



Examensarbete, 10 poäng  
Sjuksköterskeprogrammet, Termin 6

**BRÖSTCANCERSJUKA KVINNORS UPPFATTNING AV  
VÅRDPERSONALEN  
I MÖTET VID CYTOSTATIKABEHANDLING**

Författare Monika Bondegaard - Lautrup  
Anna De Pedis

Handledare Louise Stjernberg

Ej avsedd för publikation

Justerat och godkänt

Datum 2015 01 10

Examinator Ylva Hellström

**Blekinge Tekniska Högskola**

Sektionen för hälsa

Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng

Examensarbete 10 poäng

## **BRÖSTCANCERSJUKA KVINNORS UPPFATTNING AV VÅRDPERSONALEN I MÖTET VID CYTOSTATIKABEHANDLING**

Författare: Monika B-Lautrup

Anna De Pedis

Handledare: Louise Stjernberg

Examinator: Ylva Hellström

### **SAMMANFATTNING**

Bröstcancer är ett av de största hälsoproblemen för kvinnor i Sverige. Syftet med studien var att belysa bröstcancersjuka kvinnors uppfattning av ömsesidig förståelse i det vårdande mötet med vårdgivaren vid cytostatikabehandlingen. Studien baserades på tre självbiografiska skönlitterära böcker och materialet bearbetades genom en innehållsanalys. Resultaten visade en majoritet av uppfattningar som bekräftade den ömsesidiga förståelsen i mötet. Denna bekräftelse framtonas av en situation som skapar trygghet. Dock uppfattades begränsningar i form av försummade känslor hos kvinnorna. Fler studier bör göras i det valda ämnet i syfte att öka kompetensen hos personalen vilket ökar den ömsesidiga förståelsen i det vårdande mötet.

Nyckelord: bröstcancer, cytostatika, mötet, ömsesidig förståelse, uppfattning, vårdgivare

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	SIDA
<b>INTRODUKTION</b>	1
<b>BAKGRUND</b>	1
<b>Bröstcancer</b>	1
<b>Krishantering</b>	2
<b>Laglig referensram</b>	2
<b>Mötet</b>	3
<b>Teoretisk referensram</b>	4
<b>SYFTE</b>	4
<b>METOD</b>	4
<b>Datainsamling</b>	5
<b>Analys</b>	5
<b>Genomförande</b>	6
<b>Etiskt övervägande</b>	7
<b>RESULTAT</b>	7
<b>Boköversikt</b>	7
<b>Bekräftelser av ömsesidig förståelse i mötet</b>	8
<b>Begränsningar av ömsesidig förståelse i mötet</b>	9
<b>DISKUSSION</b>	10
<b>Metoddiskussion</b>	10
<b>Resultatdiskussion</b>	11
<b>Konklusion</b>	12
<b>REFERENSLISTA</b>	14

## INTRODUKTION

I Sverige är bröstcancer ett av de största hälsoproblemen för kvinnor. Prognosen har dock förbättrats och dödligheten har minskat, på 1990-talet var femårsöverlevnaden 85 % jämfört med 65 % på 1960-talet. Anledningen till detta är ökad medvetenhet om sjukdomen, förbättrad diagnostik och bättre behandlingar. Kompetensen hos personalen inom cancervården har utvecklats genom närmare arbetsgemenskap och därmed kommer patienten mer i centrum (Jönsson, 2004). Patientens känsla av positivt bemötande inom vården är viktigt och för att bättre förstå vad som påverkar känslan av tillfredsställelse är det viktigt att öka insikten om människans egna upplevelser av sin sjukdom och vård (Kovero & Tykkä, 2002). En förståelse för hur bröstcancersjuka kvinnor upplever sin förändrade livssituation är viktig för att vårdgivaren ska kunna ge ett behovsanpassat stöd under cytostatikbehandlingen (Ezer & Richer, 2002). Bland annat behöver vårdgivarna stödja kvinnorna i sin utveckling av överlevnadsstrategier (Landmark & Wahl, 2002). Informationen som kvinnorna vill ha överensstämmer inte alltid med vad vårdgivarna tror att de vill veta (Suominen, Leino-Kilpi & Laippala, 1994). En av socialstyrelsen genomförd verksamhetstillsyn (genomförd år 2000) i Uppsala-Örebroregionen som fokuserade på bemötandet av cancersjuka tyder på att patienterna upplever brister i medinflytande och psykosocialt stöd. Dessutom framkom brister avseende läkarkontinuitet och helhetssyn på människan (Barrbrink & Bonaire, 2003). Detta tyder på bemötandeproblematik, därför är detta ämne intressant för vidare studier ur ett patientperspektiv. Denna litteraturstudie använder termerna vårdpersonal och vårdgivare, med detta menar författarna sjuksköterskor och läkare. Vidare används begreppen bekräftelse och begränsning. Enligt nationalencyklopedin (1995) definieras begränsning med att omfattningen (av något) hålls inom vissa gränser, ofta om minskning. Bekräftelse betyder att erkänna och visa uppskattning av någon som individ.

## BAKGRUND

### Bröstcancer

I Sverige insjuknar varje år mer än 6000 kvinnor i bröstcancer (Jönsson, 2004). Uppskattningsvis kommer var nionde kvinna att behandlas för bröstcancer någon gång under sin livstid. På grund av (pga.) de kvinnliga könshormonerna är bröstcancer vanligare hos kvinnor jämfört med hos män. En hög risk för att drabbas föreligger vid förekomst av sjukdomen hos nära anhörig såsom mamma eller syster. Andra riskfaktorer är tidig menstruation, sen graviditet, få graviditeter, ingen eller kort amningsperiod, många korta menstruationscykler och sent klimakterium (Olsson, 2004). Forskning visar att kvinnor som i klimakteriet behandlats med kvinnliga hormonpreparat löper ökad risk för att drabbas av bröstcancer (Million Women Study Collaborators, 2003).

