

Institutionen för Hälsovetenskap, Naturvetenskap
och Matematik.
Examensarbete, 10 poäng
Sjuksköterskeprogrammet, Termin 6.



Bröst cancerpatienters upplevelser i mötet med sjuksköterskan – en litteraturstudie.

Författare: Susann Einarsson
Mette Karlsson

Justerat och godkänt

Datum: _____

Handledare: Anna-Greta Löwenadler

Examinator: Liisa Palo-Bengtsson

Ej avsedd för publikation

Blekinge Tekniska Högskola
Institutionen för Hälsovetenskap, Naturvetenskap och Matematik

Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, OMC 002
Termin 6

Bröst cancerpatienters upplevelser i mötet med sjuksköterskan
- en litteraturstudie

Examensarbete, 10 poäng

Författare: Susann Einarsson
Mette Karlsson

Handledare: Anna-Greta Löwenadler

Examinator: Liisa Palo-Bengtsson

SAMMANFATTNING

År 2000 fick 6 348 kvinnor diagnosen bröst cancer. Bröst cancer är därmed den vanligaste formen av cancer hos kvinnor. Personer som har fått diagnosen cancer upplever stora existentiella förändringar, osäkerhet och ensamhet. Syftet med denna studie var att beskriva bröst cancerpatienters upplevelser i mötet med sjuksköterskan. Studien är en litteraturstudie och författarna har använt sig av Polit & Hunglers modell. I resultatet framgick det att kvinnornas upplevelser i mötet med sjuksköterskan var både positiva och negativa. Resultatet indelades i fyra olika teman: sjuksköterskans bemötande, tillgänglighet, sjuksköterskans kompetens och kommunikation – information. Beroende på hur kvinnorna upplevde mötet med sjuksköterskan ledde det till antingen lidande eller välbefinnande. Positiva upplevelser ökade kvinnornas välbefinnande medan negativa upplevelser orsakade lidande. Ingen av kvinnorna lämnades dock oberörd efter mötet med sjuksköterskan. Resultatet visade att sjuksköterskans bemötande var avgörande för hur kvinnorna klarade av sin sjukdomssituation. Om kvinnorna var ångestfyllda, förnekande eller hade accepterat sin situation färgade deras upplevelser av mötet med sjuksköterskan.

Nyckelord: bröst cancer, upplevelser, möte, sjuksköterska.

Blekinge Institute of Technology
Department of Health, Science and Mathematics

Program for university Diploma in Nursing 120 credits

**Breast cancerpatients experiences from the nursing encounter
- a litterature study**

Degree project, 10 credits

Author: Susann Einarsson
Mette Karlsson

Tutor: Anna-Greta Löwenadler

Examiner: Liisa Palo-Bengtsson

ABSTRACT

In year 2000 6 348 women were diagnosed with breast cancer, breast cancer is thereby the most common form of cancer among women. People who are diagnosed with cancer experience great existentiell changes, uncertainty and loneliness. The aim of this study was to describe the breast cancerpatients experiences from the nursing encounter. This study is a litterature study and the authors have used Polit & Hunglers modell. The findings showed that the womens experiences were both positive and negative from the nursing encount. The findings were sorted into four different themes: the nurses treatment, accessibility, the nurses competance and communication – information. Depending on how the women experienced the nursing encounter it resulted in wellbeing or suffering. Positive experiences increased the womens wellbeing and negative experiences caused suffering. Still none of the women were left unaffected after the nursing encounter. The findings showed that the nurses treatment of the patients were of vital importance for how the women managed their illness and their situation. Whether the women were afraid, in denial or accepted the situation also effected the nursing encounter.

Keywords: breast cancer, experiences, encounter, nursing.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
OMVÅRDNAD VID CANCER	1
BRÖST CANCERPATIENTERS UPPLEVELSER	2
BEMÖTANDE - MÖTE	3
TEORETISK REFERENSRAM	4
SYFTE.....	7
METOD.....	7
DATAINSAMLING	7
DATA ANALYS.....	8
RESULTAT	8
SJKSKÖTERSKANS BEMÖTANDE.....	9
TILLGÄNGLIGHET	10
SJKSKÖTERSKANS KOMPETENS.....	11
KOMMUNIKATION - INFORMATION	12
METODDISKUSSION	13
RESULTATDISKUSSION.....	14
SJKSKÖTERSKANS BEMÖTANDE.....	14
TILLGÄNGLIGHET	15
SJKSKÖTERSKANS KOMPETENS.....	15
KOMMUNIKATION - INFORMATION	16
SLUTSATS	18
REFERENSLISTA.....	19
BILAGA 1 – ARTIKELÖVERSIKT	21

INLEDNING

Författarna har valt att skriva om bröst cancerpatienters upplevelser i mötet med sjuksköterskan. Detta intresse har växt under utbildningstiden och som blivande sjuksköterskor är det viktigt att veta hur bröst cancerpatienter upplever mötet med sjuksköterskan. Att få diagnosen cancer är traumatiskt och dessa patienter behöver bra omvårdnad, både fysiskt och psykiskt. Det som upplevs som god omvårdnad är mycket individuellt, därför är det viktigt att som sjuksköterska känna till olika omvårdnadsteorier för att kunna välja den som bäst passar patientsituationen. Begreppet omvårdnad finns beskrivet i litteraturen och är en egen vetenskap som sjuksköterskan är ansvarig för. I litteraturen finns omvårdnad beskrivet på många olika sätt och alla omvårdnadsteoretiker har olika uppfattningar om vad som är viktigt för att ge en god omvårdnad. Efter att ha läst olika omvårdnadsteorier har författarna valt att utgå ifrån Joyce Travelbees teori som fokuserar på mellanmänskliga relationer. Författarna har valt att fördjupa sig i bröst cancerpatienternas upplevelser eftersom det är en stor grupp. År 2000 fick 6 348 kvinnor diagnosen bröst cancer, detta är 28,7 procent av alla cancer fall hos kvinnor. Bröst cancer är därmed den vanligaste formen av cancer hos kvinnor (Socialstyrelsen, 2002).

BAKGRUND

OMVÅRDNAD VID CANCER

I Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) §2 står att Hälso- och sjukvård skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall vara av god kvalitet, tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- sjukvårdspersonalen. I socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården (SOSFS 1993:17) står att syftet med omvårdnad är att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov, minska lidande samt ge möjlighet till en värdig död (Wilow, 2000).

Det finns två olika aspekter på begreppet hälsa, subjektiv hälsa och objektiv hälsa. Den subjektiva hälsan är individuell och beror på hur individen själv upplever sin hälsa. Den objektiva hälsan definieras som frånvaro av sjukdom och går att mäta med hjälp av olika prover. Det är viktigt att sjuksköterskan tar reda på individens subjektiva hälsa för att kunna ge adekvat omvårdnad till just honom. För att förstå individen måste sjuksköterskan få fram hur patienten själv upplever sitt hälsotillstånd (Travelbee, 1971, 2001). Personer som har fått diagnosen cancer upplever stora existentiella förändringar, osäkerhet och ensamhet. Patienternas upplevelser i mötet med sjuksköterskan är avgörande för hur de klarar av sin situation. Studier visar att positiva upplevelser leder till en känsla av gemenskap, empowerment och välbefinnande. Dessa upplevelser kommer till stånd när patienterna upplever sjuksköterskan som kompetent och som en som bryr sig. Negativa upplevelser leder till att patienterna känner sig nerbrutna och detta orsakas av att patienterna upplever sjuksköterskan som inkompetent och likgiltig gentemot dem (Halldörsdóttir & Hamrin, 1997).

Vården av cancer patienter har förbättrats under de senaste årtionden, men tyvärr har utvecklingen inom det psykologiska omhändertagande och den allmänna omvårdnaden inte gått lika snabbt. Det finns fortfarande ett hot om svårt lidande när man drabbas av cancer. Cancer är inte som andra sjukdomar, utan upplevs som något ont, hemskt och okänt

(Birgegård & Glimelius, 1998). Cancervård kräver att sjuksköterskan har speciella färdigheter och egenskaper. Människor som drabbas av cancer behöver hjälp för att kunna hantera sin situation och här har sjuksköterskan en viktig roll eftersom hennes möte med patienten kan vara avgörande för hur patienten klarar av sin cancersjukdom (Halldórsdóttir & Hamrin, 1997).

Alla människor är unika och i omvårdnaden av cancer patienter blir detta mycket framträdande. För att kunna ge cancer patienterna en god omvårdnad måste sjuksköterskan engagera sig i patienten och bygga upp en relation (Taboada & Bruera, 2001). Sjuksköterskans möte med patienterna kan leda till att de känner sig illa eller väl till mods, oroliga och ängsliga eller lugna och trygga (Söderlund, 2000). Det är sjuksköterskans uppgift att hjälpa patienten att finna mening i sin sjukdom, sin smärta, sitt lidande och sin död (Egidius & Nordberg, 1985). Många sjuka människor kommer aldrig att bli friska och måste därför lära sig att leva med sin sjukdom. Den sjuke har uppfattningar och känslor omkring sin sjukdom och om sjuksköterskan skall kunna hjälpa honom är det absolut nödvändigt att hon sätter sig in i hur han upplever sin sjukdom. Det är omöjligt att hjälpa en sjuk person att bemästra sin sjukdom och sitt lidande eller finna mening i sin situation om man är ovetande om hur han förhåller sig till sin sjukdom. I sådana situationer, då det rör sig om kronisk sjuka, är det sjuksköterskans ansvar att hjälpa den sjuke att uppnå optimal hälsa på högsta nivå. Sjuksköterskan måste hjälpa den enskilda individen att finna mening i situationen. När den sjuke frågar; ”Varför har detta hänt mig?”, har sjuksköterskan möjlighet att komma in på vilken mening den sjuke själv lägger i sin sjukdom och sitt lidande. Tillsammans kan de prata om hans föreställning om sin sjukdom och komma fram till meningen med sjukdomen och lidandet (Travelbee, 1971, 2001).

