa medkänsla och empati kan sjuksköterskan utvinna en trygghet och därmed blir det lättare att prata om känslor och sexualitet. Syftet med samtalet ska vara att hjälpa och stötta patienten att bevara sin sexuella hälsa (Borg, 2003).

6.2.5 Vikten av socialt stöd

Resultatet i litteraturstudien visar att socialt stöd är av stor betydelse för kvinnor med bröstcancer, där sjuksköterskans stödinsatser spelar en viktig roll (Dawe et al., 2014; Remmers et al., 2010; Salonen, Tarkka, Kellokumpu-

Lehtinen, Koivisto, Aalto & Kaunonen, 2013; Sammarco et al., 2008; Schmid-Büchi et al., 2013). När en människa drabbas av cancer medför det även en omställning för familj och närstående, vilket innebär att sjuksköterskan även är ett viktigt stöd för kvinnans familj. Reitan (2003) menar att sjuksköterskan måste ge utrymme för bearbetning och sorg och att det sociala nätverket är av stor betydelse för hur kvinnan och hennes familj hanterar det inträffade.

Litteraturstudiens resultat belyser även vikten av sjuksköterskan informerar kvinnorna angående stöd- och diskussiongrupper att delta i (Remmers et al., 2010; Dawe et al., 2014). Det kan vara av stor betydelse för kvinnorna med bröstcancer att få dela upplevelser och erfaranheter samt ge varandra stöd (Schmid-Büchi et al., 2008) och därigenom lättare kunna acceptera sin egen situation (Reitan, 2003). Stöd som kan hjälpa till att skapa ett nytt socialt nätverk eller bevara ett befintligt, är av stor betydelse enligt (Carlsson, 2007). Sjuksköterskan kan till exempel ordna så att en medlem av den lokala bröstcancerföreningen besöker kvinnan på sjukhuset och informerar samt håller kontakt efter utskrivning.

6.2.6 Emotionellt stöd

Resultatet i litteraturstudien visar att kvinnor med bröstcancer upplever stora förändringar i det emotionella tillståndet under och efter sjukdomen, vilket gör att det emotionella stödet från sjuksköterskan är viktigt (Admi et al., 2011; Drageset et al., 2011; Droog et al., 2014; Halkett et al., 2006; Heidari & Ghodusi 2015; Remmers et al., 2010). Resultatet kan bekräftas genom Valand & Fodstad (2002) som menar att sjukdomen kan utgöra ett hot mot kvinnans vardagsliv vilket kan medföra en känsla av sorg, kris samt ångest inför framtiden. Bearbetningen av olika reaktioner kan variera från person till person och känslorna som kvinnorna upplever kan vara så personliga att de kan vara svåra att berätta om (Almås & Sørensen, 2002).

I litteraturstudien framkommer det att kvinnor anser det viktigt att bygga upp en relation med sjuksköterskan där hon kan känna sig trygg samt att sjuksköterskan ska känna till de olika reaktionerna som kan förekomma (Admi et al., 2011; Heidari & Ghodusi 2015; Remmers et al., 2010). Resultatet kan styrkas genom Reitan (2003) som menar att det är viktigt att sjuksköterkan

accepterar den förtvivlan och sorg som patienten känner. Sjuksköterskan behöver inte alltid ge muntlig bekräftelse utan ibland kan det räcka med att vara en uppmärksam lyssnare som visar engagemang genom kroppsspråk och ögonkontakt. House (1981) menar att emotionellt stöd består av att visa intresse, empati och omsorg samt ett aktivt lyssnande utan att avbryta eller ge råd.

Resultatet i litteraturstudien visar att flera kvinnor uttryckte ett behov av beröring (Admi et al., 2011), vilket Reitan (2003) menar är en del av innebörden gällande emotionellt stöd. Sjuksköterskan måste dock vara uppmärksam på patientens signaler och anpassa stödet efter individens behov och personlighet. Det handlar om att respektera patientens integritet. Ett antagande av resultatet är att det är viktigt att kvinnan kan känna sig bekväm med sjuksköterskan. En bra relation mellan sjuksköterska och patient är västentlig för att sjuksköterskan ska kunna tillgodose patientens emotionella behov, och hjälpa kvinnan att hantera sina känslor och funderingar.

