

C-uppsats i Omvårdnad

PSYKO-ONKOLOGISK OMVÅRDNAD VID NYDIAGNOSTISERAD BRÖSTCANCER

| | |
|------------------------|---|
| FÖRFATTARE | Mohammadreza Abdolalian |
| FRISTÅENDE KURS | Omvårdnad – Självständigt arbete I VOM080 VT 2006 |
| OMFATTNING | 10 p |
| HANDLEDARE | Karin Ahlberg |
| EXAMINATOR | Hans Ragneskog |

FÖRORD

Jag vill rikta ett varmt och stort tack till min handledare Karin Ahlberg för allt stöd, hjälp och för värdefulla synpunkter jag har fått under arbetets gång. Framför allt för att Karin har använt så mycket tid och energi på att korrigera mitt språk då jag inte har svenska som modersmål.

| | |
|--------------------------|---|
| Titel (svensk): | Psyko-onkologisk omvårdnad vid nydiagnostiserad bröstcancer |
| Titel (engelsk): | Psycho-onkologi care for newly diagnosed breast cancer patients |
| Arbetets art: | Självständigt arbete I |
| Fristående kurs/kurskod: | Omvårdnad – Självständigt arbete I VOM080 |
| Arbetets omfattning: | 10 poäng |
| Sidantal: | 19 sidor |
| Författare: | Mohammadreza Abdolalian |
| Handledare: | Karin Ahlberg |
| Examinator: | Hans Ragneskog |

SAMMANFATTNING

Bakgrund:

Bröstcancer är den vanligaste cancersjukdomen hos kvinnor. I bakgrunden beskrivs bröstcancer ur både medicinsk och psyko-onkologiskt perspektiv. Behandlingsmetoder förklaras eftersom de har stor betydelse för patienterna att få kännedom om sjukdomsförloppet och beskrivs psyko-onkologiska reaktioner.

Syfte:

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva omvårdnadsåtgärder inom psyko-onkologi för att därmed belysa hur sjuksköterskan kan ge omvårdnad till kvinnor med nydiagnostiserad bröstcancer.

Metod:

Metoden består av en litteraturstudie baserad på vetenskapliga omvårdnadsartiklar som söktes på databaserna PubMed och CINAHL.

Resultat:

Artiklarna belyser olika omvårdnadsåtgärder inom psyko-onkologi som kan sjuksköterska utföra för att underlätta tillvaron för kvinnor med nydiagnostiserad bröstcancer. Patienterna reagerar individuellt och behöver därför vårdpersonalens psyko-onkologiska stöd samt information/utbildning.

Diskussion:

Diskussionen belyser hur sjuksköterskan kan hjälpa dessa kvinnor genom att erbjuda emotionellt stöd genom gruppsamtal, lämplig information och god utbildning. Sjuksköterskor har ett stort ansvar gentemot denna patientgrupp. Därför är det viktigt att sjuksköterskan får relevant specialutbildning samt handledning så att de kan erbjuda ett effektivt omhändertagande.

Key words:

Social support, information needs, information support, telephone support och breast cancer.

| INNEHÅLLSFÖRTECKNING | Sid. |
|-----------------------------------|------|
| FÖRORD | 2 |
| SAMMANFATTNING | 3 |
| INLEDNING | 5 |
| BAKGRUND | 5 |
| Bröstcancer | 5 |
| Etiologi | 5 |
| Prognos | 5 |
| Behandlingar av bröstcancer | 6 |
| Kirurgisk behandlig | 6 |
| Strålbehandling | 6 |
| Generella behandlingar | 7 |
| Reaktioner efter ett svårt besked | 7 |
| Teoretiskt perspektiv – Coping | 7 |
| SYFTE | 9 |
| Frågeställning | 9 |
| METOD | 9 |
| RESULTAT | 10 |
| Psyko-onkologiskt stöd | 10 |
| Information/utbildning | 13 |
| DISKUSSION | 17 |
| Metoddiskussion | 17 |
| Resultatdiskussion | 17 |
| REFERENSER | 20 |
| BILAGA 1 – ARTIKELPRESENTATION | 22 |

INLEDNING

Jag är specialistsjuksköterska inom onkologisk vård sedan drygt elva år och arbetar på enheten för strålbehandling vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Jag har valt att rikta min studie mot sjuksköterskans roll vid psyko-onkologisk påverkan hos patienter med nydiagnostiserad bröstcancer. Intresset uppstod då jag vid flertalet tillfällen träffat bröstcancersjuka kvinnor och upptäckt ett stort omvårdnadsbehov av psyko-onkologisk karaktär hos dessa. Detta är ett stort och viktigt område för sjuksköterskan att ha kunskap om. Det är viktigt att kunna bemöta den bröstcancersjuka patienten på ett professionellt och relevant sätt. Syftet med mitt arbete är att beskriva vad psyko-onkologisk omvårdnad innebär för att därmed belysa hur sjuksköterskan kan ge omvårdnad till kvinnor med nydiagnostiserad bröstcancer.

BAKGRUND

Bröstcancer

Bröstcancer är den vanligaste tumörsjukdomen bland kvinnor och antalet upptäckta fall ökar stadigt sedan 1960-talet (1). Varje år insjuknar drygt 6000 kvinnor i Sverige i bröstcancer, den mest frekventa cancerdiagnosen bland kvinnor (2). Sjukdomen är vanligt hos kvinnor under 40 år, de flesta nyinsjuknade är äldre än 70 år. Bröstcancer förekommer även hos män, men i mycket liten omfattning (1).

Bröstcancer uppstår nästan alltid från mjölkalveoler och mjölkgångar och sprider sig via lymfa och blod. Lymfbanorna fortsätter i central riktning och tömmer sig i de stora venerna. Cancer kan på så sätt sprida sig till de olika organen i kroppen (3). Tumören kan finnas upp till tio år innan den uppnår sådan storlek att den blir palpabel. Diametern är då ungefär en centimeter. Primärbrösttumörens lokalisation är i 40-50 procent av fallen inom den övre laterala kvadranten av bröstet och i cirka 25 procent av fallen centralt i bröstet (4).

Etiologi

Orsaken till bröstcancer är inte känd, men man vet att ungefär 5 procent av patienterna med bröstcancer har ärftlig bakgrund. Även svaga statistiska samband mellan bröstcancer och olika händelser i livet har påvisats. Några exempel på detta är tidig menstruationsdebut, användande av p-piller i unga år, sent klimakterium, barnlöshet, ingen amning och östrogenbehandling (2, 3).

Det finns stora geografiska variationer när det gäller bröstcancer. Sjukdomen är ovanlig i Asien, Afrika och Latinamerika, medan USA, Holland och Kanada är riktiga högriskländer. Om kvinnor flyttar från ett lågriskområde till ett högriskområde ökar risken för dem att drabbas av bröstcancer. I Sverige är bröstcancer vanligare i storstadsområdena och i landets södra och mellersta delar, än i glesbygdsområdena i norra Sverige (2).

Prognos

Om bröstcancer upptäcks i ett tidigt stadium ökar patientens möjlighet att tillfriskna. Drygt hälften av alla kvinnor med bröstcancer blir botade. Om det finns axillmetastaser ökar risken tre till fyra gånger att patienten ska dö i sin sjukdom. Andra prognostiska faktorer är tumörens innehåll av östrogenreceptorer och dess kromosominnehåll. Vid stor förekomst av östrogenreceptorer, desto mindre aggressiv tillväxt av tumören (3).

Behandling av bröstcancer

Kirurgi är oftast basen för behandlingen, och utifrån den ges kompletterande terapi med strålning, ingrepp i det endokrina systemet och behandling med cytostatika (3).