Symtom vid bröstcancer kan vara knutor och knölar i bröstet, ömmande bröst, eksemliknande utslag på eller runt bröstvårtan, indragning av bröstvårtan, sår som inte läker på huden över bröstvårtan samt blodtillblandad eller klar vätska från bröstvårtan. Andra symtom kan vara förändring i bröstets storlek och kontur (Almås, 2002). Ofta upptäcks förändringen i bröstet genom palpation varvid en röntgenundersökning med mammografi ger en bild av tumören. Därefter görs en punktion där vävnadsprover tas och undersöks för att fastställa diagnosen. Finns det misstanke om en spridning görs ytterligare undersökningar (Andersson, 2004). Den vanligaste behandlingsmetoden vid bröstcancer är kirurgisk. Beroende på storlek och spridning varierar omfattningen av operationen. I värsta fall tas hela bröstkörteln och

lymfkörtlarna i armhålan bort. Icke kirurgiska behandlingar är cytostatika och strålbehandling, dessa används var för sig eller i kombination beroende på behov (Almås, 2002). Cytostatika är en av hörnstenarna för behandling vid primär bröstcancer och vid återfall i sjukdomen. Hur många kurer och under hur lång tid behandlingen ges varierar. Behandlingen verkar genom att störa cellcykeln. Tyvärr skiljer inte cytostatika mellan sjuka och friska celler vilket bidrar till biverkningar (Bergh, 2004). Håravfall nämns av behandlade kvinnor som en av de värsta biverkningar av cytostatika. Håravfallet visar sjukdomen tydligt för allmänheten och kvinnorna upplever att de förlorat en stor del av sin kvinnlighet (Lindop & Cannon, 2001). Andra organsystem som drabbas är bland annat (bl.a.) mag- och tarmkanalen som reagerar med till exempel (t.ex.) illamående. Med dagens medicinering kan dessa biverkningar minimeras vilket gör behandlingen mer human (Bergh, 2004).

Viktigast för att avgöra prognosen är hur stor spridningen är. Vid mindre tumörväxt i armhålan är överlevnaden 60 till 70 % tio år efter sjukdomsdebuten. Finns det en omfattande spridning i armhålan sjunker överlevnaden till 20 till 30 % (Ericson & Ericsson, 2002).

### **Krishantering**

Vid beskedet om cytostatikabehandling vid bröstcancer kan kvinnan hamna i ett chockstadium, där hennes psykiska energi helt är upptagen av orienteringen i tillvaron. Utåt sett kan hon verka oberörd, men insidan är ett kaos och ingenting av det som händer kan förstås eller ge någon mening (Cullberg, 2003). En studie visar att bröstcancersjuka kvinnor förknippar cytostatika med avancerad cancer och en större risk att dö (Cowley, Heyman, Stanton & Milner, 2000).

Chockfasen övergår ganska snart i en reaktionsfas, där smärtan som beskedet orsakat bryter fram (Cullberg, 2003). Cytostatikabehandling förorsakar både fysiologiska och psykologiska stressreaktioner (Ezer & Richer, 2002). Karakteristiskt för denna fas kan vara sömnstörningar, aptitstörningar, behov av att fly undan med alkohol eller lugnande mediciner och andra uttryck för ångest och depressiv förtvivlan. Denna fas kan vara några veckor till flera månader.

Därefter inleds bearbetningsfasen som kan vara upp till ett år (Cullberg, 2003). I takt med att behandlingen fortskrider ökar förmågan att hantera konsekvenserna av cytostatika (Ezer & Richer, 2002).

Den sista så kallade nyorienteringsfasen innebär att smärtan efter beskedet är borta eller under kontroll, men för en del blir inte sorgen helt avslutad (Cullberg, 2003). Kvinnorna som genomgått cytostatikabehandling lever med en ständig medvetenhet om att kunna insjukna igen (Cowley, et al. 2000; Ezer & Richer, 2002; Lindop & Cannon, 2001). Hur krisen löses och bearbetas beror i hög grad på den yttre livssituationen, tillgången på praktisk hjälp och allmänt stöd av närstående och vänner. En väl genomarbetad kris är en viktig chans till att nå ökad styrka och mognad samt fördjupning och ökad förståelse för livets villkor (Cullberg, 2003).

### **Laglig referensram**

Hälso- och sjukvårdslagen (SOSFS 1982:763) reglerar vårdpersonals skyldigheter och ansvar gentemot patienten.

§ 2 anger att:

- Vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen.
- Vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.
- Vården ska främja goda kontakter mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonalen.
- Vården och behandlingen skall så långt som det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.
- Patienten skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns (Hälso- och sjukvårdslagen, SOSFS 1982:763).

Socialstyrelsen arbetar fram riktlinjer som ska ge nationellt kunskapsstöd i arbete med hälso- och sjukvårdsprogram och prioriteringar. Arbetet inriktas på de stora sjukdomsgrupperna och omfattar hela vårdkedjan. Riktlinjer för bröstcancersjukvård är under arbete (Socialstyrelsen, 2004).

### **Mötet**

Vårdpersonal som med sin hållning kan komma i kontakt med patientens kamp kan vända en situation av lidande till en ny kamp i ljuset av nytt liv och möjlig mening. Omvänt kan ett avvisande av visad tillit medföra att patienten blir fast i sin lidande situation eller försätts tillbaka i en ny kamp. Patientens lidande kan lindras såväl som förstärkas i en vårdmiljö och detta är bland annat beroende av kvaliteter i de vårdande mötena (Arman, 2003). Hur patienten upplever bemötandet i vården kan påverkas av olika faktorer såsom information, delaktighet, kontinuitet, integritet och trygghet (Barrbrink & Bonaire, 2003).