6.2.7 Genus och kultur

I litteraturstudien framkommer det att flera kvinnor upplevde dåligt samvete och skuldkänslor över hur familjen skulle påverkas av hennes sjukdom och var mer oroliga för familjen än för sig själva (Remmers et al., 2010; Drageset et al., 2011). Furumark, Engman & Fredriksson (2010) menar att kvinnor utsätts för rädsla och ångestrelaterade tankar i större utsträckning än vad män gör och att orsakerna kan vara många. Lilleaas & Von Der Fehr (2004) beskriver att kvinnor ofta känner sig tvungna att ha en kroppslig beredskap som är till för andra, men som inte uppmärksammar hennes egna behov. Istället överskuggas en ansvarskänsla, vilket kan bero på det könsbundna beteendet i vår kultur.

I studien skriven av Viera et al. (2014) framkommer det att kulturen hade en stor betydelse för hur män och kvinnor såg på varandra. Könsrollerna var tydliga och kvinnan skulle anpassa sig efter mannens önskan. Författarna till litteraturstudien anser att det är viktigt att sjuksköterskan har kunskap om genus och olika kulturer samt vad olika seder och bruk kan medföra i vården. Sverige blir mer och mer internationellt med människor från olika länder och kulturer. För att kunna anpassa omvårdnaden efter dessa kvinnors behov, krävs

en ökad kunskap kring hur människor lever i olika delar av världen. Som sjuksköterska krävs det en öppenhet för andra levnadssätt och en känslighet för att möta dessa. Vidare kan det hjälpa sjuksköterskan att bedöma kvinnans resurser och hur hon ser på sig själv som kvinna, för att sedan utforma stödet efter kvinnans behov.

6.2.8 Etik inom bröstcancervården

I litteraturstudiens resultat framkommer det att flera kvinnor behöver mer stöd under tiden mellan diagnos och operation och att väntetiden kan generera oroväckande känslor och tankar (Drageset et al., 2011). Resultatet kan bekräftas och appliceras till bröstcancervården i Sverige av Lampic et al. (2010) som menar att vården för kvinnor med bröstcancer i Sverige har fått kritik för bland annat långa väntetider. I en ny rapport från Bröstcancerföreningarnas riksorganisation, (BRO 2015) visar det att väntetiderna för behandling skiljer sig mellan olika landsting i Sverige. När det gäller operation är målet att minst 75 % av kvinnorna ska få opereraras inom sex veckor från att de fått diagnosen. Idag är nio landssting i Sverige som inte når upp till dessa krav. Korta väntetider är av stort värde för kvinnornas psykiska hälsa samt upplevelsen av den fortsatta sjukdomsprocessen. Författarna till litteraturstudien spekulerar om det är etiskt försvarbart att kvinnor ska få vänta mer än nödvändigt på grund av att landsting inte kan följa de nationella riktlinjerna. Orsakerna kan vara flera och det här är viktig politisk fråga som inte enbart handlar om långa väntetider, utan även om den rådande sjuksköterskebrist och därmed hotade patientsäkerhet som är högst aktuell idag.

6.2.9 Klinisk nytta

Den genomförda litteraturstudien uppmärksammar flera viktiga omvårdnadsaspekter inom bröstcancervården. Författarna nämner problem som är vanligt förekommande och som kan uppstå i samband med sjukdomen. Litteraturstudien kan ge sjuksköterskor en förståelse och utökad kunskap av vanligt förekommande upplevelser och stödjande behov som kvinnor med bröstcancer har. Vidare kan studien hjälpa sjuksköterskor att applicera

anpassade omvårdnadsåtgärder utifrån ett holistiskt och personcentrerat arbetssätt och därmed öka kvinnornas livskvalité.