Kirurgisk behandling:

Ända fram till 1960-talet utfördes radikala mastektomier, vilket innebar borttagning av hela bröstet och bröstmuskeln samt en utvidgad utrymning av alla lymfkörtlar i närheten av bröstet. Detta ingrepp innebar inte bara kosmetiska, utan även svåra funktionella resttillstånd som exempelvis lymfödem i armen. I och med dagens tidiga diagnostik av tumörer i bröstet har kirurgen blivit skonsammare. Vid små cancertumörer bevaras bröstet och endast den del där tumören är belägen tas bort. Men det är viktigt att den avlägsnas med marginal, så att omgivande vävnad är frisk (normal). De bröstbevarande ingreppen ger ett gott kosmetiskt resultat med få komplikationer från arm och axel. Enligt dagens kunskap ger dessa ingrepp lika goda resultat som radikal mastektomi när det gäller att bota bröstcancersjukdom (1,3).

Det är inte alla patienter med bröstcancer som lämpar sig för bröstbevarande kirurgi. Det kirurgiska ingreppet anpassas efter vilket sjukdomsstadium som patienten befinner sig i (3). Om tecken på fjärrspridning i form av lung- eller skelett-metastaser upptäcks redan då brösttumören diagnostiseras är syftet med ingreppet endast att förebygga ulceration och sekundär infektion (1).

Strålbehandling:

Det finns tre olika sätt att använda strålbehandling:

- * som primär metod att behandla bröstcancer med avsikt att bota sjukdomen
- * som tilläggsbehandling till kirurgisk behandling
- * som palliativ behandling för att exempelvis minska skelettsmärter

Primär strålbehandling är en metod som erfarenhetsmässigt fungerar bra för patienter. Fördelen med denna metod är att kvinnan får behålla bröstet. Resultatet skiljer sig inte nämnvärt från kirurgisk behandling. I de uppföljningar som gjorts under 15 år har konstaterats att 50 procent av patienterna drabbades av återfall, som ofta resulterade i kirurgisk behandling. Frekvensen fjärrmetastaser var densamma efter primär strålbehandling som efter kirurgisk. Biverkningsfrekvensen efter strålbehandling varierar med den teknik som använts (1).

Strålbehandling i kombination med kirurgi används såväl före som efter operation. Det kan konstateras att preoperativ strålbehandling inte förbättrar resultaten i jämförelse med primär kirurgi. Att ge strålbehandling postoperativt är däremot effektivt. Det bör dock inte ske rutinmässigt. Om strålbehandling ges ska sannolikheten för att det finns cancerceller i området vara hög. Överlevnaden förbättrats inte av postoperativ strålbehandling, däremot minskar risken för återfall klart jämfört med enbart kirurgi (1).

Palliativ strålbehandling är en behandlingsform där avsikten inte är att bota sjukdomen utan att i stället lindra symtom som uppkommit då det skett en spridning av tumörerna. Speciellt effektiv är palliativ strålbehandling vid skelettmetastaser och vid långt framskriden sjukdom då det skett en spridning till hjärna och ryggmärg (1).

Generella behandlingar:

Endokrin behandling innebär att bröstcancer behandlas genom hormonella manipulationer. Antingen avlägsnas det hormonproducerande organet, exempelvis äggstockarna, som producerar hormonet. Ett annat alternativ är att tillföra en tablett exempelvis antiöstrogenet Tamoxifen. Numera finns också aromatashämmare i tablettform för kvinnor efter menopausen exempelvis Arimidex (1).

Behandling med cytostatika används både pre - och postoperativt och ges under en längre tid. Det har konstaterats att överlevnaden med denna behandling ökar signifikant. Cytostatika är en grupp läkemedel som angriper växande celler. Dessa läkemedel ger dock en hel del biverkningar, de organ som påverkas är oftast benmärg, hår, endotel i tarm och urinblåsa med mera (1).

Reaktioner efter ett svårt besked

Det finns risk att patienten hamnar i ett kristillstånd om det sker en drastisk förändring av hennes livssituation. Erfarenheter och tidigare inlärdade reaktionssätt räcker inte till för att förstå och psykiskt klara av den aktuella reaktionen. Krisens förlopp kan enligt en klassisk modell delas in i fyra olika faser (5).

Chockfasen pågår allt från en kort stund till några dagar. Kvinnan har svårt att låta det som har hänt tränga in och bli verkligt. Personen i fråga är ofta inte mottaglig för information. Många kvinnor visar också ett avvikande beteende genom att exempelvis skrika eller rabbla samma ord gång på gång. Reaktionsfasen brukar pågå i omkring fyra till sex veckor och under den tiden är det vanligt att kvinnan rannsakar sig själv och ger sig själv skulden till det som hänt. Det kan då vara svårt för henne att koncentrera sig på något annat än att grubbla, och risken för isolering är stor. Hon kan få problem att slappna av vilket i sin tur leder till sömnproblem. Bearbetningsfasen pågår ungefär ett halvt eller ett år efter det svåra beskedet. Denna fas innebär att patienten så småningom börjar acceptera tanken att leva med den nya livssituationen. Nyorienteringsfasen är den fas som kommer att vara resten av kvinnans liv. Patienten börjar se framåt och engagera sig i andra saker igen. Livet börjar kännas meningsfullt och kvinnan mår trots allt ganska bra (5).

Bröstcancerdiagnosen kan komma att påverka den drabbade kvinnan och hennes familjs hela livssituation. Patienten och hennes familj står då inför många svårigheter som ger upphov till oro, bekymmer och ångest inför den väntande framtiden. Den hotfulla sjukdomen och rädslan för det okända orsakar ofta oro, sorg och ilska hos kvinnan och hennes närstående. Tiden från det att läkarna upptäckt en förändring i kvinnans bröst och hon fått en diagnos, fram tills behandling ges, upplevs som en tid av hård press (6). Oro och rädsla inför operationen, men även att prognosen skulle vara sämre än läkarna trott är påfrestande för kvinnan. Rädslan för återfall är överhängande även för de kvinnor som befinner sig i andra stadiet av sin sjukdom. Kvinnor som drabbas av bröstcancer upplever ovisshet inför vad framtiden skall innehålla. Det är inte ovanligt att patienten drabbas av depressioner (7).

Teoretisk perspektiv - Coping

Coping är en inlånad term från engelskan och det finns veterligt ingen vedertagen översättning av ordet. De svenska ord som används är hantera eller bemästra. Att individen sätter in åtgärder för att hantera eller bemästra ett problem och ansträngningar är att tillämpa coping, vilket oftast sker medvetet. Krisintervention kan ses som en del av coping och därför kan hävdas att kris och coping hör ihop (6).

Grunden för coping är anpassning till förändringar. Vi anpassar oss ständigt efter omgivningen, relationen mellan person och miljö är konstant förändring, inte bara i samband med en stressfylld situation. Coping kan – generellt sett – delas in i två huvudfunktioner: den första är probleminriktad coping, som fungerar genom att patienten anpassar sin situation till det bättre, antingen genom att förändra sig själv eller genom att förändra omgivningen. Den andra, emotionellt inriktade copingstrategin, försöker styra kroppsliga och subjektiva stressreaktioner så att patienten inte tappar kontrollen över en händelse, genom att exempelvis förneka något, distansering eller positiv omtolkning. Dessa två copingmetoder tillämpas parallellt men kan ibland motverka varandras syften (8).

Lazarus (9) delar in coping i fyra copingstrategier vilka kan orienteras till både personen i fråga och omgivningen.

1. Informationssökning

Sker automatiskt för att ta reda på mer om stressoren för att välja en korrekt copingmetod, men även för att få patienten att känna sig bättre till mods eller rättfärdiga ett gammalt beslut.

