

PATIENTENS UPPLEVELSE AV SAMTAL MED SJKSKÖTERSKA VID CANCERDIAGNOS

Analys av självbiografier

PATIENT'S EXPERIENCE OF CONVERSATION WITH NURSE DURING CANCER DIAGNOSIS

Analysis of autobiographies

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Grundnivå
15 Höskolepoäng
Vårtermin 2019

Författare: Josefin Ingsén
Viktoria Thorsell

SAMMANFATTNING

Titel:	Patientens upplevelse av samtal med sjuksköterska vid cancerdiagnos
Författare:	Ingsén, Josefin; Thorsell, Viktoria
Institution:	Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare:	Ronge, Alexandra
Examinator:	Hallgren, Jenny
Sidor:	19
Nyckelord:	Cancerdiagnos, omvårdnadens mellanmännsliga aspekter, samtal, självbiografi, upplevelse

Bakgrund: Cancer är en diagnos som ökar i samhället, en ökning som ses fortsätta. Att ta emot ett cancerbesked och genomgå behandling kräver stöd från hälso- och sjukvården. Genom samtal ges möjlighet till delaktighet och en omvårdnad där patienten står i centrum. Sjuksköterskan behöver ha kunskap kring kommunikation för att bemöta patienten på bästa sätt. Viktigt är att säkerställa att patienten mottagit och förstått informationen. **Syfte:** Att belysa patientens upplevelse av samtal med sjuksköterska vid cancerdiagnos. **Metod:** En kvalitativ analys av narrativer har använts för granskning av sex självbiografier, skrivna av personer med erfarenhet av cancerdiagnos. **Resultat:** Resultatet belyser följande kategorier: samtal som vårdar, delaktighet i samtalet, hoppfullhet i orden, vill inte höra samt upplevelse av rädsla. **Konklusion:** Samtalet visar sig vara betydelsefullt i mötet mellan patient och sjuksköterska. Hur sjuksköterskan uttrycker sig och bemöter patienten påverkar upplevelsen av samtalet och vilken utgång samtalet får.

ABSTRACT

Title: Patient's experience of conversation with nurse during cancer diagnosis

Author: Ingsén, Josefin; Thorsell, Viktoria

Department: School of Health and Education, University of Skövde

Course: Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Supervisor: Ronge, Alexandra

Examiner: Hallgren, Jenny

Pages: 19

Keywords: Autobiography, cancer diagnosis, conversation, experience, interpersonal aspects of nursing

Background: Cancer is a diagnosis that is increasing in society, an increase seen to continue. Receiving a cancer message and undergoing treatment requires support from the health service. Through conversation, the opportunity is given for participation and a care where the patient is in the center. The nurse needs to have knowledge about communication to respond to the patient in the best way. It is important to ensure that the patient has received the information correctly. **Aim:** To illustrate the patient's experience of conversation with nurse during cancer diagnosis. **Method:** A qualitative analysis of narratives has been used for examination of six autobiographies, written by persons with experience of cancer diagnosis. **Result:** The result highlights the following categories: conversations that cherish, participation in the conversation, hopefulness in words, don't want to hear and experience of fear. **Conclusion:** The conversation turns out to be important in the meeting between the patient and the nurse. How the nurse expresses her/himself and responds to the patient affects the experience of the conversation and what outcome the conversation gets.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Cancer	1
Patofysiologi	1
Generell behandling	2
Omvårdnad	2
Samtal	3
Sjuksköterskans roll	3
Kontaktsjuksköterska	4
Personcentrerad vård	4
Omvårdnadens mellanmännsliga aspekter	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
METOD	7
Urval	7
Datainsamling	7
Analys	7
Etiska överväganden	8
RESULTAT	9
Samtal som vårdar	9
Stöd i ord och handling	9
Ord och bemötande som lindrar	10
Delaktighet i samtalet	10
Insikt i sjukdomsbilden	10
Informationens betydelse	11
Hoppfullhet i orden	11
Kommunikation som stärker	11
Bemötande som ger tillit	12
Vill inte höra	12
Att hålla distans	12
Känsla av irritation	13
Upplevelse av rädsla	13
Osäkerhet	13
Farhåga	14
Resultatsammanfattning	14
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
Konklusion	18
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet	18
REFERENSER	20

BILAGOR

1. Översikt och sammanfattning av självbiografier

INLEDNING

Varje år får cirka 60 000 personer ett cancerbesked, en siffra som har setts stiga genom åren och som ser ut att fortsätta öka (Socialstyrelsen & Cancerfonden, 2018). Bakom varje siffra i statistiken finns en person som får ta emot beskedet och som sedan behöver stöd från hälso- och sjukvården för att kunna hantera sin nya situation. Samtalet är en viktig del i mötet med patienten där kommunikationen bör vara tydlig för att tillgodose patientens behov av omvårdnad. Betydelsefullt är att säkerställa att patienten uppfattat informationen som givits på rätt sätt. För att utveckla en god omvårdnad där patienten står i centrum och känner sig delaktig i sin vård är samtalet en värdefull del i sjuksköterskans profession.

BAKGRUND

Cancer

Antalet cancerdiagnoser har ökat sedan 1970-talet och beräkningar visar att minst en tredjedel av Sveriges befolkning kommer att få en cancerdiagnos någon gång under sin livstid. Cancer är inte en enskild sjukdom utan ett samlingsnamn för cirka 200 olika sjukdomar. Gemensamt för dessa är den okontrollerade delningen av celler någonstans i kroppen. Cellerna kan så småningom växa sig större och bilda tumörer, från vilka cancerceller sedan kan lossna och spridas till andra ställen i kroppen och där bilda metastaser, även kallat dottertumörer (Socialstyrelsen & Cancerfonden, 2018).

De fyra vanligaste cancersjukdomarna i Sverige 2016 var prostatacancer, bröstcancer, skivepitel- och övrig hudcancer (exklusive malignt melanom) samt tjocktarmscancer (Socialstyrelsen & Cancerfonden, 2018). Globalt är lungcancer den vanligast förekommande cancerdiagnosen följt av bröstcancer, prostatacancer och kolon-rectalcancer. Detta är något som varierar mellan länder och även inom vissa länder, beroende på faktorer som ekonomisk tillväxt, social standard och livsstil. Förekomsten av cancer ökar globalt och orsakerna tros vara en kombination av ökad äldre befolkning och ökad exponering för riskfaktorer för cancer. Uppskattningsvis kommer cirka 18,1 miljoner människor i världen att diagnostiseras med cancer under 2018 och cirka 9,6 miljoner människor beräknas att dö till följd av en cancersjukdom (Bray et al., 2018).

Patofysiologi

Kroppen har en ständig nybildning och nedbrytning av celler, vilket i en frisk organism sker med jämvikt. Kroppen har även en inbyggd försvarsmekanism för att ta hand om felaktiga förändringar i arvsmassan i cellerna, så kallade mutationer. Förändringen i arvsmassan kan påverka celldelningen och öka celldelningshastigheten, vilket i sin tur kan leda till cancerutveckling i cellen och att en tumör bildas. Det finns både benigna (godartade) och

maligna (elakartade) tumörer. Den maligna tumören infiltrerar omgivande vävnad, växer okontrollerat, kan spridas till andra organ och bilda metastaser (Ericson & Ericson, 2012).

En riskfaktor för flera cancertyper är ärftlighet, där risken att insjukna ökar om en förälder eller ett syskon haft cancer (Ericson & Ericson, 2012). Andra riskfaktorer för cancer är bland annat rökning, alkohol, UV-strålning, joniserande strålning, yrkesexponering för karcinogena ämnen samt miljöförstöringar. Fetma ökar också risken att drabbas av cancer (Trolle Lagerros, 2008).

Generell behandling

Det finns flera olika behandlingsmetoder vid cancer. Några av de vanligaste behandlingarna är kirurgi, cytostatika/kemoterapi, hormoner samt strålbehandling. I vissa fall kan olika behandlingsmetoder kombineras för att angripa canceren på flera sätt. Målet med behandlingen är att antingen avlägsna tumören eller oskadliggöra cancercellerna (Nome, 2008; Socialstyrelsen & Cancerfonden, 2018). Behandling av cancer tar lång tid där strålbehandling kan pågå under flera veckor och hormonbehandling i flera år. Cytostatikaterapi ges med två till fyra veckors mellanrum i sex till åtta cykler (Lindman, 2018; Socialstyrelsen & Cancerfonden, 2018). Cytostatikaterapi är en behandlingsmetod där biverkningar är vanligt förekommande och ibland även svåra sådana, flera är dock reversibla. Illamående, håravfall, ökad infektionskänslighet, ökad trombosrisk samt inflammationer är några vanliga biverkningar (Ericson & Ericson, 2012).

