Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa

# ATT DRABBAS AV CANCER

## EN LITTERATURSTUDIE OM PATIENTERS UPPLEVELSE I SAMBAND MED ETT CANCERBESKED.

**Paulina Knutsson Höglund**

**Examensarbete i vårdvetenskap 15 hp.**
**VO1309**
**Sjuksköterskepogrammet**
**November 2008**

Karin Holmén / HOG

**Examinator Karin Holmén**
**Handledare: Thomas Eggers**
**Blekinge Tekniska Högskola**
**Sektionen för hälsa**
**371 79 Karlskrona**

# ATT DRABBAS AV CANCER

## EN LITTERATURSTUDIE OM PATIENTERS UPPLEVELSE I SAMBAND MED ETT CANCERBESKED.

**PAULINA KNUTSSON HÖGLUND**

**Knutsson, Höglund, P. Att drabbas av cancer. En studie om upplevelse i samband med ett cancerbesked**. *Examensarbete i vårdvetenskap. 15 högskolepoäng.*
**Blekinge Tekniska Högskola: Sektionen för hälsa 2008**

**Cancer är i dag en vanlig sjukdom och var tredje svensk drabbas av denna sjukdom. En person som får beskedet cancer kan uppleva stora förändringar. Alla människor reagerar olika och därför är det viktigt att vårdpersonalen har kunskap och förståelse om detta. Syftet med denna studie var att belysa patientens upplevelse i samband med att de får ett cancerbesked. Metoden som användes var en litteraturstudie. Resultatet visade att det var av betydelse när, var och hur patienten får sin information och hur viktigt det är att få både skriftlig och muntlig information. I resultaten framgick det även att ett tydligt språk och kroppsspråk underlättar vid ett cancerbesked och många upplever att en lugn miljö underlättar vid beskedet. Tillsammans med sjukvårdspersonalen kan patienten skapa en trygghet som gör att det kan vara lättare att hantera situationen i samband med ett cancerbesked**

*Nyckelord*: **Cancer, Patientens upplevelse, Kommunikation, Trygghet, Otrygghet**

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING


**INLEDNING.** **1**

**BAKGRUND** **1**
**Möte i vården** **1**
**Upplevelse** **2**
**Lidande** **2**
**Cancer som kris** **3**
**Att överlämna ett cancerbesked** **3**
**Att få ett cancerbesked** **4**
**Trygghet** **4**

**TEORETISK REFERENSRAM** **5**
**SYFTE** **5**

**METOD** **6**
**Urval** **6**
**Sökord & sökmotorer** **6**
**Litteraturgranskning** **7**
**Analys** **7**

**RESULTAT** **8**
**Aspekter som påverkar upplevelsen av trygghet** **8**
*Kommunikation*
*Miljö*
*Nära och kära*
*Professionella relationer*

**Aspekter som påverkar upplevelsen av otrygghet** **11**
*Ensamhet*
*Maktlöshet*

**Upplevelsen av den verbala kommunikationen** **12**
*Språk*
*Information*

**Upplevelsen av blandade känslor** **13**
*Negativa*
*Positiva*

**DISKUSSION** **14**
**Metoddiskussion** **14**
**Resultatdiskussion** **15**

**SLUTSATS** **19**
**REFERENSLISTA** **20**
**BILAGA** **23**

# INLEDNING

En diagnos om cancer kan vara en svår sak att ta till sig och dessutom reagerar människor olika när de får ett cancerbesked. Saker som påverkar kan vara erfarenheter av tidigare sjukdomar hos familjen och vänner. Denna reaktion som de flesta visar efter att de har fått ett cancerbesked kallas traumatisk kris. Detta är en helt normal reaktion när de hamnar i en ny livssituation (Persson, 1995). Enligt Cullberg (2003) kan tidigare erfarenheter och anpassningsmönster kanske inte räcka till för att psykiskt hantera och bearbeta vad som har hänt och det är då personen hamnar i en traumatisk kris. Som vårdare kan det vara lätt att glömma att patienten är en hel individ och att det inte bara är en kropp som ska ”lagas”. Genom att lyssna och se till hela individen kan det skapas en bättre förståelse för patienterna och där bemöta just det som de känner att de ha svårt att hantera.

*Det är omöjligt att överblicka de konsekvenser ett besked ger för den enskilda individen. Därför bör informationen inte vara en engångsföreteelse utan en process över tid där respekt och förtroende byggs upp och där patientens delaktighet eftersträvas.*

(Friedrichåsen, 2003 sid. 1)

Genom att beskriva cancersjukas upplevelse kan en bättre förståelse för hur människan upplever att livet har förändrats och på så sätt blivit ett uppbrott i livet. Det är aldrig en lätt sak att ta fasta på människors känslor och hur dessa som råkat ut för en sjukdom som cancer ska bemötas. Därför är det viktigt att skapa förståelse för den upplevda upplevelsen och de känslor som finns därtill.

# BAKGRUND

Cancer är i dag en av de vanligaste sjukdomarna; var tredje svensk under sin livstid kommer att drabbas av en cancersjukdom. Cancersjukdomen är fortfarande en sjukdom med stor dödlighet, och i vårt land avlider cirka 20 000 människor i cancer. Detta gör denna sjukdom till den näst vanligaste dödsorsaken efter hjärt- och kärlsjukdomar (Socialstyrelsen, 2005).

## Mötet i vården

Inom vården och omvårdnaden ha kommunikationen en viktig roll. Detta är kanske sjuksköterskans viktigaste verktyg. För att kunna använda kommunikationen målinriktat och terapeutiskt måste sjuksköterskan kunna samarbeta med patienten. Samspelet innebär att se patienten som partner och målet är att förbättra patientens hälsa och uppfylla patientens önskemål och förmåga (Travelbee, 2001). För att samspelet skall fungera mellan båda parter kan attityderna vara avgörande (Jahren – Kristoffersen, 1997**).** Jahren – Kristoffersen (1997**)** menar vidare att det kan vara så att patientens rektioner speglar sig i sjuksköterskans beteende. Vid ett cancerbesked är det är viktigt att patienten möts med respekt. Detta leder till en ökad delaktighet samt till förbättrat behandlingsresultat i vården (Kiessling & Kjellgren, 2004).

Ett möte handlar om kommunikation, två människor eller flera som möts talar med varandra, de har ett samspel. Ordet kommunikation kommer ifrån det latinska ordet *communicare* och betyder att göra något tillsammans, göra någon delaktig i något, ha förbindelse med någon.

Det finns två olika huvuddelar i kommunikationssättet, det vill säga verbal kommunikation och icke-verbal kommunikation (Eide & Eide, 2006).

Verbal kommunikation sker genom talat språk och i skrift. Detta sätt att kommunicera är unikt för mänskligheten. Människor använder språket på två olika sätt. Det första är för att utrycka sina tanka sinnen och känslor. Och det andra sättet handlar om att förmedla sina bilder av världen genom ögonen.

Den icke-verbala kommunikationen förmedlas med kroppen och dess utryck genom t.ex. gester och ansiktsuttryck. Den icke-verbala kommunikationen utgör en tredjedel av människans kommunikation. I den icke-verbala kommunikationen innerfattas kroppsutryck som kan ge sitt utryck genom mimik, rörelse, tonfall, blickar. (Jahren – Kristoffersen, 1997)

Oftast är ett cancerbesked en envägskommunikation. Informationen kommer bara från ett håll, vem som har rollen kan skifta i mellan de olika inblandade (Eide & Eide, 2006). Detta sätt att kommunicera är enkelt. Budskapet sänds fram och tillbaka är entydigt, som en väg längs en rak linje. Här finns det inga backar eller hinder utan kommunikationens väg är klar och tydlig. Men, eftersom kommunikation är mer än bara ord kan det med detta tillvägagångssätt bli lite problematiskt när sjuksköterska och patient inte tolkar varandras signaler rätt (Eide & Eide, 2006). Gränsen mellan verbal och icke-verbal kommunikation är tunn. Jahren – Kristoffersen (1997) menar att den icke-verbala kommunikationen utrycker information som hjälper den verbala kommunikationen. Detta innebär att informationen från avsändaren kan hjälpa mottagaren att bättre tolka kommunikationen.

## Upplevelse

Nationalencyklopedin (1995) definierar upplevelse som: att vara med om något, som direkt berör en part och att uppfatta och värdera det som personen är med om på ett känslomässigt plan. Laing (1982) menar att upplevelse är ett exempel på upplevelse, Två människor kan vara på samma plats och uppleva en händelse men ändå inte dela samma ”känslor” och intryck. När en patient får beskedet om att han har cancer upplever han detta med hela sin kropp och sina sinnen. Genom att använda sinnena när vi ser på ett objekt kan vi ”känna” (uppleva) det utifrån det egna perspektivet. Sinnena förstärker upplevelsen av upplevelsen (Laing 1982).