2. Handling

Innefattar vad en person gör för att reda ut en stressig situation, förutom kognitivt handlande. Dessa är lika som miljön och personens egna mål kan vara. Det kan vara allt från att uttrycka ilska till att jogga för att hålla formen.

3. Handlingshämning.

I en komplicerad tillvaro kan det ibland vara bäst att inte göra någonting eftersom varje handling i så fall kan komma i konflikt med samhället eller moraliska värderingar etcetera.

4. Inre psykologiska processer

Innefattar allt en person gör för att styra sina känslor, till exempel att förneka en händelse. Om kvinnan utgår från att verkligheten är socialt konstruerad, så kan hon exempelvis skriva om den för att det ska kännas bättre för henne, även om det inte är verkligt för andra (9).

Vid kognitiv coping analyserar och bedömer patienten sin situation och förbereder sig mentalt på olika konsekvenser och sätt att agera. En sådan copingstrategi används ofta inför hotfulla situationer, som exempelvis när kvinnan ska mottaga besked om en cancerdiagnos, resultatet av prover och undersökningar som kanske kommer att visa att sjukdomen spridit sig. Kvinnan förbereder sig så att säga på det värsta. Att vara mentalt förberedd stärker patientens förmåga att hantera sin situation. Inhämtning av information och kunskaper om och förståelse av ett problem är därmed en grundläggande förutsättning för kognitiv coping (6).

Det finns olika sätt att anpassa copingsteorierna för en patient med nydiagnostiserad bröstcancer, utifrån hennes tillgängliga resurser och samtidigt de begränsningar som kan finnas i relation till dessa resurser. Följande resurser kan ligga till grund för en värdering av patientens möjlighet att copera.

- hälsa och energi hos en patient med nydiagnostiserad bröstcancer
- positivt tänkande, alltså att vara optimistisk
- socialt stöd
- förmåga att fungera socialt
- färdighet när det gäller att lösa problem

- tillgång till praktisk hjälp
- andligt troende (10).

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva omvårdnadsåtgärder inom psyko-onkologi för att därmed belysa hur sjuksköterskan kan ge omvårdnad till kvinnor med nydiagnostiserad bröstcancer.

Frågeställning

Vilka omvårdnadsåtgärder inom psyko-onkologi kan sjuksköterska utföra för att underlätta tillvaron för kvinnor med nydiagnostiserad bröstcancer?

METOD

Mitt arbete bygger på en litteraturstudie, där jag begränsade mig till engelskspråkliga artiklar. Jag har sökt artiklar via databaserna PubMed och Cinahl. Sökningen avgränsades i tid mellan åren 1997-2005 och till omvårdnadstidskrifter. För att kunna utföra sökningen använde jag sökorden information needs, information support, social support, telephone support och sedan begränsade jag genom att kombinera med breast cancer (se tabell 1). Efter sökning läste jag abstrakten och de artiklar som passade för mitt syfte valdes ut för genomläsning. Artikel 14 hade jag sedan tidigare.

Tabell 1.

| Databas | Sökord | Antal artiklar | Använda artiklar (referensnr) |
|---------|--|----------------|-------------------------------|
| PubMed | "social support"OR"information needs"OR"information support"OR"telephone support"AND breast cancer | 196 | 13,15,20,21,22 |
| CINAHL | "social support"OR"information needs"OR"information support"OR"telefon support" AND breast cancer | 755 | 16,17,18,19 |

Artikelsökningen utgår ifrån ett stort antal artiklar. Det är ett medvetet val för att inte riskera att förlora potentiellt värdefulla artiklar vid en för snäv avgränsning av ämnet. Författaren anser att materialet är tillräckligt för att kunna svara på studiens frågeställning.

RESULTAT

Efter genomläsning och analys av artiklarnas innehåll utifrån studiens syfte så framkom nedanstående indelning av materialet.

- Psyko-onkologiskt stöd
- Information/Utbildning

Psyko-onkologiskt stöd

När en människa blir sjuk drabbas inte bara ett visst organ utan alla reaktioner och symtom som uppvisas måste ses i hela sitt sammanhang. Det räcker inte bara med medicinsk behandling utan även den psykosociala delen måste tillfredsställas. Psyko-onkologiskt stöd innefattar sjuksköterskans förmåga att tillfredsställa patientens specifika behov sett ur ett helhetsperspektiv. Detta innebär inte bara ett medicinskt ansvar för patienten utan innefattar även patientens behov av att sjuksköterskan ger stöd, respekterar patientens upplevelser, lyssnar aktivt och förmedlar tillit, trygghet och omsorg. Det är viktigt att sjuksköterskan har kunskaper och färdigheter inom psyko-onkologiskt stöd för att vården ska bli professionell (11). För att kunna förstå och på bästa möjliga sätt stödja och hjälpa en kvinna som nyligen fått besked om bröstcancer, är det viktigt att sjuksköterskan vet och är beredd på de olika psyko-onkologiska reaktioner som patienten kan komma att drabbas av. Det är även viktigt att sjuksköterskan har en god självkänedom och ett professionellt förhållningssätt till patienten för att undvika att identifiera sig med henne, vilket kan påverka relationen mellan dem i en negativ riktning. Målet för sjuksköterskans psyko-onkologiska stöd bör vara att patienten ska känna att hon har en möjlighet att bemästra den situation hon har hamnat i (12).

Zeigler med medarbetare (13) genomförde en studie för att undersöka bland annat effekterna av psykosocialt stöd i grupp genomfördes under ett år med tio kvinnor i åldrarna 42-76 år. De hade samtliga cancer dock i olika stadier. Fem kvinnor var gifta, två var skilda, en var änka, en hade sambo och den tionde levde ensam. Vid undersökningsperiodens start fick kvinnorna besvara frågor enligt ett formulär (Common Journey Initial Interview Form) och deras svar jämfördes sedan med vad kvinnorna svarade på samma frågor vid slutet av året. Det noterades en viss samstämmighet i svaren vid de två frågetillfällena vad gällde kvinnornas behov av stöd och uppmuntran att fortsätta i gruppen. Men vid slutet uttrycktes också mer specifika behov, exempelvis att få hjälp med sjukvårdsräkningar.

En jämförelse av vad kvinnorna sade sig vilja veta mer om i början och vid slutet av året gav en lång lista:

- Vilken resurser kan hjälpa dig?
Exempelvis: vänner, stödsystem, cancer-stödgrupper och läkarmottagning.
- Vad vill du få ut av den här gruppen?
Mer förståelse om fysiska och känslomässiga effekter av cancerbehandling; att dela information, lämna stöd och ta emot stöd; insikt om andra kvinnor och hur de hanterar sina liv så att jag kan använda detta i mitt eget liv.

- Vad behöver du?
Ett ställe där jag kan möta andra människor som förstår vad det handlar om och som kan dela sina känslor med mig; leva fullt ut varje dag; någon som tar hand om mig, eftersom självvård tar all min energi; stöd, relation med människor jag bryr mig om, utbyte av tankar och ideer; mer kul i mitt liv.
- Vad skulle du vilja veta mer om?
Hur går jag vidare; nya behandlingsformer.

Vid andra frågetillfället blev svaren enligt följande:

- Vilka resurser har hjälpt dig?
Den här stödgruppen; Internet; nätverk; kyrkan.
- Fick du ut vad du ville av att delta i stödgruppen?
Ja, gruppen är underbar terapi, jag har lärt mig massor och har blivit hjälpt; ja, information och vänskap, vi har ett speciellt band; ja, den får mig att känna mig upplyft och mer "normal"; ja, jag behövde stöd tidigt och där fanns stödet; ja, stöd, samband, information och läkande energi; ja, jag har fått stöd i att uttrycka mina känslor och kunskapsfrågor har besvarats.
- Vad behöver du nu?
Bara mer av samma sak, vid varje möte kände jag att jag hade fått viss insikt om mina problem och även om andras i gruppen; lite hjälp om möjligt med mina läkarräkningar; fortsatt stöd i mitt sökande att hantera min kropps reaktion på Tamoxifen; att ha möjlighet att träffa mina gruppkamrater i fortsättning, att bli frisk; uppmuntran att gå vidare.
- Vad skulle du vilja veta mer om nu?
Nya läkemedel för hormonbehandling; långtidseffekt; nya fakta; tumörmarkerande blodprov; finansiella källor; användning av örter vid bröstcancer (13).