Omvårdnad

Vid besked om svår sjukdom är krisreaktioner vanligt förekommande. Patienten kan utveckla beteenden relaterade till krisreaktionerna, vilka kan utvecklas i olika faser, mer eller mindre tydliga. En del personer kan reagera med ångest och depression vid en krisreaktion. Som sjuksköterska är det viktigt att ha vetskap om de reaktioner som kan uppstå hos patienten och därför finnas till hands för samtal. Det är betydelsefullt att vara observant för de behov och signaler patienten uttrycker med respekt för patientens integritet (Ericson & Ericson, 2012).

Idag är det lätt att som patient söka information kring diagnoser på egen hand, vilket ställer krav på en uppdaterad vårdpersonal (Heynsbergh, Botti, Heckel & Livingstone, 2017). Vid till exempel cytostatikaterapi är informationstillfällen en viktig del av omvårdnaden. Den patientansvarige läkaren berättar om målet med behandlingen, olika tänkbara terapiformer samt hur behandlingen ska genomföras. Det kan vara bra att låta en anhörig vara med under samtalet. Genom ett ankomstsamtal ska sedan sjuksköterskan delge patienten hur behandlingen kommer att gå till rent praktiskt och eventuella besvär eller biverkningar med behandlingen. Den sjuksköterska som är ansvarig för patienten ska se till att behandlingen utförs på bästa tänkbara sätt och vara observant på eventuella problem som kan visa sig i samband med behandlingen (Ericson & Ericson, 2012). Att vårda en patient med cancer är komplext då patienten kan uppleva en mängd olika biverkningar och symtom från såväl sjukdomen som behandlingen (Heynsbergh et al., 2017). Omvårdnadsåtgärder relaterade till

problem gällande ett påverkat allmäntillstånd, rörelsehinder samt smärtproblematik är också åtgärder sjuksköterskan behöver uppmärksamma (Ericson & Ericson, 2012). För en person som drabbats av en svår sjukdom blir det viktigt att lära sig hantera de utmaningar och förändringar i livet som sjukdomen innebär. Egenvård är ett begrepp som handlar om att kunna sköta de fysiska konsekvenser sjukdomen orsakar samt den medicinska behandlingen (Kneck, 2017). En viktig del i omvårdnaden kring patienten som drabbats av cancer är att som sjuksköterska ge information om egenvård samt involvera patienten i sin vård (Klang Söderkvist, 2017).

Samtal

För att göra patienten delaktig i sin vård och låta omvårdnaden runt patienten ske i samverkan behövs samtalet (Sandberg, 2014). Ekebergh och Dahlberg (2015) framhåller innebörden i begreppet samtal, att tala tillsammans, vilket rör sig om att tala med varandra istället för att tala till varandra. Samtalet beskrivs som centralt i livet och i samvaro med andra. Samtalen förs med varandra för att till exempel dela åsikter, upplevelser, uppfattningar och värderingar. Att lyssna och verkligen se den andra personen är också en del av samtalet. Kommunikation är enligt Sandberg (2014) en central del i samtalet för att kunna ge och erhålla information, ge råd samt bedöma patientens situation. Kommunikationen spelar en betydande roll i vårdandet och är ett verktyg som underlättar både vård och behandling. Eide och Eide (2009) definierar begreppet kommunikation som en utväxling av betydelsefulla tecken mellan två eller flera personer med betydelsen att göra någon annan delaktig i eller ha samband med. Grunden för kommunikationens färdighet är att aktivt lyssna, vara öppen och visa respekt för den andra. Kommunikationen är till stor del icke-verbal, det som kroppen uttrycker men som inte uttrycks i ord. Icke-verbal kommunikation som uttrycksform visar indirekt känslor samt hållningar som är underliggande och är ett responderande språk. Icke-verbala uttryck avslöjar ofta reaktioner som är spontana vilka kan vara omedvetna eller halvt medvetna för personen.

De senaste åren har det blivit viktigare med en öppen kommunikation inom cancervården då en cancerdiagnos kan vara ett av de mest förödande besked som kan ges till en person och dennes familj (Innes & Payne, 2009). Språket utgör kärnan i samtalet där det är viktigt att se patienten som en lärande och aktiv person. God kommunikation mellan personer växer fram över tid och är beroende av situationen (Carlsson & Pettersson, 2018; Kvåle, 2007).

Sjuksköterskans roll

Den primära och viktigaste uppgiften för sjuksköterskan är att ge vård till människor som är i behov av vård. Sjuksköterskans roll består i att främja hälsa, förhindra sjukdom, återfå hälsa samt minska lidande. Etik förekommer i all omvårdnad där sjuksköterskan har ett moraliskt ansvar gällande sina beslut och bedömningar. Sjuksköterskan ska bemöta patienten med respekt, visa hänsyn till integritet samt se till kulturella och mänskliga rättigheter (International Council of Nurses, 2012). Sjuksköterskan har en viktig funktion och spelar en nyckelroll kring patienten under hela sjukdomsprocessen genom att finnas tillgänglig och ge

stöd. Information är av betydelse för kontinuitet och uppföljning. Det är väsentligt att försäkra sig om att patienten har förstått innebörden av given information kring sin situation. Vid krisreaktioner, när besked ges vid svår sjukdom och i samband med dålig prognos är det viktigt att be patienten återberätta informationen (Ericson & Ericson, 2012). Svåra besked kan ses som en process som sträcker sig längre än enbart till tillfället då beskedet ges. Många sjuksköterskor har ingen eller lite formell utbildning kring svåra besked utan har istället lärt sig genom erfarenhet eller genom att observera andra kollegor. Att vara delaktig när det svåra beskedet ges kan stärka relationen mellan sjuksköterska och patient (Warnock, Tod, Foster & Soreny, 2010). Enligt 1§, kap. 5, i SFS 2014:821 ska hälso- och sjukvården så långt det går genomföras och utformas tillsammans med patienten. Patientlagen syftar till att stärka patientens ställning i vården samt främja till delaktighet, självbestämmande och integritet (SFS 2014:821).

Kontaktsjuksköterska

Enligt Socialstyrelsens (2015) nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer bör hälso- och sjukvården erbjuda en kontaktsjuksköterska till personer med dessa diagnoser. Inom cancervården där personalen har olika specialistkompetenser krävs det samverkan kring varje patient. Kontaktsjuksköterskans ansvar vid uppföljning är en viktig faktor för kvaliteten för patienten. För patientens bearbetning och upplevelse av sin situation och sjukdom är den fortsatta kontakten med kontaktsjuksköterska av betydelse som bland annat kan ge stöd psykosocialt (Socialstyrelsen, 2015). En kontaktsjuksköterska ska uppfylla ett antal uppgifter och roller där patientens behov ska tillgodoses; att finnas till hands, uppmärksamma psykosocialt behov med fortlöpande kontakt och uppföljning samt stärka patientens delaktighet genom att låta patienten medverka i vården (Sveriges Kommuner och Landsting, 2011).

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård är en utav sjuksköterskeprofessionens kärnkompetenser. Målet är att skapa en relation mellan individen som får vård och personalen och på så sätt arbeta mot en gemensam riktning (Leksell & Lepp, 2013; Bergbom, 2013). Personcentrerad vård beskrivs som ett sätt att samarbeta där betoning läggs på partnerskapet mellan vårdpersonal och patient för att öka patientens delaktig i vården. God kommunikation lyfts fram som en viktig del i mötet med patienten och anhöriga, detta för att involvera patienten i vården till att känna sig sedd och hörd (Calisi, Boyko, Vendette & Zagar, 2016). Personcentrerad vård framställs som omtänksam och empatisk med förståelse och respekt där patienten är i fokus. Individen ses som en unik person istället för patient, vilket bidrar till förbättrad hälsa samt positiva erfarenheter (Calisi et al., 2016; McCormack, Karlsson, Dewing & Lerdal, 2010). Ramen för den personcentrerade vården är; sjuksköterskans yrkesmässiga roll med social förmåga och engagemang; vårdmiljön med fokus på sammanhanget runt patienten; beslutfattande, organisation och system samt den personcentrerade processen med fokus på att tillgodose patientens behov både psykiskt och fysiskt (McCormack et al., 2010).

Vårdande är ett centralt begrepp inom omvårdnad som handlar om möten och relationer, både med patient och anhörig. Mötet med patienten innebär närvaro, förståelse för livssammanhang, att bekräfta de behov patienten uttrycker samt ge stöd i hälsoprocesser. Vårdandet inkluderar handlingar och förhållningssätt som gynnar till delaktighet i vården för patienten samt med ansvarstagande för dennes hälsa (Högskolan i Skövde, 2017). Enligt Ekebergh och Dahlberg (2015) är sjuksköterskans syfte med samtalet att mildra patientens lidande, skapa välbefinnande samt hjälpa patienten att utforma sin tillvaro på ett betydelsefullt sätt även om sjukdom förekommer. I samtalet formas patientens berättelse genom att sjuksköterskan bemöter patientens situation. Ett vårdande samtal kan förutom att vara en ömsesidig verbal berättelse även handla om ordlösa samtal. Samtalet innefattar alltid kroppsuttryck som till exempel mimik, stämningar, andning och ansiktsfärg oavsett om patienten kan uttrycka sig verbalt eller inte.