## Lidande

Patient betyder den som lider och är i behov av vård från andra. (Arman & Rehnsfeldt, 2006).

Patienters värld skiljer sig från människans utanför sjukhuset eftersom något ha gjort denna till patient (Arman & Rehnsfeldt, 2006). Enligt Persson (1995) finns det tre centrala begrepp, som är nära sammankopplade; identitet, självkänsla och självuppfattning och om ett av dessa rubbas blir de andra två lidande. Exempelvis kan kvinnan känna att hennes identitet är hotad när bröstet är sjukt och måste bort. Upplevelsen av att förlora ett bröst kan innebära en känsla av förlorad kvinnlighet - en del av hennes identitet och hon får en ändrad självuppfattning. Då identiteten är lidande kan det upplevas som en förtvivlan och osäkerhet, vilket kan spegla av sig i självkänslan. Arman, Rehnsfeldt, Lindholm & Hamrin (2002) beskriver i en studie hur det är att insjukna i bröstcancer. Patienterna upplever att deras liv och livet runt dem ha förändrats samtidigt som de har blivit mera beroende av omgivningen. Kvinnorna i studien beskriver upplevelsen av att få ett bra stöd och hur viktigt det är att ha en bra kommunikation. De upplevde att det är ”tabu” att tala om sina känslor i samband med att ha cancer.

Upplevelsen av att bara få den fysiska vården innebar att deras känslor blev ignorerade och orsakade ett lidande. Arman & Rehnsfeldt (2006) menar att det är orsakerna till lidandet inte ha den avgörande funktionen till lidandet utan det är hur du som människa upplever orsakerna som skapa ett lidande.

## Cancer som kris

Ordet kris kommer från det grekiska *Krisis* och betyder avgörande vändning, plötslig förändring, ödesdiger rubbning (Cullberg, 2003).

Kriser utlöses oftast av emotionella och gemenskapsmässiga förluster. Detta kan leda till en ändrad färdriktning som kan representera något positivt eller något negativt. Krisen innebär även att personen är i en situation som den drabbade har svårt att med egen kraft kan ta sig ur. Detta kan ske genom att tappa kontrollen och ge utryck för hur det känns eller att stänga svårigheterna inom sig själv. Även den som söker för att personen misstänker cancer genom sina symtom kan få en form av kris när diagnosen lagts fram. När en människa befinner sig i en kris är identiteten attackerad och de kan få en skev självuppfattning och en krossad självkänsla, t.ex. då en kvinna får veta att hon har cancer och måste ta bort sitt bröst (Persson 1995) I en studie av Arman & Rehnsfeldt (2003) framkommer att kvinnorna upplevde en stor rädsla över att de har cancer. Och när de fick veta detta upplevdes känslor som sårbarhet, hopplöshet osäkerhet och känslan av att inte kunna greppa hur framtiden kommer att se ut. De miste sin kontroll, allt blev dåligt och de upplevde en kris. De kände att de fick lägga ner all sin energi på att se till att ta kontroll över sina liv igen, medan energin kanske skulle behövas till att läka eller att komma i genom behandlingen.

## Att överlämna ett cancerbesked

Det finns en rationellt betingad önskan att förmedla sin kunskap men även en rädsla för att krossa patienten med informationen och rädsla för att själv inte klara av egna reaktioner (Holm, 2001). För att påverka patientens möjlighet till delaktighet i vården är det viktigt med samtal, kontinuitet i kontakten med vårdpersonalen och behov av kontroll. Om vårdpersonalen inte bryr sig om patienten upphör möjligheten till delaktighet (Kiessling & Kjellgren, 2004). I mötet mellan patienten och vårdpersonalen finns en uppsättning av förväntningar hos båda parter. Dessa förväntningar är både riktade mot en själv och mot den andre (Holm, 2001). Det kan vara så att många har med sig en bild av den mycket sjuke och utmärglade cancerpatienten som vrider sig i plågor och mår dåligt av behandlingen (Friedrichsen, 2003). I en studie av Van der Molen (1999) visas att all information som tidigare har givits har varit relaterad till den sjukdom och behandling som den sjuke har/ska få och inte varit anpassad till vad personen i fråga kanske orkar höra eller ta till sig. Oftast behöver patienten få saklig information som bör upprepas flera gånger (Van der Molen, 1999). Att få höra att det finns en tumör i kroppen kan innebära en chock vilket gör att patienten inte är mottaglig för denna information. I en situation där ett svårt besked ska ges är det viktigt att informatören tänker på att ge patienten en adekvat och riktig information och lyssna på patientens egen uppfattning om det som har inträffat. Att skapa en dialog och genom att aktivt lyssna på patienten kan inge förtroende och återskapa den trygghet som har ryckts undan. Vårdaren ska sträva efter att veta vad som är viktigt för den enskilda patienten som lever i en livsavgörande situation/kris (Cullberg, 2003).

## Att få ett cancerbesked

Alla människor reagerar olika vid ett besked om att de har en svår sjukdom. Vissa människor blir helt chokade och tystlåtna, medan andra kan komma in i en förnekelsefas och säga att detta inte händer mig. Cullberg (2003) menar att en människa följer vissa mönster och beteenden som vi levt med i århundraden. En människa använder sig av försvarsmekanismer för att kunna överleva. Personer som får ett cancerbesked kan ses som att de inte är mottagliga för beskedet eftersom de lever i den verklighet som är verklig för dem och om det då kommer in ett livsavgörande besked kan det innebära att de mister sin trygghet (Cullberg, 2003).

## Trygghet

Varje människa har olika behov men till de mest nödvändiga innefattar behovet av trygghet. Det finns ett grundläggande behov hos människan, som är att tillhöra en grupp människor och känna tillhörighet samt att känna närhet från andra människor. Trygghet och tillit är avgörande för att en djupare mellanmänsklig kontakt ska kunna skapas. Trygghet är ett grundläggande behov och viktigt för att en bra kommunikation ska kunna skapas.

Det finns många olika former av trygghet. Det finns t.ex. politisk trygghet, hem- och skola-trygghet och trygghet i vården. Trygghet beskrivs i tre olika indelningar, trygghet som känsla, trygghet som inre tillstånd och trygghet som yttre tillstånd (Andersson-Segesten, 1994).

Trygghet som känsla beskrivs som lugn, harmoni, själsfrid, tillit, vila, ro, energi, frigörelse medan det beskrivs att otrygg är känslor som osäkerhet, frustrering, obalans, rädsla, stark spänning, nervositet, ont imagen samt en känsla av sakna plats i tillvaron. Den inre tryggheten visar på uppväxtens betydelse, hur du har upplevt/hanterat saker/händelser under uppväxten. Andersson-Segesten, (1994) menar att de upplevelser och händelse, som en person har varit med om har stor betydelse för hur det inre ser ut. Andersson-Segesten, (1994) säger vidare att det som personen kan ha varit med om när hon/han var yngre kan ha en avgörande betydelse för hur personen tolkar och beter sig i sitt sökande på trygghet. Andersson-Segesten,( 1994) påvisar hur viktigt att det är i patientens upplevelse av miljön, som är viktigt för huruvida patienten ska känna sig välkommen och inte hotad. Lika viktigt utifrån den yttre trygghetens betydelse är familjens och vännernas betydelse och hur de nära relationerna ser ut och ha formats. Det är också av betydelse att personen får den respekt och ärlighet som han/hon söker. Till den yttre tryggheten finns även ett behov av att ha kontroll över vad som händer och ha kunskapen att förstå.

Tillsammans bildar dessa tre indelningar den sammansatta helheten för hur patienter upplever trygghet och som påverkar vid upplevelsen av trygghet (Andersson-Segestens, 1994).

# TEORETISK REFERENSRAM

Travebee´s teori inriktar sin teori på begreppen, kommunikation, omvårdnad och mellanmänsklig relation. Enligt Travelbee (2001) är varje människa unik som enskild individ.

*Kommunikation* är viktig enligt Travelbee (2001), som menar att varje gång patienter och sjuksköterskor träffas sker en kommunikation. Vidare är det fullt möjligt att skapa en mänsklig relation mellan vårdtagare och vårdare. För att denna relation ska utvecklas till en kommunikationsprocess måste mötet ha ett innehåll och genomföras på ett sätt som gynnar båda parter.

*Omvårdnad* är en process som sker mellan en sjuksköterska och hennes patient. Denna process handlar om att sjuksköterskan erbjuder sina tjänster/hjälp till patienten. Travelbee menar att den hjälp som sköterskan ger patienterna är att få dem att må så bra som möjligt. Målet med omvårdnaden är att skapa en mellanmänsklig relation enligt Travelbee (2001).