I vården är det ofta så att de patienter som alltid visar upp ett glatt leende och aldrig beklagar sig är ”starka”, ”storartade” och ”tar sin sjukdom fantastiskt bra”. Patienter som gråter och är ledsna tycker man ofta är ”besvärliga” och dessa patienter skapar oro hos personalen. Är man ledsen är det naturligt att gråta, lika naturligt som att le eller skratta om man är glad. Om man tillåts att få uttrycka sina känslor på ett lämpligt sätt mår man bättre. Om känslorna förnekas eller undertrycks finns de fortfarande kvar inom en och ju längre de hindras från att komma till uttryck ju stelare och mer energikrävande blir hela situationen. De patienter som förmår att uttrycka sina känslor mår bättre (Gyllensköld, 1976). En stor del av sjuksköterskans jobb är hälsofrämjande undervisning som också innebär att hjälpa sjuka människor att finna mening i sin sjukdom och sitt lidande. Detta gör sjuksköterskan genom att skapa en relation till den sjuke som förmedlar att han blir förstådd och att han inte är ensam. Denna relation hjälper honom att förstå att det finns en varm, förstående och kunskapsrik människa som han kan söka hjälp hos. Denna insikt har hjälpt många sjuka och har förhindrat att de har blivit förkrossade. Genom sina handlingar visar sjuksköterskan att hon vill hjälpa den sjuke – inte bara för att han är sjuk, men för att han är den han är (Travelbee, 1971, 2001).

BRÖST CANCERPATIENTERS UPPELVELSER

En studie gjord av Arman, Rehnsfeldt, Lindholm och Hamrin (2002) beskriver hur kvinnor med bröst cancer upplever sin situation. Kvinnorna upplevde att deras liv och deras omgivning förändrades, samtidigt som de var mycket beroende av denna omgivning. De upplevde att signaler från omgivningen om att inte prata om sina känslor orsakade lidande. Kvinnorna försökte samtidigt själva att skydda familj, vänner och sjuksköterskan genom att inte prata om sitt lidande. I mötet med sjuksköterskan upplevde kvinnorna att sjuksköterskorna försökte att undvika dem, vilket ökade deras lidande. Kvinnorna fick bra

fysisk vård, men deras behov av att bli bekräftade i att deras känslor inte var onormala blev ignorerade. Ett möte med en annan människa som kunde "bära" kvinnornas känslor och inge hopp upplevdes av kvinnorna som önskvärt. En stor del av kvinnornas lidande orsakades av sjukvården. Kvinnorna och sjuksköterskorna hade två olika paradigmer och hade därför problem med att kommunicera med varandra. Kvinnorna behövde psykiskt stöd och omvårdnad, medan sjuksköterskorna såg kvinnorna utifrån en reduktionistisk människosyn, vilken särskiljer kropp och själ. Sjuksköterskorna såg inte kvinnorna som hela individer med känslor och tankar. Kvinnorna upplevde att de blev vårdade men ändå inte eftersom de inte blev förstådda som individer. Detta gjorde att kvinnorna kände misstro och besvikelse som i sin tur ledde till ett ökat lidande. Många av kvinnornas upplevelser i samband med bröstcancer verkade vara okända och osynliga i sjukvården (a.a.). En studie av Lauri, Lepistö och Käppeli (1997) kom fram till att kvinnornas upplevelser och sjuksköterskans upplevelser inte var de samma. Kvinnorna hade behov som utgick ifrån deras sjukdom medan sjuksköterskan fokuserade på sjukhusrutinerna. Dessutom undervärderade sjuksköterskorna ofta kvinnornas behov. En studie av Ödling, Norberg och Danielson (2002) visar att kvinnornas behov ofta inte var förstådda av sjuksköterskan och därför blev de inte heller uppfyllda.

Det är viktigt att vara medveten om att bröstcancer kan ha berikande inflytande på kvinnornas liv. För många medför bröstcancer ett lidande, men en del kvinnor upplever det som en möjlighet till att starta ett nytt liv som innebär självutveckling, självinsikt och att växa som människa. Detta leder till att kvinnorna får ett nytt livsperspektiv och sjuksköterskan måste stödja kvinnorna i deras kamp för att förstå sin nya och förändrade livssituation. Detta betyder att sjuksköterskan måste se kroppens, själens och andens välbefinnande som en helhet och sätta detta i centrum (Arman, Rehnsfeldt, Carlsson & Hamrin, 2001).

BEMÖTANDE - MÖTE

En studie av Söderlund (1998) visade att patienterna präglades av existentiell osäkerhet eller existentiell säkerhet. Studien visade att sjuksköterskans bemötande var avgörande för om patienterna blev utsatta för ett vårdlidande eller om deras lidande lindrades. Antigen kränktes patienternas värdighet eller så upprätthölls hennes mänskliga värdighet. Dålig vård, eller som Söderlund kallar det, vanvård resulterade i känslor som hotande död, objektifiering, rädsla, respektlöshet, beroende, otrygghet, osäkerhet, illabefinnande, likgiltighet, resignation, uppgivenhet, misstro, oro, förtvivlan, främlingskap, förakt, icke bekräftelse, misstänksamhet, ensamhet, splittring, kaos, arrogans, orkeslöshet, maktlöshet och meningslöshet. Vård handlar om att lindra sjukdomslidande, både fysiskt och psykiskt. God vård omfattar även lindring av existentiellt lidande. Mycket god vård resulterade i en känsla av liv, subjektifiering, mod, respekt, oberoende, trygghet, säkerhet, välbefinnande, livsglädje, entusiasm, tillit, tillförsikt, hopp, samhörighet, medmänsklighet, bekräftelse, förtroende, gemenskap, helhet, ordning, ödmjukhet, gemensam kamp, medinflytande och mening. Vanvård är avhumaniserande medan god vård är humaniserande (a.a.).

Ur patienternas perspektiv formulerades principer för när de upplevde vården som god vård. Det var de förutsättningar för vårdande som patienterna tyckte att sjuksköterskan skulle ha:

- Sjuksköterskan måste lära sig känna igen och förstå människors existentiella behov och låta sig bli berörda av patienternas lidande.
- Sjuksköterskan måste ha tilltro till patienternas upplevelse och respektera patienternas individuella identitet, integritet och värdighet.
- Sjuksköterskan skall bekräfta och bejaka patienterna.

- Sjuksköterskan skall vara ett stöd åt patienterna och kämpa tillsammans med dem för att lindra lidandet, såväl sjukdomslidande som det existentiella lidandet.
- Sjuksköterskan skall kunna trösta, inge hopp, mod, kraft och förtröstan.
- Sjuksköterskan skall ha och visa tillit till patienternas egen kunskap om den egna kroppen, dennes intuition om vad som händer och dennes erfarenhet av att vara patient.
- Sjuksköterskan skall utgå från patienternas kunskaper och resurser och göra sig till patienternas medarbetare i vården (a.a.).

Vårdsituationen skall baseras på att det är patienterna som har kontrollen eftersom känslan av autonomi och självbestämmanderätt är avgörande för människors möjlighet att nå hälsa som en helhetsupplevelse (a.a.). Det är sjuksköterskans uppgift att förstå och förhålla sig till människan i ”patienten” och att hjälpa den sjuka människan att förhålla sig till människan i ”sjuksköterskan”. Om man enbart ser patienten och inte människan bakom, kan detta leda till avhumanisering som är en kränkning av människans värdighet (Travelbee, 1971, 2001).

Mötet mellan sjuksköterskan och den sjuke rymmer både under- och omedvetna processer som hanteras rent instinktivt eller på det sätt som kulturen föreskriver. När vi möter människor från andra familjer, samhällen, kulturer och religioner kan vi bli osäkra och ha svårt att acceptera eller visa respekt för vanor som skiljer sig från våra egna. Detta innebär att vi inte kan behandla alla vi möter på samma sätt. Mänskliga möten är känsloladdade. Känslor är stimulerande, överraskande, livsnära och utvecklande men också tröttande, påfrestande och svårstyrda. Många vill gärna umgås med öppna och spontana människor, men det finns också de som är rädda för spontanitet och som behöver större kontroll över känslorna både hos sig själv och hos andra. Känslor kan vara besvärande och avslöjande för de som blivit skrämde för att vara sig själva och därför hellre vill lita till en roll. Än värre blir mötet med människor som har ett omedvetet behov av att såra andra. Då blir det extra svårt att mötas öppet och vänligt, då även öppenhet och vänlighet misstänkliggörs och förhånas. Man kan inte få en bra relation till andra om man inte har det till sig själv. Medmänsklighet är att göra sig öppen först för sina egna och sedan för andras upplevelser. Det är särskilt svårt när andras upplevelser är helt annorlunda än ens egna (Dahn, 1989).

TEORETISK REFERENSRAM

Travelbee (1971, 2001) beskriver interaktion som varje kontakt i vilken två individer har ömsesidigt inflytande på varandra och kommunicerar. Sjuksköterska – patient interaktionen beskrivs som all kontakt mellan en sjuksköterska och en sjuk person, detta är karakteriserat av att båda individerna uppfattar varandra på ett stereotypiskt sätt. Sjuksköterskan ser den sjuka personen som patient och inte som en unik människa. Den sjuke personen uppfattar sjuksköterskan som en stereotyp av alla sjuksköterskor han tidigare har mött och känner. Vissa interaktioner karakteriseras av ytlighet, brist på personligt engagemang eller förpliktelser från sjuksköterskans sida och detta leder till att den sjukes behov inte blir tillgodosedda. En del sjuksköterska – patient interaktioner är bra för den sjuke även om kontakten aldrig utvecklas till en relationsnivå, t ex. kan en sjuksköterska ge bra fysisk vård, inte på grund av att hon är intresserad av honom utan för att hon vill leva upp till förväntningarna från andra eller från sig själv.