Omvårdnadens mellanmännsliga aspekter

Travelbees (1971) omvårdnadsteori om mellanmännsliga aspekter fokuserar på det som händer i mötet mellan patient och sjuksköterska. Travelbee betonar att synen på människan inte ska generaliseras utan att människan ska ses som en unik och oersättlig individ. Istället för att fokusera på abstrakta roller såsom sjuksköterska och patient bör fokus istället ligga på människan bakom rollen. Med det menas att det inte finns någon patient utan istället en enskild människa som är i behov av vård från en annan människa. För att kunna uppnå omvårdnadens syfte behövs mellanmännsliga relationer vilket är en process som sjuksköterskan bör ansvara för. Den mellanmännsliga relationen fördjupas genom flera faser. Vid det första mötet finns generella, förutfattade meningar och förväntningar gentemot den andra parten. Relationen fördjupas sedan och den andra parten blir en individ istället för en roll. Empati och sympati är viktiga beståndsdelar där parterna får en fördjupad förståelse för varandra med ökad medkänsla som följd. Dessa steg leder slutligen till en nära och gemensam kontakt med fördjupad förståelse där parterna delar samma upplevelse. Säll Hansson, Fridlund, Brunt, Hansson och Rask (2011) beskriver att ett positivt bemötande från sjuksköterskan medför att individen känner sig sedd och känner sig värdig som människa. Travelbee (1971) understryker att kommunikation är det viktigaste verktyget för sjuksköterskan i interaktionen med patienten. Kommunikation öppnar upp och möjliggör att den mellanmännsliga kontakten etableras. Att lära känna patienten är lika viktigt som den fysiska omvårdnaden.

I fokus vid omvårdnaden står patientens berättelse vilken utformas med förståelse för personens individuella behov, värderingar, resurser samt förväntningar. Ett etiskt förhållningssätt ska vara utmärkande för sjuksköterskans arbete (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Säll Hansson et al. (2011) skriver att samtal och kommunikation kan hjälpa patienten att få kraft att lättare hantera sin sjukdom samt inge hopp. För att förstå patientens upplevelse av situationen är det som sjuksköterska viktigt att sätta sig in i patientens situation. Travelbee (1971) beskriver att finna mening i det som upplevs samt klara av och bemästra sin sjukdomsupplevelse är målet för omvårdnaden. Det är viktigt att som sjuksköterska hjälpa patienten att återvinna självkontroll och självhantering

genom sympatisk närvaro, engagemang samt att ta gemensamma beslut (McCormack et al., 2010).

PROBLEMFÖRMULERING

Med en ökande äldre befolkning samt ökad exponering för riskfaktorer för cancer ses även en ökning av personer som diagnostiseras med cancer. Denna patientkategori finns representerad i alla delar inom hälso- och sjukvården. Sjuksköterskan kommer i sin roll med stor sannolikhet möta dessa personer i sitt dagliga arbete. Samtalet är en stor del i mötet mellan sjuksköterska och patient. I sjuksköterskans profession är samtalet en viktig aspekt för att utveckla en god omvårdnad där patienten står i centrum och känner sig delaktig i sin vård. På vilket sätt sjuksköterskan lägger fram informationen är avgörande för patientens välmående. I mötet med patienten behöver sjuksköterskan ha kunskaper om kommunikation. Genom att undersöka hur patienten upplever samtalet hittas verktyg för att öka denna kunskap för sjuksköterskan. På vilket sätt upplevelsen tar sig uttryck kommer att undersökas i denna uppsats.

SYFTE

Syftet med studien är att belysa patientens upplevelse av samtal med sjuksköterska vid cancerdiagnos.

METOD

Eftersom studiens syfte var att belysa patientens upplevelse av samtal med sjuksköterska vid cancerdiagnos användes en kvalitativ analys av narrativer enligt Dahlborg-Lyckhage (2017). En kvalitativ analys av narrativer sågs som ett lämpligt sätt att belysa det personen erfar samt dess betydelse för omvårdnaden. Självbiografier granskades deduktivt med en implicit ansats, där textstycken som berörde samtal analyserades. Det deduktiva förhållningssättet innebär att ta sig an texten utifrån en viss teori eller modell som sedan följde arbetet som en röd tråd genom hela studien och dess process (Henricson & Billhult, 2017). Vid ett induktivt förhållningssätt studeras texten däremot utifrån ett mer förutsättningslöst sätt (Fridlund & Mårtensson, 2017). Implicit granskning innebär att innebörden av texten inte behöver vara konkret uttryckt utan det räcker med att texten underförstått handlar om ämnet (Thurén, 2007).

Urval

Inklusionskriterier i denna studie var självbiografier skrivna av personer med cancerdiagnos. Självbiografierna skulle vara skrivna på svenska, utgivna efter år 2008 samt skrivna av vuxna. Ingen skillnad gjordes på om självbiografierna var skrivna av kvinnor eller män. En begränsning gjordes till att cancerdiagnosen i självbiografien skulle vara en av de fyra vanligast förekommande cancerformerna i Sverige, då dessa cancerdiagnoser drabbar flest personer i samhället. Inga exklusionskriterier gjordes.

Datainsamling

Sökning av självbiografier gjordes via bibliotek samt via Libris sökmotor. Sökorden var biografi samt cancer där antalet träffar var 92 titlar på biblioteken samt 484 titlar på Libris sökmotor. Nästa steg i datainsamlingen var att granska materialet enligt angivna urvalskriterier för att skaffa sig en övergripande bild av innehållet i valda självbiografier. Detta för att kunna gå vidare i arbetet med att analysera insamlad data utifrån det deduktiva begreppet samtal. Sex titlar valdes ut till den slutliga analysen (bilaga 1).

Analys

Granskningen av självbiografierna skedde genom en kvalitativ analysmetod av narrativer utifrån Dahlborg-Lyckhage (2017). Analysmetoden fokuserade på analys av texter med en berättande karaktär såsom dagböcker, biografier, memoarer eller skönlitteratur. Berättelserna var personens egen beskrivning och tolkning av sin livsberättelse och hur individen upplevt såväl hälsa som ohälsa, lidande samt omvårdnaden i stort. Fördelen med att analysera en självbiografi var att det blev en personlig skildring av upplevelsen. Texten bearbetades genom ett strukturerat förfarande och mynnade ut i ett resultat. Analysförfarandet utgick inledningsvis från en helhet som därefter bröts ned till delar för att

omformas och byggdes slutligen upp till en ny helhet. Berättelserna lästes var för sig med öppet perspektiv och förhållningssätt vilket gav en heltäckande bild av textmaterialet. Ur berättelserna valdes meningsbärande enheter ut som relaterade till studiens syfte att belysa patientens upplevelse av samtal med sjuksköterska vid cancerdiagnos. Från de meningsbärande enheterna plockades innebörder ut vilka grupperades till underkategorier och kategorier utefter deras likheter. Kategorierna delades in i positiva och negativa upplevelser. Genom den kvalitativa analysmetoden blev det studerade fenomenet uttryckt på ett nytt sätt. Analysen utfördes på en latent (tolkande) nivå och genomfördes med öppenhet och följsamhet genom reflektion för att skapa ökad förståelse av innehållet i texterna. En tabell med översikt och sammanfattning av valda självbiografier upprättades (bilaga 1). Valet gjordes att använda begreppet patient istället för informant i resultatet.

Etiska överväganden

Analysen genomfördes med beaktande av Helsingforsdeklarationen som är en av de mest inflytelserika och välkända forskningsetiska koderna. Den reglerar forskning som omfattar människor såväl som uppgifter om människor och betonar vikten av att skydda de personer som är berörda, deras värdighet, livssituation och hälsa (Sandman & Kjellström, 2018; World Medical Association, 2013). I analysarbetet lades stor vikt på att inte omtolka, felcitera, plagiera eller ta berättelserna ur sitt sammanhang. Grunden för ett vetenskapligt arbete är hederlighet (Kjellström, 2017). Studien utgick från en etisk medvetenhet där texterna lästes med hänsyn och värdighet utifrån en neutral ståndpunkt med ett objektiva förhållningssätt gentemot personens berättelse och upplevelser av sin situation (Dahlberg, 2014). Författarna till studien har viss förförståelse för ämnet genom att själva vid verksamhetsföreläggd utbildning (VFU) och tidigare arbeten i sjukvården varit i kontakt med patienter som diagnostiserats med cancer. En förförståelse fanns även genom rollen som närstående till en person med cancerdiagnos.