*En mellanmänsklig relation* kan beskrivas i fyra faser, det första mötet, nya identiteter, empati och sympati. I det första mötet ser patienten och sjuksköterskan varandra, de observerar varandra, drar slutsatser och bedömer. När sjuksköterska sedan har sett den unika individen i patienten och denne ifråga börjar ge respons nås nästa fas som är nya identiteter. Detta sker när patienten och sjuksköterskan kan se varandra som individer i stället för att se rollfigurerna, vilket kan leda till att empati växer fram. Att detta steg sker är en förutsättning för att empati ska finnas (Travelbee, 2001).

Empati sker genom att två eller flera individer har samma upplevelse. Då finns det en möjlighet att veta vad som kommer att hända i den andres beteende. Bara för att det finns empati och att patienten får hjälp behöver inte betyda att det blir en nära relation mellan sjuksköterska och patient. Empati kan vara ett bra redskap så att sjuksköterskan och patienten kan komma närmre varandra, men ändå inte bli för intima (Travelbee, 2001).

Sympati sker mellan två eller flera individer. Det är en process där sjuksköterskan blir berörd eller oberörd av individens situation. Sympati är ett kommunikationssätt för sjuksköterskan så att hon kan nå sin patient och därigenom skapa en relation. Sympati kan nås genom ögonkast och kroppsspråk. Sympatiska sköterskor hjälper individen för att de vill, medan den empatiska sjuksköterskan kan förstå vad patienten går igenom (Travelbee, 2001).

När patienten och sjuksköterskan har genomgått alla faserna finner de en ömsesidig kontakt och en förståelse för varandra. De uppskattar varandra som unika individer i stället för att se varandra i rollerna som vårdare och patient (Travelbee, 2001).

# SYFTE

Syftet med denna studie var att belysa de upplevelser patienterna känner i samband med ett cancerbesked.

# METOD

Metoden som valts för att göra denna undersökning är en litteraturstudie. Backman (1998) skriver att syftet med en litteraturstudie är att sammanställa fakta inom ett särskilt kunskapsområde.

## Urval

Följande inklusionskriterier har använts, d.v.s. studier omfattande både män och kvinnor, från 18 år och uppåt och från ett patientperspektiv. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska eller svenska och vara vetenskapliga, vilket innebär att de ska vara pre-reviewed och publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Exklusionskriterierna var att artiklarna inte behandlade barn med cancer eller att de utgick från ett sjuksköterskeperspektiv.

## Sökord och sökmotorer

Sökord som har använts är cancer/ neomplasm, diagnosis, cancerdiagnosis communication, news, prespective, patient, cancerpatient, psychooncolocgy. Av dessa är cancerpatient/ neoplasm MeSH termer/Subject Heading termer. Vid sökning på MeSH termer/Subject Heading termer på cancer erhölls förslaget cancer patient. Denna MeSH term har använts i vissa sökningar.

Databaserna som användes var Medline och Chinal (se tabell1, 2). Chinal är en auktoriserad databas inom hälso- och vårdvetenskap och cirka 65 % av deras utbud handlar om omvårdnad. Medline är världens största medicinska referensdatabas och innerhåller cirka 95 % av den medicinska litteraturen och cirka 200 olika omvårdnadstidskrifter. Dessa två databaser valdes bland många fler pga. det stora urvalet av artiklar inom omvårdnad och för de har en stark tillförlitlighet.

**Tabell 1. Artikelsökning i Medline**

| **Databas** | **Sökord** | **Antal träffar** | **Valda artiklar** | **Antal använda artiklar** |
|---|---|---|---|---|
| **Medline** | Cancerdiagnosis AND communication AND news | 21 | 10 | 1 |
| | Cancer AND communication AND diagnosis | 272 | 14 | 1 |
| | Cancerpatient AND communication AND perspective | 6 | 0 | 0 |
| | Cancer or neomplasm AND communication AND news | 0 | 0 | 0 |
| | Psychooncolocgy AND communication AND news | 0 | 0 | 0 |

**Tabell 2. Artikelsökning i Chinal**

| Databas | Sökord | Antal träffar | Valda artiklar | Antal använda artiklar |
|---|---|---|---|---|
| **Chinal** | Cancerdiagnosis AND Communication AND news | 12 | 12 | 0 |
| | Cancer AND communication AND diagnosis | 381 | 15 | 0 |
| | Cancerpatient AND communication AND perspective | 77 | 10 | 1 |
| | Cancer or neomplasm AND communication AND news | 68 | 10 | 4 |
| | Psychooncolocgy AND communication AND news | 9 | 9 | 1 |

Totalt kom studien att omfatta åtta vetenskapliga artiklar, tre studier genom förda i USA, tre i Storbritannien, en i Australien och en i Sverige (bilaga 1).

## Litteraturgranskning

Efter genomläsning och granskning av abstract i de valda artiklarna föll vissa artiklar bort eftersom de inte motsvarade de valda inklusionskriterierna samt kvalitetskravet som valdes till att bedömas som hög eller medelhög. De artiklar som ingick i studien bedömdes och granskades efter två granskningsmodeller beskrivna av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006). Bedömningen av kvalitetsgranskningen finns i bilaga 1.

Fem artiklar hade en kvalitativ ansats och en artikel hade en kvantitativ, medan två artiklar hade både en kvalitativ och en kvantitativ ansats (bilaga 1).

## Analys

Analysen har genomförts som en innehållsanalys och är genomförd av författaren. Med en innehållsanalys menas att texten granskas utifrån dess innehåll, vad som skrivs utan att tolka eventuella innebörder (Baxter, 1994). Analysen sker i flera steg. Detta innebär att varje artikel analyseras var för sig för att sedan sammanställs och jämförs med varandra. Ansatsen i analysen har varit manifest, det vill säga utan tolkning av innehållet, baserad på artiklar med både kvantitativ och kvalitativ metod med stöd av Granheim och Lundman (2003).

Först lästes alla artiklarna igenom för att få en uppfattning om dess innehåll. Efter detta lästes artiklarna ytterligare en gång för att markera meningsenheter som relaterade till syftet, till själva upplevelserna. Efter att meningsenheterna var markerade och uttagna granskades de och sattes in i tabeller för den fortsatta analysen.
I nästa steg kondenserades meningsenheterna, vilket innebär att meningsenheterna uttrycktes kortare och i ett mera abstrakt språk, och för att få fram de väsentligaste i dem. Detta gjordes på svenska för att underlätta när resultatet sedan skulle presenteras.
Nästa steg i analysen innebar att koda alla kondenserade meningsenheterna. Detta sker för att lättare kunna samla alla kondenseringar på samma ställe och på så sätt skapa en överblick av materialet
Det sista steget i denna analys var att sortera koderna och utveckla olika kategorier. Alla koder som har samhörighet med varandra skapar tillsammans en kategori. Slutligen sammanställdes kategorierna i en tabell och reflekterades över i relation till studiens syfte. Teman skapades utifrån kategorier som hade samhörighet (se tabell 3).

**Tabell 3. Exempel på analysering**

| **Meningsenhet** | **Kondensering** | **Kodning** | **Kategorisering** | **Tema** |
|---|---|---|---|---|
| Overall, women indicated that they were moderately satisfied whit the physician's communication in the diagnostic consultation. | De flesta var nöjda med doktorns kommunikation i samband med cancerbeskedet | Nöjda med Kommunikationen | Kommunikation | Aspekter som påverkar upplevelsen av trygghet |
| Giving bad news in a corridor, waiting room, or at a typical examing room are not good alternatives. | . Att ge beskedet om dåliga nyheter i en korridor eller i ett väntrum eller ett typiskt undersökningsrum är inte att rekommendera | Att ge dåligt besked med dålig omgivning | miljön | Aspekter som påverkar upplevelsen av otrygghet |
| One interviewee spoke of the importance of being accompanied by close relative | En intervjuad påpekade det viktiga med att ha en anhörig att stötta sig på | Anhöriga är viktiga som stöd | Anhörigstöd | Aspekter som påverkar upplevelsen av trygghet |

# RESULTAT

Resultatet presenteras i fyra teman: Aspekter som påverka upplevelsen av trygghet, Aspekter som påverka upplevelsen av otrygghet, Upplevelsen av hur den verbala kommunikationen förmedlas och Upplevelsen av blandade känslor med kategorier och underkategorier (se tabell 4).