Travelbees (1971, 2001) omvårdnadsteori fokuserar på omvårdnadens mellanmänskliga dimension. Travelbee hävdar att för att förstå vad omvårdnad är och bör vara, måste man

förstå vad som sker mellan patient och sjuksköterska, hur deras interaktion kan upplevas och vilka konsekvenser detta kan ha för patienten och hans tillstånd.

Travelbees definition av omvårdnadsbegreppet är att: ” *Nursing is an interpersonal process whereby the professional nurse practitioner assists an individual, family, or community to prevent or cope with the experience of illness and suffering and, if necessary, to find meaning in these experiences* ” (Travelbee, 1971, s.7). Travelbee säger att människan är en unik, oersättlig individ, en varelse som bara existerar en enda gång i denna värld. Omvårdnaden uppnår sitt syfte genom att etablera en mellanmänsklig relation.

Mellanmänskliga relationer är först och främst en upplevelse eller en serie av upplevelser mellan sjuksköterskan och patienten. Det som är karakteristiskt för den mellanmänskliga relationen är att den sjukes behov blir mötta och sedda. Det är sjuksköterskan som ansvarar för att relationen etableras och upprätthålls, men hon kan inte göra detta ensam utan relationen måste vara ömsesidig. Detta innebär ett särskilt sätt att bete sig, tänka, känna och agera. Båda deltagarna i relationen uppfattar och svarar på mänskligheten hos den andra. Den mellanmänskliga relationen är inte en vänskapsrelation, men det finns likheter.

Mellanmänskliga relationer är när både sjuksköterskan och den sjuka personen uppfattar och relaterar till varandra som unika individer, istället för sjuksköterska och patient rollen. Man måste bryta ner rollerna för att kunna skapa en mellanmänsklig relation och för att kunna se det unika hos den andra personen. Varje kontakt sjuksköterskan har med mottagaren för hennes omvårdnad kan vara ett steg i riktning mot en mellanmänsklig relation.

Mellanmänskliga relationer uppstår inte bara, utan byggs upp under fyra interaktions faser:

- Det första mötet.
- Framväxten av identiteter.
- Empati.
- Sympati.

Dessa leder i slutändan till en mellanmänsklig relation som är ett ömsesidigt samförstånd (a.a.).

Det första mötet: När två personer träffas för första gången observerar de varandra, drar slutsatser och gör en bedömning av varandra. Observationen och slutsatsen som dras är en viktig grund. Det vi uppfattar hos den andra är grunden till hur vi beter oss och reagerar på den andra individen. Om det första intrycket är bra beror detta troligen på att individen påminner oss om någon från vårt förflutna och är lik eller påminner om en person med vilken vi har/har haft en relation. En annan orsak till att vi får ett bra intryck av individen är troligen att denna ser vårt behov av igenkännande som en unik människa. Första intrycket tenderar att bli bestämd av gamla erfarenheter. Den första bedömningen vi skapar av en annan person kan bli felaktig på grund av att man ger den andra personen attribut från sitt förflutna. Den första bedömningen kan ändras eller modifieras efterhand som man lär känna varandra. I det första mötet ser individen oftast sjuksköterskan som en sjuksköterska vilken som helst och sjuksköterskan ser den sjuke personen som patient. Det är först när de båda ser varandra som speciella och unika människor som det stereotypa tänkandet lättar. Eftersom de inte känner varandra sedan innan kommer båda att lita på de stereotypa rollerna tills dessa ändrats och ersatts med insikt om varandra. Efterhand som interaktionen utvecklas kommer patientens och sjuksköterskans identitet och personlighet gradvis till synes (a.a.).

Framväxt av identitet: Denna fas karakteriseras av möjligheten att se det unika i den andra personen och samtidigt ha möjlighet att skapa band med den andra. Man börjar se individen, den stereotypa uppfattningen försvinner och ett band börjar etableras mellan individerna. Under denna fas börjar både sjuksköterskan och den sjuke personen att se den andra som en

unik människa och inte som en roll. Sjuksköterskan börjar förstå hur denna unika människan känner, tänker och uppfattar sin situation. Den sjuke personen börjar se sjuksköterskan som en unik individ som skiljer sig från andra sjuksköterskor. Likheter och olikheter blir synliga och igenkända. Oförmåga att se det unika i andra är demonstrerat när sjuksköterskan reagerar på den sjuka personen som om han var en kategori eller en individ från hennes förflutna. Att ha liknande erfarenheter som de den sjuka personen går igenom kan antingen hjälpa eller hindra sjuksköterskan från att se det unika hos individen. Liknande erfarenheter är viktiga för empati eller för att förstå andra, men likheter kan även göra sjuksköterskan blind för skillnaderna (a.a.).

Empati är en erfarenhet som äger rum mellan två individer. Det är en möjlighet att se in i, delta i och förstå den andra. Empati är att ta del av en annan persons upplevelser, men samtidigt stå vid sidan om. Empati är ett band till andra då man upplever närhet till denna person. Under den empatiska processen är det unika och individuella för varje person synligt och uppskattat. Det är en ömsesidig erfarenhet och varje person i interaktionen förstår att något meningsfullt händer. Empati är inte en ständig process utan en sjuksköterska kan många gånger samspele med en sjuk person och endast vara empatisk en eller ett fåtal gånger. För att empati ska uppstå krävs likheter av erfarenheter mellan personerna. Empati karakteriseras av förmågan att förutse en annans behov. Empati leder inte nödvändigtvis till en nära relation med den andra, en sjuksköterska kan förutse ett behov hos en individ utan att tycka om personen. Empati är viktigt men inte tillräckligt och i sig själv leder det inte till närhet men det är ett viktigt steg (a.a.).

Sympati: Möjligheten till sympati uppstår och är ett resultat av den empatiska processen och är en önskan eller längtan efter att lindra smärta och lidande. Sympati är en upplevelse som uppstår mellan två eller flera individer. Det är en process där en individ har möjlighet att förstå lidandet hos en annan, bli rörd eller berörd av den andras smärta och en längtan efter att lindra lidandet uppstår. Sympati kräver äkta oro om motgången eller smärtan hos en annan kombinerat med en önskan om att hjälpa individen. Sympati är inte en fas i processen att lära känna, utan den hjälper till att skapa djupare relationer med andra. Man delar tankar och känslor med andra och dessa tankar och känslor karakteriseras av en djup personlig oro och intresse för den andra. När en sjuksköterska är sympatisk med en sjuk människa kommunicerar hon till personen att han är viktig för henne, hon vill hjälpa honom, är orolig för honom. Inte för att han är inlagd och hon förväntas att hjälpa honom, utan för att han är han och ingen annan (a.a.).

En mellanmänsklig relation eller ett ömsesidigt samförstånd uppstår när sjuksköterskan och den sjuke personen har tagit sig igenom de tidigare faserna. Sjuksköterskan och den sjuke förblir speciella människor som delar en serie av upplevelser tillsammans. De erfarenheter sjuksköterskan och den sjuke har delat är ömsesidiga, signifikanta och meningsfulla för båda. Båda har varit delaktiga så mycket de har kunnat. Sjuksköterskan och den sjuke personen ser varandra som unika mänskliga varelser istället för sjuksköterska och patient. Patient och sjuksköterskerollens stereotypa beteende är nu dolda i omvårdnadssituationen som numera karakteriseras av samförstånd. Detta är inte på något sätt ett oprofessionellt förhållningssätt utan helt enkelt att två individer förstår varandra. Som ett resultat av denna upplevelse växer både sjuksköterskan och den sjuke personen som människor (a.a.).

SYFTE

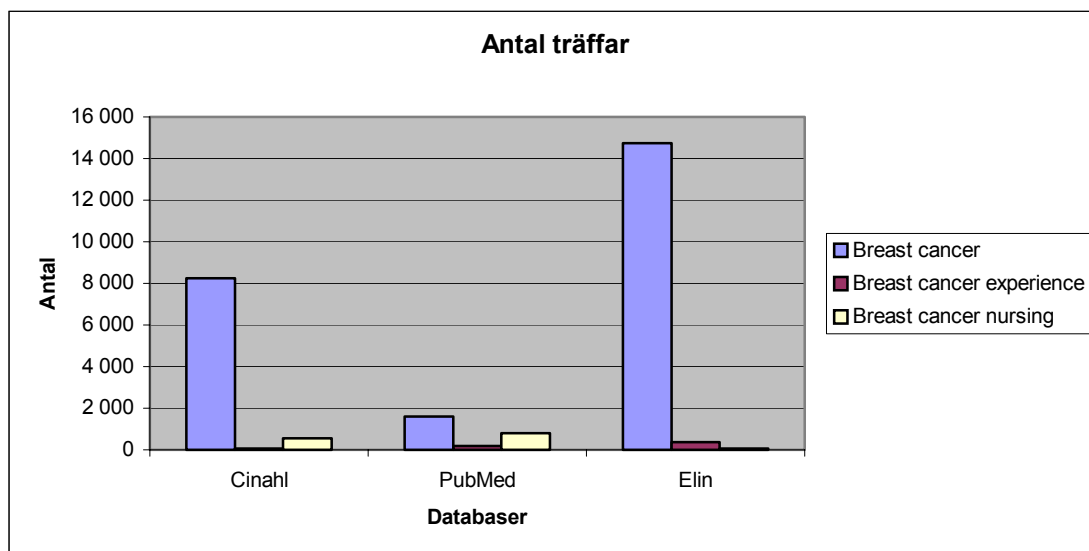
Syftet med studien är att beskriva bröst cancerpatienters upplevelser i mötet med sjuksköterskan.