RESULTAT

Kategorier och underkategorier som framkommit ur textmaterialet vid analysen visas i en tabell (tabell 1). Kategorierna delades in i positiva och negativa upplevelser av samtalet. Samtliga kategorier och dess resultat belyser patientens perspektiv av samtalet vid cancerdiagnos.

Tabell 1. Översikt av kategorier och underkategorier

	Kategori	Underkategori
Positiva upplevelser	Samtal som vårdar	<ul style="list-style-type: none">- Stöd i ord och handling- Ord och bemötande som lindrar
	Delaktighet i samtalet	<ul style="list-style-type: none">- Insikt i sjukdomsbilden- Informationens betydelse
	Hoppfullhet i orden	<ul style="list-style-type: none">- Kommunikation som stärker- Bemötande som ger tillit
Negativa upplevelser	Vill inte höra	<ul style="list-style-type: none">- Att hålla distans- Känsla av irritation
	Upplevelse av rädsla	<ul style="list-style-type: none">- Osäkerhet- Farhåga

Samtal som vårdar

När samtalet med sjuksköterskan upplevdes som stödjande gav det lindring för stunden. Sjuksköterskans kommunikation både verbalt och icke verbalt bidrog till den känslan.

Stöd i ord och handling

Många situationer som behövde hanteras under sjukdomstiden var nya och främmande. Att bli patient var en utsatt situation där individens integritet blev blottad med en upplevelse av att känna sig naken. Sjuksköterskan visade stöd via en tillmötesgående närvaro och genom att ge råd. När sjuksköterskan var medveten om och tog hänsyn till den utlämnande situation patienten befann sig i blev situationen lättare att hantera. Sjuksköterskan visade respekt till patientens integritet och självbestämmande genom att lyssna, visa intresse för det patienten gav uttryck för samt bekräfta patientens känslor. Till följd av den visade respekten i samtalet ökade känslan av att bli sedd och få sina frågor besvarade. Sjuksköterskan visade sig vara en av de personer som ofta fanns till hands, lyssnade samt gav stöd vid oro. När sjuksköterskan ställde frågor till patienten kring hur upplevelsen varit vid undersökningar och behandlingar upplevdes det visade intresset som stödjande. Det kändes bra att sjuksköterskan brydde sig om och var intresserad av hur upplevelsen varit.

Ord och bemötande som lindrar

Vetskapen om vad som skulle ske härnäst gällande undersökning och behandling gav en känsla av lättnad. Sjuksköterskan bidrog till den känslan genom inskrivningssamtal och praktiska förberedelser. Ett tillmötesgående och professionellt bemötande, där sjuksköterskan i så stor utsträckning som möjligt försökte anpassa situationen utefter patientens önskemål, ingav lugn. Likaså visade sig ett glatt och trevligt bemötande ha en lindrande inverkan. Operation var en situation som vanligen upplevdes ångestfylld. I dessa situationer visade sig sjuksköterskans stillsamma omhändertagande och visad medkänsla ha en mildrande inverkan. På liknande sätt kunde venprovtagning samt gastroskopi- och rektoskopiundersökning skapa obehagskänsla vilken lindrades genom sjuksköterskans förklarande ord och bekräftande av att situationen var svår.

En fantastisk sjuksköterska som blev min kontakt med det helvetiska riktiga livet där jag skulle bli av scannad från topp till tå för att reda ut hur mycket cancer som fanns i min kropp och hon tog emot mig med lugn röst och lugna händer när hela jag var ett inferno av dödsångest. (Tenor, 2013, s. 22).

Den icke verbala kommunikationen visade sig också vara viktig i samtalet mellan patient och sjuksköterska. Ibland lindrade en enkel beröring eller tystnad i samförstånd mer än ord. Småprat och engagemang för familjen uppskattades och skingrade tankarna för en stund. Detta gjorde behandlingstiden lite lättare. Sjuksköterskans bemötande sågs generellt som vänligt och betydelsefullt.

Delaktighet i samtalet

Delaktighet var en viktig aspekt i kommunikationen och omvårdnaden. Information och sjukdomsinsikt var faktorer som visade sig ha betydelse för möjligheten att känna delaktighet i sin vård.

Insikt i sjukdomsbilden

Sjukdomsbeskedet visade sig leda till ett tillstånd av chock, vilket hämmade möjligheten att ta till sig den information som delgavs. Det tog tid att komma till insikt i allvaret kring beskedet om cancerdiagnosen. Förhoppningar fanns kring att allt skulle bli bra samt att prognosen skulle vara god. I samtalet med sjuksköterskan framkom det hur ingenting kunde tas för givet i behandlingen eller sjukdomen utan att det alltid var individuellt. Sjuksköterskans bemötande och svar på tankar kring symtom och biverkningar resulterade i djupare insikt för cancersjukdomen. Samtalets innebörd, ordval samt på vilket sätt det uttrycktes påverkade hur upplevelsen av samtalet blev. Patienten och sjuksköterskan hade inte alltid samma syn på situationen vilket i vissa fall försvårade förståelsen och innebörden av samtalet. Det som sjuksköterskan uppfattade som självklart eller en rutinåtgärd var för patienten en helt ny och främmande upplevelse. Insikten i sjukdomsbilden påverkades av

patientens erfarenhet, den förväntan som fanns inför samtalet samt det sjuksköterskan berättade och på vilket sätt det sades.

Informationens betydelse

Tydlig information kring sin cancersjukdom, behandling och prognos var uppskattat. Läkarna var de som främst delgav besked och information kring sjukdomen där sjuksköterskan var involverad i delgivandet av information främst kopplat till omvårdnaden. Detta kunde ta sig uttryck i att förklara hur en undersökning eller behandling skulle gå till. Telefonsamtal och tidsbokning var en annan del där sjuksköterskan var en viktig källa för information. Det innebar en lättnad att få information och det uppskattades att få informationen kring kommande behandlingar och bokade tider såväl skriftligt som muntligt. Känslan av att vara delaktig i sin vård och behandling samt få sina frågor besvarade var betydelsefullt. Delaktigheten förstärktes genom ett tillgodosett informationsbehov. Genom att släppa prestigen, vidga sina gränser och inta rollen som patient, även om det kändes svårt, kunde förutsättningarna till delaktighet i sin vård förbättras. Det blev viktigt att följa sjuksköterskans instruktioner noga kring bland annat dusch inför operation, upp och gå efter operation samt rehabilitering.

Jag torkade tårarna, gick in i duschen och gjorde allt personalen sagt till mig att jag skulle göra. Jag gjorde det till punkt och pricka, för jag visste att i morgon stod den första striden som jag var tvungen att vinna, för annars skulle jag dö. (Viktorsson, 2013, s. 41).

Hoppfullhet i orden

Upprepad kontakt med sjuksköterskan bidrog till en djupare kommunikation. Kontinuiteten i omvårdnaden möjliggjorde en ökad känsla av tillit och var stärkande. Samtalet med sjuksköterskan ingav även känsla av hopp.

Kommunikation som stärker

Sjuksköterskans bemötande genom visad medkänsla och förståelse i samtalet resulterade i en mer nära relation. Att som sjuksköterska visa glädje och ha en positiv inställning var uppskattat och upplevdes som värmande och inbjudande. Med en upprepad kontakt stärktes relationen och dialogen blev av mer personlig prägel vilket möjliggjorde djupare frågor om familjen och vardagslivet.

Idag är det den pratsamma och glada sköterskan. Hon som alltid sjunger med i låtarna på radion som står på i bakgrunden och som alltid ger mig en liten klapp när de ställt in allt och säger "då så tjejen, då kör vi". Hon frågar hur gamla mina barn är och om de varit här? Att de är välkomna, om de vill se hur det är. (Palmcrantz, 2011, s. 123).

Kontinuitet i kontakten mellan sjuksköterska och patient gav utrymme till fördjupad kommunikation. I den fördjupade relationen som växte fram fanns möjlighet till att prata mer lättsamt om den allvarliga situationen, vilket sågs som stärkande och positivt. Humor, vid rätta tillfället, sågs som stärkande även i den svåra situation som en cancerdiagnos förde med sig. När sjuksköterskan i väl valda situationer kunde uttrycka sig skämtsamt ingav det kraft och gjorde situationen något lättare att hantera för stunden.