Slutsatsen av studien visar att förmedla en kombination av information och stöd var effektivt för att möta kvinnornas kunskapsmässiga (kognitiva) och känslomässiga (affektiva) behov. Kvinnorna uppskattade att få exakt information från gruppens ledare. De uppskattade också att få stöd från andra deltagare i gruppen, liksom att själva kunna ge stöd åt deltagarkamraterna. För kvinnorna var medverkan i gruppen positiv, vilket sannolikt speglar deras förståelse för att sjukdomens symtom går upp och ner under behandlingen. De uppskattade samvaro med gruppen och det stöd de fick där, liksom det stöd de kunde lämna till andra trots närvaro av ibland störande symtom (13).

En annan undersökning som utfördes av Hosaka med medarbetare (14) hade syftet att undersöka den kliniska effekten av en modifierad gruppinsats för bröstcancerpatienter i ett tidigt stadium. Detta program bestod av fem veckors strukturerade åtgärder plus gruppmöten varannan månad tre tillfällen. Från början ingick 50 bröstcancerpatienter i gruppen och 43 av dem genomförde programmet. Kvinnornas 'sinnesstämningsprofil' (Profile Of Mood States – POMS) jämfördes före, omedelbart efter fem möten, omedelbart efter tre kompletterande insatser och sex månader efter samtliga insatser.

Analysen av resultatet i undersökningen visar att den kliniska effekten av ett strukturerat program med gruppinsatser bibehölls i sex månader för sådana patienter som hade körtelmetastaser och/eller svårigheter med sjukdomsanpassning. Studien antyder att det fem veckor långa insatsprogrammet var tillräckligt för patienter utan lymfkörtelmetastaser eller svårigheter med sjukdomsanpassning. Däremot var det otillräckligt med enbart detta

insatsprogram för patienter som hade lymfkörtelmetastaser och eller svårigheter med sjukdomsanpassning. Dessa behövde ytterligare ett psyko-onkologisk insatsprogram med strukturerade åtgärder i fem veckor med därpå följande gruppmöten varannan månad tre gånger (14).

För att få svar på frågor om hur kvinnor upplever sin cancersjukdom, och hur deltagande i en stödgrupp med utbildning med och utan ledare påverkar dem, genomfördes en kombinerad kvantitativ och kvalitativ studie med 122 kvinnor (15).

Svaren från 70 av de 122 kvinnor som deltog i studien analyserades. För de allra flesta kvinnorna (72,9 %) var deltagande i stödgruppen positivt. De ansåg att deras attityd hade förbättrats och att de också mådde bättre. Deras svar avspeglade en minskad skräck:

– Jag är definitivt inte så panikslagen som jag var. Jag är fortfarande rädd, men försöker hålla rädslan under kontroll. Jag försöker att inte låta sjukdomen styra mig dagligen som den gjorde i början.

Vissa kvinnor (11,4 %) menade att deras attityd mot sjukdomen inte ändrats under studien:

– Jag är fortfarande mycket arg.

Några kvinnor (7,1 %) ansåg att deras attityd till sjukdomen hade försämrats sedan de började delta i studien:

– Det fick mig att inse att jag inte är ensam, att det kan hända vem som helst och att det inte är en dödsdom.

En del av kvinnorna (18,6 %) uppskattade möjligheten att tala med andra som förstod upplevelsen av att drabbas av bröstcancer:

– Det hjälpte mig verkligen att tala med människor som förstår hur du känner och vad du går igenom.

Drygt 15% procent av kvinnorna uppskattade den information de fick från stödgrupperna:

– Mycket informativt, hjälpande och det fick mig att känna mig mentalt avsevärt bättre:

– Det besvarade många frågor för mig. Det var ett pussel i mitt huvud och allt föll på plats.

Drygt 55% procent av kvinnorna menade att nyttan av den utbildning som gavs beträffande fysisk funktion var viktig. De uppgav att de fann socialt stöd och utbildningsgrupp särskilt effektivt i stresshantering:

– Jag spelade upp banden. Jag har fått ut mycket av dem: De hjälpte mig att koppla av mer (15).

Samarell med medarbetare (16) utförde en studie med syftet att undersöka om det var någon skillnad i effekt med avseende på ”sjukdomshantering” beroende hur det stödet organiserades för kvinnor som behandlas för nyligen diagnosticerad bröstcancer. Den utformades för att finna det mest effektiva sättet att höja eller stärka kvinnornas anpassningsnivå (självuppfattning och oberoende). Två typer av stöd studerades.

En försöksgrupp fick en kombination av stöd via telefon och personlig utbildning i form av deltagande i en stödgrupp under 13 månader. Samtidigt studerades effekterna i två kontrollgrupper. Den ena fick individuellt stöd och utbildning via telefon. Den andra fick enbart ett studiematerial tillsänt per post (16).

Försökstiden delades in i tre faser, där effekterna mättes vid fyra tillfällen via utsända frågeformulär (vid försökets start och vid slutet av var och en av de tre faserna, stationerna) (16).

Hos grupperna konstaterades inga skillnader beträffande cancerrelaterad oro eller välbefinnande. Experimentgruppen och kontrollgrupp 1 rapporterade mindre av sinnesstörningar vid slutet av alla tre faserna, mindre ensamhet vid slutet av faserna 2 och 3 och en högre kvalitet vad gäller relationer med andra vid slutet av fas 2 jämfört med kontrollgrupp 2. Resultaten antyder att individuellt telefonstöd kan erbjuda ett effektivt alternativ till stöd i grupp (16).

Kan cancerpatienters oro för återfall i sjukdomen lindras genom insatser i form av stöd i gruppsamtal? Frågan har undersökts i Japan i en undersökning av 78 bröstcancerpatienter – en försöksgrupp på 45 och en kontrollgrupp på 33 patienter. Sju patienter i försöksgruppen hoppade av och tre besvarade inte. Försöksgruppens svarsfrekvens var 77,8 % i kontrollgruppen var den 54,5 %. Gruppmedlemmarna möttes en gång per vecka under fyra veckor för emotionellt stöd och information om sannolikheten för återfall. Försökspersonernas grad av oro och tillfredsställelse med livet fastställdes och med utgångspunkt från deltagarnas ”nivåer” vid starten noterades eventuell individuell förändring efter en vecka och efter en månad sedan insatsperioden avslutats. I studien undersöktes sambandet mellan patienternas mentala hälsa och den tid som förflutit sedan det kirurgiska ingreppet och patienternas aktivitetsnivåer. Den genomsnittliga graden av livslust vid första mötet skilde sig mellan deltagarna i studien. Därför delades de in i två grupper – ”låg nivå” och ”hög nivå” (17).

Analysen visade ingen signifikant effekt av insatserna vad gäller förändring av deltagarnas grad av oro. Däremot konstaterades en signifikant effekt när det gällde deras grad av livstillfredsställelse. Hos dem i försöksgruppen som hade hög livslust vid starten noterades låga förändringstal. För dem däremot med låg livslust bestod denna oförändrad. I kontrollgruppen försämrades den. Detta innebär att kort- tids insatser med sikte på återfall inte förbättrar bröstcancerpatienternas mentala hälsa, men de kan medverka till att bevara god mental hälsa (17).