**Tabell 4. Teman, kategorier och underkategorier**

| Tema | Kategori | Underkategori |
|---|---|---|
| Aspekter som påverkar upplevelsen av trygghet | Kommunikation | Verbal<br>Icke verbal<br>Kontinuitet |
| | Miljö | Lugn<br>Tid |
| | Anhörigstöd | Stöd<br>Hjälp<br>Närhet<br>Medverkan |
| | Professionella relationer | Sjuksköterska – patient<br>Läkare - patient |
| Aspekter som påverkar upplevelsen av otrygghet | Ensamhet | Sårbarhet |
| | Maktlöshet | Utsatthet, respekt, integritet |
| | Språk | Ord förståelse |
| Upplevelsen av hur språkliga kommunikationen förmedlas | Information | Möjligheter till frågor<br>Kompletterande information |
| Upplevelse av blandade känslor | Negativa | Förvänta det värsta |
| | Positiva | Förvänta det bästa<br>Samhörighet<br>Bra service |

## Aspekter som påverkar upplevelsen av trygghet

Detta tema innehåller kategorierna kommunikation, miljö och anhörigstöd.

### *Kommunikation*

Den första kategorin kommunikation innehöll underkategorierna verbal och icke-verbal kommunikation och kontinuitet. Kommunikation var av betydelse för att patienter skulle kunna känna trygghet och att känna sig säkra i sin sjukdom. Det fanns ett behov av att ha en kontinuitet i kontakten med vårdpersonalen. Känslan av att ha samma personal gynnade samarbetet och en möjlighet till bättre delaktighet och att ha en närhetskänsla till personalen.

*"I want one doctor and not lot of doctors who absent-mindedly skim through my journal. I want one doctor who feels responsibilities fore me".* (Salander, 2002. sid. 726)

*"So the doctor told you diagnosis. I said, "Yes" and she said "do you want to talk about it?" It was wonderful, she was wery comfort within and we talked about it*."(Dias, 2003. sid. 591)

Patienterna upplevde sig tryggare när det fick sitt besked ansikte mot ansikte och inte att få veta att de har en cancersjukdom över telefon.

*"They found out that they had "cancer". Though hard to face, it was better to know the facts, because whit out information "you feel anxious about what the physician is concealing from you".* (Salander, 2002. sid. 727)

### *Miljö*

Den andra kategorin miljö innehöll underkategorierna lugn och tid. Genom att personen fick en lugn miljö innan personen skulle träffa sin läkare och få sitt besked underlättades informationen, likaså att det fanns en miljö där de kände sig välkomna och inte i underläge. I en stökig miljö skapades stress som gav mer negativ stämning under själva beskedet. Det som många upplevde som jobbigt i samband med att de skulle få sitt cancerbesked var att det var så många närvarande i rummet att det inte ens fanns tillräckligt med stolar till dem. Upplevelsen av en trygghet var också att det gick snabbt och att det alltid fanns en plan för personen när det slutliga beskedet att personen drabbats av cancer skulle ges.

*"Giving bad news in a corridor, waiting room, or at a typical examining room are not good alternatives".* (Ptacek & Ptacek, 2001. sid. 4163)

*"Another of the importance of being offered a detailed treatment plan and so forth".* (Salander, 2002. sid. 727)

### *Anhörigstöd*

I den tredje kategorin anhörigstöd fanns underkategorierna stöd, hjälp och närhet och medverkan. Att kunna ha sina nära och kära hos sig när beskedet om en cancersjukdom skulle lämnas kunde vara bra eftersom de anhöriga kan hjälpa till att ställa frågor som patienten själv inte har tänkt på och vara ett stöd genom att ge närhet och trygghet.

*"My wife was there for the appointment with me because I can be so forgetful, and she asks questions I wouldn't even think of asking".* (Yardley, Davis & Sheldon, 2001 sid. 383)

*"One interviewee spoke of the importance of being accompanied by close relative".* (Salander, 2002. sid. 727)

*"Believe it or not, you coming are a relief for me. It's somebody I can talk to* not in the *family...doesn't matter what I say, I can't upset you because you're not emotionally involved, but if I speak to my daughters, the tears starts and then I start and the day's ruined*"(Yardley, Davis & Sheldon, 2001 sid. 383)

### *Professionella relationer*

I den fjärde kategorin professionella relationer finns underkategorierna: sjuksköterska - patient och läkare - patient. I sjukvården i dag finns det olika relationer. Patienterna önskade en bra relation till sin vårdare och det kunde de få genom kontinuitet och genom att vårdaren använde sig av gott uppförande och mindre dåligt beteende, som att tala fort osv. Genom att få möjligheten att tala med en sköterska eller kunnig personal efter att ha fått sitt besked kunde säkerhet och trygghet skapas för patienten.

*"…most patients endorsed the option to taking to a counsellor about feelings regarding cancer at some time after diagnosis".* (Schofield, 2001 Sid 367)

*"Ward nurses were perceived positively in terms of the support they provide in that they are a listening ear, wiling to answer questions and acknowledge the emotional impact the diagnosis has had"* (McCulloch, 2004 sid. 279).

*Women who describe their physicians as more caring were also likely describe him/her as more competent* (Mager, 2002 sid.40.)

Patienterna menade att om personalen inte kan visa upp ett professionellt förhållningssätt till dem utan har fördomar och andra pessimistiska tankar kan det leda till att hela stämningen i ett rum bli tryckt.

*"How ever, in contrast, these participants were accompanied by there spouses and they felt that the nurse or medical student behaved without empathy".* (Salander, 2002 sid.725)

*"Oppressive atmospheres were experienced when a pessimistic or rude attitude from the medical staff was detected or when it just was "stressful".* (Salander, 2002 sid.725)

*"There are word that's hurts and there are word that heal. A lot of it has to do with the way your doctor relates to you as a human being"* (Dias, 2003.sid 591)

## Aspekter som påverkar upplevelsen av otrygghet

Detta tema innerhåller kategorierna ensamhet och maktlöshet.
Många patienter upplevde en otrygghet vid första kontakten, som att de inte blev tagna på allvar med sina egna misstankar om att de skulle ha cancer och därmed inte fick möjlighet till att få en ny undersökning.

### *Ensamhet*

I analysen framkom att många patienter upplevde det som ”jobbigt” att känna sig ensamma och övergivna av sina vårdare. Det skapade en sårbarhet och förtvivlan.

.

*”The doctor left the room. The nurse hugged me and asked if I had been expecting to hear what I had just been told. She said that I could stay for a while and then she left the room, too. There I am, ALL ALONE, in despair, the tears falling down my cheeks, everything was awful ... I felt so extremely small and abandoned when they both just left the room”.* (Salander, 2002 sid.725).

### *Maktlöshet*

Den sista kategorin maktlöshet innehöll underkategorierna utsatthet, respektlöshet och integritet. Patienterna beskrev att de upplevde att de hade en känsla av maktlöshet när de fick sitt besked om att de har cancer. Genom att både stå och tala med patienterna när de inte är helt påklädda efter undersökningen skapade en dålig miljö och patienterna kände sig utsatta. Situationen skapade en viss överposition för vårdaren och en underposition för patienten. När en undersökning sker krävdes förståelse för den utsatthet patienten hamnat i. Det fanns stunder då patienterna upplevde brist på integritet i samband med sina polikliniska undersökningar. Vissa kände sig otrygga med att läkaren inte ville lyssna på dem och inte respekterade deras önskningar om hur de handskades med sin cancerdiagnos.

*” ....reported that they felt their privacy had not been respected or maintained throughout the consultation”.* (McCulloch, 2004 sid. 279)

“ *In the first consultation she felt rebuked, because she experienced that the physician did not accept her way of dealing whit the threat to her life”.*(Salander,2002 sid.727*).*

## Upplevelsen av hur språkliga kommunikationen förmedlas

I detta tema finns kategorierna språk och information.

### *Språk*

I kategorin språk framkom underkategorin ordförståelse. Språk som läkaren använder när de framför beskedet om en cancerdiagnos kunde vara avgörande för hur patienterna reagerar när de får sitt besked. Genom att använda sig av ett språk som inte innehåller så mycket medicinska termer skulle läkaren kunna skapa en förståelse hos patienten som gör det lättare att ta emot cancerbeskedet

### *Information*

Den andra kategorin med tillhörande under kategorier var information och möjlighet till frågor och kompletterande information. Behovet av information är stort när man har drabbats av cancer.

*“They would like to have supplementary information about their diagnosis”.* (Schofield, 2001 sid. 367 )

Människor som drabbats av cancer har ett varierande omfång av kunskap om sin sjukdom. Det framkom också att det fanns ett ökat behov av information och kunskap i samband med cancer och att det fanns en vilja att få så mycket som möjligt på en gång i samband med att de fick beskedet. Det ansågs vara bra att få kompletterande information och att kunna ha möjlighet att ställa frågor både när ett cancerbesked ges och vid senare tillfälle.