METOD

Författarna valde att göra en litteraturstudie. Syftet med en litteraturstudie är att sammanställa kunskapsläget inom ett bestämt ämnesområde (Backman, 1998). I författarnas fall hade man fokus på bröst cancerpatienters upplevelser i mötet med sjuksköterskan. Enligt Benton & Cormack (2000) så skapar en bra litteraturstudie en bas, på vilken framtida forskning kan vila. Kunskapsluckor, styrkor och svagheter i tidigare arbeten identifieras. Litteraturstudier är viktigt för att skapa ett bredare koncept där forskningsproblemet får plats. När en studie kopplas samman med andras forskning kan resultatet bli lättare att förstå inom den befintliga kunskapsbasen (Polit & Hungler, 1995).

DATAINSAMLING

Först gjordes en litteraturgenomgång för att inhämta kunskap inom ämnet. Såväl Engelsk som Svensk litteratur inom området har studerats. All litteratur skulle stämma väl överens med studiens syfte. Artiklarna skulle vara publicerade efter år 1990. Ytterligare ett kriterium var att artiklarna hade varit publicerade i en vetenskaplig tidskrift. Artiklarnas innehåll skulle handla om bröst cancerpatienternas upplevelser i mötet med sjuksköterskan. Artikel sökning gjordes i databaserna; Cinahl, PubMed och Elin. Sökorden som användes var ”breast cancer”, ”experience”, ”nursing” i olika kombinationer. Resultatet av sökningarna se Figur 1.



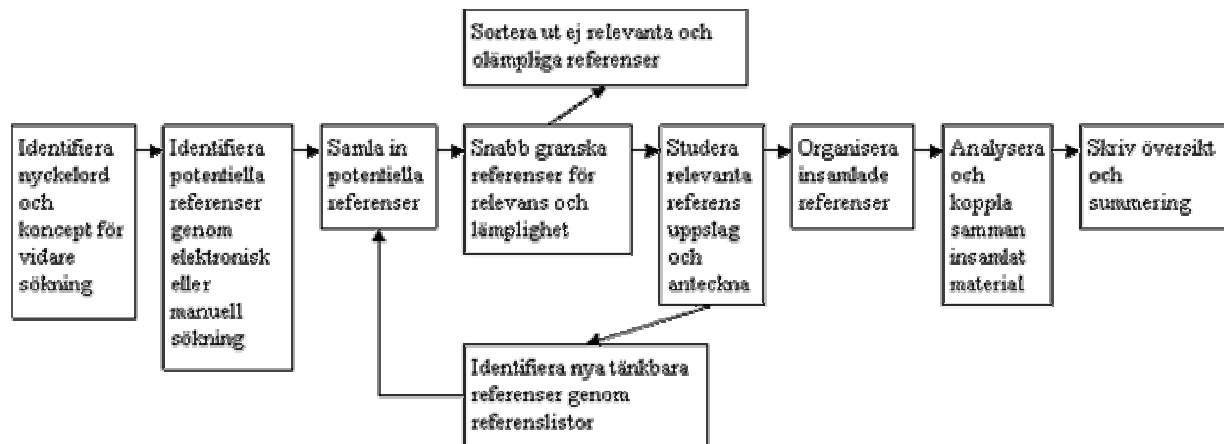
Figur 1. Antal träffar vid sökning i databaserna Cinahl, PubMed och Elin.

Vid sökning i databasen PubMed la författarna in begränsningar, dessa begränsningar var att artikeln skulle vara publicerade mellan 1990-01-01 – 2003-02-01, vara på engelska, handla om kvinnor, människa och komma från omvårdnadstidskrifter. En sökning med orden ”breast cancer experience of nursing” gav 24 träffar i PubMed. Abstracten granskades och artiklar kopierades och beställdes via Blekinge Tekniska Högskolas bibliotek. Författarna granskade även referenslistor på artiklar som fanns i tidskriftsformat på biblioteket och även på beställda

artiklar för att finna mer material. Ett flertal artiklar uteslöts efter genomgång då de inte motsvarade syftet. Efter genomläsning och uteslutning kvarstod fem artiklar (se Bilaga 1) som författarna valde att använda till resultatet.

DATA ANALYS

Författarna har använt sig av Polit & Hunglers (1995) modell (Figur 2) i arbetet med studien.



Figur 2. Flödesschema för litteraturstudie (Polit & Hungler, 1995).

All insamlad litteratur, såväl artiklar som böcker, genomlästes en första gång för att ge en helhetsbild av materialet. Båda författarna läste all facklitteratur medan artiklarna fördelades lika. Nästa steg blev granskning av artiklarna, som följdes av diskussion och beslut om dessa uppfyllde kravet på vetenskaplighet och motsvarade syftet. Artiklarna som användes i resultatet har båda författarna läst och analyserat. Författarna letade upp nyckelord i texten, positiva respektive negativa, och skrev ner dessa för att få en överblick. Författarna uppmärksammade gemensamma nämnare och delade in nyckelorden i fyra teman. De fyra teman var "sjuusköterskans bemötande", "tillgänglighet", "sjuusköterskans kompetens" och "kommunikation – information". Dessa fyra teman indelades i vad som upplevts positivt respektive negativt. Författarna har valt ut citat från artiklarna som belyser de olika teman i resultatet. För att undvika misstolkningar har författarna inte översatt dessa till svenska. I bakgrunden och den teoretiska referensramen tituleras sjuusköterskan som hon och patienten som han. I resultatet används ordet "kvinnor" för att underlätta för läsaren. Med ordet "kvinnor" menar författarna bröst cancerpatienter. Författarna har valt att citera Joyce Travelbee på engelska för att undvika misstolkningar.

RESULTAT

Bröst cancerpatienternas upplevelser var i många fall färgade av om kvinnorna var ångestfyllda, hade accepterat sin situation eller avskärmade sig, gemensamt för alla kvinnorna var dock att ingen av dem var oberörda efter mötet med sjuusköterskan (Ödling, Axelsson & Norberg, 1995). Bröst cancerpatienternas upplevelser i mötet med sjuusköterskan var både positiva och negativa. De teman som kom fram har författarna valt att kalla sjuusköterskans bemötande, tillgänglighet, sjuusköterskans kompetens och kommunikation - information.

SJUKSKÖTERSANS BEMÖTANDE

Hur sjuksköterskan bemötte bröst cancerpatienterna var avgörande för hur mötet upplevdes. När sjuksköterskan var snäll och vänlig upplevde kvinnorna att sjuksköterskan ingav en känsla av trygghet och tillit (Ödling et al., 1995). När kvinnorna blev behandlade med respekt och blev sedda som individer ökade deras välbefinnande. Kvinnorna upplevde sjuksköterskan som vänlig, trevlig, underbar och omtänksam när hon var respektfull och uppmärksam gentemot dem. Denna respekt beskrevs av kvinnorna som en känsla av att sjuksköterskan såg dem som mera än ”ett paket” och att hon var intresserad av dem som människor (Boman, Andersson & Björvell, 1997).

Kvinnorna uttryckte tacksamhet gentemot de sjuksköterskor som behandlade dem varsamt (Boman et al., 1997). Att sjuksköterskan kom in utan ärende eller bara fanns upplevdes positivt och pekar på hur viktigt det är att få uppleva att sjuksköterskan har tid och visar intresse. Att kunna skämta med varandra om händelser från det dagliga livet upplevdes också som positivt och ingav en känsla av trygghet (Ödling et al., 1995). Kvinnorna upplevde att när sjuksköterskan använde förnamn och bemötte varje kvinna som en individ då påverkade det deras situation positivt och en relation uppstod. Relationen till sjuksköterskan hjälpte kvinnorna att förstå sin situation, både sjukdomen och behandlingen. Relationen upplevdes som positiv när sjuksköterskan visade förståelse, intresse och respekt för kvinnan som människa (Bottomley & Jones, 1997). Dessutom upplevde kvinnorna att sjuksköterskan skapade en bra atmosfär där de vågade fråga och visa sina känslor (Pålsson & Norberg, 1995).

Kvinnorna kom fram till att det fanns ett sammanhang mellan det att bli bekräftad som person och deras tillfrisknande. När kvinnorna upplevde att de blev bekräftade som personer hade det en positiv effekt på deras tillfrisknande och kvinnorna upplevde att de hade fått en bra vård. Kvinnornas upplevelse av att kunna lasta av sig sina problem, att ha någon som lyssnade och att känna att deras känslor var accepterade, minskade deras oro omkring sjukdomen (Pålsson & Norberg, 1995).

Emotionellt stöd upplevdes när sjuksköterskan pratade med kvinnorna om deras situation, deras reaktioner på sjukdomen och var en viktig faktor för att inge trygghet och säkerhet hos kvinnorna. Det emotionella stödet från sjuksköterskorna beskrevs som att vara någonting speciellt bra (Boman et al., 1997).

”I am completely satisfied, my stay in hospital was first-rate, with kind staff who were accessible and whom one could ask if there was anything one was wondering about.” (Boman et al., 1997, s.28).

En del kvinnor kände sig vilsna, ensamma och upplevde att ett hurtfriskt bemötande orsakade lidande (Ödling et al., 1995). Misstro och besvikelse var ett resultat av att sjuksköterskan bemötte kvinnorna utan respekt. Kvinnorna upplevde att sjuksköterskan såg dem som ett ”paket”, som ingenting, ett objekt och inte som en person. Kvinnorna upplevde att deras integritet inte blev respekterad och kände sig därför utsatta. Kvinnorna kände att tystnadsplikten inte respekterades när de skulle få information från sjuksköterskan och detta ledde till att de kände sig utlämnade gentemot personal och medpatienter (Boman et al., 1997).