Information/utbildning

Syfte med patientinformation/utbildning är att patienten ska bli informerad om sin sjukdom, behandling och sina rättigheter vad gällande självbestämmande (6). Att informera/utbilda patienter är en gemensam angelägenhet för sjukvårdspersonalen. Det är viktigt att alltid utgå från individens behov och den situation han befinner sig i. Patienten är beroende av information för att kunna vara med och fatta viktiga beslut och därför när man ger information ska man tänka på att den måste ges på ett förståeligt sätt utan facktermer eller andra krångliga ord, att man använder ett enkelt språk och enkla förklaringar. Information som lämnas på ett kallt eller icke respektfullt sätt, eller som trivialiserar bröstcancer patientens situation, kan ha förvärrande effekt. Med hjälp av korrekt och adekvat information/utbildning får patienten en viss kontroll över sin situation, ju bättre kunskaper patienten och anhöriga har om sjukdomen och behandlingen, desto bättre förutsättningar har de att ta ställning till situationen (6).

Sex kvinnor som genomgått kirurgiskt ingrepp för en icke-invasiv bröstcancer fick genomgå en undersökning där syftet var att vinna kunskap om deras upplevelser och erfarenheter av information som meddelats dem. Undersökningen genomfördes i form av djupintervjuer i kvinnornas hem. Deras svar på frågorna noterades ordagrant och signifikanta uttalanden från varje kvinna samlades. Undersökningen ville utröna både vilken information kvinnorna efterfrågade (innehåll) och sättet på vilket denna information överlämnades (mottagandet). Resultaten belyser den individuella karaktären hos kvinnornas erfarenhet av information, de vill ha information som är skräddarsydd efter deras personliga behov. Drygt hälften av

kvinnorna i undersökningen hade en framträdande känsla av att läkaren spelade en viktig roll när det gällde att dämpa deras rädsla genom att få dem att känna förtroende för den information som gavs. En kvinna ansåg att hennes läkare lämnade exakt och pålitlig information. Läkaren framställde sig själv som expert på att informera om hennes bröstcancer, vilket hon godtog. En annan ansåg att hon kunde lita på läkarens information eftersom hon menade att de hade en öppen och kommunikativ relation, som framgick av läkarens beredskap att besvara alla hennes frågor direkt. I undersökningen lämnade två kvinnor synpunkter på användning av statistik. En patient ansåg att läkaren använde alltför mycket statistik, och glömde att behandla patienten som individ, medan en annan ansåg att statistik om bröstrekonstruktion var vad hon behövde höra. Läkaren är inte den viktigaste eller enda informationskällan för kvinnor i alla fall. För några patienter fungerade läkaren som en startpunkt för att sedan söka kompletterande information från andra källor som de uppfattade som användbara och trovärdiga (18).

Också sjuksköterskor spelar roll i att förmedla information – dock är denna roll inte klart urskiljbar i studien av Brown med medarbetare (18). Sjuksköterskornas roll var antingen inte klart identifierad såsom relaterad till att ge information, eller uppfattades sjuksköterskan som mer ansvarig för den känslomässiga omvårdnaden. Sjuksköterskan spelar en viktig roll i vården av kvinnor som genomgått kirurgisk behandling för bröstcancer på sjukhus. Liksom i all hälsovård kan medicinsk personal, sjuksköterskor, ha en negativ påverkan på kvinnans känsla av förtroende och hoppfullhet. Information som lämnas på ett kallt eller icke respektfullt sätt, eller som inte bryr sig om kvinnans situation, har en negativ effekt. Följande replikskifte belyser detta:

*En sjuksköterska frågade en patient "Hur känner du när de tagit bort en del av ditt bröst?" På detta svarade patienten att hon bara haft en biopsi. Och då svarade sköterskan:
"O, nej, de har tagit en bit av ditt bröst".*

Men kvinnorna i undersökningen för också fram flera positiva synpunkter: En patient fick hjälp av en sköterska med att tolka information som hon fått från läkaren men som hon hade svårt att komma ihåg.

"Sjuksköterskan berättade massor som jag inte mindes eftersom jag troligen befann mig i chock" (18).

Två kvinnor nämnde med uppskattning cancersjuksköterskans erbjudande att besvara alla deras frågor eller att sjuksköterskan avsatte tid för att prata med dem. En av dessa kvinnor sade att hon var överraskad av sjuksköterskans erbjudande, nästan som om hon trodde att sjuksköterskan inte kunde ge henne mer information än den som läkaren givit. Kvinnor som har haft bröstcancer har en unik möjlighet att stödja andra genom att dela med sig av sina erfarenheter. Dessa kvinnor kan erbjuda inte bara emotionellt stöd utan också information. Några av kvinnorna i studien nämnde det positiva som kontakten med andra bröstcancerpatienter innebar. Familjens eller partnerns erfarenhet av information varierade individuellt i studien och skilda behov framträdde hos olika makar eller partner. För en av patientens make var internet en informationskälla och han vidarebefordrade det han fann till hustrun. Han sökte också information från andra män i samma situation och ansåg att det saknades information för män utifrån ett manligt perspektiv. För honom var läkaren huvudkälla för information. Däremot undvek en annans make att ta emot information eftersom han inte ville acceptera att hustrun hade bröstcancer. Det har visat sig att det är

mindre påfrestande för kvinnor att ta emot information när någon familjemedlem är närvarande. I vissa fall är detta inte möjligt eller önskvärt. Kvinnorna hade olika erfarenheter när det gällde deras partners behov av att söka information. En patient som var frånskild, valde att inte involvera sina barn direkt. Tre kvinnor nämnde den påverkan deras bröstcancerdiagnos hade på deras döttrar. Exempelvis var en patientens dotter inte beredd att inse vikten av att hennes mamma och flera kvinnliga släktingar hade bröstcancer (18). Undersökningen nämner en annan aspekt på informationsgivning, nämligen vikten av att överväga när information ska lämnas till patienter om deras sjukdom. Vid tidpunkten för cancerdiagnosen kan det vara svårt för patienten att ta emot mycket information. Exempelvis kände en kvinna att hon först flera månader efter ingreppet var redo att ta emot ytterligare detaljer om den tumör som tagits bort. Tidpunkten när kvinnor är redo att ta emot information kan skilja mellan olika kvinnor. Som jämförelse ville ett antal kvinnor ha info i större mängd och i detalj (18).

En studie i Kanada undersökte informationsbehovet hos kvinnor som nyligen fått diagnosen bröstcancer. I undersökningen deltog 114 kvinnor i åldrar mellan 21 och 91 år. De flesta var gifta (65%) och hade avslutat High School (78%), hade en familjeinkomst på 40 000 dollar per år eller mer (61%). Kvinnorna delades också in i grupper med utgångspunkt från att de nyligen diagnosticerats, var någonstans i behandlingsfasen de befann sig (cytostatikabehandling, strålbehandling eller kirurgisk behandling). Dessutom var det viktigt att ha med kvinnor som befann sig i början av och nära avslutningen av respektive behandlingsfas, eftersom det noterats skilda informationsbehov vid dessa tidpunkter (19).

Resultatet av undersökningen visade sammanfattningsvis att informationsbehovet var högt hos samtliga kvinnor (genomsnittligt angavs det till mellan 4 och 5 i skalan). Allra högst var det hos de yngsta kvinnorna. Däremot framträdde inga skillnader i informationsbehov med hänsyn till kvinnornas civilstånd, utbildnings- eller inkomstnivå. Vad gäller frågeämnena visade sig informationsbehovet vara högst i angående sjukdom och behandling (19).