I mötet mellan vårdgivaren och patienten finns en stor uppsättning förväntningar hos båda parter, dessa förväntningar är både riktade mot en själv och mot den andre (Holm, 2001). Patientens personliga förutsättningar och förväntningar påverkar upplevelsen av mötena med vården (Barrbrink & Bonaire, 2003). För att vårdgivaren ska kunna motivera och stödja kvinnorna i svåra situationer måste hon/han bygga upp en förtroendefull relation till kvinnan. Det ställs stora krav på vårdpersonalen: krav på kunskap, förståelse och medvetenhet om kvinnans reaktioner samt om sina egna reaktioner och förmåga att fungera i kontakten med kvinnan (Holm, 2001).

Möjligheten att medverka vid beslut om vårdåtgärder och möjligheten att ställa frågor och diskutera med vårdpersonalen påverkar kvinnornas känsla av trygghet och känsla av kontroll över sjukdomen (Kovero & Tykkä, 2002). Kraven på kunskap gäller inte endast medicinsk kunskap, det innefattar även kunskap om psykologiska förhållanden, psykologiska försvar, omedvetna drivkrafter och omedveten kommunikation, t.ex. kroppsspråk (Holm, 2001). En studie av Landmark och Wahl (2002) visar att kvinnor med nyligen diagnostiserad bröstcancer förväntar sig att bli bemötta av vårdpersonal som kan stötta genom att fokusera på kvinnans egna resurser istället för på begränsningarna i vardagen som påverkas av sjukdomen. Kvinnorna i studien förväntar sig även att få mer generell information än vad de fick samt mer emotionellt stöd av sjukvårdspersonalen.

Enligt Faulkner och Maguire (1999) är en av vårdgivarens uppgifter att ta reda på patientens behov av information. Genom att ge så mycket information om sjukdomen och behandlingen som patienten önskar och är beredd att ta emot blir det lättare för denne att bearbeta beskedet om sjukdomen oavsett sjukdomens stadium. Kovero och Tykkä (2002) redovisar att patienterna önskar mångsidig, realistisk och individuell information av vårdpersonalen såväl

vid insjuknandet som före och efter operationen. Lindop och Cannon (2001) menar att information är extra viktig vid början av en cytostatikabehandling.

Faulkner och Maguire (1999) lyfter fram vikten av att vara flexibel och lyhörd för patientens behov. Patienten får inte avsiktligt ges felaktig information och prognosen ska vara sanningsenlig och varken för negativ eller optimistisk.

### **Teoretisk referensram**

Travelbee (1971) har i sin omvårdnadsteori beskrivit en mellanmänsklig process för att sjuksköterskan och individen ska uppnå en ömsesidig förståelse och kontakt. Denna process består av fem olika interaktionsfaser:

- Det första mötet
- Framväxt av identitet
- Empati
- Sympati
- Ömsesidig förståelse och kontakt

Första mötet präglas av att individ och sjuksköterska inte känner varandra och gärna vill placera in varandra i stereotypa roller. Roller som är kopplade till förväntningar på hur den andra parten ska uppträda.

I takt med att individ och sjuksköterska interagerar sker observationer av bland annat kroppsspråk som visar olika personlighetsdrag. Detta skalar bort delar av rollerna och individuella identiteter växer fram. Att se personen som en unik individ är en förutsättning för att en meningsfull relation ska kunna uppstå.

Empati beskrivs av Travelbee som förmågan att tränga in i eller delta i och förstå det psykologiska tillstånd som en annan person befinner sig i. Empati upplevs bara i korta ögonblick och är en medveten intellektuell process som är oberoende av känslorna för individen. Om dessa stunder av empati uppstår mellan individ och sjuksköterska blir relationen närmare och djupare.

Resultatet av det empatiska mötet blir sympati. Detta innebär en äkta medkänsla för den andras lidande och en önskan om att lindra dennes lidande. Sympati är en attityd, ett sätt att tänka och en känsla som kommuniceras till den andra.

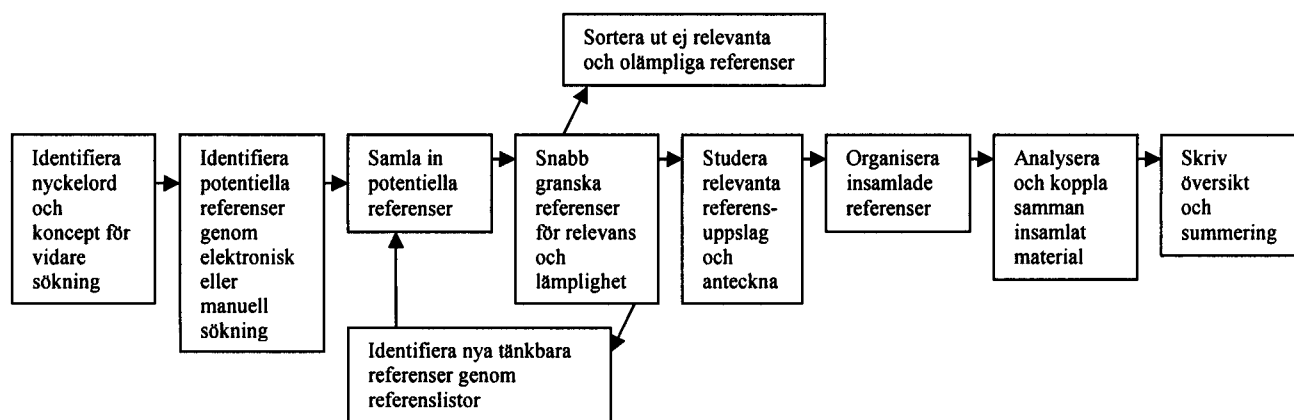
Sista fasen i den mellanmänskliga processen är den nära och ömsesidiga förståelsen som uppstår mellan individen och sjuksköterskan. All tidigare interaktion är menad att leda fram till detta stadium. De involverade personerna delar nu varandras innersta tankar, känslor och attityder (Travelbee, 1971).