*"He asked me if I wanted to ask any questions but I think that when you are that shocked, because you are hoping there's not anything wrong, I think if you'd been broken down gently to it then you might have asked a few questions but to be put at it like so quick, so sudden, you've no thought of questions". (Yardley, Davis & Sheldon, 2001 sid. 383)*

Den kompletterande informationen kunde vara att de få tala med någon som har cancer eller genom att få frågeformulär där de vanligaste frågorna är ställda och svarade på, men också att patienten kunde få inspelade band.

## Upplevelsen av blandade känslor

I detta tema framkom att i samband med att personen får ett cancerbesked kommer det upp många olika känslor. Förväntningarna gör att personen kan kastas mellan att förvänta det bästa eller det värsta.

*"There seemed to be tow ways of coping during the Diagnostic period: either to "hope for the best" or" Fear the worst" the choice has a significant effect on the impact of the actual diagnosis"* (Yardley, Davis & Sheldon, 2001 sid. 383)

Vissa människor blev lättade över att fick veta att något som de misstänkt stämmer och att de fick sin bekräftelse medan det för andra kunde komma som en chock.

*"The staff takes it so naturally; maybe that's why you don't react so strongly".* (Salander, 2002 sid.725).

*"...dumbstruck. It just didn't sink in at the time ....well the first time he said it was curable, and then he told me it was inoperable; he could not do anything about It".*
(Yardley, Davis & Sheldon, 2001 sid. 383)

### *Negativa*

När det negativa beskedet upplevdes beskrev patienterna sina känslor som chock, förnekelse, ledsamhet, frustration, rädsla eller ilska. Som sjukvårdspersonal var det i denna stund viktigt att tänka på att inte ska säga till patienterna att det inte finns något mera att erbjuda eller att göra, utan finnas till för dem på bästa möjliga sätt. Negativa känslor i samband med behandling förekom i samband med att få vänta länge och var ofta en av de saker som skapade mycket missnöjdhet.

*Positiva*

Kategorin positivt innehöll underkategorierna att förvänta sig det bästa, den bästa servicen, den bästa vården och samhörighet. Även om cancer för många innebar något negativt fanns det många positiva sidor med. Många patienter upplevde att de fick den bästa servicen och den bästa vården. Att vårdarna gjorde sitt bästa för dem hjälpte dem att slappna av. Det upplevdes som positivt när det gick fort i underökningarna och behandlingarna. Det var även positivt när det fanns en känsla att få vara med och bestämma, att vara delaktiga i hela processen. Detta resulterade i en upplevelse av samhörighet med vårdteamet och en upplevelse av att bli behandlad som en individ.

> "*Most patent expressed positive views on service quality, information received and professional -patient's communication".* (Davidson & Mills, 2004 sid 88.)

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att belysa patienters upplevelser av ett cancerbesked och för att kunna göra det valdes en litteraturstudie, dels för att tiden att genomföra arbete ansågs vara begränsad och att denna metod passade bra i förhållande till valt ämne.

I sökning och urval av artiklar fanns svårigheter att finna artiklar som stämde med studiens syfte. Detta kan till en del hänföras till ovana vid att genomföra artikelsökningar och att MeSH termer inte fanns i så stort utbud i förhållande till de ord som valts för att söka artiklar. Det framkom under sökandets gång att vissa ord fick bättre resultat utan MeSH termer och användes endast i en del av sökandet. Detta kan ha påverkat resultatet. Eftersom sökningen efter artiklar utfördes med fritextsökning på databaserna Chinal och Medline kan utfallet ha blivit begränsat. En förnyad sökning med nya MeSH termer var tyvärr inte möjlig att genomföra på grund av tidsbrist.

Sammanlagt hittades åtta artiklar som motsvarades av syftet och kvalitetskraven. Av de valda artiklarna har en artikel en kvantitativ ansats och de övriga artiklarna är kvalitativt inriktade. Valet att använda artikeln med kvantitativ metod, där skalor har tillämpats, gjordes för att resultatet i artikeln bygger på kvaliteter och motsvarar denna studies syfte. Det som kan ha påverkat här är att det ha gjorts en värdering på upplevelse och alla upplevelse tolkas inte lika.

Urvalet av artiklar beskrev olika cancersjukdomar, där cancerformerna bröstcancer, coloncancer och lugncancer var mer representerad än andra. Detta har förmodligen inte påverkat resultatets tillförlitlighet eftersom beskedet om cancerdiagnosen var i fokus. Alla artiklar som har använts är skrivna på engelska och kan ha bidragit till att resultatet har påverkats för att något kan ha missats i översättningen. Studierna i de utvalda artiklarna som är använda är genomförda i Sverige, USA, Storbritannien, Australien, vilket gör att studien speglar det västerländska sättet att ge och få ett cancerbesked.

Alla artiklar som använts i studien är vetenskapligt granskade och utgår från ett patientperspektiv. Patientperspektivet i studien representerar en del av alla de upplevelser som patienter upplever i samband med ett cancerbesked. Majoriteten av de artiklar som ingår i

studien berörde dessutom kvinnor. I urvalskriterierna fanns inget könsperspektiv, men snedfördelningen kan ha påverkat resultatet på så sätt att det inte framgår riktigt vad män upplever som viktigt, medan det kvinnliga könets upplevelser är väl representerade.

Val av teoretisk referensram kan ha haft en viss påverkan på grund av att den redan var förbestämd. Med detta menas att Travebee´s teori kan ha påverkat författaren vid sökandet av artiklar. I Travebee (2001) lyfts kommunikation, omvårdnad och mellanmänsklighet fram och eftersom det handlar om en process att få ett cancerbesked kan detta ha lett till att författaren letat efter artiklar som kan ha sökord som har påverkats av teorin.

Analysen har gjorts utifrån Graneheim och Lundmans (2003) analysmodell. Ansatsen i analysen har varit manifest utan tolkning av innehållet och baserad på artiklar med både kvantitativa och kvalitativa ansatser. Graneheim och Lundmans (2003) analysmodell valdes för att utifrån artiklarnas resultatdelar kunna beskriva upplevelsen och med fokus på patienternas berättelser. Arbetet med analysen har skett i flera steg, där varje artikel har granskats var för sig själv. En begränsning i analysen kan ha varit att författaren genomfört uppsatsen själv, men olika steg i analysen har diskuterats med handledaren för att få en andra synvinkel. Resultatet sammanställdes i kategorier och flera av dessa låg nära varandra. Detta ledde till att kategorierna samlades in i teman. Det negativa med att dela in kategorierna i teman kan vara att viktiga aspekter av resultatet kan ha förbisetts**.** De fyra teman med kategorier och tillhörande underkategorier beskrevs och ansågs som relevanta till studien.

En empirisk studie hade varit en alternativ modell att genomföra studien på i förhållande till syftet. Men begränsningar i tid och med tanken på allt det intressanta material som hittades är det viktigt att sammanställa detta för att ta tillvara på resultat från tidigare genomförda studier. Detta för att belysa den fakta som redan är befintlig.

# Resultatdiskussion

## Upplevelsen av trygghet

Resultatet i studien visar att mötet med vårdpersonalen kan både vara bra och dåligt I mötet med personalen kan patienterna uppleva sig trygga om de har en direkt kommunikation. De kände att det är viktigt med informationen för att få känna delaktighet och trygghet. Detta är i linje med vad Kiessling och Kjellgren (2004) påvisar i sin studie. De menar att behovet av att kunna samtala om sin sjukdom och behandlingarna kan ge personen en trygghet och får dem att känna sig delaktiga.

Det framkommer i studien att patienterna upplevde att de ibland fick för mycket information på en gång och hade svårt att ta till sig informationen. Ofta kom sjukdomen som en överraskning för patienterna och de kände att de inte fått tillräckligt med information om sjukdomen, samtidigt som patienterna vill ha all information, bra som dålig. Kommunikationens betydelse har även Walsh och Nelson (2003) funnit i sin studie. De menar att det är viktigt att ha en bra relation med sin läkare för att patienterna ska känna delaktighet och där igenom att uppleva trygghet.