Brustna löften, fel eller tveksam information ledde till besvikelse och en känsla av osäkerhet och kvinnorna upplevde att de inte hade tilltro till sjuksköterskan. Kvinnorna upplevde att de inte fick hjälp att bemästra sin situation och detta tyckte de berodde på sjuksköterskans

personlighet (Bottomley & Jones, 1997). Kvinnorna upplevde att sjuksköterskan inte var intresserad eftersom hon inte pratade med dem och inte frågade dem om någonting. Att inte få emotionellt stöd gjorde att kvinnorna upplevde att sjuksköterskorna inte förstod dem och därmed inte heller kunde trösta dem. Detta var svårt speciellt i de fall då kvinnorna kände sig ledsna och verkligen behövde någon att prata med. Att inte få emotionellt stöd ledde till att kvinnorna upplevde psykiska störningar så som humörsvängningar (Boman et al., 1997).

"I think the staff in the ward were not interested. They did not talk and they did not ask us about anything. A patient who felt unhappy certainly did not receive any help from them. I don't think that their lack of care is due to lack of time." (Boman et al., 1997, s.29).

I de fall då sjuksköterskan ifrågasatte kvinnornas behov av säkerhet och trygghet upplevdes det negativt av kvinnorna (Boman et al., 1997). Brister i den psykiska omvårdnaden påtalades och kvinnorna upplevde att sjuksköterskan inte såg omvårdnaden som lika delar fysisk och psykisk vård (Ödling et al., 1995).

"Den själsliga biten..., jag tror inte de har någon rutin..., sjukvård ska vara lika delar fysisk som psykisk vård." (Ödling et al., 1995, s.16).

TILLGÄNGLIGHET

Tillgänglighet upplevde kvinnorna när sjuksköterskan hade tid att prata och när hon fanns till för kvinnorna (Ödling et al., 1995). Kvinnorna tyckte att det var värdefullt när sjuksköterskan kunde ha uppföljningssamtal med dem efter behandling och kände att de fick ett bra stöd från sjuksköterskan (Pålsson & Norberg, 1995). Att ha en fast sjuksköterska, eller kontakt sjuksköterska, ingav kvinnorna trygghet eftersom hon då var lätt att nå och hon kände kvinnorna sedan tidigare (Boman et al., 1997). När sjuksköterskan tillbringade tid med kvinnorna upplevdes det som mycket positivt. Att sjuksköterskan kom in utan ärende eller bara fanns var viktigt för kvinnorna (Ödling et al., 1995).

När sjuksköterskan var tillgänglig upplevde kvinnorna att de fick ökad tillit till sjuksköterskan. Att vara tillgänglig när kvinnorna behövde stöd och hjälp, både fysiskt och psykiskt, beskrevs av kvinnorna som en värdefull allians. I denna allians kunde kvinnorna visa sina känslor och få det stöd och hjälp som de behövde (Bottomley & Jones, 1997). Kvinnorna ansåg att sjuksköterskan hade tid, intresse och gav dem uppmärksamhet, detta ledde i sin tur till att det uppstod en personlig kontakt mellan patienten och sjuksköterskan (Boman et al., 1997).

"The nurses at the surgical polyclinic are good to have at hand and they make personal contact with the patients in the ward during the period in hospital." (Boman et al., 1997, s.29).

Kvinnorna upplevde att sjuksköterskorna var stressade och jäktade och inte hade tid för några djupare samtal. I de fall de fått samtala med sjuksköterskan rörde kommunikationen all dagliga ting. Några kvinnor upplevde att sjuksköterskorna var undvikande och hurtiga (Ödling et al., 1995). Kvinnorna trodde dock inte att detta berodde på tidsbrist men på bristande engagemang från sjuksköterskans sida (Boman et al., 1997). Ett hurtfriskt

bemötande, undvikande svar samt att ingen haft tid att stanna upp för samtal upplevdes som mycket påfrestande (Ödling et al., 1995).

När kvinnorna upptäckte att sjuksköterskan inte var intresserade av dem uppstod tvivel. Att sjuksköterskan inte var tillgänglig psykiskt upplevdes av kvinnorna som mycket jobbigt. De kände att tidsbrist och bristande engagemang gjorde att sjuksköterskan inte såg dem som individer utan som ett objekt. Kvinnorna önskade att sjuksköterskorna ägnat mera tid åt dem för att undvika känslan av att inte bli sedd som en person (Boman et al., 1997).

"I wish the staff had more time for the patient. Now, one is only a "parcel" and not a patient." (Boman et al, 1997, s.29).

SJUKSKÖTERSKANS KOMPETENS

Kvinnorna upplevde att de fick en bra fysisk omvårdnad och att sjuksköterskan var kompetent (Ödling et al., 1995). Att sjuksköterskan var kompetent ansåg kvinnorna som det viktigaste i omvårdnaden (Smyth, McCaughan & Harrisson, 1995). Kvinnorna upplevde sjuksköterskan som kompetent när hon var skicklig i de praktiska momenten, t.ex. att hjälpa till med operationssåret och dränaget (Boman et al., 1997). Att vara kompetent beskrevs också av kvinnorna som att vara hjälpsam, förklarande, att få patienten att må bättre och att lyssna. Kvinnorna upplevde det positivt att sjuksköterskan motsvarade deras förväntningar och levde upp till sin roll som sjuksköterska (Bottomley & Jones, 1997).

När sjuksköterskan upplevdes som kompetent ingav det tillit och trygghet hos kvinnorna. Kvinnorna var nöjda när sjuksköterskan t.ex. hjälpte dem med sin personliga hygien. Att kunna se och uppfylla behov som inte direkt kom till uttryck uppskattades av kvinnorna, en kompetent sjuksköterska upplevdes att kunna ta hand om och uppfylla dessa behov på ett naturligt sätt (Boman et al., 1997).

"During my first stay, the night nurse was an angel. She busied herself, doing things. She arranged a pillow under my arm, took off my blood-stained shirt, helped me to the toilet without being asked, changed the kidney-dishes and looked in on me often." (Boman et al., 1997, s.28).

Kvinnorna kände misstro till sjuksköterskan om hon inte hjälpte dem med den personliga hygien, dränaget, smärtlindring mm. Denna misstro gjorde att vissa patienter hade så lite förtroende för sjuksköterskans kompetens att de inte berättade att de hade ont efter operationen och därför inte frågade efter smärtlindring. Detta berodde enbart på att de inte litade på sjuksköterskan. När sjuksköterskan inte av sig själv erbjöd medicin mot illamående, smärta mm. ledde det till att kvinnorna upplevde dem som inkompetenta och opålitliga (Boman et al., 1997).

"Yes! The short, intense pain when the first drainage tube was removed. It cannot be pleasant for the staff to hurt the patient so terrible. Can't a local anesthetic or a quick, little sniff be allowed, in order to eliminate this shock? I would argue that this pain is unnecessary." (Boman et al., 1997, s.28).

KOMMUNIKATION - INFORMATION

Att sjuksköterskan tilltalade kvinnorna med deras förnamn upplevdes positivt (Bottomley & Jones, 1997). Sjuksköterskan ingav en känsla av trygghet när man pratade om all dagliga ting men även att man skämtade med varandra gjorde att kvinnorna kände sig trygga (Ödling et al., 1995). När kvinnorna kände sig trygga kunde de lättare ta till sig informationen som gavs (Bottomley & Jones, 1997). Känslor av trygghet och säkerhet uppstod när sjuksköterskan informerade om omvårdnaden (Pålsson & Norberg, 1995). Kvinnorna var nöjda med den mängd information de fått (Smyth et al., 1995, Bottomley & Jones, 1997). Kvinnorna tyckte det var bra med en kombination av muntlig och skriftlig information (Ödling et al., 1995). Att få informationen när de var mottagliga kunde hjälpa dem att känslomässigt acceptera situationen (Boman et al., 1997). Tidiga samtal med sjuksköterskan med öppen kommunikation och känslomässigt stöd var viktigt och gav känslor av trygghet och minskade oron (Pålsson & Norberg, 1995). Informationen och samtalet med kontaktsjuksköterskan var ett värdefullt stöd (Boman et al., 1997). Att träffa en sjuksköterska för stöd och uppföljningssamtal efter diagnosen upplevdes viktigt eftersom kvinnorna känt sig förstummade och chockade och de tyckte det var svårt att ta till sig information i samband med diagnosen (Pålsson & Norberg, 1995).

”Totally stunned, my brain was completely out of order...I did not know where I was, I only felt my ears buzzing.”
(Pålsson & Norberg, 1995, s.280).

Att prata om sin diagnos var viktigt för de flesta kvinnorna och det var viktigt att sjuksköterskan var närvarande och intresserad (Bottomley & Jones, 1997). Informationen som kvinnorna fick av sjuksköterskan angående operation, efterföljande behandling, rehabilitering och normala psykologiska reaktioner gav en känsla av trygghet och säkerhet. Kvinnorna upplevde att det var viktigt att sjuksköterskan pratade med dem om ”normala” känsloupplevelser i samband med och efter sjukhusvistelsen (Pålsson & Norberg, 1995). Att få adekvat information innan undersökningarna gjorde också att rädslan och oron minskade (Bottomley & Jones, 1997).

”At first I was really scared. I did not know what to expect, all this equipment [on the hospital ward] all looked frightening. So at first you are frightened.” (Bottomley & Jones, 1997, s.129).