## **SYFTE**

Syftet med studien var att belysa bröstcancersjuka kvinnors uppfattning av ömsesidig förståelse i det vårdande mötet med vårdgivaren vid cytostatikabehandlingen.

## **METOD**

Metoden för att samla in aktuell litteratur är hämtad från Polit, Beck och Hungler (2001). Flödesschemat, se figur 1, visar tillvägagångssättet vid sökning av litteratur. Före litteratursökningen identifieras huvudkonceptet för arbetet, nämligen bröstcancer.



**Figur 1.** Tillvägagångssätt vid litteratursökning enligt Polit et al. (2001)

### Datainsamling

Vid sökning i Blekinge Tekniska Högskolas biblioteks katalog återfanns 21 träffar på sökordet bröstcancer. Därefter gjordes en manuell granskning av böckerna. Kriterierna var svensk, självbiografisk skönlitteratur ej äldre än 10 år. Detta resulterade i tre kvarstående titlar som passade studiens syfte, se tabell 1.

**Tabell 1:** Översikt av författare, titel och innehåll av valt analysmaterial

Författare	Titel	Innehåll
Susanne Ihre (1994)	Klart att jag klarar mig.	Susanne fick diagnosen bröstcancer och började skriva dagbok om sina upplevelser och känslor av sjukdomen.
Ingegerd Wachtmeister (1997)	Boken jag saknade när jag fick bröstcancer.	När Ingegerd fick diagnosen bröstcancer började hon leta efter kunskap. Hon hittade ingen litteratur som besvarade hennes behov av information. Därför började hon skriva en berättelse som tar upp det hon själv hade velat veta.
Agneta Ullenius (1996)	Bara mitt bröst.	Agnetas bok tar upp hennes kamp mot bröstcancer för att stötta andra samt fakta om själva sjukdomen.

### Analys

För att vidare analysera litteraturen gjordes en innehållsanalys. Det relevanta materialet lästes igenom med syfte att hitta segment, teman som var återkommande och hörde samman. Därefter kunde ytterligare mönster och strukturer hittas som sammanhöll teman (Polit et al. 2001). Innehållsanalysen inspirerades av Burnard (1996) som beskriver en kvalitativ analysmetod. Kvalitativ analys inriktar sig på att förstå och tolka människans erfarenheter och tankar (Kovero & Tykkä, 2002). Burnard (1996) beskriver fyra steg vid tillvägagångssättet för analysen.



1. Materialet läses, anteckningar görs med enstaka ord eller korta fraser som sammanfattar styckena av texten. Orden eller fraserna redovisar hela stycket.
2. Orden och fraserna grupperas och eventuellt reduceras. Upprepningar och liknande ord och fraser tas bort, överskrifter skapas som redovisar innehållet i stycket. Inte mer än 12 överskrifter bör användas.
3. Varje grupp av överskrifter tilldelas en färg. Överstrykningspennor med olika färger används för att markera och dela upp materialet i kategorier. Därefter ska varje färgmarkerat segment klippas ut, sorteras efter färg och slutligen åter grupperas. Dessa klistras på ett nytt A4 papper så att kompletta grupperingar återfås av all analyserad data.
4. Efter denna analys är författarnas uppgift att hitta förklaringar till grupperingarna som framträtt.

### Genomförande

1. Båda författarna läste enskilt genom samtlig litteratur för att få en överblick av ämnet. Vid genomläsningen markerades meningar och fraser som svarade på syftet med studien.
2. Tillsammans gjordes en genomgång av det valda materialet. Ej relevant text sorterades bort. Kvarvarande text grupperades efter innehåll och reducerades genom att upprepningar och liknande ord togs bort. För att förtydliga materialet analyserades fraser genom ett mellansteg till underrubriker. Exempel på detta redovisas i tabell 2.

**Tabell 2.** Exempel på analys från fraser till underrubriker genom ett mellansteg.

Fraser	Mellansteg	Underrubrik
Han gömmer sig inte bakom någon läkarroll eller svåra ord utan känns mer som en kompis som bryr sig. Det är lätt att prata, lätt att argumentera. (Wachtmeister, s 69) Med tiden lärde vi känna varandra, och det var mer som att åka och hälsa på några vänner. (Wachtmeister, s 80)	Kompis, bryr sig, lätt att prata, lätt att argumentera, vänner.	Vänskap
I perspektivet att förlora själva livet är det inte förstået så märkvärdigt att förlora sitt hår under ett års tid, men jag tycker ändå att både läkare och sjuksköterskor tar alldeles för lätt på det. (Ihre, s 91)	Tar för lätt på	Ignorerade känslor

3. Underrubrikerna tilldelades färger som representerade positiva respektive negativa uppfattningar av ömsesidig förståelse i mötet med vårdpersonalen. Totalt framkom tio underrubriker varav sex med positiva och fem med negativa uppfattningar. De positiva respektive negativa underrubrikerna bildade två huvudkategorier, se tabell 3.

**Tabell 3. Översikt av underrubriker samt huvudrubriker**

<b>Underrubrik</b>	<b>Huvudrubrik</b>
Sympatisk, vänskap, förtroende, medkänsla, stöd, gott om tid	Bekräftelser av ömsesidig förståelse i mötet
Bristande kontinuitet, misstrohet, ignorerade känslor, tidsbrist	Begränsningar av ömsesidig förståelse i mötet

### **Etiskt övervägande**

Vi anser att författarna av den analyserade skönlitteraturen själva gjort ett etiskt övervägande vid beslutet att utlämna sin sjukdomsupplevelse för allmänheten.