Bemötande som ger tillit

Kommunikationen var en viktig del i bemötandet där sjuksköterskans bemötande ingav känsla av trygghet i omvårdnad och behandling. Sjuksköterskans kunskap och erfarenhet öppnade upp för tillit och att låta sig omhändertas. Trots svår sjukdom fanns ljusglimtar i de positiva besked som gavs och det beskrevs hur livet åter fick färg. Sjuksköterskorna beskrevs som änglar genom sitt visade engagemang i till synes alldagliga situationer under vårdtiden, där motivation och stöd var betydelsefullt för patienten och ingav hopp. Grundläggande funktioner som exempelvis att kissa, få igång tarmen igen efter operation, duscha själv eller kunna promenera kortare sträckor blev lättare att utföra genom sjuksköterskans bemötande. En enkel gest eller motiverande ord från sjuksköterskan sågs öka känslan av tillit.

Rösten och dess framtoning vid telefonsamtal hade betydelse för upplevelsen av samtalet. Sjuksköterskans röst beskrevs som snäll, glad och kvittrande, vilket huvudsakligen uppfattades som positivt. Sjuksköterskans vänliga bemötande hade en positiv inverkan där tonfallet förstärkte innebörden av orden i samtalet. Ordet "vännen" ingav och förstärkte känslan av tillit. *"Känner mig lugnare än på flera dagar. Nästan som om jag ser fram emot att gå dit. Komma igång, göra något. Inte bara gå och vänta och tänka och känna."* (Palmcrantz, 2011, s. 72).

Vill inte höra

Känslan av att inte orka ta del av eller vilja ta till sig av den information som gavs var vanligt förekommande. Förnekelse av sjukdomen sågs som en orsak till detta vilket resulterade i minskat deltagande i sin vård eller irritation.

Att hålla distans

Beskrivningen av att inte kännas vid det som sjuksköterskan delgav i samtalet kring sjukdom, behandling och förändrad livssituation var vanlig. Känslan av att behöva anpassa sig till den information som gavs och behöva acceptera den nya tillvaron som en cancerdiagnos medförde var svår. Att höra men att inte vilja eller kunna ta till sig av informationen ledde till ett distanstagande med minskad möjlighet till närvaro, deltagande och att ta gemensamma beslut. *"Jag hör inte längre vad stomiterapeuten säger mer än glimtvis. Stänger av, men sitter lydigt kvar. Kinderna blossar. Kan inte bryta ihop nu!"* (Wahlberg, 2016, s. 73).

Den omgivande vårdmiljön påverkade även upplevelsen av samtalet, exempelvis blev ett fönsterlöst litet rum ett tydligt minne från inskrivningssamtalet. Det var påfrestande att prata öppet om sin situation när det fanns andra i rummet, som till exempel på flerbäddssal. Detta resulterade i en avskärmning i kommunikationen där svaren hämmades, utan någon djupare mening, och känslouttryck undveks.

Jag gråter där bakom mitt skynke och kan inte förstå vad som egentligen hänt mig. Så fort någon kommer stramar jag upp mig och ler. "Jo tack, det är helt okej, det ska nog gå bra det här", säger jag fast jag inte alls tror att det ska bli bra. (Gray, 2017, s.43).

Känsla av irritation

Sjuksköterskans välvilliga uppmaningar om att utföra vissa åtgärder eller handlingar, till exempel komma upp och kissa eller gå efter operation, uppfattades som tjatiga. Trötthet och illamående efter ett större ingrepp ledde till en minskad tolerans för bemötande vilket i sin tur bidrog till ökad irritation. Känslan av att inte orka och önskan om att få vara ifred blev i dessa situationer tydligare. Irritation uppkom även av dåligt bemötande. Ett tillfälligt möte med en sjuksköterska från en annan avdelning ledde till ett irriterat och jäktat bemötande från sjuksköterskans sida. Det fanns inte samma förståelse för patientens situation, vilket skapade en irriterad stämning. En del sjuksköterskor vann patientens fulla respekt medan andra aldrig fick fullt förtroende.

Upplevelse av rädsla

Oro och rädsla var känslor som uppstod till följd av cancerbeskedet. Sättet som personalen uttryckte sig på påverkade dessa känslor.

Osäkerhet

Patientens kommunikation och förtroende hämmades när sjuksköterskan uttryckte sig otydligt eller osäkert. I de fall sjuksköterskans formulering uppfattades som vag eller klumpig resulterade det i känslan av osäkerhet. Detta kunde visa sig i samtalet vid exempelvis behandling, där påståenden från sjuksköterskan uppfattades mer som frågor snarare än konstateranden. Upplevelsen blev att själv behöva ta ansvar för situationen och ge ett svar tillbaka. Svaret gavs i dessa fall enbart för att patienten upplevde att det var det som förväntades. Osäkerheten som uppstod i kommunikationen mellan sjuksköterska och patient medförde rädsla och skapade missförstånd. Rädslan kom sig även till uttryck fysiskt till följd av vad som sades i samtalet såsom att stelna till över att behöva blotta sitt kala huvud inför operation. De fysiska uttrycken visade sig även som blossande kinder och tårar av vanmakt till följd av svåra samtal.

Farhåga

Allt det som läkarna och sjuksköterskorna förmedlade analyserades och vägdes, om det var förbättring alternativt försämring i sjukdomen eller om det var en normal åtgärd eller rutin som skulle utföras. Dödliga tecken utlästes i både sjuksköterskans omvårdnad och läkarens ord. När otydliga besked lämnades resulterade detta i oro och frustration. I samband med undersökningar avlästes information i sjuksköterskans blick och kroppsspråk vilken tolkades negativt utan att något verbalt uttrycktes. Då den ickeverbala kommunikationen skedde omedvetet och förmedlade något annat än den verbala kommunikationen skapade det en oro för negativa besked. Oron förstärktes genom att den ickeverbala kommunikationen inte bekräftades verbalt. När informationsbehovet inte blev tillgodosett inför en undersökning eller behandling blev upplevelsen mer påfrestande. Tillfällena fanns då sjuksköterskan pratade över huvudet på patienten, med sina kollegor, i samband med behandling men även i omvårdnadssituationer, vilket medförde känsla av osäkerhet och att vara ett objekt. I de fall sjuksköterskan gick in för mycket i arbetsuppgiften utan att involvera patienten i dialogen upplevdes det som utlämnande.

Resultatsammanfattning

Samtal spelade en viktig roll i patientens upplevelse av omvårdnaden. Verbal såväl som ickeverbal kommunikation hade betydelse för upplevelsen av samtalet med sjuksköterskan. Huvudsakligen tog sig detta uttryck i känslan av stöd och delaktighet i omvårdnaden. Sjuksköterskans bemötande i samtalet ingav motivation och hopp vilket stärkte och lindrande upplevelsen. Upprepad kontakt med samma sjuksköterska förstärkte de positiva upplevelserna, fördjupade kommunikationen och ökade tilliten. Den upprepade kontakten möjliggjorde en djupare insikt i sin cancerdiagnos, vilket gjorde det lättare att hantera situationen. När sjuksköterskan var otydlig i kommunikationen, inte var tillräckligt medvetenhet om sina ickeverbala signaler eller inte involverade patienten i samtalet resulterade det i ökad rädsla, oro och/eller irritation med ökat distanstagande i omvårdnaden. Förnekelse av sjukdom var en orsak till att inte vilja höra eller ta till sig av den information som gavs.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Till studien användes en kvalitativ analys av narrativer. Dahlborg-Lyckhage (2017) menade att forskning av narrativer har som syfte att ge djupare förståelse för människans kommunikation och språk i olika sammanhang. Då studiens syfte var att belysa patientens upplevelse av samtal med sjuksköterska vid cancerdiagnos ansågs analys av narrativer som en lämplig metod. Granskningen av självbiografier skapade en djupare förståelse för hur personer upplevde olika situationer. En nackdel med granskning av självbiografier var att personen som skrivit berättelsen medvetet valt ut de delar som presenterades och därav fanns risk att läsaren inte fick hela bilden av situationen. Ytterligare nackdel var att det främst var högtbildade personer som skrev självbiografierna vilket då inte speglade eller representerade hela patientgruppen. Detsamma gällande var författarna till självbiografierna bodde, i detta fall var de boende i storstadsregioner där tillgång och valmöjlighet till vård var stor. Ställningstagande togs till att använda begreppet patient istället för begreppet informant i resultatet när det syftade på författarna till självbiografierna. Detta för att författarna till självbiografierna beskrev situationer som speglade mötet mellan patient och sjuksköterska.