Föga är känt om informationsbehovet hos kvinnor som nyligen diagnosticerats med bröstcancer i icke-västliga samhällen. Därför genomfördes en undersökning med 100 kvinnor i Malaysia. Det informationsbehov som manifesterades hos dem jämfördes därefter med resultatet av tidigare arbeten som gällt 150 kvinnor med bröstcancer i Storbritannien (20). I både Malaysia och UK gjordes en socialgruppsindelning med utgångspunkt från kvinnornas sysselsättning. Dock gäller olika fördelningsgrunder i de två länderna; i Malaysia tillämpas sex socialgruppskategorier (från yrkesmässig position till fabriksarbetare och tjänstemän). I Storbritannien kategoriseras socialgrupperna i fem kategorier på ett något annorlunda sätt, som också baseras på yrkestillhörighet. De kulturella likheter och skillnader som framträdde i denna studie har betydelse för de sjuksköterskor som vårdar cancerpatienter med olika kulturell bakgrund (20).

En datajämförelse för de två länderna påvisade betydande skillnader mellan malaysiska och brittiska profiler rörande fyra av de nio punkterna. Även om punkten 'vård' placerades på första plats i de två länderna, bedömde de malaysiska kvinnorna denna punkt som till och med viktigare än de brittiska. Sexuell attraktivitet rankades högre av malaysiska kvinnor. Egenvård hade en mycket lägre siffra för malaysiska kvinnor, även om rankingen påminde om den brittiska. Också punkten om sjukdomsspridning hörde till de mest betydelsefulla informationsbehoven för malaysiska kvinnor. Familjepåverkan rankades på sista plats av malaysiska kvinnor. I Storbritannien rankades denna punkt högre. Ingen av de malaysiska kvinnorna ansåg att några viktiga informationsbehov utelämnats i INQ-mätningen. Tre brittiska kvinnor antydde däremot att det fanns informationsbehov som inte medtagits i INQ.

Det gällde exempelvis födelsekontroll, anställningsfrågor och konvalescensens varaktighet (20).

En studie kring effekter av telefonkontakt med stödgrupp och information/utbildning genomfördes med patienter som fått en diagnosticerad bröstcancer under det år som följde på diagnostillfället. Syftet var att finna de mest effektiva metoderna att erbjuda stödgrupp och information/utbildningsinsatser åt dessa kvinnor för att främja deras emotionella och interpersonella anpassning till sjukdomen. Metoden var att mäta effekterna av kontakt via telefon (21). I studien deltog 106 slumpvis utvalda kvinnor i Arkansas, som engagerades i studien som experiment- eller kontrollgrupp två till fyra veckor efter operation av bröstcancer - och 91 kvinnor i en kontrollgrupp från New Jersey. Experimentgruppen fick under 13 månader stöd och information/utbildning via telefon. I New Jersey undersöktes effekterna av sådant gruppstöd inklusive information/utbildning som lämnades av onkologsköterskor och socialarbetare.

Datainsamlingen skedde vid fem tillfällen: vid försöksperiodens början (två-fyra veckor efter operation) och vid slutet av fas I (tre månader efter operation), fas II (fem månader efter operation), fas III (åtta månader efter operation) och fas IV (13 månader efter operation). Studien ville undersöka kvinnornas totala psyko-onkologiska situation. För att närma sig detta användes Profile of Mood States (POMS) som är ett standardiserat frågeformulär med 65 frågor. Slutsatsen av studien gav inte stöd åt hypotesen att den försöksgrupp som fick telefonstöd och information/utbildning med tillsänt information/utbildningsmaterial skulle ha mindre av känslöstörningar och cancerrelaterad oro, färre stressymtom, må bättre samt ha bättre relationer med andra över tid än den grupp som fick det tillsända information/utbildningsmaterialet (21).

Ett helt annat resultat redovisas i en studie av Badger med medarbetare (22). Deras studie omfattar 48 kvinnor med bröstcancer i olika stadier. Samtliga var i 50-årsåldern, gifta och yrkesverksamma. Dessa kvinnor fick antingen sex veckors information via telefon (Telephone Interpersonal Counselling, TIP-C) eller stöd genom att delta i vanliga stödgrupper. Data samlades in vid studiens start (T1), efter sex insatstillfällen (T2) och slutligen en månad efter insatsen (T3). De variabler som undersöktes var depression, påverkan på livskvalitet, trötthet och stress. Resultatet av undersökningen antyder att kvinnornas depressionstillstånd minskade under undersökningstiden hos dem som fick TIP-C-insatser (telefon rådgivning/undervisning/stöd). Det noterades ingen signifikant effekt mellan de olika stadierna (22).

Positiva och negativa reaktioner hos kvinnorna (påverkan på livskvalitet, uttryckt i positiva - negativa reaktioner) gav inget stöd åt den ursprungliga hypotesen (att negativ påverkan skulle minska över tid för TIP-C-gruppen). Däremot fick hypotesen att den positiva påverkan skulle ökas ett visst stöd. Effekten sjönk en aning mellan mätpunkterna T1 och T2 men ökade därefter, speciellt för TIP-C-gruppen från T2 till T3. Hypotesen att trötthet (fatigue) skulle minska över tid fick delvis stöd. Dock noterades ingen signifikant total effekt. Det framkom ingen skillnad i kontrollgruppen, däremot en viss förbättring för dem i TIP-C-gruppen. Hypotesen att stressnivåerna skulle sänkas över tid för TIP-C-gruppen fick också stöd. Resultaten av förändring av stressnivå över tid, avslöjade en märkbar effekt över tid. En undersökning av genomsnittet vid de olika mättillfällena antydde en utveckling av minskande stress för båda grupperna från T1 till T2. Sänkningen var dock mer framträdande för TIP-C-gruppen. Vid T3 noterades att denna trend i riktning mot sänkt stress fortsatte i tydlig omfattning för TIP-C-gruppen. Däremot ökade stressnivåerna i genomsnitt från T2 till T3 för deltagare i den vanliga vårdgruppen (22).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Till bakgrunden har använts facklitteratur inom området medicin, kirurgi och psyko-onkologi samt studier som belyser bröstcancer som en sjukdom och dess psyko-onkologiska innebörd för den drabbade patienten.

Litteraturstudien omfattar artiklar om omvårdnad från fyra världsdelar, (Nordamerika, Europa, Asien och Australien) och som publicerats mellan 1997 och 2005. Min avsikt med detta var att söka olika perspektiv på omvårdnad i olika länder och med skilda utgångspunkter. På samma gång har jag försökt finna artiklar, undersökningar, som tagit sin utgångspunkt i patienternas och sjuksköterskans perspektiv på omvårdnad.

Fem av artiklarna baseras på kvalitativa studier och fyra baseras på kvantitativa studier. I en av studierna använder sig författaren av en kombination av dessa metoder, alltså både en kvalitativ och kvantitativ ansats. Jag har avsiktligt valt studier som använt dessa två forskningsmetoder, eftersom jag ville se om det föreligger några skillnader i resultat beroende av undersökningsmetod. Den uppenbara nackdelen vid kvantitativa mätningar är att nyanser inte framträder på samma sätt som vid kvalitativa undersökningar. "Låsta" frågeformulär ger inte heller tillräckligt utrymme åt svar som egentligen är mångtydiga. De flesta artiklarna tar sin utgångspunkt i "kvantitativt" inriktade frågeformulär, vilket ändå – enligt min uppfattning – många gånger belyser de enskilda patienternas upplevelser och attityder på ett bra sätt. I vissa fall kompletteras och exemplifieras försökspersonernas, patienternas, svar med direkta citat. Dock bör poängteras att jag upplevt flera av artiklarna som svårtolkade, eftersom resultatet i dem inte presenteras på ett entydigt sätt, särskilt inte då de respektive undersökning utförts med olika mätmetoder eller baserats på en kombination av olika mätmetoder. Det kan också vara besvärligt för en läsare att hänga med i artiklar och rapporter som ostrukturerat hoppar fram och tillbaka mellan "egna" rön och refererade äldre jämförelsestudier.