Att sjuksköterskan bara fanns där och svarade på kvinnornas frågor på ett sakligt och ärligt sätt upplevdes positivt (Ödling et al., 1995). Kvinnorna berättade att det var viktigt att ha en sjuksköterska med vilken de kunde dela de varierande sjukdomsrelaterade svårigheter med. Att få lov att prata om psykosociala problem och att ha någon som lyssnade och ingav tröst. Att sjuksköterskan accepterade deras känslor beskrevs som oros dämpande (Pålsson & Norberg, 1995).

Relationen med sjuksköterskan rapporterades som stärkande och högt värderad. En stärkande relation upplevdes när sjuksköterskan visade förståelse, gav positiv återkoppling, visade intresse och respekt för kvinnan som en mänsklig varelse. När tonen i konversationen var tolerant vågade kvinnorna fråga och visa känslor (Pålsson & Norberg, 1995). Sjuksköterskans tillgänglighet för kvinnornas frågor tolkades som att sjuksköterskan var ärligt intresserad (Boman et al., 1997).

En del kvinnor upplevde att de hade fått bristande information om sjukdomen, operation och framtida behandling (Boman et al., 1997, Smyth et al., 1995), detta hade även en negativ inverkan på kvinnornas tillfrisknande. Kvinnorna kände att de hade behövt mer information före operationen så de hade varit förberedda på vad som skulle ske efter, till exempel visste många kvinnor inte att de skulle ha dränage och dropp. Kvinnorna kände att de hade svårare att ta till sig information än vanligt (Smyth et al., 1995). Kvinnorna sa att de glömde vad sjuksköterskan hade sagt och därför var det viktigt att sjuksköterskan inte gav för mycket information på en gång. Ibland kände kvinnorna att sjuksköterskan pratade på ett sätt så att de kände sig kränkta (Bottomley & Jones, 1997).

” [talking] to you as if you are an idiot or as if you don’t understand or as if you are stupid”. (Bottomley & Jones, 1997, s.127).

Kvinnorna upplevde att deras integritet blev kränkt när sjuksköterskan intervjuade dem när det fanns andra i rummet (Boman et al., 1997). Kvinnorna kände att när de pratade med sjuksköterskan i rummet där det fanns medpatienter så hölls samtalet på en social nivå. Detta tyckte kvinnorna var jobbigt då deras initiativ för att samtala blev nonchalerat. Kvinnorna upplevde att deras behov av samtal ej hade uppmärksamats av sjuksköterskan och de samtal som förts var på ett ytligt plan (Ödling et al., 1995). Kvinnorna upplevde att samtalen med sjuksköterskan oftast var av social natur (Smyth et al., 1995). Felaktig eller tveksam information och brutna löften gav en känsla av misstro för sjuksköterskan (Boman et al., 1997). Då kvinnorna upplevde att atmosfären inte var tillåtande vågade de inte fråga och visa sina känslor (Pålsson & Norberg, 1995). Kvinnorna upplevde att de hade frågor som inte blivit besvarade under sjukhusvistelsen (Smyth et al., 1995).

METODDISKUSSION

Författarna har valt att göra en litteraturstudie, eftersom det var lämpligt med tanke på syftet och tidsramen. En litteraturstudie ska vara objektiv och ska bygga på vetenskaplig grund. Både positiva och negativa aspekter i materialet skall diskuteras och belysas (Benton & Cormack, 2000). Författarna tog fram både positiva och negativa upplevelser från artiklarna. Att båda läste och tolkade artiklarna som används i resultatet ökar reliabiliteten. Författarna tolkade utifrån tidigare erfarenheter och kunskaper, detta gör att andra studier troligen fått andra teman, men samma resultat. Författarna har valt att inte söka efter fler artiklar då de troligen inte skulle tillför något nytt.

Det visade sig att arbeta enligt Polit & Hunglers modell fungerade bra, gav struktur under arbetets gång och ledde till att tidsplanen höll. Eftersom författarna endast sökte i databaserna Cinahl, PubMed och Elin så kan validiteten vara bristande. Om sökning hade gjorts i andra databaser så hade andra artiklar upptäckts och därmed hade andra teman framkommit. Ju fler artiklar som används i en studie desto större blir validiteten. I resultatet har fem artiklar används eftersom det var vad tidsramen gav utrymme för. Eftersom artiklarna som användes i resultatet motsvarade syftet uppstod det inga svårigheter när teman skulle lyftas fram. Det fanns bara ett begränsat antal artiklar som var vinklade från patientens upplevelser, de flesta var vinklade ur sjuksköterskans perspektiv eller ett medicinskt perspektiv. De artiklar som utgick från patientens perspektiv var ofta väldigt breda och undersökte hela patientens situation. När författarna delade in nyckelorden i teman framgick det att teman grep in i varandra, därför är nyckelorden placerade utifrån författarnas egna tolkningar. Vissa

nyckelord återkommer i flera teman eftersom författarna ansåg att de är relevanta för att få en bättre helhets förståelse.

RESULTATDISKUSSION

SJUJSKÖTERSANS BEMÖTANDE

Resultatet visar att sjuksköterskans bemötande är avgörande för hur kvinnorna klarar av sin situation (Pålsson & Norberg, 1995). För att kunna bemöta kvinnorna på ett bra sätt är det viktigt att sjuksköterskan både sätter sig in i kvinnornas situation (Boman et al., 1997) och hur kvinnorna upplever sin sjukdom (Travelbee, 1971, 2001). Kvinnor som antingen är ångestfyllda, har accepterat sin situation eller avskärmar sig har inte samma upplevelser i samband med sin sjukdom (Pålsson & Norberg, 1995). Eftersom de inte har samma upplevelser, har de inte heller samma behov och sjuksköterskan måste därför ta reda på hur de känner och hur de upplever sin sjukdom för att kunna tillgodose deras behov. För att kunna möta kvinnorna på ett bra sätt måste sjuksköterskan ha klart för sig vilket förhållningssätt hon själv har. Sjuksköterskan måste veta vilken mening sjukdom och lidande har för henne. Sjuksköterskan kan inte hjälpa kvinnorna att bemästra sin sjukdom och sitt lidande om hon inte vet vilken mening dessa har för henne. Henriksen & Vetlesen (2001) säger att det man inte vill möta hos sig själv vill man knappast möta hos andra. Behov och känslor som vi förbjuder oss själva att ha kan vi svårigen bekräfta hos andra och vår egen sårbarhet är nyckeln till inlevelsen i andras.

En förutsättning för att kunna möta kvinnorna på ett bra sätt är att sjuksköterskan ser dem som unika individer. Om sjuksköterskan enbart ser patienten och inte personen bakom leder detta till avhumanisering som är en kränkning av kvinnornas värdighet (Travelbee, 1971, 2001). Kvinnorna beskriver detta som att bli sedda som ett objekt (Boman et al., 1997) och Halldörsdóttir (1991) beskriver det som det mest omänskliga sättet att bli behandlat på och innebär, som resultatet också visar, besvikelse, hjälplöshet och osäkerhet. Att bli behandlad som ett objekt leder till förlorad identitet och en känsla av främlingskap (a.a.). Att bli bemött på ett bra sätt har ett positivt inflytande på kvinnornas tillfrisknande (Pålsson & Norberg, 1995). Tidigare studier visar att patienter upplever att ett dåligt bemötande har en hämmande inflytande på deras tillfrisknande (Halldörsdóttir, 1991). Det är viktigt att sjuksköterskan är uppmärksam på detta och att hon tar tillvara på det kvinnorna berättar för att på det sättet kunna bemöta dem på ett tillfredsställande sätt. När kvinnornas behov blir mötta och sedda uppstår det som Travelbee kallar en mellanmänsklig relation. Det som är viktigt i denna relation är att både sjuksköterskan och kvinnan ser personen bakom. Sjuksköterskan ser kvinnan som en individ och inte bara en patient och kvinnan ser sjuksköterskan som en person och inte bara en sjuksköterska (Travelbee, 1971, 2001). Kvinnorna upplever det som positivt när sjuksköterskan använder förnamn och när man kunna skämta med varandra (Ödling et al., 1995). Att bli kallad vid förnamn gör att kvinnorna känner sig mer som en person och mindre som en patient. Att bli sedd som den man är upplevs positivt av kvinnorna och minskar risken för avhumanisering.

I resultatet framgår det att kvinnorna inte är nöjda med den psykiska omvårdnaden. De anser att sjuksköterskan inte ser omvårdnaden som lika delar fysisk och psykisk vård (Ödling et al., 1995). Detta kan bero på att sjuksköterskan inte ser människan som en helhet med kropp och själ. När sjuksköterskan ser kropp och själ som separata upplevs det som ett övergrepp och påför kvinnorna ett onödigt lidande (Arman et al., 2002). Dossey (1982) hävdar att om man ser patienten som ett objekt då är det destruktivt eftersom det kränker människans unikheter och

helhet som är nödvändig för att kunna uppnå hälsa och tillfrisknande. Detta stämmer väl överens med resultatet som visar att kvinnornas egna upplevelser av att ett bra bemötande har en positiv effekt på deras tillfrisknande.

TILLGÄNGLIGHET

Kvinnorna beskriver den allians som uppstår mellan dem och sjuksköterskan i vilken de känner att de kan visa sina känslor och få det stödet och hjälp de behöver (Bottomley & Jones, 1997). Detta är viktigt eftersom en sådan allians leder till att kvinnorna känner att det finns en varm, förstående och kunskapsrik människa som de kan söka hjälp hos (Travelbee, 1971, 2001). Söderlund (2000) skriver att få känna omtanke och omsorg, att få bli villkorslöst omhändertagen, att få känna stöd, hopp och förtröstan är viktigt för god vård.