Ett deduktivt förhållningssätt valdes då detta ansågs lämpligare än ett induktivt förhållningssätt där läsaren tar sig an texten förutsättningslöst. Analysen gjordes utifrån ett implicit perspektiv där innebörden i det som patienten upplevde, i relation till samtalet, lyftes ut och behövde nödvändigtvis inte vara konkret uttryckt i texten. Urvalskriteriet av svenska självbiografier gjordes för att lättare göra det applicerbart i den svenska sjukvården, då faktorer som kultur, tillgång till vård samt hur vården såg ut annars kunde påverka resultatet. Avgränsningen i utgivningsår på självbiografierna gjordes för att få aktuella böcker som beskrev upplevelsen av sjukvården idag då sjukvården ständigt utvecklas. Avgränsning till de fyra vanligaste cancerformerna gjordes för att få en avgränsning och samtidigt representera en bred patientkategori. Femton självbiografier uppfyllde urvalskriterierna. Av dessa valdes sex stycken ut som speglade en bredd i sjukdomar och kön. Sex självbiografier till analysen ansågs tillräckligt. För många självbiografier kunde försvåra möjligheten att ta sig an all data, samtidigt som för få självbiografier kunde resultera i svårigheter med att få tillräcklig bredd på insamlad data.

Analysförfarandet ansågs relevant genom att det på ett tydligt sätt togs ut meningsbärande enheter, vilka framkommit ur den deduktiva och implicita granskningen, som kondenserades ner till innebörder. Kondenseringen underlättade framtagandet av underkategorier och kategorier, vilka samtliga svarade an på syftet att belysa patientens upplevelse av samtal med sjuksköterska vid cancerdiagnos. Författarna hade tendens att kondensera ner textmaterialet för mycket vilket försvårade framtagningen av underkategorier och kategorier. Författarna gick då tillbaka i analys-schemat för att omformulera underkategorierna och kategorierna. Genom att kondenseringen skedde steg för steg minskade risken att förvanska texten. Resultatet togs fram med utgångspunkt i innebörderna, underkategorierna och kategorierna och vävdes samman till en ny helhet.

Samtliga självbiografier lästes enskilt av båda författarna, vilket ansågs förstärka det neutrala förhållningssättet till insamlad data samt minska förförståelsens påverkan på resultatet. Analysförfarandet skedde däremot gemensamt vilket stärkte objektiviteten till analysen av texterna och minskade risken för feltolkningar. På detta sätt anses att hänsyn tagits till bekräftelsebarheten. Enligt Mårtensson och Fridlund (2017) beskrivs bekräftelsebarheten genom en tydlig redogörelse av analysprocessen, att som författare styrka sina ställningstagande samt förhålla sig neutral till insamlad data. Mårtensson och Fridlund beskriver vidare att pålitligheten kan styrkas genom att förförståelsen och tidigare erfarenhet tydligt beskrivs. Författarna medvetandegjorde sin förförståelse och anser att förförståelsen inte påverkade resultatet, vilket stärker pålitligheten. Trovärdigheten stärks av att utomstående granskar arbetet under processens gång (Mårtensson & Fridlund, 2017). Trovärdigheten stärktes i detta fall genom att handledning skett både individuellt och i grupp med studiekamrater. Författarna anser att metoden är överförbar till andra områden där patientens upplevelse analyseras.

Resultatdiskussion

Resultatet visar att samtalet är en viktig del i omvårdnaden av patienter med cancerdiagnos. Leonard (2017) beskriver att effektiv kommunikation mellan vårdpersonal och patient har positiv effekt på såväl behandling som upplevelse av vården. God kommunikation kan påverka patientens känslomässiga hälsa och lindra symtom. Att aktivt lyssna, vara öppen och visa respekt är grunden i kommunikationen (Eide och Eide, 2009). Patienter kan uppleva cancersjukdomen i sig som ett hinder för effektivt deltagande och kommunikation (Noordman et al., 2017). Samtalet visar sig i resultatet ge stöd genom att sjuksköterskan involverar och uppmuntrar till delaktighet. Enligt Sveriges Kommuner och Landsting (2011) ska sjuksköterskan genom sin kontakt och uppföljning i omvårdnaden stärka patientens medverkan i sin vård. Sandberg (2014) påvisar att samtalet behövs i omvårdnaden för att patienten ska bli delaktig i sin vård. Att bli tillfrågad och vara delaktig i sin vård ökar känslan av välbefinnande och att känna sig sedd som individ (Borch & Hillervik, 2005). Det framgår i resultatet att patientens delaktighet ökar när behovet av information blir tillgodosett. Att få tydlig information är en viktig del i kommunikationen mellan patient och sjuksköterska, samtidigt som det ger patienten djupare insikt i sin sjukdomsbild. På samma sätt påvisar Innes och Payne (2009) vikten av att få ärlig information kring diagnos och tillstånd samt uppskattning om sin prognos. Behovet av information ses variera under sjukdomsförloppet. Enligt Fontes, Menezes, Borgato och Luiz (2017) och Berterö, Vanhanen och Appelin (2008) har sjuksköterskan en aktiv roll i samtalet där bemötande och hur informationen ges är av betydelse för hur det mottas av patienten. Att ge utrymme för patienten att ställa frågor och prata om sin sjukdom är viktigt. Sjuksköterskan behöver försäkra sig om att informationen som delgivits är korrekt mottagen genom att låta patienten upprepa informationen med egna ord (Ericson & Ericson, 2012). Resultatet visar att känslor av irritation och att vilja hålla distans också är upplevelser som är vanliga i samtalet vid cancerdiagnos. Fallowfield och Jenkins (1999) och Leonard (2017) beskriver att patienten upplever förvirring, irritation och känsla av osäkerhet till följd av otydlig kommunikation. Informationen som inte ges tillräckligt tydlig skapar oro, vilket kan påverka patientens förmåga att följa behandlingsriktlinjerna.

I resultatet framkommer att både verbal och ickeverbal kommunikation är betydelsefullt för upplevelsen av samtalet och dess utfall. Hur det sägs och på vilket sätt det uttrycks är av betydelse. Sheldon et al. (2009) beskriver att sjuksköterskan behöver ha förmåga att ge korrekt information angående behandlingar och undersökningar samt bemöta de känslor som patienten ger uttryck för. Sjuksköterskor som är mer kunniga i att bemöta det patienten ger uttryck för får bättre respons i samtalet. Haskard, Williams, DiMatteo, Heritage och Rosenthal (2007) menar att det finns ett samband mellan sjuksköterskans tonfall och patientens tillfredsställelse av vården, vilket även återfinns i resultatet. Haskard et al. (2007) menar att tonen i rösten kan ge känslomässiga budskap och speglas i mottagaren. Ett varmare och mer engagerat tonfall skapar positiv känsla medan en mer negativ ton i rösten för med sig minskat förtroende och minskad respekt. Det blir därmed betydelsefullt att vara medveten om att oavsiktliga känslor kan lysa igenom i tonfallet.

Resultatet visar att ickeverbal kommunikation från sjuksköterskan i form av en lätt beröring eller en tystnad i samförstånd inger lugn och stöd. Det överensstämmer med Borch och Hillervik (2005) som skriver att beröring i samband med omvårdnadssituationer förmedlar känslomässiga budskap, detta oavsett syftet med beröringen. Beröring kan upplevas som välbefinnande såväl som obehag. Det kan även påverka huruvida patienten känner sig sedd eller inte. Sjuksköterskan kan visa närvaro och empati genom sitt agerande och kroppsspråk. Dunniece och Slevin (2000) beskriver vikten av att som sjuksköterska vara inkluderande i samtalet med total närvaro, även utan verbal kommunikation, genom att lyssna och finnas där. Enligt Ekebergh och Dahlberg (2015) kan ett samtal bli vårdande, även om det sker ordlöst, genom att sjuksköterskan är uppmärksam och både ser och lyssnar till patienten med total närvaro. I resultatet framkommer att ickeverbal kommunikation även sker omedvetet. I dessa fall resulterar detta i att patienten upplever minskad delaktighet och osäkerhet i mötet med sjuksköterskan. Omedvetenhet i den icke verbala kommunikationen kan leda till att det sjuksköterskan uttrycker inte stämmer överens med det blicken säger. Ekebergh och Dahlberg (2015) beskriver hur samtalet alltid innefattar kroppsuttryck såsom mimik, andning och ansiktsfärg. På liknande sätt beskriver Eide och Eide (2009) blicken som ett av de viktigaste uttryckssätten för den ickeverbala kommunikationen. Blicken kan uttrycka känslor såsom oro eller lugn samt spegla sjuksköterskans uppmärksamhet gentemot patienten. Borch och Hillervik (2005) menar att när personalen uppfattas som stressad eller har bråttom kan upplevelsen av beröring ta sig uttryck i obehag i form av oro, rädsla eller upplevelsen av att vara till besvär. Beröring är nödvändigt i omvårdnaden varför personalen behöver vara medveten om beröringen som en del i den icke verbala kommunikationen.