Det framgick också i resultatet att det fanns ett stort behov att ha kontinuitet i kontakten med vårdpersonalen under processen. Att känna igen vårdpersonalen upplevdes som mycket

viktigt. Känslan av att ha samma personal gynnar samarbetet och en möjlighet till bättre delaktighet och att ha en närhetskänsla till personalen. Det framkommer i resultatet att om vårdaren använder en rak och ärlig kommunikation och att personen får beskedet ansikte mot ansikte är det att föredra framför att vårdaren ringer och berättar resultatet via telefon. Resultatet visade att som patient vill man bli bemött på lika villkor oberoende av vem personen är eller har för sjukdom. Om det inte finns personal med tillräckliga kunskaper är det svårt att möta patienternas behov på adekvat nivå. Detta kan leda till brist på förtroende för sjukvårdspersonalen. Att ha kontinuitet leder till säkerhet och till en större trygghet. Detta stämmer med vad Travelbee (2001) framhåller i sin teori, där hon menar att varje möte är viktigt för att en kontakt mellan patienter och sjuksköterskorna ska kunna etableras. Enligt Travelbee måste en mellanmänsklig relation skapas för att uppnå den bästa omvårdnaden. Det framkom i studien att genom att använda sig av både kroppslig och verbal kommunikation blir budskapet tydligt och missförstånd kan minskas och då kunde patienterna känna mer trygghet. Både Travelbee (2001) och Holm (2001) menar att alla möten med patienten är viktiga och därför bör patienten sättas i centrum. Därigenom kommer patienten att känna sig sedd och bli trygg. I resultatet framkom det att det är viktigt att ge informationen beroende på patientens individuella behov.

Miljön är en faktor som patienterna upplevde påverkar upplevelsen av trygghet vid ett cancerbesked. Det framkom i resultatet att de patienter som hade fått sitt besked på en plats som var lugn och mindre hotande upplevde sig mera trygga och inte lika upprörda över beskedet. Kovero och Tykkä (2002) framhåller att om personalen bryr sig om patienten kan hopp skapas och minska det hårda beskedet som det innebär att få ett cancerbesked. För att en bra relation skulle kunna byggas upp behövs det att vårdpersonalen lyssnar på patientens funderingar och tankar. Detta kan i sin tur leda till att miljön känns mindre skrämmande och hotande, och att stressen inte blir lika påtaglig. Walsh och Nelson (2003) menar med det kan vara viktigt att personal som medverkar vid cancerbesked kan påverka hur miljön ser ut genom att välja rum som beskedet ska ges i samt antalet närvarande. Precis som i betydelsen av trygghet kan bristen på en bra miljö vara en viktig orsak till en upplevd otrygghet. Resultatet visar att patienter upplevde att när de sitter i en stressig lokal kan detta ha en mera negativ inverkan på hur de tar till sig beskedet om att ha cancer än om beskedet ges i ett lugnare rum. Detta styrks av en studie gjord av Fujiomri, Akechi, Akizuki, Okamrua, Oba, Sakanoy och Ychitomi (2005), som påvisar vikten av att ha det lugnt runt omkring sig i samband med beskedet om cancerdiagnosen.

I studien framkom att den drabbade påverkades djupt på alla plan av att få ett cancerbesked. Det är ofta som en sjukdom skapar ett beroende av andra personer för att han/hon själv inte kan lösa det. För den drabbade kan det kännas skönt att få dela en tung börda och för omgivningen upplevs det som ett stort förtroende att få dela bördan. Att då ha nära och kära hos sig som man kan dela det svåra med upplevdes som en stor trygghet.

Patienterna vill ha en bra relation till sin vårdare. De upplevde att om de hade någon att tala med någon efter att de fått sin diagnos, så skapade det trygghet. Patienterna menar att om personalen inte kan visa upp ett professionellt förhållningssätt till dem utan har fördomar och andra pessimistiska tankar kan det leda till att hela stämningen i ett rum bli tryckt. Holm (2001) säger att bemötandet, ett professionellt förhållningssätt från sjuksköterskan är nödvändigt då en relation är uppbyggd på förtroende mellan båda två i mötet. Sjuksköterskan bör emellertid kunna se hur stort behov patienten har av att få information för att patienten ska känna sig trygg och det är också viktigt att kunna se när patienten inte längre är mottaglig för

mer information. Resultatet visade att patienters upplevelse i mötet med sjuksköterskan är avgörande för hur de ska klara sin situation. Det framkom i denna studie att upplevelser som är positiva leder till en känsla av gemenskap och välbefinnande. Kiessling och Kjellgren (2004) menar på att det är viktigt att känna dem som ska vårda en. Dessa upplevelser uppstår när patienterna upplever vårdpersonalen som kompetenta och att de bry sig om patienten. De menar att färre vårdare runt en patient gav en mer intim och djupare relation medan patienter i deras studier som hade flera olika vårdare upplevde mer olika besked och olika grader av trygghet. Travelbee menar att sjuksköterskan kan antingen se eller inte se en patient och att bli berörd eller oberörd av det hon ser**.** Genom att göra detta menar Travelbee (2001) skapas en förståelse i lidandet och därigenom kan vårdaren hjälpa patienten efter behov.

## Upplevelsen av otrygghet

Det framkommer i resultatet att det finns en rädsla för att känna sig övergiven, det upplevs som ”jobbigt” att bli lämnad ensam. Många kände att detta blev en sårbarhet med ett tungt kämpande mot sina känslor. Upplevelse av att inte blev sedd eller hörd ledde till att känna sig förbisedd som människor. Detta i sig skapar en otrygghet som upplevs förolämpande och förödmjukande menar Dahlberg (2002).

Den förändrade livssituationen innebär påfrestningar för den sjuke som kan leda till att personen får ett nytt livsperspektiv och i detta läge måste sjuksköterskan vara stöttande. Sjuksköterska måste se till hela individen, och alla aspekter som kan påverka för att skapa vällbefinnande som helhet enligt Arman och Rehnsfeldt, Lindholm och Hamrin (2002).

Resultatet visar vidare att många patienter upplever sig ignorerade. Att vårdpersonalen inte talade till dem utan med varandra. Maktlöshet känner patienterna då de blir utestängda från sitt eget vårdande och inte förstår vad som händer vilket kan leda till en utsatthet som kränker självkänslan (Kiessling & Kjellgren 2004).

Upplevelsen av tidsbrist tenderade att minska möjligheten till samtal och patienten kunde uppleva en påtvingad delaktighet genom att behöva bevaka sina intressen. Detta stämmer med vad Kiessling och Kjellgren (2004) kommit fram till i sin studie, nämligen att tidsbrist kan skapa en känsla utav utsatthet. Halldórsdóttir och Hamrin (2001) menar i sin studie att negativa upplevelser leder till att patienten inte kämpar och detta orsakas av att patienterna upplever sjuksköterskan som ignorerande och ger minskad självkänsla Att ha en känsla av kontroll betyder mycket för patienterna, därför är det inte bra om personalen glömmer bort det de ha lovat.

## Upplevelsen av den språkliga kommunikationen förmedlas

Det är betydelsefullt att den språkliga kommunikationen förmedlas rätt, varför informationen är av stor betydelse när ett cancerbesked ska ges. I studien upplevde patienterna informationen som betydelsefull, de kände att de ville vara delaktiga i omvårdnaden och i de beslut som fattades. Kim och Alvi (1999) framhåller att det är lättare att förstå läkaren om han använder sig av ett enkelt språk och talar i klarspråk. Detta framkommer även i föreliggande studie, patienter som upplevde det som lättare att ta till sig och förstå läkaren om han använder sig utav ett enklare språk. Enligt Travelbee (2001) så är kommunikationen ett viktigt

redskap där tankar och känslor överförs och delas med varandra och när två människor möts pågår ständigt en kommunikation både verbalt och icke verbalt.

Det framkommer att information och kunskap går hand i hand och det kan vara svårt som patient att se vilket som är vilket när en vårdare pratar. I resultatet framkom det att de patienter som fick dubbel information (skriftligt och muntligt) tog till sig detta på ett annat sätt än de som inte fick det. Vidare framkom att då informationen gavs i olika etapper och i omgångar skapade detta en bättre förståelse hos den cancersjuka. Kovero och Tykkä (2002) nämner att information bör ges vid det rätta tillfället och att innehållet ska anpassas till den drabbades behov av fakta just vid det tillfälle. De framhåller att det är viktigt att upprepa informationen om det finns ett behov av detta. Att erhålla information på två olika sätt kan skapa en lugnare patient och möjligheter att återkomma med sina frågor. Detta framkommer även i en studie av Randall och Wearn (2005) som understryker att det är lika viktigt med hur läkaren samtala och använder språket som hur han/hon kommunicerar med kroppen och tittar på patienten. I en studie av Walsh och Nelson (2003) framkommer det även att många är nöjda med på det sätt de får information och hur den ges, medan det största problemet för dem är själva diagnosen i sig .