## **RESULTAT**

### **Boköversikt**

Böckerna beskriver tre kvinnor som alla behandlats med cytostatika i samband med bröstcancer.

Ihre (1994) drabbas av sjukdomen mitt i sitt yrkesverksamma liv. Hon arbetar som VD på ett svenskt företag och är bosatt i USA. Bröstcancer diagnostiseras i Sverige. Operationen sker i USA medan behandling med cytostatika fås i både USA och Sverige. Vid ett återbesök efter operationen får hon veta att hennes cancer är av snabb spridning vilket betyder att hon måste genomgå nio månaders cytostatikabehandling. Detta besked upplever hon som det värsta besked av alla. Hon har läst en bok om cytostatikabehandling och tankarna kretsar kring håravfall och hur fasansfullt hon skulle uppleva det att tappa håret.

Wachtmeister (1997) är en tvåbarns mor och arbetar som journalist. Hennes mamma dog i bröstcancer, när hon kände sin knöl i bröstet misstänkte hon nästan med en gång vad det var. Efter operationen får hon besked att cancer spridit sig till lymfkörtlarna och att cytostatika- och strålbehandling är nödvändigt. Reaktionen blir stark då hon var säker på att all cancer var borta efter operationen. För första gången känner hon sig som en cancerpatient, någon som kan dö. Hon upplever cellgiftsbehandlingen som skrämmande, en behandling som gör henne sjuk. Innan första cytostatikabehandlingen hade hon en svår uppgift att klara av, att lära sig tycka om cellgift.

Även Ullenius (1996) arbetar som journalist, hon har inga barn och lever ihop med sin man. Efter diagnosen genomgår hon en operation med en följande problematisk bröstrekonstruktion. Vid ett telefonsamtal med läkaren efter operationen får hon besked att bröstcancer inte spridit sig, hon förbereds dock på att det kan bli aktuellt med tillägsbehandling, cytostatika. Innan behandlingen påbörjas kretsar hennes tankar kring alla gamla skräckhistorier hon hört vilket skapar en fruktan (Ullenius, 1996).

Både positiva och negativa uppfattningar har framträtt, dock med en övervikt av positiva.

## Bekräftelser av ömsesidig förståelse i mötet

### *Sympatisk*

Ihre (1994), Ullenius (1996) och Wachtmeister (1997) har gemensamt att de ofta beskriver vårdpersonalen med adjektiv som lugn, vänlig, snäll, fin, äkta, rar, trevlig, hyggligt och prydlig.

*"Han ler vänligt, ett äkta leende. Isen är bruten. Jag andas ut lättad. Samtalet kan börja."* (Wachtmeister, 1997, s 76)

### *Vänskap*

Redan vid första informationstillfället med läkaren beskriver Wachtmeister (1997) relationen med läkaren som vänskap.

*"Han gömmer sig inte bakom någon läkarroll eller svåra ord utan känns mer som en kompis, en kompis som bryr sig."* (Wachtmeister, 1997, s 69)

Under resterande behandlingar utvecklas ett vänskapsförhållande till vårdpersonalen.

*"Det kändes aldrig obehagligt att åka iväg för en ny behandling. Med tiden lärde vi känna varandra, och det var mer som att åka och hälsa på några vänner."* (Wachtmeister, 1997, s 80)

### *Förtroende*

Förtroendet för personalen baseras bl.a. på att medkänsla uttrycks i mötet. Ihre (1994) tillskriver dessutom sjuksköterskans klädsel som en del av det som skapar förtroende.

*"Sjuksystemen ser ut som en sjuksyster och har inte sina egna fritidskläder på sig. Det bidrar löjligt nog till att jag känner ett större förtroende för henne, det verkar proffsigare."* (Ihre, 1994, s 142)

### *Medkänsla*

Ullenius (1996) och Ihre (1994) uppfattar att vårdpersonalen verkligen förstår vad de går igenom och deltar i deras kamp mot sjukdomen.

*"Å, vad jag tycker om att se deras vänliga, oändligt deltagande ansiktsuttryck. Det känns så skönt att någon verkligen förstår vad man går igenom."* (Ihre, 1994, s 143)

### *Stöd*

Under ett informationsmöte inför den första cytostatikabehandlingen träffar Ullenius (1996) en sjuksköterska som kommer att följa henne genom behandlingen.

*"Monica är min för tolv cytostatikabehandlingar framåt. Redan nu vet jag att hon kommer att vara ett obeskrivligt stöd."* (Ullenius, 1996, s 122)

Hon upplever denna sjuksköterska som en värdefull vägledare som kan ge tröst i denna nya värld.

*"Trots att jag inte alls mådde dåligt efter förra behandlingen var jag ändå rysligt orolig inför denna här omgången. Och då händer det. Det som förklarar varför denna änglalika dam har jobbat med svårt sjuka cancerpatienter i trettio år. Tyst ger hon mig en kram. En stor rejäl björnkram. Och jag förstår. Hon älskar oss skröpliga människor, så enkelt är det." (Ullenius, 1996, s 124)*

#### *Gott om tid*

Ihre (1994) upplever oro inför första cytostatikabehandlingen. Vid ett läkarsamtal dämpas oron genom att mycket tid ges åt frågor.