Resultatdiskussion

Resultatet belyser att de flesta kvinnor med bröstcancer har använt sig av copingstrategier baserade på Lazarus (8), Thernlund (9) och Folkmans (10) teoretiska utgångspunkt dvs. informationssökning, handling, handlingshämning och inre psykologiska processer. Enligt det resultat jag fått fram behöver bröstcancerpatienter stöd efter att de meddelats diagnos (13-18) och studier har visat att kvinnor med bröstcancer i praktiken upplever kontinuerlig stress, en upplevelse som orsakar krisreaktioner hos dem. För att kunna hantera, bearbeta och bemästra reaktionerna behöver dessa kvinnor mycket känslomässigt stöd, information/utbildning både från sjuksköterskan och anhöriga (13-15,18-23).

En studie visade att förmedling av en kombination av stöd och information/utbildning var effektivt för att möta bröstcancerpatientens kunskapsmässiga och känslomässiga behov. Vår uppgift som sjuksköterskor består bland annat i att förmå patienterna och deras anhöriga att se en väg ut ur den svåra situationen och se möjligheterna, även om de är små (13).

Eftersom sjuksköterskan är ansvarig för omvårdnadsarbetet är det hennes/hans uppgift att se till att även den psyko-onkologiska omvårdnaden tillgodoses. En artikel visar på ett tydligt sätt att det ligger på sjuksköterskans ansvar att skapa ett optimalt forum, exempelvis ordna en miljö, där patienterna under längre tid i lugn och ro kan tala ut om sina behov (17). Därför bör onkologisköterskan ha kunskap om de olika reaktionsfaser som många patienter med bröstcancer går igenom. I min studie har jag visat att bröstcancerpatienter och även deras anhöriga ofta upplever stress, rädsla och okunnighet om sjukdomen (18). Det är alltså

av stor vikt att sjuksköterskan hela tiden försäkras om att patienten förstått den givna informationen. Att låta bröstcancerpatienten träffa någon eller flera andra som varit i samma situation, kan enligt min mening göra det lättare för patienten att ta till sig information om sjukdom och behandlingen (15). Sjuksköterskan befinner sig i en svår och unik situation när hon/han ska hjälpa och stödja dessa kvinnor och deras anhöriga. Jag har i detta arbete försökt att kartlägga bröstcancerpatienternas specifika behov, så att de lättare kan bearbeta sina känslor och reaktioner.

Att få saklig information i samband med diagnos, behandling och efterbehandling upplevs som viktigt för cancerpatienten. De punkter som sjuksköterskan bör tänka på vid informationstillfället är:

- Patientens ålder
- Informationens omfattning
- Socialgrupp
- Utbildning
- Inkomst, civilstånd, kulturbakgrund
- Var i sjukdomsförloppet befinner patienten (18,19)

Information/utbildningsprogram för patienter bör planeras för att låta kvinnor med bröstcancer själva välja den mängd information de vill ha (18). Sjuksköterskan bör vara införstådd med att informationsbehovet fortsätter under och efter behandlingsfasen och bör anpassas för att erbjuda utbildningsstöd, som kan riktas mot information om sjukdom, och vad som väntar under olika utredningsundersökningar och behandlingar (21,22). Det är även viktigt att tillräckligt med tid avsätts. Man har även uppmärksammat att förståelse och samordning är lättare att uppnå om det finns en kontinuitet i personalkontakten. Ett annat synvinkel är att det finns en skillnad mellan bröstcancer och andra cancerformer och det är att bröstcancer handlar om en intim del av kvinnokropp, en del av kvinnligheten. Vi lever i ett kroppsfixerat samhälle där man dagligen ser på TV, tidningar och olika propaganda, vackra unga och lättklädda kvinnor gör det ännu svårare för kvinnor att acceptera att de fått bröstcancer.

Det har visat sig att ett psyko-onkologiskt omhändertagande inte bara gynnar de sjuka och anhöriga utan är också ekonomiskt gynnsamt då överlevnaden ökar samt vårdtiderna och sjukskrivningarna förkortas. Det är det viktigt att mer tid, pengar och forskning avsätts för detta område.

Studier där man kartlägger bröstcancerpatienters reaktioner och hanteringssätt ger viktig kunskap för oss sjuksköterskor. Man får en bättre bild av hur olika patienter känner och vilka olika behov de kan ha. Även om dessa studier aldrig kan hjälpa oss att förutsäga hur en enskild individ kommer att reagera så kan vi som sjuksköterskor känna oss mer säkra då vi har kunskap om det som kan förekomma. Litteraturstudien har dessutom bekräftat att många gemensamma reaktioner och hanteringssätt förekommer hos bröstcancerpatienter (13-14,16, 22-23).

Sjuksköterskan bör inse att hennes och patientens uppfattning om omvårdnaden inte alltid stämmer överens. Några av de studerade artiklarna beskriver att det ofta uppstår problem på grund av att vårdpersonalen och patienten uppfattar samt värderar saker olika (18,19).

Genom denna uppsats anser jag att jag har fått djupare kunskaper inom det psyko-onkologiska området och tror att jag får stor användning av den på

strålbehandlingsavdelningen. Slutligen anser jag att med tanke på specialistsjuksköterskans ansvar gentemot patienten, bör hon/han fördjupa sina kunskaper angående betydelsen av psyko-onkologiska stöd och information/utbildning i samband med cancersjukdom.

REFERENSER

1. Ljungkvist E, U. Fakta & forskning inom onkologi- Bröstcancer. Uppsala: Regionalt onkologisk centrum i Uppsala/Örebro regionen;1992.
2. Socialstyrelsen och Cancerfonden. Cancer i siffror - Stockholm 1999.
3. Järhult J, Offenbartl K. Kirurgi boken – vård av patienter med kirurgiska, urologiska och ortopediska sjukdomar. Stockholm: Hagmansförlag; 1997.
4. Franksson C, Hamberger B (red.). Frankssons kirurgi. Almqvist och Wiksell Förlag AB, 1992.
5. Cullberg A. Kris och utveckling. 2:a revid.uppl. Lund: Natur och kultur; 1982.
6. Reitan A. Schölberg T. Kr. (red). Onkologisk omvårdnad, patient- problem- åtgärd. Stockholm, Liber, 2003.
7. Ferrell B, Grant M, Funk B, Otis-Green S, Gracia N. Quality of life in breast cancer, Part II: Psychological and spiritual well-being. Cancer Nurs 1998;21(1): 1-9.
8. Lazarus R. S. Stress and Coping as Factors in health and illness. In: Collen, Martin(red). 1982. Psychosocialt Aspects of Cancer. Raven Press, New York.
9. Thernlund G. Från psykodynamisk kriteori till copingbegrepp. Socialmedicinsk tidskrift. 1995; 1: 4-11.
10. Lazarus R S, Folkman S. Strees, Appraisal, and coping. Springer; New York, USA, 1984.
11. Carnevali D. Handbok i omvårdnadsdiagnostik. Falköping: Liber AB; 1996.
12. Ödling G, Danielsson E, Christensen S-B, Norberg A. Living with breast cancer: Care givers perceptions in a surgical Ward. Cancer Nurs 1998;21 (3):187-195.
13. Zeigler L, Smith Patricia A, Fawcett J. Breast cancer: evaluation of the Common Journey breast Cancer Support Group; J Clin Nurs 13; 2003: 467–478.