I resultatet framkommer det att när sjuksköterskan inte är psykisk tillgänglig upplevs detta som mycket jobbigt. Kvinnorna upplever att sjuksköterskan inte ser dem som unika individer (Boman et al., 1997). Travelbee (1971, 2001) lägger stor vikt vid att se det unika i varje människa. Att inte bli sedd som människa är kränkande. I Söderlunds studie (2000) framkommer att patienterna känner sig kränkta i sin värdighet som människa, vare sig det rör sig om att inte få tillräcklig smärtlindring eller att sjuksköterskans bemötande kränker deras integritet. Att känna sig kränkt bottnar i människans intuitiva känsla om rätt till lika värde. Kvinnorna upplever att när sjuksköterskan inte är intresserad av dem så uppstår tvivel (Boman et al., 1997). Att tvivla på den person som tar hand om en när man inte själv kan är väldigt jobbigt. Travelbee (1971, 2001) skriver att en sjuksköterska kan utföra ett bra jobb utan att vara intresserad av patienten. Patienten genomskådar dock detta och i sin tur kan detta leda till att patienten tvivlar ännu mer.

Att sjuksköterskan inte är psykisk tillgänglig kan bero på att hon avskärmar sig och inte orkar ta till sig det som kvinnorna upplever. Rädslan för sin egen sårbarhet kan leda till att sjuksköterskan inte förmår att hjälpa kvinnorna att klara av sin situation. Henriksen & Vetlesen (2001) uttrycker det som att om man har avstängda rum i sin inre källare kommer man knappast att gå någon annan till mötes när denna person vill ta en in i just ett sådant rum – till exempel rummet för sorg eller förtvivlan. Att sjuksköterskan verkar stressad och jäktad kan vara en fasad och kan vara ett sätt för henne att avskärma sig från kvinnorna. I resultatet framgår det att kvinnorna upplever att det inte är på grund av tidsbrist som sjuksköterskan verkar stressad utan på grund av bristande engagemang (Boman et al., 1997).

SJUKSKÖTERSKANS KOMPETENS

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) §2 säger att all sjukvård skall bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård. Den skall vara av god kvalitet, tillgodose patientens behov av trygghet, vara lättillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonal (Wilow, 2000). Ändå visar resultatet att kvinnorna ibland upplever att sjuksköterskan inte är kompetent och inte har förmågan att uppfylla hälso- och sjukvårdslagen. När sjuksköterskan inte uppfyller kvinnornas behov leder det till att kvinnorna känner sig otrygga (Boman et al., 1997). Det är viktigt att sjuksköterskan följer hälso- och sjukvårdslagen i sitt omvårdnadsarbete. Att följa lagen gör att både kvinnorna och sjuksköterskan kan känna sig trygga. När sjuksköterskan följer lagen vet hon om att hon har gjort det som hon skall och lagen säkrar att kvinnorna får en bra vård.

Kvinnorna upplever sjuksköterskan som kompetent när hon är skicklig i de praktiska momenten (Boman et al., 1997). En annan studie (Halldörsdóttir & Hamrin, 1996) kommer fram till att omvårdnad utan kompetens är meningslös enligt patienterna. Att vara kompetent innebär både att sjuksköterskan kan hantera den tekniska utrustningen och att hon kan kommunicera med patienterna. I resultatet framgår det att kvinnorna känner tillit och trygghet när sjuksköterskan upplevs som kompetent. Halldörsdóttir & Hamrin (1996) kommer i sin studie fram till samma resultat. Patienterna känner samhörighet och tillit till sjuksköterskan som upplevs som kompetent.

Då sjuksköterskan upplevs som inkompetent leder det till att kvinnorna känner misstro gentemot sjuksköterskan (Boman et al., 1997). I en annan studie (Halldörsdóttir & Hamrin, 1996) upplever patienterna att sjuksköterskan är inkompetent när hon inte kan kommunicera på ett bra sätt och när hon inte kan utföra de praktiska momenten på ett tillfredsställande sätt. Det som dessa patienter upplever som märkvärdigt är att det verkar som om sjuksköterskan inte bryr sig om att hon är inkompetent. Att sjuksköterskan inte bryr sig om att hon är inkompetent kan bero på att hon inte är medveten om det. Det gynnar patienten att sjuksköterskan är medveten om sin kompetens/inkompetens. De enda som förlorar på att sjuksköterskan tillåts vara inkompetent är patienterna.

Studier visar att det finns skillnad i vad som prioriteras högst bland cancerpatienter och bland sjuksköterskor (Larson, 1984). Cancerpatienter prioriterar sjuksköterskans kompetens högst och anser att det är det viktigaste i omvårdnaden. Sjuksköterskor anser att kunna lyssna och prata prioriteras högst bland cancerpatienterna. Det är viktigt att sjuksköterskor förstår att deras uppfattning om vad som är viktigt inte stämmer överens med cancerpatienternas upplevelser och vad de känner. Att vara kompetent är alltså någonting som sjuksköterskan måste vara för att kunna jobba med cancerpatienter. Cancerpatienter går igenom stora förändringar och skall inte behöva vara oroliga för om sjuksköterskan klarar av att vårda dem. Att lägga energi på och oroa sig om detta kan hindra eller fördröja cancerpatienternas tillfrisknande.

KOMMUNIKATION - INFORMATION

I resultatet framgår det att kvinnorna upplever det positivt att bli tilltalad med sitt förnamn (Bottomley & Jones, 1997). Detta poängterar även Travelbee (1971, 2001) som lägger stor vikt vid att se det unika i varje människa. Att bli sedd som människa är alltid viktigt men är man sjuk och utlämnad är detta ännu viktigare. När en människa blir sjuk och är i behov av vård påverkar det henne som person (Andersson, 2000). Kvinnorna i resultatet uppger att få prata och skämta om dagliga ting känns tryggt (Ödling et al., 1995). Detta är nödvändigt för att skapa och upprätthålla en mellanmänsklig relation (Travelbee, 1971, 2001). Att prata om dagliga ting leder till förståelse och hjälper till när man ska lära känna den andra personen. Kombinationen av muntlig och skriftlig information är bra (Ödling et al., 1995).

Kommunikation tolkas olika av sändaren och mottagaren. Mottagaren tolkar informationen utifrån hennes tidigare erfarenheter och kunskaper (Nilsson & Waldemarson, 1994). Detta är viktigt att tänka på vid kommunikation med andra människor. Kvinnorna i resultatet är nöjda med den mängd information de fått (Smyth et al., 1995). Rustøen & Begnum (2000) kommer fram till att bröst cancerpatienter behöver adekvat information. Information som ges på rätt sätt kan minska känslor som osäkerhet.

Kvinnorna upplever att det är viktigt att få prata om sin diagnos och det är därför viktigt att sjuksköterskan är närvarande och intresserad (Bottomley & Jones, 1997). Kvinnorna som genomgår en kris har vanligtvis ett stort behov av att ha någon att prata med, någon som kan ge stöd genom att lyssna, visa förståelse och ge perspektiv. Den som är i kris klarar sällan av att vara sansad eller objektiv och det är därför lätt att drunkna i de egna irrande tankarna och känslorna. Den som lyssnar har bättre förutsättningar att ge perspektiv, sätta in det hela i ett sammanhang, skapa avstånd till känslorna samt referera till egna erfarenheter och se framåt. Det är viktigt att sjuksköterskan lyssnar aktivt. Detta ger patienten ett kvitto på att budskapet har nått fram och att sjuksköterskan strävar efter förståelse och klarhet (Nilsson & Waldemarson, 1994). Kvinnorna i resultatet upplever att det är viktigt att sjuksköterskan pratar med dem om normala känsloreaktioner (Pålsson & Norberg, 1995). Det är förståeligt att kvinnorna behöver känna att de är normala. Information om vanliga problem så som hormonella och sexuella förändringar, negativa förändringar av självbilden och vanliga känslomässiga reaktioner vid bröst cancer är viktiga (Rustøen & Begnum, 2000).

Rustøen & Begnums (2000) resultat visar att det är viktigt att få möjlighet att förmedla sina känslor. Resultatet visar att kvinnorna upplever att få lov att prata om psykosociala problem, att någon lyssnar, inger hopp och acceptera deras känslor dämpar oron (Pålsson & Norberg, 1995). Målet med att samtala är inte att lösa den andres problem utan att ge kvinnan tillfälle att prata om sig själv och sina upplevelser (Nilsson & Waldemarson, 1994).

Att ha en okritisk inställning när man lyssnar, innebär att sjuksköterskan är inriktad på att förstå hur kvinnan tänker, känner och tycker (Nilsson & Waldemarson, 1994). Detta framkommer också i resultatet där kvinnorna säger att när sjuksköterskan visar förståelse, intresse och respekt för henne upplevs det som en stärkande relation (Pålsson & Norberg, 1995).

I resultatet framgår det att kvinnorna har svårare att ta till sig information än vanligt (Smyth et al., 1995). Ibland känner sig kvinnorna kränkta när sjuksköterskan pratar med dem (Bottomley & Jones, 1997). Om sjuksköterskan använder ett språk som kvinnorna inte förstår så påverkas även kvinnornas möjlighet att använda sin rätt till självbestämmande. Om kvinnorna inte förstår eller vågar ställa frågor så kan inte en dialog uppstå (Andersson, 2000). Uppstår ingen dialog så kan det inte heller uppstå en mellanmänsklig relation. Dialogen är det som ligger till grund för att lära känna den andra individen (Travelbee, 1971, 2001). Det är viktigt att varje kvinna får information som hon förstår samt att hon ges möjlighet att vara delaktig i planering och genomförande av vård och behandling (Andersson, 2000).