Sjukvården bör vara medvetna om kvinnors behov för att kunna prioritera, utveckla och förbättra bröstcancervården. Det innebär att patienten ska stå i centrum i en samordnad och fungerande vårdorganisation som bidrar till en känsla av trygghet och kontinuitet.

6.2.10 Förslag till fortsatt forskning

Den utförda litteraturstudien betonar viktiga faktorer av omvårdanden för kvinnor med bröstcancer. Det visar även hur komplex omvårdnaden kan vara eftersom varje situation handlar om individens upplevelser och olika behov. Tolkningen av bearbetat material är att bröstcancervården inom flera områden, misslyckas med att tillfredsställa kvinnors behov av stöd och att det behövs mer forskning. Påståendet kan bekräftas av Willis, Lewis, Ng & Wilson (2015) som i slutsatsen lyfter att mer kvantitativ och kvalitativ forskning behövs om kvinnor som lever med bröstcancer. Det behövs fler detaljerade studier som lyfter patientens upplevelser samt olika typer av behandling och innebörden av dessa, för att kunna identifiera vilka områden inom bröstcancervården som behöver förbättras (Lampic et al., 2010; Willis et al., 2015). Forskning som leder till ökad kunskap kan vidare hjälpa sjuksköterskor att få ett utökat holistiskt perspektiv gällande kvinnor med bröstcancer där den enskilda kvinnans behov är utgångspunkten. Idag upptäcks tumören ofta i tidigt skede genom mamografi och det medför att fler kvinnor överlever sjukdomen. I och med det ökar kraven på sjukvården och inte allra minst på de sjuksköterskor som arbetar med patientgruppen. Utbildning och ytterligare forskning gällande kvinnors upplevelser av sjukdomen kan ge sjuksköterskor den kompetens som idag ses som bristfällig. Därutöver behövs mer forkning gällande kommunikation för att kunna identifiera kvinnors behov samt hur sjuksköterskor kan hjälpa kvinnor med bröstcancer att uppnå en tillfredsställande livskvalite.

7. Slutsats

Omvårdnaden för patienter med bröstcancer bör tillämpas utifrån ett

helhetsperspektiv där kvinnans fysiska, psykiska, sociala och sexuella behov tillgodoses. Med en personcentrerad omvårdnad som utgångspunkt kan sjuksköterskan tillgodose patientens individuella behov.

Utökad forskning om bröstcancer och dess påverkan på kvinnan kan bidra till ökade kunskaper och därmed förbättringar kring kontinuitet och trygghet i vården. För att åstadkomma detta behövs fler kvalitativa och kvantitativa studier om patienternas upplevelser samt en utveckling och förbättring av vårdsystemet inom bröstcancervården.

Referenser

* Artiklar som ingår i resultatet

* Admi, H., Zohar, H., & Rudner, Y. (2011). ”Lighthouse in the dark”: A qualitative study of the role of breast cancer nurse specialists in Israel. *Nursing & Healtd Sciences, 13*(4), 507-513. doi:10.1111/j.1442-2018-2011.00643.x

Almås, H., Myklebust Sørensen, E. (2002). Omvårdnad vid bröstcancer. I Almås, H. (Red.) (2002). *Klinisk omvårdnad.* (s. 271-283). Stockholm: Liber.

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

Binkley, J. M., Harris, S. R., Levangie, P. K., Pearl, M., Guglielmino, J., Kraus, V., & Rowden, D. (2012). Patient perspectives on breast cancer treatment side effects and the prospective surveillance model for physical rehabilitation for women with breast cancer. *Cancer*, 118(8 Suppl), 2207-2216. doi:10.1002/cncr.27469

Borg, T. (2003). Sexualitet. I A.M. Reitan & T.K Schølberg (Red.), *Onkologisk omvårdnad: patient, problem, åtgärd* (s.81-83). Stockholm: Liber.

Brülde, B. (2003). Teorier om livskvalitet. (s. 10-13). Lund: Studentlitteratur

Bröstcancerföreningarnas Riksorganisation. (2015). *Bröstcancervården*. En rapport från Bröstcancerföreningarnas Riksorganisation - BRO Oktober 2015. Stockholm. Från https://medlem.foreningssupport.se/bro/uploads/forbundet/Okt_15/BRO_care_webb.pdf

Carlsson, M. (Red.) (2007). *Psykosocial cancervård*. Lund: Studentlitteratur.