Det framgår i resultatet att kontinuerlig kontakt med samma sjuksköterska bidrar till ökad tillit, där kontinuiteten i samtalet ger möjlighet till fördjupad kommunikation med upplevelser av hopp och stärkt motivation. Dunniece och Slevin (2000) beskriver hur relationen mellan sjuksköterska och patient utvecklas genom samtalet med ökat förtroende, medkänsla samt närvaro. Det blir betydelsefullt att sjuksköterskan intar en lyssnande roll samt är tydlig i sin kommunikation. Detta stämmer överens med Travelbee (1971) som påvisar att kommunikation är det viktigaste verktyget i samspelet med patienten för att etablera en djupare relation, vilket kräver en kontinuerlig kontakt. Skilbeck och Payne (2003) beskriver på liknande sätt att kommunikation är det redskap som används mellan sjuksköterska och patient för att identifiera behov av stöd. Att lära känna patienten och att

patienten ska lära känna sjuksköterskan är av värde i relationen. Kontinuerlig kontakt med och stöd från sjuksköterska har betydelse för patientens bearbetning och upplevelse av sin situation (Socialstyrelsen, 2015; Ericson & Ericson, 2012). Sjuksköterskan kan genom sitt agerande i samtalet hjälpa patienten att känna hopp, utan orealistiska förväntningar, vilket lindrar tankar kring oro (Berterö et al., 2008).

I resultatet framkommer att vårdande samtal är betydelsefullt i omvårdnaden. Enligt Ekebergh och Dahlberg (2015) består vårdande samtal av en gemensam berättelse som bygger på uppmärksamhet och närvaro från sjuksköterskan. Relationen mellan sjuksköterska och patient stärks av samtal som är vårdande, genom att stödja till delaktighet och tillmötesgå patientens behov (Högskolan i Skövde, 2017). Resultatet visar att kommunikationen upplevs vårdande genom givet stöd och när patienten blir respekterad och sedd med hänsyn till integritet. McCormack et al. (2010) beskriver att den personcentrerade vården ska bygga på ömsesidigt förtroende, respektfullt bemötande samt tillmötesgå patientens behov. Skilbeck och Payne (2003) påvisar hur relationen mellan sjuksköterska och patient växer fram och utvecklas över tid, vilket leder till ökat stöd och en mer emotionell vård.

Författarna hade en förförståelse att stressen i vården skulle påverka upplevelsen av samtalet. Detta är dock inget som framkommit tydligt i självbiografierna vilket tyder på att sjuksköterskorna har förmåga att inta ett lugnt och tillmötesgående bemötande trots hög arbetsbelastning. Att se människan bakom sjukdomen som en unik individ med individuella behov och att bemöta patienten utifrån ett etiskt förhållningssätt är betydelsefullt i rollen som sjuksköterska (Svensk sjuksköterskeförening, 2017; Travelbee, 1971).

Konklusion

Samtalet visar sig vara en viktig del i mötet mellan patienten och sjuksköterska. Beroende på hur sjuksköterskan uttrycker sig eller vilket bemötande som ges varierar patientens upplevelse av samtalet. Patientens upplevelse av samtal med sjuksköterska i samband med cancerdiagnos tar sig uttryck i form av stöd, delaktighet, oro och fördjupad insikt i sjukdomen. Effektiv och tydlig information ses stärka patientens delaktighet och öka insikten i sin sjukdom. Otydlig kommunikation, brist på respekt i bemötandet eller omedveten ickeverbal kommunikation visar sig leda till oro och osäkerhet. Sjuksköterskan ska i sin roll ta hänsyn till integritet och lyssna till patienten i samtalet. För att samtalet ska bli vårdande och relationen fördjupas är det av betydelse att tillmötesgå de behov patienten uttrycker och utgå från en gemensam berättelse. Genom granskning av självbiografier har patientperspektivet lyfts fram på ett tydligt sätt. Kunskaper kring patientens upplevelser är väsentligt att ha med sig i rollen som sjuksköterska.

Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

Studiens resultat kan användas för att vidga förståelsen kring hur patienten upplever samtalet med sjuksköterskan vid cancerdiagnos. Tid behöver avsättas till patienten för att samtalet ska få utrymme vilket kräver organisatoriskt stöd och en verksamhet som är insatt i

omvårdnadens mellanmännsliga aspekter. Fynd från resultatet som författarna anser vara viktig kunskap att ha med sig som sjuksköterska är att när den icke verbala kommunikationen sker omedvetet kan det ge negativa upplevelser för patienten. Att sjuksköterskan medvetandegör sin icke verbala kommunikation och hur den tar sig i uttryck är av vikt. Sjuksköterskan behöver ha förståelse för patientens utsatta situation och de upplevelser som patienten kan ställas inför. Betydelsefullt är att som sjuksköterska vara medveten om att känslor uttrycks på olika sätt och att information tas emot på olika sätt av olika individer, vilket ställer krav på sjuksköterskan att läsa av patientens reaktion. Sjuksköterskan behöver vara medveten om att kommunikationen med patienten kan ta sig uttryck i flera känslor hos patienten och uppmärksamma dessa även om de inte uttrycks verbalt. Patientens upplevelse av samtalet kan ta sig uttryck i form av fysiska reaktioner som blossande kinder eller stelna till i kroppen. Kompetensutveckling för sjuksköterskor kan förslagsvis vara en kontinuerlig del i arbetet för att öka kunskapen om samtalets betydelse. Vidare forskning inom området behövs för att ta fram strategier och mer konkreta redskap som stöd för sjuksköterskan i samtalet med patient med cancerdiagnos. En intervjustudie skulle vara lämplig eftersom det möjliggör riktade frågor för att ta reda på patientens upplevelse. Detta ger möjlighet till en bredare patientkategori med informanter från olika samhällsklasser och spridning geografiskt. Möjlighet finns då även att rikta frågorna för att urskilja skillnader i upplevelsen av samtalet kopplat till olika personalkategorier.

REFERENSER

- Bergbom, I. (2013). Vårdande kompetens, personcentrerad vård och organisationer. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (1:a uppl., s. 111-134). Stockholm: Liber.
- Berterö, C., Vanhanen, M. & Appelin, G. (2008). Receiving a diagnosis of inoperable lung cancer: Patients' perspectives of how it affects their life situation and quality of life. *Acta Oncologica*, 47, 862-869. doi:10.1080/02841860701654333
- Borch, E. & Hillervik, C. (2005). Upplevelser av kroppslig beröring i omvårdnadsarbetet – patienter berättar. *Vård i Norden*, 25, 4-9.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A. & Jemal, A. (2018). Global Cancer statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68, 398-424. doi:10.3322/caac.21492
- Calisi, R., Boyko, S., Vendette, A. & Zagar, A. (2016). What is Person-Centred Care? A Qualitative Inquiry into Oncology Staff and Patient and Family Experience of Person-Centred Care. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 47, 309-314. doi:10.1016/j.jmir.2016.08.007
- Carlsson, E. & Pettersson, M. E. (2018). Communicative and pedagogical strategies in nurses' and surgeons' discharge consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer. *Journal of advanced nursing*, 74, 2840-2850. doi:10.1111/jan.13798
- Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Dahlborg-Lyckhage, E. (2017). Att analysera berättelser (narrativer). I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3:e uppl., s. 171-181). Lund: Studentlitteratur.
- Dunniece, U. & Slevin, E. (2000). Nurses' experiences of being present with a patient receiving a diagnosis of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 611-618. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01518.x
- Eide, H. & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Ekebergh, M. & Dahlberg, K. (2015). Vårdande och lärande samtal. I M. Arman, K. Dahlberg & M. Ekebergh (Red.), *Teoretiska grunder för vårdande* (1:a uppl., s. 129-144). Stockholm: Liber.

- Ericson, E. & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar* (4:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Fallowfield, L. & Jenkins, V. (1999). Effective communication skills are the key to good cancer care. *European Journal of Cancer*, 35, 1592-1597.
doi:10.1016/S0959-8049(99)00212-9
- Fontes, C. M. B., Menezes, D. V., Borgato, M. H. & Luiz, M. R. (2017). Communicating bad news: an integrative review of the nursing literature. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1089-1095. doi:10.1590/0034-7167-2016-0143
- Fridlund, B. & Mårtensson, J. (2017). Kritisk incident teknik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s. 155-167). Lund: Studentlitteratur.
- *Gray, L. (2017). *Himlen kan vänta – om cellgifter, champagne och luftsloppet som rasade*. Stockholm: Yourlife Books.
- Haskard, K. B., Williams, S. L., DiMatteo, M. R., Heritage, J. & Rosenthal, R. (2007). The Provider's Voice: Patient Satisfaction and the Content-filtered Speech of Nurses and Physicians in Primary Medical Care. *Journal of Nonverbal Behavior*, 32, 1-20.
doi:10.1007/s10919-007-0038-2
- Henricson, M. & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s. 111-119). Lund: Studentlitteratur.
- Heynsbergh, N., Botti, M., Heckel, L. & Livingstone, P. M. (2017). Caring for the person with cancer: Information and support needs and the role of technology. *Psycho-Oncology*, 27, 1650-1655. doi:10.1007/s10919-007-0038-2
- Högskolan i Skövde. (2017). *Ämnet omvårdnad – definition, beskrivning och progression*. Hämtad från <https://www.his.se/PageFiles/3459/Omv%C3%A5rdnad%20-%20beskrivning%20och%20definition.pdf>
- Innes, S. & Payne, S. (2009). Advanced cancer patients' prognostic information preferences: a review. *Palliative Medicine*, 23, 29-39. doi:10.1177/0269216308098799
- International Council of Nurses. (2012). *The ICN Code of Ethics For Nurses*. Hämtad från https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf
- Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I A. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s. 57-28). Lund: Studentlitteratur.