*"Han ger en känsla av att man är viktig, att han förstår att det är en stor dag i ens liv och att man kanske behöver massor av tid med honom för frågor och oro." (Ihre, 1994, s 108-109)*

#### **Begränsningar av ömsesidig förståelse i mötet**

##### *Bristande kontinuitet*

En av kvinnorna fick träffa en vikarie istället för en ordinarie läkare vid sitt första besök inför cytostatika behandling. Besvikelsen infinner sig hos henne när hon inser att hon inte kommer att få träffa honom igen.

*"...// jag är så besviken över att ha fått träffa en som bara var vikarie. Jag misstror inte honom personligen. Det är bara så att jag hade velat träffa någon som jag ska ha kontakt med i fortsättningen, någon som ska följa mig under behandlingen." (Wachtmeister, 1997, s 69)*

##### *Misstrohet*

Två av kvinnorna blir erbjudna att medverka i en studie där en ny cytostatikakur ska testas. De förlorar snabbt förtroendet för läkaren och sjuksköterskan då de upplever att de försöker lura med dem.

*"...// jag kände inget riktigt förtroende för henne. Jag fick en känsla av att hennes uppgift var att till varje pris "lura med mig" i testgruppen." (Ihre, 1994, s 91)*

*"Det som jag för ett par timmar sedan uppfattat som engagemang och medmänsklighet tolkar jag nu som utslag av ren förförelsekonst. Rena försäljningstekniken. Men hur kunde de vara så ansvarslösa på onkologen att de bara överlät patienter så där? Inte kunde man ha förtroende för ett sånt ställe. Inte en enda av dem kan jag lita på." (Wachtmeister, 1997, s 70)*

En annan situation som leder till misstro och obehag inträffar i ett samtal med en sjuksköterska.

*"Jag frågade henne också vilka konsekvenser cellgiftet har för sexlivet? Då fnittrade hon nervöst och sade att "detta är den värsta delen av mitt jobb." Det gjorde mig verkligen obehaglig till mods att en sjuksköterska var så oprofessionell." (Ihre, 1994, s 92)*

#### *Ignorerade känslor*

Ihre upplevde att hon inte blev tagen på allvar när det gällde biverkningarna av cytostatika behandlingen.

*"I perspektivet att förlora själva livet är det förstås inte så märkvärdigt att förlora sitt hår under ett års tid, men jag tycker ändå att både läkare och sjuksköterskor tar alldeles för lätt på det. Det är ju som ett slags amputering, i alla fall för en kvinna." (Ihre, 1994, s 91-92)*

#### *Tidsbrist*

Ihre (1994) uppfattar sin läkare som stressad vid ett läkarbesök.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Författarna har valt att göra en kvalitativ litteraturstudie vilket inriktar sig på att förstå och tolka människans erfarenheter och tankar (Kovero & Tykkä, 2002). En kvalitativ analys metod svarar bäst för syftet med studien. Vi valde att analysera skönlitteratur då uttryck kan ges för djupare känslor och har inte begränsats av en forskares intervjufrågor. För att skapa en djupare förståelse för ämnet användes även artiklar som belyste kvinnors situation vid nydiagnostiserad bröstcancer.

Flödesschemat av Polit et al. (2001) användes vid sökning av skönlitteraturen. Av alla träffar var fyra skönlitterära, en valdes bort då den var skriven 1976.

Tidsbegränsningen för böckerna valdes pga. att böcker äldre än tio år troligtvis inte skulle ge en korrekt bild över sjukvården idag. Vid närmare granskning visade det sig att en av de tre böckerna skildrade uppfattningar om vårdpersonalen från både USA och Sverige. Boken ansågs ändå ha ett värde då cytostatikabehandlingen utfördes även i Sverige.

Burnards (1996) analysmetod har vi valt att inspireras av då denna metod är avsedd att användas vid intervjustudier. Författarnas tolkning kan nyansera analysen. En felaktig tolkningen minimeras genom att båda författarna enskilt läst materialet och utfört analysen tillsammans. Vid analysens alla steg har diskussioner gjorts för att försäkra att uppfattningen om vårdpersonalen av kvinnorna i böckerna ska komma fram på ett ärligt sätt. Mellansteget i analysen är ett exempel på åtgärder för att ytterligare minimera risken för feltolkningar. Resultatet beskriver endast tre kvinnors uppfattningar om vårdpersonalen. Därför kan inte generalisering av alla bröstcancersjuka kvinnors uppfattningar om vårdpersonalen göras. Kvinnorna som skrivit dessa böcker har själva valt att utlämna sin sjukdomsupplevelse och de är inte slumpmässigt utvalda från en större grupp av kvinnor med bröstcancer. Författarna valde att använda termerna vårdgivare och vårdpersonal för att minimera upprepningar i texten. Studien innefattar uppfattningar om både läkare och sjuksköterska. Enligt Suominen (1993) finns det brister i uppfattningen om vem av sjuksköterskan eller läkaren, som ska ge

vilken information. Därför är också kvinnornas uppfattningar om läkaren värdefulla för sjuksköterskor.

### **Resultatdiskussion**

Våra resultat visar att mötena med vårdgivaren vid start av cytostatikabehandling är av stor betydelse för en känsla av trygghet och kontroll och denna känsla förstärks av kontinuitet. Det framgår också från en av kvinnornas berättelser att besvikelse infinner sig när vårdpersonal alterneras. Pålsson och Norberg (1995) lyfter fram att vid kontakt med samma sjuksköterska under behandlingar med cytostatika upplever kvinnorna sjuksköterskan som ett centralt stöd. Författarna uppfattar att vetskapen om att få träffa samma vårdgivare under behandlingsperioden upplevs som värdefullt.