Crane-Okada, R., Loney,M. (2007). Breast Cancers. I M.Langhorne., J. Fulton, S.Otto. (Red.), *Oncology Nursing* (s.101-120) St. Louis, Mo.: Elsevier Mosby.

Cruickshank, S., Kennedy, C., Lockhart, K., Dosser, I., & Dallas, L. (2008). Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (1), CD005634. doi: 10.1002/14651858.CD005634.pub2

Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och kultur.

* Dawe, D. E., Bennett, L. R., Kearney, A., & Westera, D. (2014). Emotional and informational needs of women experiencing outpatient surgery for breast cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal = Revue Canadienne De Nursing Oncologique, 24*(a), 20-30.

* Drageset, S., Lindstrøm, T. C., Giske, T., & Underlid, K. (2011). Being in suspense: women's experiences awaiting breastcancer surgery. *Journal Of Advanced Nursing, 67*(9), 1941-1951. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05638.x

* Droog, E., Armstrong, C., & MacCurtain, S. (2014). Supporting patients during their breast cancer journey: the informational role of clinical nurse specialists. *Cancer Nursing, 37*(6), 429-435. doi:10.1097/NCC.0000000000000109

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Furumark, T., Engman, J., & Fredrikson, M. (2010). *Från kvinnohälsa till genusmedicin: en antologi.* I Bergqvist Månsson (red.) (2010) *Manligt, kvinnligt, ängsligt – om hjärnan och ångestreaktioner.* (s. 119-141). Stockholm: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS).

Gilbert, E., Ussher, J. M., & Perz, J. (2010). Sexuality after breast cancer: a review. *Maturitas*, 66(4), 397-407. doi:10.1016/j.maturitas.2010.03.027

Gjertsen, T. (2003). Omvårdnad vid bröstcancer. I Reitan, A.M. & Schølberg, T.K. (Red.) (2003). *Onkologisk omvårdnad: patient, problem, åtgärd*. (s. 318-323). Stockholm: Liber.

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

* Heidari, M., & Ghodusi, M. (2015). The Relationship between Body Esteem and Hope and Mental Health in Breast Cancer Patients after Mastectomy. *Indian Journal of Palliative Care, 21*(2), 198-202. doi:10.4103/0973-1075.156500

House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier: analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Kvinnsland, S. (2003). Bröstcancer (cancer mammae). I A.M. Reitan & T.K Schølberg (Red.), *Onkologisk omvårdnad: patient, problem, åtgärd* (s.310-317). Stockholm: Liber.

Lampic, C., Höyer, M., Lambe, M. (2010). *Från kvinnohälsa till genusmedicin: en antologi.* I Bergqvist Månsson (Red.) (2010) *Livssituationen för kvinnor med bröstcancer – handläggning, livskvalitet och överlevnad.* (s. 85-99). Stockholm: Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS).

Lilleaas, U.B., Von Der Fehr, D. (2004). Kroppslig beredskap och kroppens kompetens. I K. Malterud (Red.), *Kvinnors oförstådda ohälsa* (s.28-46). Stockholm: Natur och kultur.

Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal Of Experimental & Clinical Cancer Research:* CR, 2732. doi:10.1186/1756-9966-27-32

Mårdh, P. (2013). *Om kvinnors hälsa*. Lund: Studentlitteratur

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

Quinn, B. (2003). Sexual health in cancer care. *Nursing Times,* 99(4), 32-34.

Regionala cancercentrum i samverkan (2014). *Bröstcancer: Nationellt vårdprogram (Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland)* Från http://www.swebcg.se/Files/Docs/NatVP_Brostcancer_2014-11-11_final[1].pdf

Reitan, A.M. (2003). Kris och coping. I A.M. Reitan & T.K Schølberg (Red.), *Onkologisk omvårdnad: patient, problem, åtgärd* (s.45-56). Stockholm: Liber.