## Upplevelsen av blandade känslor.

En mängd olika känslor som visar sig i samband vid ett cancerbesked. Resultatet belyser vikten av att kunna tala om sina känslor och funderingar och att hjälpa patienterna att finna en mening med att orka fortsätta genom situationen. Travelbee (2001), nämner att betydelsen av att finna mening i sin sjukdom och i sitt lidande kan vara av betydelse för att kunna må bättre. När en person drabbas av cancer förändras en livssituation. Att utsättas för något så livsavgörande kan leda till att personen hamnar i en kris. Detta kan vara en stor påfrestning för den drabbade. Cullberg (2000) menar att om patienten talar om sin oro och ångest bidrar det till att han lättare vågar ta emot hjälp och gå vidare i sitt liv. Patienternas tankar kretsade kring ordet cancer och det hot mot deras liv som cancern anses utgöra. Hela ens värd förändras och upplevelsen av att drabbas kan bli överväldigande och patienten börjar lida. Travelbee (2001) påpekar att lidandet är en process som människor genomgår när de befinner sig i en smärtsam situation i livet. Den förändrade livssituationen innebär påfrestningar för den sjuke som kan leda till att personen får ett nytt livsperspektiv och i detta läge måste sjuksköterskan vara stöttande. Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) skriver att det förhållningssätt som vårdpersonalen arbetar efter är viktigt för patientens upplevelse av vårdandet, positivt eller negativt.

Det framkommer två aspekter i denna studie vad gäller positiva och negativa känslor i samband av ett cancerbesked. När beskedet upplevs negativt beskriver patienterna sina känslor som chock, förnekelse, ledsamhet, frustration, rädsla eller ilska. Som sjukvårdspersonal är det i denna stund viktigt att tänka på att inte säga till patienten att det inte finns något mera att erbjuda eller att göra, utan att det finns för dem på bästa möjliga sätt. Negativa känslor i samband med behandling är att få vänta länge och som ofta skapar mycket missnöjdhet. Halldórsdóttir och Hamrin (2001) menar att negativa upplevelser leder till att patienten inte orkar kämpa och detta orsakas av att patienterna upplever sjuksköterskan som ignorerande, vilket medför en minskad självkänsla.

Det upplevdes positivt när det går fort i underökningarna och behandlingarna. Även då patienten har en känsla av att få vara med och bestämma, att vara delaktig i hela processen, känner en samhörighet med vård teamet och att samtidigt bli behandlad som en individ. Detta är i linje med vad Stewart, Wong, Duff, Melancon och Cheung (2001) visat i sin studie. De

menar att patienter som har en positiv inställning till sin sjukdom och situation klarar sin sjukdom bättre. I resultatet framkom att många patienter upplevde att de fick den bästa servicen och den bästa vården, att personalen gjorde sitt bästa för dem, detta hjälpte dem att slappna av. Bottomely och Jones (1997) framhåller i sin studie att om sjuksköterskan kan visa ett positivt förhållningssätt med visat intresse blir bemötandet bättre och flera patienter upplever positiva känslor.

## SLUTSATS

När vårdpersonalen är medveten om de olika behov som speglas runt en person som får ett cancerbesked ger det personalen en större förståelse för hur de ska kunna bemöta och stödja den drabbade. En regelbunden kontakt med den cancersjuke och att finnas till hands om patienten behöver samtala kan leda till ett positivt gensvar, som kan medverka till en positiv utveckling, tillfrisknande eller att underlätta inför döden. Att lyssna och trösta hjälper personen igenom den process, som det innebär att få ett cancerbesked. En ärlig och rak kommunikation kan växa fram och bilda det stöd som behövs för att försöka finna mening i sin sjukdom och på så sätt minska rädslan och ångesten. Författaren tycker det är viktigt att ge patienten lättförståelig information för att personen ska få kunskaper om cancersjukdom och därigenom få ökad kontroll över sitt liv. För att en bra relation skulle kunna byggas upp behövs det att vårdpersonalen lyssnar på patientens funderingar och tankar. Det är viktigt att skapa bra kontakt**.** Patienten vill bli bemött på lika villkor oberoende av person, plats eller sjukdom, samt att det finns tillgång till adekvat kunskap. Travelbee (2001) nämner att varje möte är viktigt för att en kontakt mellan patienter och sjuksköterskorna ska kunna etableras och att en medmänsklig relation skapas för att uppnå den bästa omvårdanden. Detta kan vara bra att ha i åtanke i samband vid skapandet av en patientrelation. Kan man inte bemöta patienter efter deras behov kan det lätt leda till brist på förtroende för sjukvårdspersonalen**.** Att ha kontinuitet i vårdandet leder till ökad säkerhet och större trygghet.

Genom att erbjuda en stödjande hand kan stöd skapas för den drabbade och därigenom bättre kan leva upp till egna förväntningar. Samtidigt kan det hårda ”fall” lindras, vilket ett cancerbesked kan innebära.

Förhoppningsvis kan denna studie ligga till grund för diskussioner och komma till användning bland sjukvårdspersonal som ska ge ett svårt besked.

# REFERENSER


Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2003). The Hidden Suffering Among Breast Cancer Patient: A Qualitative Metasynthesis. *Qualitative Health Research, vol, 13. NO4. 510-527.*

Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2006). *Vårdande som lindra lidande.*Stockholm: Liber AB

Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindblom, L., & Hamrin, E. (2002). The face of suffering among women with breast cancer-being in a field of force. *Cancer Nursing, NO 25. 96-103.*

Andersson, K. Segesten. (1994). *Patienters upplevelse av trygghet och otrygghet.* Göteborg: Segesten förlag.

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser.* Lund: studentlitteratur.

Baxter, L A. (1994). Content analysis. In *Studying Interpersonal Interaction* (Montgomery B.M. & Duck S. eds), The Guilford Press, New York, pp. 239-254.

Bottomley, A., & Jones, L. (1997). Breast cancer care: women's experience. *European journal of care. NO6. 124-132*

Cullberg, J. (2003). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.

Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande - det onödiga lidandet. *Vård i Norden. NO22. 4-8*

Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud & Fagerberg (2003). *Att förstå vårdvetenskap.* Lund: studentlitteratur.

Davidson, R & Mills, M.E. *(2005).* Cancer patients´ satisfaction with communication, information and quality of care in a UK region .*European Journal of cancer care. NO14. 83-90.*

Dias, L., Chabner, B.A., Lych, T.J. Jr., Penson, R.T. (2003) Breaking bad news: A patient's perspective. *The Oncologist. NO8. 587-596.*

Eide, T.& Eide, H.(2006). *Kommunikation i praktiken - relationer, samspel och etik inom socialt arbete, vård och omsorg.* Malmö: Liber AB.

Friedrichsen, M.(2003). *Den etiska dialogen.* Hämtad den 27 Oktober 2008 från World Wide Web:
http://www.vardalinstitutet.net/documentarchive/1168/1575/1577/3201/6402.pdf?objectId=10076

Fujiomri, M., Akechi, T., Akizuki, N., Okamrua, M., Oba, A,. Sakano, Y., & Ychitomi, Y. (2005). God Communication with patient's reciving bad news about cancer in Japan. *Psycho-oncology. NO14. 1043-1051.*

Granheim, U.H., Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing Researsch: Concepts, procedures and measure to achive trustworthiness. *Nurse Education Today. NO24. 105-112.*

Halldorsdottir, S., & Hamrin E., (2001) Caring and uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient's perspective. *Cancer Nursing. NO20. 120-128.*

Holm, U.(2001) *Empati: att förstå andra människors känslor*. Stockholm: Natur och kultur.

Jahren – Kristoffersen, N.(1997) *Allmän omvårdnad 2* .Stockholm: Liber AB

Kovero, C., & Tykkä, E. (2003). Att insjukna i cancer. *Vård i norden. NO65.15-20.*

Kiessling, T., & Kjellgren, K. *(2004).* Patienters upplevelser av delaktighet i vården. *Vård i Norden. NO24, (4), 31-35.*

Kim, M.K., & Alvi, A. (1999). Breaking the bad news of cancer: The patient's perspective. *The Laryngoscope. NO109. 1064-1067.*

Laing, R.D. (1982). *Upplevelsens röst.* Värnamo: Fälth tryckeri.

Mager, W.M., & Andrykowski, M.A. (2002). Communication in the cancer "Bad News" Consultation: Patient perceptions and psychogical adjustment. *Psycho-oncology. NO11. 35-46.*

McCulloch, P. (2004). The patient experience of reciving bad news from health professionals. *Professional nurse, vol 19. NO5. 276-280.*

Nationalencyklopedin.( 1996). *Ett uppslagsverk på vetenskaplig grund utarbetad på initiativ av statens kulturråd.* Höganäs: Bra böckers förlag AB.
Persson, T. (1995). *Att möta människor i kris.* Lund: studentlitteratur.