- Klang Söderkvist, B. (2017). *Patientundervisning* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Kneck, Å. (2017). Lärandet i livet med långvarig sjukdom. I B. Klang Söderkvist (Red.) *Patientundervisning* (3:e uppl., s. 17-39). Lund: Studentlitteratur.
- Kvåle, K. (2007). Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs. *European Journal of Oncology Nursing*, 11, 320-327. doi:10.1016/j.ejon.2007.01.002
- Leksell, J. & Lepp, M. (Red.) (2013). *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (1:a uppl.). Stockholm: Liber.
- Leonard, P. (2017). Exploring ways to manage healthcare professional – patient communications issues. *Support Care Cancer*, 25, 7-9. doi:10.1007/s00520-017-3635-6
- Lindman, H. (2018). Bröstcancer, primärbehandling. I *Internetmedicin*. Hämtad 1 mars, 2019, från <https://www.internetmedicin.se/page.aspx?id=829>
- McCormack, B., Karlsson, B., Dewing, J. & Lerdal, A. (2010). Exploring person-centredness: a qualitative meta-synthesis of four studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 620-634. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00814.x
- Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad* (2:a uppl., s. 421-438). Lund: Studentlitteratur.
- Nome, O. (2008). Allmän onkologi. I A. M. Reitan & T. K. R. Schølberg (Red.), *Onkologisk omvårdnad: Patient – problem – åtgärd* (s.267-292). Stockholm: Liber.
- Noordman, J., Driesenaar, J. A., Henselmans, I., Verboom, J., Heijmans, M. & Van Dulmen, S. (2017). Patient participation during oncological encounters: Barriers and need for supportive interventions experienced by elderly cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 100, 2262-2268. doi:10.1016/j.pec.2017.06.009
- *Palmcrantz, U. (2011). *Bröstresan*. Stockholm: Frank Förlag.
- Sandberg, H. (2014). *Sjuksköterskans samtal – professionalitet och medmänsklighet*. Lund: Studentlitteratur.
- Sandman, L. & Kjellström, S. (2018). *Etikboken – Etik för vårdande yrken* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Sheldon, L. K., Ellington, L., Barrett, R., Dudley, W. N., Clayton, M. F. & Rinaldi, K. (2009). Nurse responsiveness to cancer patient expressions of emotion. *Patient Education and Counseling*, 76, 63-70. doi:10.1016/j.pec.2008.11.010

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 10 november, 2018, från
http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Skilbeck, J. & Payne, S. (2003). Emotional support and the role of Clinical Nurse Specialists in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 43, 521-530.

Socialstyrelsen. (2015). *Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård*. Hämtad från
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19383/2014-4-2.pdf>

Socialstyrelsen & Cancerfonden. (2018). *Cancer i siffror 2018*. Hämtad från
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20976/2018-6-10.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från
<https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Sveriges Kommuner och Landsting. (2011). *Ännu bättre cancervård – Rapport om SKL:s insatser 2011, inom ramen för överenskommelsen om nationella cancerstrategin*. Hämtad från
https://skl.se/download/18.3652860f14ade737119526cd/1422261281345/SKL+rapport+socialdep_2011.pdf

Säll Hansson, K. S., Fridlund, B., Brunt, D., Hansson, B. & Rask, M. (2011). The meaning of the experiences of persons with chronic pain in their encounters with the health service. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 444-450. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00847.x

*Tenor, L. (2013). *Hope*. Sandared: Recito Förlag.

Thurén, T. (2007). *Vetenskapsteori för nybörjare*. Stockholm: Liber.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Trolle Lagerros, Y. (2008). Riskfaktorer och cancerprevention. I U. Ringborg, T. Dalianis & R. Henriksson (Red.), *Onkologi* (s. 26-31). Stockholm: Liber.

*Viktorsson, J. (2013). *Koltrastens år – en cancersjuk småbarnspappas kamp*. Stockholm: Ordberoende förlag.

*Wahlberg, K. (2016). *Cancerland – tur & retur. Livet som läkare och patient*. Stockholm: Wahlström Widstrand.

Warnock, C., Tod, A., Foster, J. & Soreny, C. (2010). Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 1543-1555. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05325.x

World Medical Association. (2013). *WMA declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

*Örn, P. (2016). *Prostatacancer – en bok om hopp*. Stockholm: Ekerlids Förlag.

*Böcker som använts i resultatet.

Bilaga 1 – Översikt och sammanfattning av självbiografier

Titel Förlag	Författare	Ålder Yrke	Utgivningsår	Cancerdiagnos
Koltrastens år – en cancersjuk småbarnspappas kamp Ordberoende förlag	Johan Viktorsson	40 års ålder vid skrivandet Civilingenjör, affärsutveckling inom handel	2013	Ändtarmscancer (metastaser spridda till lever)
Sammanfattning: Småbarnspappa som fick besked om ändtarmscancer med spridning till levern, vilket resulterade i flertalet operationer av tarm och lever. Självbiografien är skriven i berättande form samt med utdrag från mailkonversationer. Han fick både cellgifter och strålbehandling.				
Cancerland – tur & retur. Livet som läkare och patient Wahlström & Widstrand	Karin Wahlberg	60 års ålder vid skrivandet Läkare och författare	2016	Ändtarmscancer
Sammanfattning: Läkare som själv blev patient och som fick hjälp av kollegor för att fastställa diagnos. Berättelser från sjukdomstiden, operation och kontakt med vården från både patient och läkares perspektiv. Berättelsen varvas med reflektion kring sin mammas bortgång i cancer.				
Prostatacancer – en bok om hopp Ekerlidsförlag	Peter Örn	60 års ålder vid skrivandet Föreläsare, författare, tidigare politiker och chef	2016	Prostatacancer
Sammanfattning: Man i övre medelåldern berättar om sina upplevelser om prostatacancer och operation. Diffusa symtom som inte ville kännas vid. Han undvek till en början provtagning och kontroller. Han beskrev såväl cancerform, behandling och vad han själv gjorde för att hantera sin situation.				

Himlen kan vänta – om cellgifter, champagne och luftslottet som raserade Yourlife Books	Lotta Gray	50 års ålder vid skrivandet, ca 40 år vid cancerdiagnosen Vimmelreporter på tidning, journalist och bloggare	2017	Tjocktarmscancer
Sammanfattning: Mitt i livet och karriären drabbades småbarnsmamman plötsligt av buksmärtor som inte gav vika. Fick reda på att hon drabbats av tarmcancer med omedelbar operation. Förändrade livssituationen på ett drastiskt sätt när hon blev kvar på sjukhuset i 4 veckor. Berättelser från hennes liv varvat med blogginlägg. Hon fick cellgiftsbehandling.				
Bröstresan Frankförlag	Ulrika Palmcrantz	50 års ålder vid skrivandet Journalist på tidningsförlag	2011	Bröstcancer
Sammanfattning: Trebarnsmamma som hade fullt upp med jobb, familj och aktiviteter. Hon sköt därför upp mammografiundersökning som sedan visade sig vara cancer. Kände mycket stöd från familjen, närmaste bekantskapskretsen samt från arbete och kollegor. Upplevde det jobbigt att operera bort bröstet, drabbades av håravfall under behandlingen. Hon genomgick operation, fick cellgifter och strålbehandling.				
Hope Recito Förlag	Lotta Tenor	37 års ålder vid skrivandet Sjuksköterska	2013	Bröstcancer
Sammanfattning: Ensamstående mamma som genomgick specialistutbildning inom yrket. Kände knöl i bröstet och fick snabbt ett cancerbesked. Ville operera bort hela bröstet. Upplevde att vårdprocessen tog tid vilket bidrog till oro, ångest och sömnsvårigheter. Hennes dotter ingav hopp och kraft. Hon fick stöd från vänner för att få ihop livspusslet. Hon genomgick operation, fick cellgifter och strålbehandling.				