* Remmers, H., Holtgräwe, M., & Pinkert, C. (2010) Stress and nursing care of women with breast cancer during primary treatment: a qualitative study. *European Journal Of Oncology Nursing: The Official Journal Of European Oncology Nursing Society, 14*(1), 11-16. doi:10.1016/j.ejon.2009.07.002

Rutten, L. F., Arora, N. K., Bakos, A. D., Aziz, N., & Rowland, J. (2005). Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980-2003). *Patient Education and Counseling,* 57(3), 250-261.

* Salonen, P., Tarkka, M., Kellokumpu-Lehtinen, P., Koivisto, A., Aalto, P., & Kaunonen, M. (2013). Effect of social support on changes in quality of life in early breast cancer patients: a longitudinal study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences,* 27(2), 396-405. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01050.x

* Sammarco, A., & Konecny, L. (2008). Quality of life, social support, and uncertainty among Latina breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum,* 35(5), 844-849. doi:10.1188/08.ONF.844-849

Schmid-Büchi, S., Halfens, R. G., Dassen, T., & van den Borne, B. (2008). A review of psychosocial needs of breast-cancer patients and their relatives. *Journal Of Clinical Nursing,* 17(21), 2895-2909. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02490.x

* Schmid-Büchi, S., Halfens, R. J., Müller, M., Dassen, T., & van den Borne, B., (2013). Factors associated with supportive care needs of patients under treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing, 17*(1), 22-29. doi:10.1016/j.ejon.2012.02.003

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Hämtad 1 september, 2015, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

SFS 1982:763. Patientlag. Hämtad 1 oktober, 2015, från Riksdagen, https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/

Socialstyrelsen. (2013). *Cancerincidens i Sverige 2013.* Stockholm. Från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19613/2014-12-10.pdf

Socialstyrelsen. (2014). *Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård 2014: Stöd för styrning och ledning.* Stockholm. Från

http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19383/2014-4-2.pdf

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. *Psykosocialt stöd och rehabilitering.* Hämtad 9 September, 2015, från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Kommentar/-Brostcancer-och-rehabilitering/Faktarutor/Psykosocialt-stod-och-rehabilitering/

Svensk Sjuksköterskeförening. (2010). *Personcentrerad vård* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/ssf-om-publikationer/om.personcentrerad.vard_web.pdf.

Tadman, M. & Roberts, D. (Red.) (2007). Oxford handbook of cancer nursing. Oxford: Oxford University Press.

The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. (1995). *Social Science & Medicine (1982), 41*(10), 1403-1409.

Valand, E., Fodstad, G. (2002). Generell onkologisk omvårdnad. I Almås, H. (Red.) (2002). *Klinisk omvårdnad.* (s. 247-270). Stockholm: Liber.

Varre, P. (2003). Problem med strålbehandling. I Reitan, A.M. & Schølberg, T.K. (Red.) (2003). *Onkologisk omvårdnad: patient, problem, åtgärd*. (s. 105-111). Stockholm: Liber.

* Vieira, E. M., Santos, D. B., dos Santos, M. A., & Giami, A. (2014). Experience of sexuality after breast cancer: a qualitative study with women in rehabilitation. *Revista Latino-Americana De Enfermagem (RLAE),* 22(3), 408-414. doi:10.1590/0104-1169.3258.2431

Vigen, W. (2003). Lymfödem. I Reitan, A.M. & Schølberg, T.K. (Red.) (2003). *Onkologisk omvårdnad: patient, problem, åtgärd*. (s. 98-102). Stockholm: Liber.

Vivar, C. G., & McQueen, A. (2005). Informational and emotional needs of long-term survivors of breast cancer. *Journal Of Advanced Nursing,* 51(5), 520-528.

Willis, K., Lewis, S., Ng, F., Wilson, L. (2015). "The Experience of Living With Metastatic Breast Cancer- A Review of the Literature" *Health Care for Women International,* 36 (5), 514-542, DOI: 10.1080/07399332.2014.896364