Resultaten beskriver negativa föreställningar om cytostatikabehandling skapade av skönlitteratur som kvinnorna tidigare läst. Därför är det mycket viktigt med bra information så att ångest och oro dämpas inför behandlingen. Kvinnorna beskriver att det mest skrämmande med cytostatikabehandlingen är föreställningen att tappa allt sitt hår. Även Cowley et al. (2000) och Lindop och Cannon (2001) har funnit att negativa föreställningar om cytostatika är vanligt förekommande där rädslan för håravfall yttras.

Våra resultat visar en upplevelse av att vårdpersonalen inte tog denna rädsla på allvar. Vårdpersonal som lyssnar, tröstar och accepterar kvinnans känslor anses av Pålsson och Norberg (1995) vara en resurs som får kvinnornas ångest och oro att minska.

Enligt resultaten kan författarna tolka att förslag om att ingå i cytostatikaforskning i samband med besked om cytostatikabehandling kan orsaka emotionellt kaos. Vidare visar resultaten att vid beskedet om cytostatikabehandling upplever kvinnorna canceren som avancerad och möjligen dödlig, då de efter operationen trott att de var botade. I en studie genomförd i England, uttryckte 8 av 12 kvinnor att de blev skrämde av beskedet om cytostatikabehandling. De var mer rädda för behandlingen än för själva operationen (Cowley et al. 2000). Beskedet om tilläggsbehandling kan göra att kvinnorna återvänder till ett chockstadium där hennes psykiska energi är helt upptagen av orientering i tillvaron (Cullberg, 2003).

Då förslaget om att ingå i cytostatikastudierna presenterades vid ett så känsligt tillfälle påverkades förtroendet för vårdpersonalen negativt. Mötet som började bra, med ett stort förtroende för vårdpersonalen byttes mot en misstro som påverkade hela uppfattningen av vårdtillfället. Författarna anser att förslag om att ingå i cytostatikastudier bör delges kvinnorna vid ett senare besök, då kvinnorna återhämtat sig från chocken.

Av resultaten framkommer det att en förståelse för vad varje enskild kvinna går igenom, och ett deltagande i hennes kamp, är nödvändig för att en djup kontakt med ömsesidig förståelse ska kunna uppstå i det vårdande mötet vid cytostatikabehandling. Detta kan kopplas till Travelbees (1971) beskrivning av empati som en förmåga att tränga in i eller delta i och förstå det psykologiska tillstånd som en annan person befinner sig i. Om dessa stunder av empati uppstår mellan individ och sjuksköterska blir relationen närmare och djupare. En egenskap som bör finnas hos vårdgivaren för att uppnå en meningsfull relation är att se kvinnan som en unik individ. Ezer och Richer (2002) stödjer detta då kvinnorna i deras studie anser det dyrbart att de behandlas som riktiga människor. Travelbee (1971) menar att en av förutsättningarna för ett gott möte är att skala bort roller och se varandra som individer. Vi finner dock att en del av förtroendet för sjuksköterskan skapas utifrån hennes klädsel som ger

ett professionellt intryck. Samtidigt visar resultaten att det uppskattas när vårdpersonalen inte gömmer sig bakom sin yrkesroll, utan möter kvinnan som människa. För att vårdgivaren ska kunna motivera och stödja kvinnan i svåra situationer ställs krav på att vara medveten om sina egna reaktioner och att ha förmåga att fungera i kontakten med kvinnan (Holm, 2001). Ett avvisande av visad tillit mot kvinnan kan göra att hon blir fast i sin lidande situation (Arman, 2003). Av resultatet framgår hur viktig sjuksköterskans egna reaktioner i mötet är för den ömsesidiga förståelsen. Sjuksköterskan som beskrivs av Ihre (1994) uppträder nervöst och generat vid samtal om sexualiteten. En misstro för vårdpersonalen skapas och detta kan leda till att kvinnan inte vågar ställa känsliga frågor. Kovero och Tykkä (2002) framhåller att om kvinnan inte vågar ställa frågor till vårdpersonalen får hon inte den information hon behöver vilket orsakar att hon förlorar känslan av trygghet och därmed kontrollen över sjukdomen. Vi anser att om vårdpersonalen kan få stöd och utveckla sin egen kompetens kan detta leda till större trygghet i sig själva vilket kan leda till ökad möjlighet för ömsesidig förståelse mellan vårdgivare och bröstcancersjuka kvinnor vid cytostatikabehandling. Enligt Pålsson och Norberg (1995) är det viktigt att ha en sjuksköterska som kvinnorna kan dela varierade svårigheter relaterade till sjukdomen med. Får kvinnan så mycket information om sjukdom och behandling som hon önskar och klarar av, underlättar det bearbetningen av sjukdomen oavsett i vilket stadium hon befinner sig i (Faulkner & Maguire, 1999).

Enligt resultatet kan författarna se att vårdgivaren ofta beskrivs med positiva adjektiv som t.ex. lugn, vänlig och äkta. En berättelse från en av kvinnorna beskriver hur ett äkta leende skapar en förutsättning för ett bra möte där hon öppet vågar visa sina känslor. Detta i sin tur skapar känslor som vänskap i relationen med vårdgivaren, vilket minskar obehaget att åka till sjukhuset inför behandling. Carnwell (2003) lyfter fram att uppskattade egenskaper hos vårdgivaren som snällhet, lätt att prata med som om de vore en del av deras familj och att vårdgivaren inte bara gör sitt jobb utan utöver sitt praktiska yrkesutövande också är betydelsefull emotionellt. Dessa egenskaper leder till att kvinnorna vågar visa sina bekymmer och ser relationen till vårdgivaren som vänskaplig.