Ptacek, J: T., & Ptacek, John.J. (2001). Patients´ Perceptions of Reciving Bad News About Cancer. *Journal of Clinical Oncology. Vol 19. NO21. 4160-4164.*

Randall, T., & Wearn, A. (2005). Reciving bad news: patients with hematological cancer reflect upon their experience. *Palliative Medicine. NO19. 594-601.*

Salander, P. (2002). Bad news from the patient's perspective: an analysis of the written narratives of newly diagnosed cancer patients. *Social Science & Medicine. NO55. 721-732.*

Socialstyrelsen. (2005). *Cancer i siffror*. Stockholm: Tryck media AB. Hämtad den 27 oktober 2008 från World Wide Web: http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/20F814EA-945C-43A2-9D43-F1394A80694B/8233/rev_20051255.pdf

Schofeld, P.E., Beeney, L.J., Thomspson, J.F., Butow, P.N., Tattersall, M.H.N. & Dunn, S.M. (2001) Hearing the bad news of cancer diagnosis: the australian melanoma patient's perspective. *Annals of Oncology. NO12. 365-371.*

Stewart, D., Wong, F., Duff, S., Melancon, H.C., & Cheung, A.M. (2001). "What dosen´t kill you makes you stronger" An Ovarian Cancer Survivor Survey. *Gynecologic Oncology. NO83. 537-542.*

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal AB.

Van der Molen, B. (1999). Relating information needs to the cancer experience: 1. Information as a key coping strategy. *European journal of cancer care. NO8. 238-244.*

Walsh, D., & Nelson K.A. (2003). Communication of cancer diagnosis: Patient's perceptions of when they were first told they had cancer. *American Journal Hospice and Palliative Medicine. NO20. 52-56*

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad.* Lund: studentlitteratur.

Yardley, SF., Davis, CL., & Sheldon, F(2001). Reciving a diagnosis of lungcancer: a patients´interpertations, perceptions and perspective. *Palliative Medicine. NO15. 379-386.*

| År, Land & Författare | Titel & Tidskrift | Syfte | Metod & Urval | Resultat |
|---|---|---|---|---|
| 2001<br><br>Storbritannien<br><br>Yardley, SF. Davis, CL.<br>Sheldon, F. | Reciving a diagnosis of lungcancer: a patients´interpertations, perceptions and perspective.<br><br>*Palliative Medicine* | Syftet är att dokumentera patienters synvinkel på att få en diagnos av lungcancer, deras attityder till olika behandlingar och hur de tycker att det kan förbättras | Kvalitativ metod<br>N=13<br>58-72 år<br>Interjuver hemma eller sjukhus som spelades in. Prata fritt.<br><br>Kvalitetsgranskning enligt Willman m.fl. = HÖG | Studien visar att sättet man fram för ett cancerbesked på och miljön som finns runt om kring ha stor betydelse för hur patienter upplever sin diagnos. Den visar också betydelsen av vilka ord läkaren använder sig av och mängden information vid ett informationsställe |
| 2001<br><br>USA<br><br>Ptacek, J: T. Ptacek, John.J. | Patients´ Perceptions of Reciving Bad News About Cancer.<br><br>*Journal of Clinical Oncology* | Syftet är att<br>få fram vad<br>som har gjorts<br>och sagts i<br>samband med<br>att man ha fått<br>ett dåligt besked<br>(ur patientens synvinkel) | Kvantitativ & kvalitativ<br>N=120<br>70 st. män<br>50 st. kvinnor<br>68 år uppåt<br>Telefon Intejuver<br>Men ja och nej frågor<br><br>Kvalitetsgranskning enligt = Willman m.fl.<br>HÖG | Resultatet visa att det har stor betydelse av hur läkaren gav beskedet om cancer. Den visar också att vissa upplever en viss stress och att chocken bli större utan förvarning av doktorn, också att platsen man befinner sig på ha betydelse |
| 2001<br><br>Australien<br><br>Schofeld, P.E.<br>Beeney; L.J.<br>Thomspson, J.F.<br>Butow, P.N.<br>Tattersall, M.H.N<br>Dunn, S.M. | Hearing the<br>bad news of<br>cancer diagnosis: the australian melanoma patient's perspective<br><br>*Annals of Oncology* | Syfte är att få fram patienters upplevelser och känslor i samband med att de får sin diagnos också för att få fram om kommunikationen har någon betydelse i samband med att få sitt besked. Och det sista att jämföra Australiensiska råden för att ge ett dåligt besked och deras synpunkter på detta. | Kvalitativ<br>N=131<br>79 st. Män<br>52 st. kvinnor<br>18 år uppåt<br>Brevinterjuver sedan kompletterande telefonintrjuver.<br><br>Kvalitetsgranskning enligt Willman m.fl. = HÖG | Detta resultat framvisar hur viktigt det är med information och hur den ges och används, de fram kommer också hur viktigt det kan vara att ha möglighet att få stöd efter beskedet. Språkets betydelse kommer fram. Och hur miljö och framförandet påverka patienterna |

| År, Land & Författare | Titel & Tidskrift | Syfte | Metod & Urval | Resultat |
|---|---|---|---|---|
| 2004<br><br>Storbritannien<br>McCulloch, P. | The patient experience of reciving bad news from Health Professionals<br><br>*Professional nurse* | Syftet ät att få fram deras egentliga upplevelse efter att de ha fått en cancer diagnos | Kvalitativ & kvantitativ<br>N=47<br>Interjuver baserade på frågeformulär.<br>Essex River Health Care NHS.<br><br>Kvalitetsgranskning enligt Willman m.fl. = HÖG | Detta resultat visar att det ha en stor betydelse hur man framför ett besked om att man ha cancer. Den påpekar också hur viktigt språket är i samband med att man talar med en cancer-<br>patient. Man får tips på hur sjukvården kan hjälpa till för att underlätta. |
| 2002<br><br>USA<br>Mager, W.M. Andrykowsk i, M.A. | Communication in the cancer ”Bad News”consultation: Patient perceptions and psychogical adjustment<br><br>*Psycho-oncology* | Syftet är att klargöra om en patient upplevelse av ett cancerbesked kan ge psykologisk stress | Kvantitativ<br>N=60,Bara kvinnor<br>HADS-ANX<br>CDIS-Total, PCL-C, CES-D,Brev, mail, frågefomulär<br><br>Kvalitetsgranskning enligt Willman m.fl. = HÖG | Man fann i studien att kvinnor som ha bröstcancer inte upplever att de fick någon psykologisk stress i samband med att de fick cancerbeskedet. Men att hur läkaren beter sig under beskedet kan bidra till att de påverkas |
| 2002<br><br>Sverige<br>Salander, P | Bad news from the patient´s perspective: an analysis of the written narratives of newly diagnosed cancer patients<br><br>*Social Science & Medicine* | Syftet är att kartlägga upplevelser och tillvägagångssätt när patienter får ett cancerbesked ur en patients synvinkel | Kvalitativ<br>N= 138<br>45 st. män<br>93 st. kvinnor<br>Interjuver i form av brev.<br><br>Kvalitetsgranskning enligt Willman m. fl.= MYCKET HÖG | Resultatet av denna studie visar att miljön har betydelse när man ska ge ett besked om sjukdomen. Kommunikationen och sättet beskedet framförs på har stor betydelse och relationen mellan läkare och patienten. |

| År, Land & Författare | Titel & Tidskrift | Syfte | Metod & Urval | Resultat |
|---|---|---|---|---|
| 2005<br><br>Storbritannien<br>Davidson, R & Mills, M.E. | Cancer patients´ satisfaction with Communication, information and quality of care in a UK region<br><br>*European Journal of cancer care* | Syftet med denna studie är att undersöka doktor och patient kommunikationen och hur informationen i alla cancer stadier ser ut. Ur patientens synvinkel. | Kvantitativ<br>N=341<br>121 st. män<br>220 st. kvinnor<br>Frågeformulär vid ett återbesök.<br>SPSS & Trent protokoll<br><br>Kvalitetsgranskning enligt Willman m.fl. . = HÖG | Resultatet visar att kommunikationen har en stor betydelse. Det visar också att det är en skillnad mellan olika patienter när det gäller att vara nöjda med sitt besked och ur det framförs. Även att miljön har en stor betydelse för hur patienten påverkas av sitt besked. Det nämns även att det finns mycket långa väntetider. |
| 2003<br><br>USA<br>Dias, L., Chabner, B.A. Lych, T.J. Jr, Penson, R.T. | Breaking bad news:<br>A patient´s perspective<br><br>*The Oncologist* | Syftet är att förklara en patients upplevelse och kartlägga det för att kunna hjälpa sjukvårdare i deras roll | Kvalitativ<br>N=5<br>Interjuv som spelats in och de ha samtala fritt.<br><br>Kvalitetsgranskning enligt Willman m.fl. = MEDEL | Resultatet visar att det har stor betydelse för hur kommunikationen fungera mellan patienten och läkaren. Att ge dem möjligheter kan skapa hopp. Sättet man framför beskedet kan ha en avgörande betydelse för förståelsen för sin sjukdom. |