14. Hosaka T, Sugiyama Y, Hirai K, Okuyama T, Sugawara Y, Nakamura Y. Effects of a modified group intervention with early-stage breast cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry* 23; 2001:145-151.
15. Samarel N, Fawcett J, Krippendorf K, Piacentino JC, Eliasof B, Hughes P, Kowitski C, Ziegler E. Women´s perceptions of group support and adaptation to breast cancer. *J Adv Nurs* 1998 ; 28(6): 1259-1268.
16. Samarel N, Tulman L, Fawcett J. Effects of Two types of Social Support and Education on Adaptation to Early-Stage Breast Cancer. *Res Nurs Health* 28; 2002: 459 – 470.
17. Miyasita Mika, Randomized A. Intervention Study for Breast Cancer Survivors in Japan. *Cancer Nurs* 2005; 28. No.1: 70-79.
18. Brown M, Koch T, Webb Ch. Information needs of women with non-invasive breast cancer. *J Clin Nurs*. 9. 2000: 713-722.
19. Galloway S, Graydon J, Harrison D, Evans-Boyden B, Palmer-Wickham S, Burlein-Hall S, Rich-van der Bij L, West P och Blair A. Informational needs of women with a recent diagnosis of breast cancer; development and initial testing of a tool. *J Adv Nurs* 25, 1997: 1175–1183.
20. Gopal R, Beaver K, Barnett T , Ismail N. A Comparison of the Information Needs of Women Newly Diagnosed With Breast Cancer in Malaysia and the United Kingdom. *Cancer Nurs* Vol.28, No 2, 2005: 132-140.
21. Coleman EA, Tulman L, Samarel N, Chamberlain Wilmoth M, Rickel L, Rickel M, Stewart CB. The effect of Telephone Social Support and Education on Adaptation to Breast Cancer During the Year Following Diagnosis. *Oncol Nurs Forum* Vol 32. No 4. 2005: 822-829.
22. Badger T, Segrin, C, Meek P, Lopez AM, Bonham E, Sieger A. Telephone Interpersonal Counseling With Women With Breast Cancer: Symptom Management and Quality of Life. *Oncol Nurs Forum* - 32. (2), 2005: 273-279.

BILAGA 1- ARTIKELPRESENTATION

Ref.nr: 13
Titel: Breast cancer; evaluation of the Common Journey Breast cancer Support Group
Författare: Zeigler L, Smith Patricia A, Fawcett J.
Tidskrift: Journal of Clinical Nursing 13 (sid 467–478)
Publ.år: 9 oktober 2003
Land: USA
Syfte: Att undersöka erfarenheter hos både deltagare i och ledare av en bröstcancerstödgrupp, sponsrad av offentligt sjukhus
Metod: Kvalitativ undersökning (intervju, enkät)
Referenser: 24

Ref.nr: 14
Titel: Effects of a modified group intervention with early-stage breast cancer patients.
Författare: Hosaka T, Sugiyama Y, Hirai K, Okuyama T, Sugawara Y, Nakamura Y
Tidskrift: General Hospital Psychiatry 23; 2001 (145-151)
Publ.år: 2001
Land: Japan
Syfte: Att undersöka den kliniska effekten av ett psykiatriskt insatsprogram
Metod: Kvalitativ intervjuundersökning
Referenser: 16

Ref.nr: 15
Titel: Women's perceptions of group support and adaptation to breast cancer
Författare: Samarel N, Fawcett J, Krippendorf K, Piacentino JC, Eliasof B, Hughes P, Kowitski C, Ziegler E.
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing 28 (6) (1259-1268)
Publ.år: 1998
Land: USA
Syfte: Att undersöka bröstcancerpatienters anpassning till sin sjukdom och deras upplevelser av att få stöd genom stödgrupp

Metod: Kombinerad kvantitativ och kvalitativ undersökning/studie

Referenser: 37

Ref.nr: 16

Titel: Effects of Two types of Social Support and Education on Adaptation to Early-Stage Breast Cancer

Författare: Samarel N, Tulman L, Fawcett J

Tidskrift: Research in Nursing & Health 28;

Publ.år: 2002

Land: USA

Syfte: Att undersöka skillnad i effekt beroende av utformning av stödgrupp till kvinnor med nyligen diagnosticerad bröstcancer utformning

Metod: Kvalitativ enkätundersökning

Referenser: 43

Ref.nr: 17

Titel: A Randomized Intervention Study for Breast Cancer Survivors in Japan

Författare: Mika Miyasita

Tidskrift: Cancer Nursing

Publ.år: 2005

Land: Japan

Syfte: Att studera effekter av korttids stödgruppsinsats riktad mot kvinnor med risk för bröstcancerrecidiv

Metod: Slumpmässig intervjuundersökning - kvalitativ

Referenser: 64

Ref.nr: 18

Titel: Information needs of women with non-invasive breast cancer

Författare: Brown M, Koch T, Webb Ch.

Tidskrift: Journal of Clinical Nursing

Publ.år: 2000

Land: Australien och UK

Syfte: Att undersöka behov och erfarenhet av information hos kvinnor som genomgått kirurgiskt ingrepp för non-invasiva bröstcancer (ductal carcinoma in situ, DCIS)

Metod: Djupintervjuer med sex patienter

Referenser: 45

Ref.nr: 19

Titel: Informational needs of women with a recent diagnosis of breast cancer; development and initial testing of a tool

Författare: Galloway S, Graydon J, Harrison D, Evans-Boyden B, Palmer-Wickham S, Burlein-Hall S, Rich-van der Bij L, West P och Blair A

Tidskrift: Journal of Advanced Nursing

Publ.år: 1997

Land: Kanada

Syfte: Att undersöka informationsbehovet hos kvinnor som nyligen diagnosticerats för bröstcancer samt utveckling och initialt test av ett verktyg (frågeformulär)

Metod: Kvantitativ enkätundersökning med 114 deltagande kvinnor

Referenser: 33

Ref.nr: 20

Titel: A Comparison of the Information Needs of Women Newly Diagnosed With Breast Cancer in Malaysia and the United Kingdom.

Författare: Lexshimi R, Gopal R, Beaver K, Barnett T , Safiah N, Ismail N

Tidskrift: Cancer Nursing

Publ.år: 2005

Land: Malaysia

Syfte: Att jämföra informationsbehovet hos nyligen bröstcancerdiagnostiserade kvinnor i Malaysia och Storbritannien

Metod: Kvantitativ enkätundersökning

Referenser: 33

Ref.nr: 21
Titel: The effect of Telephone Social Support and Education on Adaptation to Breast Cancer During the Year Following Diagnosis
Författare: Coleman A, Tulman L, Samarel N, Chamberlain Wilmoth M, Rickel L, Rickel M, Stewart CB
Tidskrift: Oncology Nursing Forum
Publ.år: 2005
Land: USA
Syfte: Att finna den mest effektiva metoden att erbjuda socialt stöd åt kvinnor med diagnosticerad cancer; stöd via telefon och utbildning.
Metod: Kvantitativ undersökning med hjälp av standardiserat frågeformulär.
Referenser: 37

Ref.nr: 22
Titel: Telephone Interpersonal Counseling With Women With Breast Cancer: Symptom Management and Quality of Life.
Författare: Badger T, Segrin, C, Meek P, Lopez AM, Bonham E, Sieger A.
Tidskrift: Oncology Nursing Forum
Publ.år: 2005
Land: USA
Syfte: Att undersöka effektivitet av telefonrådgivning (TIP-C) jämfört med vanliga stödgruppsinsatser för att behandla symtom som depression, trötthet och stress vid bröstcancer
Metod: Kvantitativ undersökning via frågeformulär besvarade per telefon och gruppsamtal
Referenser: 50