I resultatet framgår det att kvinnorna upplever att deras integritet blir kränkt när sjuksköterskan intervjuar dem när det finns andra på rummet (Boman et al., 1997). Tankar om att skydda sin integritet uppkommer först när man upplever att något hotar den. Respekt för patientens integritet förutsätter medvetenhet om och hänsynstagande till att människan är sårbar. Respekt för kvinnornas integritet innebär att sjuksköterskan har kunskap om olika sätt att reagera vid sjukdom samt vilja och förmåga att sätta sig in i kvinnans situation. Sjuksköterskan skall vara lyhörd för den enskildes sårbarhet utifrån hennes upplevelse av sjukdomen (Andersson, 2000). I resultatet framgår att kvinnorna upplever att felaktig eller tvivelsam information och brutna löften ger en känsla av misstro gentemot sjuksköterskan (Boman et al., 1997). Dunkla och oklara budskap gör kommunikationen svårtolkad vilket ökar osäkerheten (Nilsson & Waldemarson, 1994). Kvinnorna i resultatet upplever att de har frågor som inte har blivit besvarade under sjukhusvistelsen (Smyth et al., 1995). Andersson (2000) skriver att man sparar sina frågor till följd av att man känner sig utlämnad inför sina

medpatienter. Det är viktigt att som sjuksköterska tänka på detta då kvinnorna kanske inte ställer de frågor de funderar på. Även när sjuksköterskan ger information skall hon tänka på att det finns andra som lyssnar och det kan därför vara bra att föra samtalet på annat ställe.

SLUTSATS

Resultatet leder till den slutsatsen att positiva upplevelser orsakar välbefinnande medan negativa upplevelser orsakar lidande. Dessutom framgår det att sjuksköterskan har en viktig roll i förhållandet till kvinnornas tillfrisknande. Generellt sett fick den fysiska omvårdnaden gott omdöme men det finns brister i den psykiska omvårdnaden. Studiens resultat ger utrymme för vidare forskning. Ett sätt kan vara att göra intervjustudie som utgår från bröst cancerpatienters upplevelser i mötet med sjuksköterskan. Detta kan hjälpa sjuksköterskan till en bättre och ökad förståelse för bröst cancerpatienters situation och därmed blir omvårdnaden som helhet bättre.

REFERENSLISTA

- Anderson, M. (2000). Se Människan. I Eriksson, K. & Lindström, U.Å. (Red) *Gryning, en vårdvetenskaplig analogi*. (pp37-59) Vasa: Åbo akademi.
- Arman, M., Rehnsfeldt, A., Carlsson, M. & Hamrin, E. (2001). Indications of change in life perspective among women with breast cancer admitted to complementary care. *European Journal of Cancer Care*, 10, 192-200.
- Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L. & Hamrin, E. (2002). The Face of Suffering Among Women With Breast Cancer – Being in a Field of Forces. *Cancer Nursing*, 25, 96-103.
- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Benton, D., & Cormack, D. (2000). Reviewing and evaluating the literature. I Cormack, D. (Red), *The research process in nursing, 4th edition* (pp. 103-113) Oxford: Blackwell Science Ltd.
- Birgegård, G., & Glimelius, B. (1998). *Vård av cancersjuka*. Lund: Studentlitteratur.
- Boman, L., Andersson, J-U. & Björvell, H. (1997). Needs as expressed by women after breast cancer surgery in the setting of a short hospital stay. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 11, 25-32.
- Bottomley, A. & Jones, L. (1997). Breast cancer care: women's experience. *European Journal of Cancer Care*, 6, 124-132.
- Dahn, I. (1989). *Mänskliga möten i vård och omsorg*. Utbildningsradion.
- Dossey, L. (1982). Care giving and natural systems theory. *Topics in Clinical Nursing*, 3, (4), 21-27.
- Egidius, H., & Nordberg, A. (1985). *Teorier i omvårdnadsarbete*. Stockholm: Esselte studium.
- Gyllensköld, K. (1976). *Visst blir man rädd....* Lund: Berlingska Boktryckeriet.
- Halldórsdóttir, S. (1991). Five basic modes of being with another. Gaut, D.A., & Leininger, M., eds. *Caring: The compassionate healer*. National League for Nursing, New York, 37-49.
- Halldórsdóttir, S., & Hamrin, E. (1997). Caring and uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient's perspective. *Cancer Nursing*, 20, (2): 120-128.
- Henriksen, J.O. & Vetlesen, A.J. (2001). *Etik i arbete med människor*. Lund: Studentlitteratur.
- Larson, P. (1984). Important nurse caring behaviours perceived by patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 11, 46-50.
- Lauri, S., Lepistö, M. & Käppeli, S. (1997). Patients needs in hospital: nurses and patients views. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 339-346.

- Nilsson, B & Waldemarson, A-K. (1994). *Kommunikation Samspel mellan människor*. Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D.F & Hungler, B.P. (1995). *Nursing research principles and methods, 6ed edition*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilking.
- 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.
- Rustøen, T & Begnum, S. (2000). Quality of life in women with breast cancer. *Cancer Nursing*, 23, (6), 416-421.
- Smyth, M., McCaughan, E. & Harrisson, S. (1995). Women's perceptions of their experiences with breast cancer: are their needs being addressed?. *European Journal of Cancer Care*, 4, 86-92.
- Socialstyrelsen. (2002). Cancer incidence in Sweden 2000. [Url: <http://www.sos.se>]
- Söderlund, M. (1998). "En mänsklig atmosfär." *Trygghet, samhörighet och gemenskap – God vård ur ett patientperspektiv*. Uppsala: University Library.
- Söderlund, M. (2000) Mänsklig värdighet i vården. I Eriksson, K. & Lindström, U.Å. (Red) *Gryning, en vårdvetenskaplig analogi. (pp141-159)* Vasa: Åbo akademi.
- Taboada, P. & Bruera, E. (2001). Ethical decision-making on communication in palliative cancer care: a personalist approach. *Support care cancer*, 9, 335-343.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: Davis Company.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wilow, K. (2000). *Författningshandbok – för personal inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Liber AB.
- Ödling, G., Axelsson, K. & Norberg, A. (1995). Upplevelser i samband med operation av nyupptäckt bröst cancer. *Vård i Norden*, 15, 14-18.
- Ödling, G., Norberg, A. & Danielson, E. (2002). Care of women with breast cancer on a surgical ward: nurses opinions of the need for support for women, relatives and themselves. *Journal of Advanced Nursing*, 39, 77-86.

BILAGA 1 – ARTIKELÖVERSIKT

Författare	Titel	Syfte	Metod	Resultat
Boman, L., Andersson, J-U. & Björvell, H. (1997). Scandinavian Journal of Caring Science.	Needs as expressed by women after breast cancer surgery in the setting of a short hospital stay.	Att beskriva de uttryckta behov hos en grupp bröst cancerpatienter på en korttids vårdavdelning efter operation.	En svensk intervjustudie där 97 kvinnor i åldrarna 32 – 85 år deltog.	Tillit var det viktigaste för kvinnorna. För att kunna känna tillit måste andra behov tillfredsställas på ett bra sätt. Dessa behov var, förutom tillit: information, praktisk hjälp, bemötande och emotionellt stöd.
Bottomley, A. & Jones, L. (1997). European Journal of Cancer Care.	Breast cancer care: women's experience.	Att utforska upplevelserna hos 18 kvinnor som nyligen fått diagnosen bröst cancer, för att fastslå om deras uttryckta behov återgavs i vården och att ge rekommendationer för framtida bröst cancer vård.	En engelsk intervjustudie där 18 kvinnor i åldrarna 28 – 66 år deltog.	Visar vikten av att väga in ett antal dimensioner som är relevanta för den psykosociala omvårdnaden och ger förslag på förändringar så att hälso- och sjukvården kan möta kvinnornas psykosociala behov.
Pålsson, M-B. & Norberg, A. (1995). Journal of Advanced Nursing.	Breast cancer patients' experiences of nursing care with the focus on emotional support: the implementation of a nursing intervention.	Att beskriva ny- diagnosticerade bröst cancerpatienters upplevelser av sjukdomen och omvårdnaden med fokus på emotionellt stöd.	En svensk intervjustudie där 26 kvinnor i åldrarna 35 – 69 år deltog.	Emotionellt stöd och organisatoriska förändringar i vården ledde till känslor av trygghet och säkerhet hos kvinnorna.

Författare	Titel	Syfte	Metod	Resultat
Smyth, M., McCaughan, E. & Harrison, S. (1995). European Jornal of Cancer Care.	Women´s perceptions of their experiences with breast cancer: are their needs being addressed?	En översikt av vald litteratur om kvinnors upplevelser av bröst cancer. Den betonar särskilt deras uppfattning av informationen de fått angående sjukdomen, dens behandling och deras uppfattning av tillgängligt stöd.	En irländsk litteraturstudie.	Det fanns många brister i informationen och stödet som var tillgänglig för kvinnorna. Det verkade som det fanns stora brister i hur vårdpersonalen uppmärksammade bröst cancerpatienternas behov. Informationen som gavs till patienterna angående bröst cancern, dens behandling och påverkan på deras liv verkade nätt och jämnt vara tillräcklig.
Ödling, G., Axelsson, K. & Norberg, A. (1995). Vård i Norden.	Upplevelser i samband med operation av nyupptäckt bröstcancer.	Att belysa kvinnors upplevelse av omvårdnaden på en kirurgavdelning i samband med operation av nyupptäckt bröstcancer, speciellt kommunikationen med personalen, samt kvinnors förhållningssätt till sjukdomen.	En svensk intervjustudie där 5 kvinnor i åldrarna 52 - 72 år deltog.	Kvinnornas beskrivning av sjukhusvistelsen visade att de i stort var nöjda. Den negativa kritiken som framfördes berörde organisatoriska brister. Den fysiska vården fick gott omdöme men brister i den psykiska påtalades bl.a. att ingen haft tid för samtal.