Av resultaten framkommer att tidsbrist skapar negativa känslor hos kvinnan. Detta visar även en studie av Pålsson och Norberg (1995) där kvinnorna uttrycker att en stressad läkare får dem att känna sig besvikna över att bli sedda som ett objekt och att tid för frågor inte finns. Kovero och Tykkä (2002) uttrycker vikten av att få ställa frågor då de påverkar kvinnornas känsla av trygghet och känsla av att ha kontroll över sjukdomen. Författarna kom fram till att ångest och oro inför cytostatikabehandling kan minskas genom att tid ges åt frågor och funderingar. Även Pålssons och Norbergs (1995) studie visar att känslor som tillit och förtroende upplevs då vårdgivaren tar sig tid med kvinnan, är lugn och svarar på de frågor hon har.

### **Konklusion**

Beskedet om cytostatikabehandling kan inge rädsla, ångest och oro hos bröstcancersjuka kvinnor. Risker som att sjukdomen spridit sig, likväl som psykiska och fysiska bieffekter av behandlingen upplevs som farhågor hos kvinnorna. Resultaten beskriver att kvinnorna främst uppfattar bekräftelser av ömsesidig förståelse i det vårdande mötet. Denna bekräftelse framtonas av sympati, vänskap, förtroende, medkänsla, stöd och gott om tid vilket leder till en känsla av trygghet. Begränsningar uppträder i form av uppfattningar som bristande kontinuitet, misstrohet, ignorerade känslor och tidsbrist. Vi ser ett behov av att utföra fler studier om bröstcancersjuka kvinnornas uppfattningar av vårdpersonalen vid

cytostatikabehandlingen. Studierna bör göras i syfte att öka kompetensen hos personalen och i sin tur öka den ömsesidiga förståelsen i det vårdande mötet.



## Referenslista

- Almås, H. (Red). (2002). *Klinisk omvårdnad 1* (3: e uppl.). Stockholm: Liber AB.
- Andersson, I. (2004). Bröstdiagnostik. I P. E. Jönsson (Red.), *Bröstcancer* (pp 105-132). Södertälje: AstraZeneca AB.
- Arman, M. (2003). *Lidandet och existens i patientens värld. Kvinnors upplevelser av att leva med bröstcancer* (akademisk avhandling, Åbo akademi).
- Barrbrink, L., & Bonaire, A. (2003). *Cancervården – Väntetider, bemötande och personalförsörjning* (Lägesrapport). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Bergh, J. (2004). Cytostatikabehandling. I P. E. Jönsson (Red.), *Bröstcancer* (pp 225-244). Södertälje: AstraZeneca AB.
- Burnard, P. (1996). Teaching the analysis of textual data: an experimental approach. *Nurse Education Today*, 16, 278-281.
- Carnwell, R. (2003). A qualitative study to evaluate breast care nursing in North Wales from the user perspective. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 7, 171-179.
- Cowley, L., Heyman, B., Stanton, M., & Milner, S. (2000). How women receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer cope with their treatment: a risk management perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 31.
- Cullberg, J. (2003). *Dynamisk psykiatri* (7: e utg.). Stockholm: Natur och Kultur.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2002). *Medicinska sjukdomar* (2: a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Ezer, H., & Richer, M.C. (2002). Living in it, Living with it and Moving on: Dimensions of Meaning During Chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 29, 113-119.
- Faulkner, A., & Maguire, P. (1999). *Att mötas I samtal inom cancervården*. Lund: Studentlitteratur.
- Holm, U. (2001). *Empati: att förstå andra människors känslor* (2: a utg.). Stockholm: Natur och Kultur.
- Hälso- och sjukvårdslagen. (SOSFS 1982:763). I K. Wilow (Red.) *Författningshandboken* (pp 116-121). Stockholm: Liber.
- Ihre, S. (1994). *Klart att jag klarar mig*. Stockholm: Svenska Dagbladets Förlag AB.
- Jönsson, P. E. (2004). Inledning. I P. E. Jönsson (Red.), *Bröstcancer* (pp 7-8). Södertälje: AstraZeneca AB.
- Kovero, C., & Tykkä, E. (2002). Att insjukna i bröstcancer. *Vård i Norden*, 22, (3), 15-20.

Landmark, B., & Wahl, A. (2002). Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 40, (1).

Lindop, E., & Cannon, S. (2001). Experiences of women with a diagnosis of breast cancer: a clinical pathway approach. *European Journal of Oncology*, 5, (2), 91-99.

Million Women Study Collaborators. (2003). Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet*, 362, 419-428

Nationalencyklopedin. (1995). *Ordbok*. Höganäs: Bra Böcker

Olsson, H. (2004). Epidemiologi och kliniska riskfaktorer. I P. E. Jönsson (Red.), *Bröstcancer* (pp. 19-33). Södertälje: AstraZeneca AB.

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2001). *Essentials of Nursing Research. Methods, appraisal and utilisation*. (5: e uppl.). Philadelphia: Lippincott.

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

Socialstyrelsen. (2004). *Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling* [WWW document]. Hämtad 041208: URL [http://www.socialstyrelsen.se/Om\\_Sos/organisation/Halso\\_o\\_sjukvard/Enheter/MRP/riktlinjer\\_vard\\_behand.htm](http://www.socialstyrelsen.se/Om_Sos/organisation/Halso_o_sjukvard/Enheter/MRP/riktlinjer_vard_behand.htm). Uppdaterad 041208.

Suominen, T. (1993). How do nurses assess the information received by breast cancer patients?. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 64-68.

Suominen, T., Leino-Kilpi, H., & Laippala, P. (1994). Nurse's role in informing breast cancer patients: a comparison between patients and nurses opinions. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 6-11.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing* (2: a uppl.). Philadelphia: FA Davis.

Ullenius, A. (1996). *Bara mitt bröst*. Stockholm: Nordstedts Förlag AB.

Wachtmeister, I. (1997). *Boken jag saknade när jag fick bröstcancer*. Stockholm: Wahlström & Widstrand